



Helse- og omsorgsdepartementet	
Saksnr.: 200404377	Dok.nr.: 9
Arkivkode: 541.3	Journ.dato 3/12/04
Avd.: FIA ES	Saksbeh.: MAR
U.off.:	

Helse- og omsorgsdepartementet
Postboks 8011 Dep

0030 OSLO

Deres ref.

Vår ref / Saksbehandler
04/06494-004 U75 &13
Unni Hagen / tlf. 23 06 45 20

Dato:
02.12.2004

Endring i helseforetaksloven og forskrift om regnskapsføring av anleggsmidler overtatt av regionale helseforetak - høring

Fagforbundets høringsuttalelse

Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) foreslår endringer i helseforetaksloven for å kunne fastsette forskrift om regnskapsføring av anleggsmidler overtatt i forbindelse med sykehusreformen. Dette gjøres for å løse avviket mellom reelle avskrivninger basert på de beregnede verdiene i åpningsbalansen, og beregnede midler til dekning av avskrivninger som er lagt inn basisbevilgningen til helseforetakene.

Fagforbundet viser til St.prp. nr. 1 for budsjetterminen 2005, Helse- og omsorgsdepartementets budsjettforslag, og Fagforbundets kommentarer og krav som ble overlevert i høringsprosessen.

I kommentarene til statsbudsjett for 2005 ble striden rundt åpningsbalansen og avskrivningsregler for spesialisthelsetjenesten tatt opp, og Fagforbundet gjentar disse synspunktene i forslag til endring i helseforetaksloven og forskrift om regnskapsføring av anleggsmidler overtatt av regionale helseforetak.

Regnskapslovens bestemmelser gjøres ikke gjeldende for anleggsmidler overtatt i forbindelse med reformen

Det ble i forbindelse med sykehusreformen vedtatt at foretakenes regnskap skulle avlegges i samsvar med regnskapslovens bestemmelser - jf. helseforetaksloven § 43. Forslag om lovendring (innføring av nytt 3. ledd i § 43) og fastsettelse av forskrift gjeldende fra og med regnskapsåret 2004 foreslår at forskriften skal regulere regnskapsføringen for anleggsmidler overtatt i forbindelse med reformen.

Driftsmidler overtatt i forbindelse med reformen utgjør størsteparten av helseforetakenes balanse. En slik forskriftsregulering vil medføre at man vil ha ulike målelementer inne i resultatet avhengig av anskaffelsestidspunktet. Med ulike målelementer menes at man både



vil ha avskrivninger beregnet etter regnskapslovens bestemmelser og avskrivninger beregnet etter forskriftens bestemmelser. Eksempelvis vil bygg anskaffet før og etter reformen ha vidt forskjellige avskrivninger tiltross for i utgangspunktet lik "kostpris".

Nedjustering med 38 prosent

Forslaget som skal gjøre det mulig å fastsette verdier på eiendelene i helseforetakene er i tråd med de nivåer Departementet mener er passende, men bryter med Regnskapslovens regler. Dette får direkte betydning for hvor store beløp regnskapene blir belastet med på posten "avskrivninger", og i neste omgang hvor store kostnadskutt som er nødvendig for å bringe budsjettene i balanse.

For lave åpningsbalanser innebærer at faktisk kapitalslit undervurderes, og driftsregnskapene viser bedre resultat enn det reelle. Dette medfører effektiviseringskrav ved reinvesteringer, og lønnsomheten ved å avhende kapital undervurderes. Denne nedjusteringen gjøres for å tilpasse åpningsbalansene til fastsatt ramme for avskrivninger, basert på investeringsnivået på 90-tallet. Det er imidlertid et åpent spørsmål om 90-tallet er representativt etter investeringsboomen på 70- og 80 tallet. Hagen-utvalget bemerker da også at "*.. Det kan argumenteres for at det er et betydelig investeringssetterslep innenfor sektoren, og at bevilgningene derfor bør økes.*" Mange investeringer ble dessuten utført over vedlikeholdsbudsjetter, og er dermed trolig ikke med i tallgrunlaget.

Avvik mellom økonomiske og funksjonelle levetider innebærer i realiteten framtidige effektiviseringskrav – i tillegg til de skjulte effektiviseringskravene ved for lave åpningsbalanser. For å redusere de negative effektene av underfinansiert realkapital må behovet for areal diskuteres. Dette reiser spørsmål som:

- Hva er konsekvensene for framtidige investeringer?
- Skal det selges/avvikles lokaler ved enkelte sykehus?
- Må deler av bygningsmassen bevisst utsettes for forfall?
- Kan finansiering av investeringer gjøres ved effektivisering innenfor driften, utover balansekravet – eller rettere sagt: hvordan vil investeringer utløse slike effektiviseringer?

Andre forhold

Forskriften regulerer ikke første gangs innregning og avskrivningsplaner for anleggsmidler anskaffet etter 01.01.02. Konsekvensen av dette er at Regnskapsloven følges for nyinvesteringer etter 2002 og forskrift for bygg før reformen. Spørsmålet er om dette er intensjonen med reformen som blant annet hadde som målsetting å vise hva kapitalen reelt kostet. Det vil også bli ulike effektiviseringskrav på helseforetak med nybygg før og etter 2002. Videre vil det gi en del administrative og praktiske utfordringer knyttet til anleggsregisteret og i hovedboksføring. Det kan også medføre forskjellige avskrivningstider på anlegg anskaffet før og etter 2002.

Forskriften gir ikke anvisninger på hvordan nedjusteringen skal fordeles på de enkelte helseforetak og de enkelte bygg.



Hvis nybygg pr. 31.12.01 skrives ned med 38 %, mens nybygg fra 01.01.02 skal stå med full verdi, og i tillegg ha andre avskrivningstider, illustrerer dette en regnskapsmessige inkonsekvens som følge av forskriften.

Det synes som om den foreslåtte måten å løse avviket mellom reelle avskrivninger basert på de beregnede verdiene i åpningsbalansen og beregnede midler til dekning av avskrivninger som er lagt inn basisbevilgningene, vil dekke over realkapitalens reelle kostnad. Dette innebærer blant annet framtidige effektiviseringskrav som heller burde vært synlige gjennom reelle avskrivninger.

Den prinsipielle striden rundt åpningsbalanse og avskrivningsregler

Forslag til endring i helseforetaksloven og forskrift om regnskapsføring av anleggsmidler overtatt av regionale helseforetak reiser spørsmål om hvorvidt regnskapslovens prinsipper er velegnet for offentlige virksomheter og foretak.

Forskjellene mellom Departementets ønsker og Regnskapslovens krav er store. For 2003 økte de samlede underskuddene fra drøyt 2 milliarder kroner basert på Departementets regnemåte, til knapt 4 milliarder kroner etter Regnskapslovens regler.

Departementet argumenterer med at avskrivninger tilsvarende ca 3 milliarder kroner pr. år er passende, siden det stort sett samsvarer med det som har vært tilført sektoren i årlige investeringsmidler gjennom 1990-tallet.

Man argumenterer med at dette historisk har vist seg å være nok til å opprettholde og utvikle sykehussektoren i Norge. Etter Regnskapslovens regler, (som gjelder for alle andre foretak i Norge), skulle det vært satt at ca 5 milliarder kroner til investeringer i 2003 og 2004.

Den praktiske konsekvensen av denne uenigheten løses altså ved å foreslå en nedjustering med 38 prosent - og gjennom en lovendring på denne måten "tryller bort" underskuddene i helseforetakene. Konsekvensen av dette blir at det settes av langt mindre penger til fornying og gjenanskaffelse av bygninger og utstyr enn det som trengs for å opprettholde verdien av dagens eiendeler på uendret nivå.

Departementet sier da også i St. prp. nr 1, Helse- og omsorgsdepartementets budsjettforslag, (s. 275) at deres modell skal gjøre det mulig å gjenanskaffe ca to tredeler av eiendelene. Det betyr at forslaget til nye verdsettings- og avskrivningsregler i neste omgang vil bli en sterk kraft i prosessen med å drive frem omfattende strukturendringer i sektoren. Dersom det systematisk settes av mindre penger enn det som er nødvendig for å opprettholde standarden på bygninger og utstyr, tvinger spørsmålet om å legge ned noe, for å ha penger nok til resten, seg fram.

I 2004 resulterer Departementets modell i samlede avskrivninger på ca 2,9 mrd. kr. At dette er for lite, innrømmes indirekte når man på s. 275 opplyser "at foretakene de nærmeste årene skal kunne trappe opp de samlede avskrivningene til 3,8 mrd. kroner".

Men samtidig sies det: "De økte avskrivningene skal motsvares av tilsvarende økt effektivisering av driften" (s. 275, øverst høyre spalte).

I klartekst betyr dette at utilstrekkelige avskrivninger nettopp skal brukes til å tvinge frem ytterligere effektiviseringer. Innenfor det opplegget som nå skisseres, vil hver krone som settes



av til nødvendige investeringer (utover det utilstrekkelige nivået på ca 3 mrd. kroner pr år), måtte spares inn over driftsbudsjettet. Alternativet er å sentralisere oppgavene i færre sykehus.

Konsekvensen er allerede synlig - her eksempel fra helseregion Sør

De nye reglene som helse- og omsorgsdepartementet foreslår for verdisetting av bygninger i helsevesenet, innebærer som nevnt at sykehusene bare får penger til å gjenanskaffe to tredeler av dagens bygningsmasse. Dette innebærer en forverring i forhold til dagens regler på 10 mrd. kroner for Helse Sør.

«Den bygningsmassen som helseforetakene har overtatt er et resultat av investeringsbeslutninger foretatt av 19 fylkeskommuner og staten. De fem regionale helseforetakene og det felles statlige eierskapet gir nye muligheter for koordinering av investeringer og kapitalbruk.» Det er altså regjeringens hensikt å få ned kapitalkostnadene i helsesektoren, som vil si bygningsmasse, med en tredel.

Sørlandet sykehus har allerede planlagt å selge Farsund sykehus når døgndriften er avviklet til neste år. Videre er det snakk om å selge flere institusjoner i Aust-Agder som har vært brukt til psykiatrimål. På sikt kan det også bli snakk om å selge Heslandsheimen i Mandal, trolig også Lovisenlund i Vennesla.

Helse Sør mener at det er behov for å selge unna mer enn det som alt er planlagt.

Utgangspunktet er regjeringens ønske om å redusere bygningsmassen med en tredel. Helse Sør har varsler at dersom Helse Sør ikke selger nok, vil det føre til manglende vedlikehold og at sykehusenes bygningsmasse vil forfalle i denne regionen.

Dette er bakgrunnen for at det i Helse Sør drøftes en plan for den fremtidige sykehusstrukturen. Der må det pekes ut hvilke bygninger som skal vedlikeholdes i fremtiden, og hvilke de skal selge eller bli stående og forfalle. En diskusjonen om hva de skal gjøre med alle bygningene som det fremover ikke blir penger til verken å holde ved like eller gjenanskaffe. Dette er årsaken til en debatt om avvikling av driften ved enkelte sykehus og selge bygningene. Slike diskusjoner vil tvinge seg frem i alle helseregionene.

Prognoser for økonomien i RHF-ene i 2004

De fem RHF-ene har i høst lagt frem regnskapstall pr. 2. tertial 2004, og der presenteres det også prognoser for resultatet for hele året 2004. Konklusjonen er at det samlede underskudd, målt slik Helsedepartementet ønsker å måle det, på dette tidspunktet lå an til å bli ca 1 700 mill. kroner (mot ca 2 100 mill. kroner i 2003). Erfaringsmessig har underskuddene økt mer mot slutten av året enn tidligere antatt.

Dersom Regnskapslovens regler for avskrivninger legges til grunn, lå det samlede underskudd i 2004 (pr. 2. tertial) an til å bli ca 3 800 mill. kroner (mot ca 4 000 mill. kr i 2003).

Fordelt på RHF-ene så 2004-prognosene slik ut:

	HODs "definisjon"	Regnskapsloven
Helse Nord	- 268 mill. kr	- 431 mill. kr.
Helse Midt	- 134 mil. kr.	- 597 mill. kr.
Helse Vest	- 502 mill. kr.	- 866 mill. kr.
Helse Sør	- 653 mill. kr.	- 1 350 mill. kr.
Helse Øst	- 77 mill. kr.	- 569 mill. kr.



Omstruktureringene er allerede i gang for fullt ute i regionene, og i følge de tillitsvalgte og ansatte i sektoren er situasjonen i spesialisthelsetjenesten svært dramatisk. Ytterligere nedskjæringer som budsjettforslaget vil tvinge frem kan ikke løses gjennom generell effektivisering i sykehusene. Grensen for mulig effektivisering er for lengst nådd. Vi frykter at det nå vil komme mange forslag om sentralisering av funksjoner, nedlegging av tilbud og oppsigelser av personell. Skal vi unngå å redusere tjenestetilbud og kvaliteten i spesialisthelsetjeneste må bevilgningene til helseforetakene økes.

Det er gode grunner til å spørre seg om Regnskapslovens prinsipper er velegnet for offentlige virksomheter og foretak. I utgangspunktet er de laget for virksomheter som skal være bedriftsøkonomisk lønnsomme. Når inntektene til foretakene hentes fra offentlige bevilgninger, og utbygging, standard og tilgjengelighet bestemmes politisk, vil også takt og omfang i forhold til vedlikehold, utvikling og investeringer være politisk bestemt. Tradisjonelt har man derfor løst dette gjennom at eierne løpende bevilger penger til utvikling og investeringer, og man har unnlatt å føre dette inn i driftsregnskapene. Etter først å ha bestemt at Regnskapsloven skal legges til grunn i sykehussektoren, og nå i neste omgang foreslå nye endringer for å komme unna konsekvensene av prinsippene, viser at den bedriftsøkonomiske regnskapsmodellen er uegnet for spesialisthelsetjenesten.

En analyse som synliggjør konsekvensene av et nytt regnskapssystem vil etter Fagforbundets syn være tvingende nødvendig, og Fagforbundet ber Stortinget å vurdere spesialisthelsetjenestens totale situasjon - og ikke minst reelle økonomiske behov til drift og investeringer, og legge til grunn alle elementer i en sammenheng i behandling av forslag til endring i helseforetaksloven og forskrift om regnskapsføring av anleggsmidler overtatt av regionale helseforetak.

Konklusjon:

Skal vi sikre aktivitetsnivået, kvaliteten på tjenestene, og unngå innsparinger i form av ytterligere nedbygging av det offentlige helsevesenet må Stortinget ta de fulle konsekvensene av et finansieringssystem basert på Regnskapsloven og bevilge de midler som er nødvendig for å klare dette. Alternativet er igjen å ta i bruk offentlig forvaltnings regnskapsprinsipper og bevilge kapital til nødvendige investeringer over de årlige budsjettene. Den foreslåtte forskriften legger opp til at man skal kunne "sminke" den faktiske, økonomiske situasjonen i helseforetakene, og dekke over at de er underfinansiert i forhold til å opprettholde verdien på bygninger og utstyr. Fagforbundet kan ikke være med på dette, og anbefaler at forskriften ikke blir vedtatt.

Med hilsen
FAGFORBUNDET

Jan Davidsen
Forbundsleder

Gerd Kristiansen
AU-medlem