



DET KONGELIGE  
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT

# **Ot.prp. nr. 56**

(2004–2005)

---

Om lov om endring i lov 15. juni 2001  
nr. 93 om helseforetak m.m.  
(helseforetaksloven)



## Innhold

<b>1</b>	<b>Proposisjonens hovedinnhold .....</b>	5	<b>4</b>	<b>Beregning av åpningsbalansen .....</b>	13
<b>2</b>	<b>Bakgrunn for forslaget i proposisjonen .....</b>	7	<b>5</b>	<b>Forslagene i høringsbrevet .....</b>	15
2.1	Ot.prp. nr. 66 (2000–2001) Om lov om helseforetak m.m. (helseforetaks- loven) og Innst. O. nr. 118 (2000– 2001) Innstilling fra sosialkomiteen om lov om helseforetak m.m. ....	7	5.1	Forslag til lovendring .....	15
			5.2	Forslag til forskrift .....	15
			5.2.1	Opplegget for verdsetting som foreslås i utkastet til forskrift .....	15
2.2	St.prp. nr. 59 (2001–2002) Spesialisthelsetjenestens økonomi og budsjett 2002 og Innst. S. nr. 243 (2001–2002) Innstilling fra sosialkomiteen om spesialisthelsetjenestens økonomi og budsjett 2002 .....	7	<b>6</b>	<b>Høringsinstansenes merknader .....</b>	17
			6.1	Oppsummering av hovedinnholdet i uttalelsene .....	17
2.3	St.prp. nr. 1 (2002–2003) og Budsjett- innst. S. nr. 11 (2002–2003) .....	7	<b>7</b>	<b>Nærmere om lovforslaget. Høringsinstansenes merknader og departementets vurderinger .....</b>	19
2.4	NOU 2003:1 Behovsbasert finansiering av spesialist- helsetjenesten, St.meld. nr. 5 (2003– 2004) og Innst. S. nr. 82 (2003–2004) .	8	7.1	Forholdet til regnskapsloven .....	19
			7.2	Resultatbegrepet som mål på virksomhetens økonomiske stilling. Hvordan forslagene innebærer bedre styring og kontroll med helseforetakene. ....	20
2.5	St.prp. nr. 1 (2003–2004) og Budsjett- innst. S. nr. 11 (2003–2004) .....	8	7.3	Forholdet til private aktører .....	22
2.6	St.prp. nr. 63 (2003–2004) Tilleggsbevilgninger og omprioriteringer i statsbudsjettet medregnet folketrygden 2004 og Innst. S. nr. 250 (2003–2004) .....	9	<b>8</b>	<b>Forholdet til EØS-avtalen .....</b>	23
2.7	St.prp. nr. 1 (2004–2005) og Budsjett- innst. S. nr. 11 (2004–2005) .....	10	<b>9</b>	<b>Økonomiske og administrative konsekvenser .....</b>	24
2.8	Høring .....	10	<b>10</b>	<b>Merknader til lovendringsforslaget</b>	25
<b>3</b>	<b>Gjeldende rett .....</b>	12	<b>Forslag til lov om endring i lov 15. juni 2001 nr. 93 om helseforetak m.m. (helseforetaksloven) .....</b>	26	
3.1	Helseforetaksloven .....	12			
3.2	Regnskapsloven .....	12			





DET KONGELIGE  
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT

# Ot.prp. nr. 56

(2004–2005)

## Om lov om endring i lov 15. juni 2001 nr. 93 om helseforetak m.m. (helseforetaksloven)

*Tilråding fra Helse- og omsorgsdepartementet av 18. mars 2005,  
godkjent i statsråd samme dag.  
(Regjeringen Bondevik II)*

### 1 Proposisjonens hovedinnhold

Regjeringen legger med dette frem forslag om endring av lov 15. juni 2001 nr. 93 om helseforetak m.m. (helseforetaksloven) som gir Kongen hjemmel til å fastsette særskilte bestemmelser i forskrift om regnskapsføring av anleggsmidler som foretakene overtar eiendomsretten til, både når det skjer i forbindelse med overtakelse av ansvaret for offentlige oppgaver og i forbindelse med omdanning. Forslaget er en oppfølging av blant annet St.prp. nr. 1 (2003–2004), St.prp. nr. 63 (2003–2004) og St.prp. nr. 1 (2004–2005) og Stortingets vedtak i tilknytning til disse forslagene. Med bakgrunn i Stortingets tidligere behandling av temaet, gis det i proposisjonen også en orientering om hovedlinjene i den forskrift som skal fastsettes med hjemmel i loven.

Etter helseforetaksloven § 43 gjelder regnskapslovens bestemmelser for regionale helseforetak og helseforetak. Ved sykehusreformen har det vært et viktig premiss at økonomisk styring av helseforetakene skal innrettes mot regnskapsmessig balanse. Stortingsdokumentene om sykehusreformen bygger på særskilte forutsetninger om regnskapsmessige kostnader knyttet til avskrivninger<sup>1</sup> av bygninger, anlegg og utstyr som helseforetakene overtok fra fylkeskommunene ved iverksettelsen av sykehusreformen. Det vises her særlig til

St.prp. nr. 1 (2002–2003) og Budsjett-Innst. S. nr. 11 (2002–2003).

Regnskapsføringen av bygninger, anlegg og utstyr i årsregnskapene for de regionale helseforetakene for 2003, har ikke vært i samsvar med disse forutsetningene. Dette er et resultat av regnskapsmessige vurderinger i foretakene og av deres revisorer inkludert anvendelsen av regnskapsloven på disse anleggsmidlene. Dette har gjort at de regionale helseforetakene fremstår med årsresultat som ikke bygger på de forutsetningene som har vært gjort om styring mot regnskapsmessig balanse og nødvendig nivå på bevilgninger til helseforetakene som skal dekke kostnader ved avskrivning av slike anleggsmidler.

Som redegjort for i St.prp. nr. 63 (2003–2004) skal eventuelle regnskapsmessige underskudd

<sup>1</sup> Avskrivninger gjenspeiler kostnaden eller verdiforringelsen knyttet til slit og elde ved bruk av bygninger og utstyr. Avskrivninger representerer en fordeling av anskaffelseskostnaden over levetiden, det vil si at det ikke er knyttet en årlig utbetaling til kostnaden. Summen av de årlige avskrivningene representerer det beløp foretakene må holde tilbake for å ha mulighet til å gjenanskaffe et anleggsmiddel, eller betale avdrag på lån som finansierer investeringen. Levetiden angir hvor lenge bygninger og utstyr kan brukes før det må anskaffes nytt. Levetiden påvirker nivået på avskrivninger, jo lengre levetider desto lavere årlige avskrivninger.

som følge av denne måten å verdsette anleggsmidler på, ikke inngå i styringsmålene knyttet til ressursbruk og tjenesteproduksjon som Stortinget har fastsatt for foretakene. Slike sammensatte årsresultat, gjør det følgelig vanskelig å måle hvordan ressursene er forvaltet i foretaket i løpet av året i forhold til Stortingets krav til økonomisk resultat.

Departementets utgangspunkt for å fremme dette lovforslaget er at verdsettingen av foretakenes kapital også må baseres på det bevilgningsnivå som er gitt av Stortinget, i tillegg til tekniske vurderinger av gjenanskaffelsesverdien. Dette bevilgningsnivået gjenspeiler det som fram til nå har vært brukt og har vært tilstrekkelig for å produsere spesialisthelsetjenester i et tilstrekkelig omfang, og en verdsetting der også dette elementet inngår, gir, etter departementets vurdering, dermed det beste estimatet på en riktig bruksverdi. Denne måten å fastsette verdiene som foretakene overtok ved etableringen på, gir ingen negativ resultateffekt i foretakenes driftsregnskaper og er dermed i overensstemmelse med forutsetningene som ble presentert i St.prp. nr. 63 (2003–2004). Etter departemen-

tets vurderinger vil en videreføring av måten regnskapene ble avlagt på i 2003 vanskeliggjøre økonomisk styring og oppfølging av resultatkrav satt av Stortinget. Departementet anser det derfor som mest hensiktsmessig å foreta særskilte reguleringer av regnskapsføringen av anleggsmidlene som foretakene overtok ved etableringen i en forskrift. For å kunne gjøre det, trengs en forskriftshjemmel i helseforetaksloven § 43. Det er denne lovendringen som foreslås her.

Proposisjonen innledes med en gjennomgang av de relevante stortingsdokumentene som er knyttet til saken. Deretter redegjøres det for gjeldende rett og beregning av åpningsbalansen. Videre presenteres forslagene i høringsbrevet og høringsinstansenes merknader. Dernest behandles lovforslaget nærmere med en gjengivelse av høringsinstansenes merknader og departementets vurderinger av noen sentrale punkter. Det redegjøres så for forholdet til EØS-avtalen og økonomiske og administrative konsekvenser av forslagene, før merknadene til lovendringsforslaget gjengis til slutt.

## 2 Bakgrunn for forslaget i proposisjonen

Forslaget i denne proposisjonen har sin bakgrunn i flere stortingsdokumenter. De viktigste omtales i det følgende.

### 2.1 Ot.prp. nr. 66 (2000–2001) Om lov om helseforetak m.m. (helseforetaksloven) og Innst. O. nr. 118 (2000–2001) Innstilling fra sosialkomiteen om lov om helseforetak m.m.

I forbindelse med forslaget om statlig overtakelse av spesialisthelsetjenesten i Ot.prp. nr. 66 (2000–2001), ble det fremhevet at ett av flere viktige mål med sykehusreformen var å legge til rette for en bedre ivaretagelse av de verdier som ligger i investert kapital, samt å sikre en bedre ressursbruk ved at foretakene får ansvar for å se både drifts- og kapitalressursene i sammenheng. Det ble foreslått at foretakene skulle bli underlagt bestemmelser i lov 17. juli 1998 nr. 56 om årsregnskap m.v. (regnskapsloven). Stortinget støttet regjeringens forslag.

Regnskapslovens bestemmelser innebærer blant annet at det etableres balanseregnskap for foretakene og at kapitalkostnader blir synlige gjennom årlige avskrivninger og rentekostnader. Nye investeringer skal balanseføres og avskrives over investeringsens levetid. Investeringer tas dermed inn i foretakenes balanse, og verdien av investeringen i balansen reduseres i takt med avskrivningene. Avskrivningene fremkommer som en kostnad i det årlige resultatregnskapet. Regnskapslovens bestemmelser innebærer også at en etablerte et resultatorientert regnskapssystem, til forskjell fra det finansielle regnskapssystemet i statlige og fylkeskommunale virksomheter. I tillegg til synliggjøring av kapitalkostnader, fører regnskapslovens bestemmelser til at det blir større fokus på at inntekter og kostnader regnskapsføres i den perioden de faktisk oppstår. For å kunne etterleve regnskapsloven, stilles det også strenge krav til foretakenes registrering og dokumentasjon av regnskapsopplysninger. Samlet sett mente departementet at forslaget om at foretakene skulle bli underlagt regnskapslovens bestemmelser ville gi viktige bidrag til en god og ef-

ektiv bruk av kapital i foretakene og til en god oversikt over, og styring med, foretakenes økonomi.

### 2.2 St.prp. nr. 59 (2001–2002) Spesialisthelsetjenestens økonomi og budsjett 2002 og Innst. S. nr. 243 (2001–2002) Innstilling fra sosialkomiteen om spesialisthelsetjenestens økonomi og budsjett 2002

I St.prp. nr. 59 (2001–2002) orienterte departementet om at foretakenes regnskap fra og med 2002 skulle avgis i samsvar med regnskapslovens regler, og at 2002 var et overgangsår ved at de samlede investeringene ble kontantfinansiert, blant annet gjennom basistilskuddet til de regionale helseforetakene. Det ble også varslet at det samlede opplegget for håndtering av investeringer i 2003 ville bli lagt fram i forslag til statsbudsjett for 2003, og det ble orientert om at det var foretatt en første teknisk verdsetting<sup>1</sup> av foretakenes kapital, basert på prinsippet om gjenanskaffelseskost.

I Innst. S. nr. 243 (2001–2002) skrev sosialkomiteen at den var kjent med at det arbeides med å etablere en åpningsbalanse for foretakene, og viste til at dette arbeidet baserer seg på prinsippet om gjenanskaffelseskost. Komiteen la vekt på at det i arbeidet med fremtidig system for håndtering av investeringer måtte tas hensyn til at foretakene skal ha frihet til å kunne se investeringer og drift i sammenheng på et selvstendig grunnlag. Samtidig mente komiteen at de nasjonale målsetninger og prioriteringer må ivaretas gjennom at større investeringsprosjekter, som har betydning for de helsepolitiske prioriteringer, ses i et nasjonalt perspektiv og styres gjennom nasjonale prioriteringer. Komiteen la til grunn at regjeringen skulle komme tilbake i statsbudsjettet for 2003 med en ytterligere og samlet vurdering. Komiteen viste også til at bestemmelsen i helseforetaksloven § 43 første ledd

<sup>1</sup> I forbindelse med foretaksorganiseringen ble det sommeren/høsten 2001 foretatt en teknisk verdsetting av de eiendelene staten overtok fra fylkeskommunene.

om at regnskapslovens bestemmelser gjelder for foretakene, er av sentral betydning for å ivareta sykehusreformens intensjoner om forbedret ressursutnyttelse i sykehussektoren. Komiteen understreket viktigheten av at etablering av åpningsbalanser og avklaring av fremtidig system for finansiering av kapitalkostnader, ble foretatt snarest mulig.

### **2.3 St.prp. nr. 1 (2002–2003) og Budsjett-innst. S. nr. 11 (2002–2003)**

I St.prp. nr. 1 (2002–2003) orienterte departementet om at foretakene ble stiftet med et kontantinskudd på 100 000 kroner ved inngangen til 2002. All virksomhet med tilhørende eiendeler og gjeld ble overført til foretakene fra samme tidspunkt. Bokføringen av tingsinnskuddet ville skje i årsregnskapet for 2002, basert på en foreløpig kostpris. Det ble også orientert om at endelig verdsetting av kapitalen ville bli fastsatt innen avleggelsen av regnskapet for 2003, det vil si senest 30. juni 2004, og at inntektsstrømmen som skulle knyttes til estimerte avskrivningskostnader, ville være om lag videreføring av det nivået for investeringer som avskrivningene i 2002 ga grunnlag for, det vil si ca. 3 milliarder kroner. Det ble lagt til grunn at estimerte avskrivninger i foretakene i 2002 og 2003 var i samsvar med dette inntektsnivået.

Det ble meddelt at det ved den endelige verdsettingen skulle legges til grunn at foretakene skal styres mot regnskapsmessig balanse. Verdsettingen skulle således ta utgangspunkt i vedtatt bevilgning til dekning av avskrivninger i 2004. Det ble varslet at den endelige verdsettingen og fastsettelsen av systemet for å håndtere avskrivninger, skulle foretas i lys av blant annet en samlet vurdering av de økonomiske rammene for foretakene, gjenanskaffelsesprinsippet og den foreliggende beregning av gjenanskaffelsesverdi for anleggsmidlene, eventuell endring av regnskapsmessig avskrivningstid, hensiktsmessig fordeling av kapitalen mellom de ulike foretakene, mulighet for å frigjøre kapital gjennom omstrukturering/ rasjonalisering av eiendomsmassen, krav til effektivisering av driften og modell for håndtering av store utbyggingsprosjekter og eventuelle endringer i inntektssystemet for foretakene.

I Budsjett-innst. S. nr. 11 (2002–2003) uttrykte sosialkomiteens flertall bekymring for at en måtte risikere å vente helt frem til 30. juni 2004 før en fikk oversikt over foretakenes kapitalstruktur. Flertallet mente dette skaper driftsproblemer både på kort

og lang sikt i forbindelse med strukturplanleggingen fremover.

### **2.4 NOU 2003:1 Behovsbasert finansiering av spesialisthelsetjenesten, St.meld. nr. 5 (2003–2004) og Innst. S. nr. 82 (2003–2004)**

I forbindelse med forslaget om statlig overtakelse av spesialisthelsetjenesten i Ot.prp. nr. 66 (2000–2001), varslet regjeringen at den ville foreta en bred gjennomgang av eksisterende finansieringsordninger for spesialisthelsetjenesten. For å sikre et beslutningsgrunnlag for utformingen av et fremtidig inntektssystem for spesialisthelsetjenesten, ble det, ved kongelig resolusjon av 1. februar 2002, satt ned et utredningsutvalg (Hagenutvalget). Utvalget behandlet spørsmålet om finansiering av kapital i kapittel 18 i utredningen.

Utvalget pekte på at et av de viktigste spørsmålene som fortsatt var uavklart etter forslagene i St.prp. nr. 1 (2002–2003), var verdifastsetting av åpningsbalansen. Utvalget erkjente at

«verdifastsettingen i åpningsbalansen, og dermed størrelsen på avskrivningene, gir direkte implikasjoner for hvor mye som må bevilges til avskrivninger».

Utvalget så dette som et spørsmål om bevilgningsnivå. Utvalget tok ikke stilling til bevilgningsnivået. Utvalget mente imidlertid at når bevilgningsnivå var valgt, måtte verdifastsettingen ta utgangspunkt i dette beløpet. Utvalget skrev videre:

«Utvalget vurderer det slik at det særlig er intensivene i forhold til nyinvesteringer som er viktige i forhold til riktig kapitalbruk, og som må ivaretas ved utformingen av systemet».

Med utgangspunkt i Hagenutvalgets innstilling og høringsuttalelsene til denne, omtalte departementet flere forslag knyttet til inntektssystem for spesialisthelsetjenesten i St.meld. nr. 5 (2003–2004). Spørsmålene knyttet til kapital er behandlet i kapittel 10. I tråd med Hagenutvalgets innstilling og St.prp. nr. 1 (2002–2003), ble det påpekt at det er de fremtidige inntektene som vil være avgjørende for hvilke verdier som kan forsvares i foretakenes åpningsbalanser.

Stortinget behandlet forslagene i St.meld. nr. 5 (2003–2004) i Innst. S. nr. 82 (2003–2004). Komiteen merket seg departementets forslag. Komiteen tok ikke stilling til nivået på de inntektene som skal dekke avskrivninger.



## 2.5 St.prp. nr. 1 (2003–2004) og Budsjett-innst. S. nr. 11 (2003–2004)

I tråd med det som ble forutsatt i St.prp. nr. 1 (2002–2003), presenterte departementet i St.prp. nr. 1 (2003–2004) et opplegg for verdsettingen av foretakenes anleggsmidler og etablering av åpningsbalanser i foretakene. Det ble lagt til grunn for opplegget at foretakene skulle styres mot regnskapsmessig balanse, og at verdsettingen skulle ta utgangspunkt i bevilgning til dekning av avskrivninger i 2004. Det ble redegjort for at det, ved etableringen av foretakene, ble gjort en teknisk beregning av såkalt gjenanskaffelsesverdi av foretakenes bygninger og utstyr. Gjenanskaffelsesverdien ble anslått til totalt om lag 116 milliarder kroner for alle anleggsmidlene, og basert på de levetidene som var lagt til grunn, ble det kalkulert et årlig avskrivningsnivå på om lag 5 milliarder kroner.

Departementet meddelte at det var foretatt en vurdering av levetider for de ulike hovedgruppene anleggsmidler, det vil si bygninger og utstyr, i tråd med det som ble skissert i St.prp. nr. 1 (2002–2003). For utstyr ble det lagt til grunn de samme levetider som ble benyttet i beregningene av avskrivningene. For bygninger ble lengre levetider enn det som var brukt i den tekniske beregningen, lagt til grunn. Departementet mente disse levetidene var forsvarlige og orienterte om at man var inneforstått med at de valgte levetider på bygninger kunne føre til økte vedlikeholdskostnader over tid. Det ble også orientert om at man hadde sett på muligheten for å frigjøre kapital gjennom omstrukturering/rasjonalisering av eiendomsmassen, samt fordelingen av kapital mellom regionene. Videre ble det orientert om at de samlede økonomiske rammene for foretakene, endringer i inntektssystemet og muligheter for effektivisering for å kunne håndtere avskrivningskostnader, var vurdert.

Videre skriver departementet at:

«Gjenanskaffelsesverdiene er beregnet på grunnlag av antatt gjenanskaffelseskostnad av kapitalen. I henhold til regnskapsloven, kan ikke den verdien på anleggsmidler som skal benyttes i regnskapene være høyere enn såkalt virkelig verdi. For foretakene innebærer dette at verdien av kapitalen må reflektere de inntekter de regionale helseforetakene får til å dekke de årlige avskrivningskostnadene knyttet til bygninger og utstyr, forutsatt at de har balanse i driften for øvrig».

Det ble også orientert om at Helsedepartementet baserer verdsettingen på det etablerte inntektsnivået:

«I St.prp. nr. 1 (2001–2002), Tillegg nr. 4 ble det budsjettert med et beløp på 2,8 mrd. kroner til kontantfinansiering av investeringer. Dette beløpet er beregnet med utgangspunkt i det gjennomsnittlige investeringsnivået i spesialisthelsetjenesten på 1990-tallet som beregnet andel av fylkeskommunenes inntekter. I underlagsmaterialet for dette beløpet ligger det ikke inne gjennomføring av noen store utbyggingsprosjekter.»

Dette er noe av bakgrunnen for forslag om investeringstilskudd til tre større utbygginger jf. Kap. 732 post 81.

«Helsedepartementet baserer verdsettingen på dette etablerte inntektsnivået, noe som innebærer at foretakene tilføres årlige inntekter gjennom sin basisbevilgning til å kunne dekke årlige avskrivninger tilsvarende 2,9 mrd. kroner.

Basert på de valgte levetider og dette inntektsnivået, vil foretakene over tid være satt i stand til å gjenanskaffe om lag  $\frac{3}{4}$  av den beregnede gjenanskaffelsesverdien av kapitalen. Dette tilsvarer anleggsmidler med en verdi på om lag 85 mrd. kroner. De verdier som legges inn i åpningsbalansen vil være beregnet med utgangspunkt i dette nivået, men hvor det er tatt hensyn til verdiforringelse som følge av bruk av bygninger og utstyr. Beløpet i åpningsbalansen vil altså være lavere enn 85 mrd. kroner. Det endelige nivået må fastsettes med utgangspunkt i konkrete beregninger foretatt av det enkelte regionale helseforetak».

Helsedepartementet orienterte også om at det er innstilt på at foretakene gradvis skal kunne øke sitt investeringsnivå, og dermed måtte forsvare høyere avskrivninger over tid. Det ble tatt sikte på at foretakene i løpet av de nærmeste årene skulle kunne trappe opp de samlede avskrivningene til 3,8 milliarder kroner og at de økte avskrivningene skal motsvares av tilsvarende økt krav til effektivisering av driften.

Stortinget behandlet departementets forslag i Budsjett-innst. S. nr. 11 (2003–2004) og etterfølgende vedtak. Komiteens flertall registrerte at det i løpet av 2004 ville bli fastsatt en åpningsbalanse for foretakene. Flertallet var noe bekymret for den relativt lange levetiden som var satt på bygningsmassen i forbindelse med åpningsbalansen, noe som flertallet mente kunne føre til betydelige vedlikeholdsutgifter på bygningsmassen om noen år. Flertallet påpekte videre at utviklingen innen ulike former for medisinskteknisk utstyr går meget raskt, og flertallet mente derfor at å beregne ti års levetid på avansert medisinskteknisk utstyr kunne være i lengste laget.

## 2.6 St.prp. nr. 63 (2003–2004) Tilleggsbevilgninger og omprioriteringer i statsbudsjettet medregnet folketrygden 2004 og Innst. S. nr. 250 (2003–2004)

I St.prp. nr. 63 (2003–2004) redegjorde departementet for at det i forberedelsene til sykehusreformen ble forutsatt at regnskapsføring av avskrivninger etter et opplegg som beskrevet i St.prp. nr. 1 (2003–2004) ville være i samsvar med regnskapsloven og at det vedtatte opplegget innebærer at overgangen til å føre regnskap etter regnskapsloven ikke i seg selv har ført til økte bevilgninger. Det ble orientert om at Helsedepartementet i forberedelsen av regnskapsavslutningen for helseforetakene for 2003 hadde hatt dialog med revisormiljøene som reviderer de regionale helseforetakenes regnskaper. Det hadde blitt varslet fra revisorene at både forholdet knyttet til at ikke alle anleggsmidlene kan gjenanskaffes fullt ut og forholdet knyttet til lengre levetider og de tilknyttede økte vedlikeholdsutgiftene, burde framstå som underskudd i driftsregnskapet. En annen regnskapsføring kunne føre til at det på dette punktet kunne bli tatt forbehold i revisjonsberetningen til de enkelte helseforetakene. Helsedepartementet orienterte i proposisjonen om at det i den forbindelse har understreket styrenes selvstendige ansvar for avleggelse av regnskapet og at regnskapene skal avlegges i følge regnskapsloven og i tråd med god regnskapsskikk. Et eventuelt underskudd som følge av disse forholdene vil ikke påvirke de fastsatte styringsmålene knyttet til ressursbruk og tjenesteproduksjon. Avslutningsvis ble det meddelt at Helsedepartementet, i samarbeid med Finansdepartementet, ville vurdere om dette tilsier eventuelle endringer i måten som regnskapsloven skal gjøres gjeldende for de regionale helseforetakene. Det ble tatt sikte på at eventuelle endringer skulle gjøres gjeldende for regnskapsåret 2004.

Departementets redegjørelse ble omtalt i Innst. S. nr. 250 (2003–2004). Komiteens flertall tok denne til etterretning.

## 2.7 St.prp. nr. 1 (2004–2005) og Budsjett-innst. S. nr. 11 (2004–2005)

I St.prp. nr. 1 (2004–2005) orienterte departementet om at det i tråd med forutsetningene i St.prp. nr. 63 (2003–2004) var foretatt vurderinger av hvordan eventuelle endringer i måten som regnskapsloven skal gjøres gjeldende for foretakene, kan gjennom-

føres. Det ble redegjort for forslaget som fremmes i denne proposisjonen, og orientert om at et viktig premiss i arbeidet har vært at foretakene fortsatt skal følge regnskapslovens bestemmelser.

Det ble pekt på at:

«bygningssmassen 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. Nødvendige og hensiktsmessige tilpasninger vil skje over tid etter hvert som eksisterende bygninger og utstyr skal erstattes, dvs. i et tidsperspektiv på 20-30 år.»

Videre ble det presisert at beregningene som ligger til grunn for forskriftsutkastet, tar utgangspunkt i uendret fordeling av ressursbruk mellom kapital og andre innsatsfaktorer. Innenfor de premisser og rammer som følger av helseforetaksloven og de årlige statsbudsjett, vil det være opp til de regionale helseforetakene å prioritere ressursfordelingen mellom innsatsfaktorene. Illustrasjonsmessig vil 1 milliard kroner i økte investeringer i bygg innebære 30 millioner kroner i økte avskrivningskostnader i tillegg til finanskostnader knyttet til evt. låneopptak. Det ble også orientert om at inntektsnivået, som er lagt til grunn for å dekke avskrivninger, tar utgangspunkt i det gjennomsnittlige investeringsnivået i spesialisthelsetjenesten på 1990-tallet som beregnet andel av fylkeskommunens inntekter, og påpekt at inntektsrammenene til helseforetakene i perioden etter reformen er økt i forhold til dette nivået.

Stortinget behandlet departementets redegjørelse i Budsjett-innst. S. nr. 11 (2004–2005). Flertallet i sosialkomiteen hadde ingen merknader knyttet direkte til redegjørelsen om verdsetting av anleggsmidler og tilpasninger til regnskapsloven, men komiteen pekte på verdsetting av eiendom og anleggsmidler og tilpasninger til regnskapsloven som ett av flere forhold som fortsatt gjenstår før man har fått på plass intensjonene med helsereformen. Det ble videre påpekt at:

«Foretakene har dessuten store utfordringer når det gjelder investering i nybygg og vedlikehold. Slik komiteen ser det, er det særdeles viktig at foretakene i løpet av en toårsperiode får en økonomisk forutsigbar drift».

## 2.8 Høring

Høringsbrev med forslag til endring i helseforetaksloven § 43 ble sendt ut 26. oktober 2004 med

høringsfrist 9. desember 2004. Utkast til forskrift om regnskapsføring av anleggsmidler overtatt av regionale helseforetak og helseforetak ved etableringen, ble sendt på høring i samme ekspedisjon.

Følgende har vært høringsinstanser:

Akademikerne  
 Arbeidsgiverforeningen NAVO  
 Brukerforeningen  
 Den norske lægeforening  
 Den norske Revisorforening  
 Departementene  
 Fagforbundet  
 Finansnæringens hovedorganisasjon  
 Funksjonshemmedes fellesorganisasjon  
 Handels- og Servicenæringens Hovedorganisasjon (HSH)  
 Handelshøyskolen BI  
 Helseøkonomisk forskningsprogram, Universitetet i Oslo  
 Konkurransetilsynet  
 Kontor for pasienthjelp  
 Kredittilsynet  
 Kreftforeningen  
 Landets pasientombud  
 Landsforeningen for hjerte- og lungesyke  
 Landsforeningen for pårørende innen psykiatri  
 Landsorganisasjonen i Norge (LO)  
 Mental Helse Norge  
 Nasjonalforeningen for folkehelsen  
 Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten  
 NITO  
 Norges astma- og allergiforbund  
 Norges diabetesforbund  
 Norges farmaceutiske forening  
 Norges Handelshøyskole (NHH)  
 Norges handikapforbund  
 Norsk pasientforening  
 Norsk RegnskapsStiftelse (NRS)  
 Norsk revmatikerforbund  
 Norsk Sykepleierforbund (NSF)  
 Norske finansanalytikerers forening  
 Næringslivets hovedorganisasjon (NHO)  
 Privatsykehusenes Fellesorganisasjon (PRISY)  
 Program for Helseøkonomi i Bergen (HEB)  
 Regionale helseforetak

Riksrevisjonen  
 Rikstrykdeverket  
 Rusmisbrukernes interesseorganisasjon (RIO)  
 Røntgeninstituttens Fellesorganisasjon (RiFo)  
 Rådet for funksjonshemmede  
 Rådet for psykisk helse  
 SINTEF Helse  
 Sivilombudsmannen  
 Sosial- og helsedirektoratet  
 Statens helsetilsyn  
 Statens seniorråd  
 Statistisk sentralbyrå (SSB)  
 Utdanningsgruppenes hovedorganisasjon (UHO)  
 Yrkesorganisasjonenes Sentralforbund (YS)

Det har kommet inn 38 hørings svar. Fem høringsinstanser meddeler at de ikke avgir uttalelse, 11 instanser uttaler at de ikke har merknader til forslagene, mens 22 høringsinstanser har avgitt realitetsuttalelser. De høringsinstansene som har avgitt realitetsuttalelse er Den norske lægeforening, Den norske Revisorforening, Fagforbundet, Handels- og Servicenæringens Hovedorganisasjon, Helse Midt-Norge RHF, Helse Nord RHF, Helse Sør RHF, Helse Vest RHF, Helse Øst RHF, Justis- og politidepartementet, Konkurransetilsynet, LO, Moderniseringsdepartementet, Norges Handelshøyskole, Norsk RegnskapsStiftelse, Norsk Sykepleierforbund, PRISY, Program for Helseøkonomi i Bergen, Riksrevisjonen, Røntgeninstituttens Fellesorganisasjon, Statistisk Sentralbyrå og Yrkesorganisasjonenes Sentralforbund.

Ingen høringsinstanser som ga realitetsmerknader støtter forslagene i høringsbrevet fullt ut. Mange er kritiske til forslaget. Hørings svarene omtaler i stor grad utkastet til forskrift.

Høringsinstansenes merknader omtales nærmere i punkt 6 og 7.

## 3 Gjeldende rett

### 3.1 Helseforetaksloven

---

Det fremgår av helseforetaksloven § 43 at regnskapslovens bestemmelser gjelder for regionale helseforetak og helseforetak.

### 3.2 Regnskapsloven

---

Etter regnskapsloven, skal regnskapspliktige for hvert regnskapsår utarbeide årsregnskap og årsberetning i samsvar med bestemmelsene i regnskapsloven, jf. regnskapsloven § 3–1. Årsregnskapet skal inneholde resultatregnskap, balanse, kontantstrømoppstilling og noteopplysninger, jf. regnskapsloven § 3–2.

Etter regnskapslovens § 4–1 første ledd skal transaksjoner regnskapsføres til verdien av vederla-

get på transaksjonstidspunktet (transaksjonsprinsippet). Transaksjonsprinsippet skal legges til grunn for overføringen av sykehusene mv. til de regionale helseforetakene ved gjennomføringen av sykehusreformen. I denne transaksjonen gir imidlertid prinsippet liten veiledning for den nærmere verdsettingen av transaksjonene og de enkelte elementene av transaksjonene.

Etter § 5–1 om klassifisering av eiendeler, er anleggsmidler eiendeler bestemt til varig eie eller bruk. Andre eiendeler er omløpsmidler. Etter § 5–3 skal anleggsmidler vurderes til anskaffelseskost. Anleggsmidler som har begrenset økonomisk levetid, skal avskrives etter en fornuftig avskrivningsplan. Anleggsmidler skal nedskrives til virkelig verdi ved verdifall som forventes ikke å være forbigående. Nedskrivningen skal reverseres i den utstrekning grunnlaget for nedskrivning ikke lenger er til stede.

## 4 Beregning av åpningsbalansen

I følge transaksjonsprinsippet, nevnt over, skal transaksjoner regnskapsføres til verdien av vederlaget på transaksjonstidspunktet. En regnskapsmessig transaksjon består av en ytelse og et vederlag. Regnskapsmessige transaksjoner skal ha et reelt innhold. Vederlaget i transaksjonene ved overføringen av sykehusene mv. til de regionale helseforetakene ved gjennomføringen av sykehusreformen bestod i hovedsak av at helseforetakene overtok plikten til å yte helsetjenester fra fylkeskommunene. Verdien av dette vederlaget kan ikke estimeres forsvarlig på annen måte enn gjennom verdsetting av ytelsene i transaksjonene; sykehusene mv. For de fleste av de eiendelene som benyttes innenfor dagens sykehusdrift finnes det ikke observerbare markedspriser. Som en praktisk tilnærming til verdien av vederlaget, er gjenanskaffelsesverdi lagt til grunn.

For å gi et mest mulig korrekt bilde er departementet av den oppfatning at denne gjenanskaffelsesverdien skal ta utgangspunkt i en optimalisert bruksverdi. Dette innebærer her vurderinger av hva det ville koste å anskaffe anleggsmidler optimalisert for bruk i produksjon av de helsetjenester som produseres i dag. Bygningsmassen som helseforetakene har overtatt er et resultat av investeringsbeslutninger foretatt av 19 fylkeskommuner og staten. Departementet legger til grunn at de fem regionale helseforetakene og det felles statlige eierskapet gir nye muligheter for bedre koordinering av investeringer og kapitalbruk.

Helse- og omsorgsdepartementet legger til grunn at verdifastsettelsen av helseforetakenes kapital skal bygge på en slik definisjon av bruksverdien av de driftsmidler som nyttes for å produsere spesialisthelsetjenester. En optimalisert eller riktig bruksverdi er, slik departementet ser det, den verdien som kan forsvares ut fra anvendelsen i produksjonen av spesialisthelsetjenester. Departementet anser at de forutsetninger som de storingsfastsatte rammebetingelsene bygger på, er relevante også ved fastsetting av optimalisert bruksverdi.

For at regnskapet skal kunne reflektere en slik optimalisert bruksverdi legges det til grunn at de regionale helseforetakene fastsetter inngangsverdien av de varige driftsmidlene med utgangspunkt i en samlet vurdering av flere elementer. Departe-

mentet legger til grunn at de beregninger som ble gjort i den tekniske verdsettingen ikke bygger på tilstrekkelige forutsetninger for alene å kunne danne grunnlag for å fastsette en optimalisert bruksverdi som angitt over. Elementer departementet mener bør legges til grunn i tillegg til den tekniske verdsettingen er:

- Eventuelle fradrag som følge av at bygninger ikke er i bruk og ikke vil bli brukt.
- Eventuelle fradrag som følge av bygninger og lignende som det på tidspunktet for overtagelsen var besluttet å rive og eventuelt bygge nytt og lignende.
- Det historiske investeringsnivå som har vært i spesialisthelsetjenesten på 1990-tallet og det nivå som er lagt til grunn i St.prp. nr. 1 (2003–2004), jf. Budsjett-innst. S. nr. 11 (2003–2004), jf. også St.meld. nr. 5 (2003–2004), jf. Innst. S. nr. 82 (2003–2004), for å kunne produsere et ønsket omfang av spesialisthelsetjenester.
- Muligheter for bedre koordinering av investeringer og kapitalbruk.

Erfaringene gjennom 1990-tallet og fram til overdragelsen til helseforetakene har vist at dette investerings- og vedlikeholds nivået av anleggsmidler har vært tilstrekkelig til i denne perioden å opprettholde og øke produksjonen av spesialisthelsetjenester. Dette indikerer, etter departementets vurdering, at det er avvik mellom beregnet gjenanskaffelsesverdi ved takseringen og den samlede optimaliserte bruksverdien. Departementet anser derfor at det historiske investeringsnivå som angitt i strekpunkt over, også skal anvendes som grunnlag for å oppnå en forsvarlig tilnærming til optimalisert bruksverdi ved justering av de beregnede verdiene.

Avleggelsen av årsregnskapene for foretakene for 2003 ble omtalt i St.prp. nr. 63 (2003–2004) og er referert i punkt 2.6 i denne proposisjonen. Avskrivningsgrunnlaget ble fastsatt til den gjenanskaffelsesverdien som den tekniske verdsettingen kom fram til i 2001, redusert for bygninger som ikke er i bruk og ikke vil bli brukt og for bygninger og lignende som det var bestemt på overtagelsestidspunktet at skulle rives. Gjenanskaffelsesverdien ble imidlertid ikke justert for det historiske investeringsnivå som har vært i spesialisthelsetjenesten på

1990-tallet og det nivå som er lagt til grunn i St.prp. nr. 1 (2003–2004), slik departementet hadde forutsatt. Videre ble en kortere levetid enn den departementet hadde forutsatt, lagt til grunn. Konsekvensen av måten årsregnskapene for 2003 ble avlagt på, er at årlige avskrivningskostnader blir høyere enn departementet forutsatte. Dette førte til at de regionale helseforetakene i 2003 fremsto med et samlet underskudd på om lag 2 milliarder kroner, som følge av måten åpningsbalansen var etablert på.

Den delen av underskuddet som skyldtes det høye avskrivningsgrunnlaget, ble, ved avleggelsen av regnskapet i 2003, ført mot et såkalt strukturfond i balansen, og dermed ble verdien av balansen redusert tilsvarende. Med opplegget som ble brukt i

årsregnskapene for 2003, settes foretakene bare i stand til å gjenanskaffe om lag 60 prosent av gjenanskaffelsesverdien av de anleggsmidlene de overtok, gitt den inntektsstrømmen foretakene har for å dekke avskrivninger. Årsaken til dette er at det ble lagt til grunn kortere levetider enn departementet la til grunn, noe som medfører høyere årlige avskrivningskostnader. Dersom departementets opplegg for verdsetting hadde blitt brukt, ville foretakene være i stand til å gjenanskaffe om lag 75 prosent av gjenanskaffelsesverdien av de anleggsmidlene de overtok, gitt den samme inntektsstrømmen. Dette fordi noe lengre levetider foreslås lagt til grunn, og de årlige avskrivningskostnadene ville dermed bli lavere.

## 5 Forslagene i høringsbrevet

Som det ble varslet i St.prp. nr. 63 (2003–2004) har Helse- og omsorgsdepartementet, i samarbeid med Finansdepartementet, foretatt en nærmere vurdering av om måten regnskapene ble avlagt på i 2003 tilsier endringer i måten som regnskapsloven skal gjøres gjeldende for foretakene. Arbeidet munnet ut i forslagene som ble sendt på høring 26. oktober 2004 og som omtales i denne proposisjonen.

### 5.1 Forslag til lovendring

Foretakene fremsto, som beskrevet over, i 2003 med store underskudd som blant annet skyldtes at avskrivningsgrunnlaget ikke ble justert i forhold til det historiske investeringsnivå som har vært i spesialisthelsetjenesten på 1990-tallet og det nivå som er lagt til grunn i St.prp. nr. 1 (2003–2004). Departementet mener at disse underskuddene vanskelig gjør god styring og kontroll av foretakene. Derfor ble det i høringsbrevet foreslått endring av helseforetakslovens § 43, som gir Kongen adgang til å gi forskrift om regnskapsføring av anleggsmidler som foretakene overtar eiendomsretten til, både når det skjer i forbindelse med overtakelse av ansvaret for offentlige oppgaver og i forbindelse med omdanning, jf. § 50 i helseforetaksloven.

### 5.2 Forslag til forskrift

Denne forskriftshjemmelen tenkes brukt til å fastsette en forskrift om regnskapsføring av anleggsmidler overtatt av regionale helseforetak og helseforetak ved etableringen. Utkastet til denne forskriften ble sendt på høring sammen med utkastet til lovendring. Forslaget til forskrift omtales i denne odelstingsproposisjonen fordi regjeringen ønsker å informere Stortinget om innholdet av den forskriften det tas sikte på å fastsette dersom lovforslaget blir vedtatt.

#### 5.2.1 Opplegget for verdsetting som foreslås i utkastet til forskrift

Opplegget for verdsetting av foretakenes kapital som presenteres i forskriftsutkastet, er i tråd med omtalen i St.prp. nr. 1 (2004–2005). Dette er sammenfallende med opplegget for verdsetting som ble presentert i St.prp. nr. 1 (2003–2004), med unntak av ett punkt. I St.prp. nr. 1 (2003–2004) la departementet til grunn en dekomponering<sup>1</sup> av bygningsdelene som var annerledes enn den dekomponering som var lagt til grunn i den tekniske verdsettingen. I forskriftsutkastet benyttes den dekomponeringen og de lengste levetider som er lagt til grunn av det tekniske miljøet som gjorde verdsettingen. Effekten av dekomponeringen som ble anbefalt i den tekniske verdsettingen, er at levetidene for eiendelene blir noe kortere enn i forslaget presentert i St.prp. nr. 1 (2003–2004). Dette medfører at årlige avskrivningskostnader blir noe høyere.

Det medfører at verdiene i balansen nå vil utgjøre om lag 2/3 istedenfor ¾ av gjenanskaffelsesverdiene, slik det var beskrevet i St.prp. nr. 1 (2003–2004).

Etter utkastet til forskrift vil foretakenes regnskaper ikke vise underskudd som skyldes at avskrivningsgrunnlaget ikke er justert i forhold til det historiske investeringsnivå som har vært i spesialisthelsetjenesten på 1990-tallet og det nivå som er lagt til grunn i St.prp. nr. 1 (2003–2004). Videre settes foretakene i stand til å gjenanskaffe om lag 2/3 av kapitalen, mot 60 prosent slik årsregnskapene for 2003 ble avlagt. Forskjellen mellom 2/3 og 60 prosent skyldes at det i avleggelsen av regnskapet for 2003 ble lagt til grunn at man måtte bruke levetidene i midten av intervallet anbefalt av det tekniske miljøet som gjorde verdsettingen, mens departementet i utkastet til forskrift legger til grunn levetidene i den lengste enden av intervallet. Korrigert for verdiforringelse som følge av bruk av bygninger og utstyr (kapitalslit) vil åpningsbalanseverdiene i

<sup>1</sup> Dekomponering brukes her for å finne den forsvarlige avskrivningstiden for bygningen, og innebærer at bygget deles i ulike deler (f. eks byggkropp, elektrisk anlegg, ventilasjonsanlegg mv.). Man finner en gjenanskaffelsesverdi og en avskrivningstid for hver komponent. Hver komponent utgjør en andel av bygget. Man får byggets levetid ved å multiplisere hver komponents levetid med andelen denne komponenten utgjør av bygget, og deretter summere for alle byggets komponenter.

opplegget i utkastet til forskrift samlet settes til om lag 45 milliarder kroner mot drøyt 50 milliarder kroner i opplegget presentert i St.prp. nr. 1 (2003–2004). Dette er for øvrig de samme levetidene og den samme dekomponering som ble lagt til grunn ved regnskapsavleggelsen for 2002, den gang basert på en foreløpig kostpris for anleggsmidlene.

Det understrekes i høringsbrevet at forskriften

ikke skal regulere regnskapsføringen av anleggsmidler som foretakene anskaffer etter 1. januar 2002 og at endringen som foreslås ikke innebærer noen endringer i inntektsgrunnlaget til de regionale helseforetakene. Det foreslås at forskriften skal tre i kraft slik at den får virkning fra og med årsoppgjøret for regnskapsåret 2004.



## 6 Høringsinstansenes merknader

### 6.1 Oppsummering av hovedinnholdet i uttalelsene

*Den norske lægeforening* er svært kritisk til departementets forslag og mener forslaget til forskrift ikke er basert på realistisk gjenkjøpsverdi og ordinære bedriftsøkonomiske modeller. *Den norske Revisorforening* vil sterkt fraråde å gå videre med forslagene. Foreningen mener forslagene innebærer et så vesentlig avvik fra regnskapslovens alminnelige bestemmelser at foretak som følger forskriften, etter deres syn, ikke kan avlegge regnskap i tråd med god regnskapsskikk. Foreningen mener at forslaget til forskrift innebærer at avskrivningskostnadene blir 1/3 for lave i forhold til hva som er den virkelige kapitalkostnaden. *Fagforbundet* mener at den foreslåtte forskriften legger opp til at man skal kunne «sminke» den faktiske økonomiske situasjonen i foretakene og dekke over at de er underfinansiert i forhold til å opprettholde verdien på bygninger og utstyr. Fagforbundet anbefaler at forskriften ikke blir vedtatt. *Handels- og Servicenæringens Hovedorganisasjon (HSH)* støtter ikke forslaget til lovendring og det å gi foretakene anledning til å fravike regnskapslovens bestemmelser om regnskapsføring av anleggsmidler. HSH mener at verdsettelsen av anleggsmidlene må baseres på full gjenanskaffelseskost korrigert for verdiforringelse og påkostninger, og at underbudsjettering av avskrivninger bør fremkomme som underskudd i foretakenes regnskap. HSH mener også at departementets forslag vil medføre at regnskapene ikke er i stand til å gi en korrekt beskrivelse av den økonomiske situasjonen i foretakene. *Helse Midt-Norge RHF* anbefaler at forslaget ikke fremmes for Stortinget og at regnskapsloven i sin helhet skal gjelde for både etablering av åpningsbalansene og ved framtidige overføringer av oppgaver til foretakene og omdanning. *Helse Nord RHF* er prinsipielt i mot at det foretas endring i helseforetaksloven. Dersom endring likevel skal gjennomføres har Helse Nord en rekke merknader. *Helse Sør RHF* mener regnskapene må avspeile anleggsmidlenes reelle kostnader, gjennom fastsettelse av reelle verdier og avskrivningstider basert på reelle levetider. *Helse Sør RHF* mener at dette ikke ivaretas i forslagene. *Helse Vest RHF* anbefaler at forslagene ikke vedtas og at

foretakene dermed fortsetter å følge regnskapsloven i sin helhet. *Helse Øst RHF* mener forslaget til forskrift ikke vil reflektere reelt kapitalslit og mener det er en bedre løsning å benytte prinsippene i regnskapsloven ved verdsettelse. Det anbefales at forslagene revurderes. *Konkurransetilsynet* mener at det er av betydning at behandlingen av kapitalkostnadene følger de samme bestemmelser for private og offentlige aktører. Tilsynet har forståelse for at Helse- og omsorgsdepartementet har behov for å kunne benytte årsregnskapene til resultatmåling i samsvar med premisene i Stortingets budsjettvedtak. Konkurransetilsynet ser likevel problematiske sider ved forslaget. *Landsorganisasjonen i Norge (LO)* er bekymret for at regnskapsføringen av anleggsmidlene i foretakene ikke avspeiler den reelle verdien av disse, og at dette kan ha uheldige konsekvenser for helsetilbudet til pasientene. *Norges Handelshøyskole (NHH)* og *Program for Helseøkonomi i Bergen (HEB)* mener forslagene ikke må aksepteres fordi de innebærer klare brudd med grunnleggende prinsipper og må ansees som manipulasjon av regnskapsinformasjon. *Norsk RegnskapsStiftelse (NRS)* mener forslagene medfører at foretakene vil få et regnskapsresultat som ikke er forenelig med god regnskapsskikk og regnskapslovens bestemmelser. Etter stiftelsens vurdering vil den foreslåtte forskriften medføre at helseforetakene ikke kan bekrefte at regnskapet er avlagt i henhold til lov og god regnskapsskikk uten vesentlige presiseringer knyttet til verdi av anleggsmidler og avskrivninger. *Norsk Sykepleierforbund (NSF)* mener forslagene er et nytt eksempel på underfinansiering av spesialisthelsetjenesten. NSF mener regnskapsloven bør legges til grunn på ordinær måte for alle anleggsmidlene. *PRISY* går i mot den reduksjonen av åpningsbalansen og avskrivningsgrunnlaget som det legges opp til i utkast til forskrift § 3. *Riksrevisjonen* kan ikke se at forslaget til forskrift gir Stortinget et bedre grunnlag for resultatmåling enn om regnskapslovens bestemmelser legges til grunn. Etter Riksrevisjonens vurdering bør avskrivningssatser og levetider i størst mulig grad reflektere realistisk slitasje på anleggsmidlene slik at balansen gir et reelt bilde av den økonomiske situasjonen for foretakene. *Røntgeninstituttens Fellesorganisasjon (RiFo)* mener at forslaget til lov-

endring ser ut til å gi departementet blankofullmakt til å fastsette regler om regnskapsføring av anleggsmidler i samsvar med departementets politiske og økonomiske mål. RiFo mener også at forslagene innebærer urimelige forskjeller og ikke sammenlignbare prinsipper for offentlige og private virksomhe-

ter. *Statistisk Sentralbyrå (SSB)* kommenterer de praktiske konsekvensene av å etablere åpningsbalansen og redegjør for sitt informasjonsbehov i den forbindelse. *Yrkesorganisasjonenes Sentralforbund (YS)* har ingen kommentarer til lovendringen.

## 7 Nærmere om lovforslaget. Høringsinstansenes merknader og departementets vurderinger

Årsregnskapene for de regionale helseforetakene for 2003 ble avlagt på en måte som gjør at de regionale helseforetakene fremstår med årsresultat som ikke bare er et resultat av disponeringer i driften i løpet av året, men også måten som verdsettingen av eiendelene i åpningsbalansen er foretatt på. Slike sammensatte årsresultat gjør det vanskelig å måle hvordan ressursene er forvaltet i foretaket i løpet av året i forhold til Stortingets krav til økonomisk resultat. Dette er foranledningen til forslaget om å gjøre en endring i helseforetaksloven, som er foreslått i denne proposisjonen.

Departementets utgangspunkt for å fremme dette lovforslaget, er at verdsettingen av foretakenes kapital også bør baseres på det bevilgningsnivå som er gitt av Stortinget, i tillegg til tekniske beregninger av gjenanskaffelsesverdien, jf. pkt. 4. For å få et resultatbegrep for foretakene som er i overensstemmelse med Stortingets resultatkrav, anser departementet det som mest hensiktsmessig å regulere regnskapsføringen av anleggsmidlene som foretakene overtok ved etableringen, i en forskrift. For å kunne gjøre det, trengs en forskriftshjemmel i helseforetaksloven § 43. Et alternativ til forskriften er fortsatt regnskapsavleggelse på måten regnskapene ble avlagt på for 2003. Etter departementets vurderinger vil dette vanskeliggjøre styring og oppfølging av foretakene.

### 7.1 Forholdet til regnskapsloven

En rekke høringsinstanser har kommentert forslagenes forhold til regnskapsloven, blant andre de regionale helseforetakene, Norsk RegnskapsStiftelse, Den norske Revisorforening, interesseorganisasjoner, forskningsinstitusjoner og Riksrevisjonen. Merknadene knytter seg i hovedsak til intensjonen i sykehusreformen og i hvilken grad forslagene i høringsbrevet medfører at foretakene i praksis ikke lenger følger regnskapslovens bestemmelser og hvorvidt en regnskapsavleggelse etter det foreslåtte opplegget vil gi en korrekt beskrivelse av foretakenes økonomiske situasjon.

Flere høringsinstanser mener at det var en viktig forutsetning for sykehusreformen at foretakene

skulle gjøres i stand til bedre å måle kostnaden ved kapitalbruk for å kunne veie bruken av ulike innsatsfaktorer opp mot hverandre, og at dette skulle gjøres ved bruk av regnskapsloven. Enkelte høringsinstanser mener også at forslaget til lovendring medfører at regnskapsloven ikke gjøres gjeldende for de anleggsmidlene som forskriften regulerer, og at verdien av å følge regnskapsloven dermed faller bort. Det hevdes at det ikke bør lages en egen forskrift som regulerer regnskapsføringen av deler av eiendelene og det uttrykkes frykt for at en forskriftshjemmel åpner for at det kan komme flere forskrifter som oppfattes som unntak fra regnskapsloven. Flere høringsinstanser ønsker at foretakene skal følge regnskapsloven i sin helhet og anser regnskapslovens prinsipper som best egnet til å verdsette anleggsmidler.

Det hevdes at opplegget for verdsetting som foreslås i forskriften, ikke er i tråd med regnskapsloven, blant annet fordi avskrivningsgrunnlaget justeres i forhold til det historiske investeringsnivå som har vært i spesialisthelsetjenesten på 1990-tallet og det nivå som er lagt til grunn i St.prp. nr. 1 (2003–2004). *Helse Øst RHF* påpeker imidlertid at

«På lang sikt vil avskrivninger etter regnskapsloven og etter forskriften bli de samme. Forskjellen vil reduseres etter hvert som åpningsbalansen avskrives».

Det har vært en viktig premiss for departementet i arbeidet med forslaget til lovendring og forskriftsutkast at foretakene fortsatt skal følge regnskapslovens bestemmelser. Det var et viktig element i sykehusreformen at man gjennom innføring av resultatorientert regnskap skulle få bedre oversikt over kostnadene i spesialisthelsetjenesten. Denne målsettingen endres ikke selv om foretakenes anleggsmidler verdsettes etter særbestemmelser fastsatt i forskrift. Foretakene skal fortsatt føre resultatorientert regnskap i samsvar med regnskapsloven. Forskriftsutkastets virkeområde er begrenset til foretakenes tingsinnskudd ved etableringen. Hagenutvalgets utredning, som er omtalt foran, poengterer at foretakene må ha riktige insentiver når det gjelder nyinvesteringer. I følge utvalget er det viktig at en modell for verdsetting ivaretar dette hensynet. Departementets forslag vil ivareta

dette ved at forskriften ikke skal gjelde for anleggsmidler anskaffet etter 1. januar 2002. Departementet mener derfor at hensikten med å gjøre regnskapsloven gjeldende for foretakene ivaretas.

Departementet viser til kravet i regnskapsloven § 7–1 om at det i noter til årsregnskapet skal gis opplysninger som er nødvendige for å bedømme den regnskapspliktiges eller konsernets stilling og resultat og som ikke fremgår av årsregnskapet for øvrig. Det kan etter denne bestemmelsen være nødvendig å opplyse om gjenanskaffelsesverdien til de anleggsmidler som regnskapsføres etter forskrifter gitt i medhold av den foreslåtte bestemmelsen i helseforetaksloven § 43 nytt tredje ledd.

## 7.2 Resultatbegrepet som mål på virksomhetens økonomiske stilling. Hvordan forslagene innebærer bedre styring og kontroll med helseforetakene.

En rekke høringsinstanser har kommentert hvordan forslagene påvirker resultatbegrepet og dets egnethet til å være et mål på virksomhetens økonomiske stilling. Dette gjelder blant andre de regionale helseforetakene, Den norske Revisorforening, NRS, arbeidsgiver- og arbeidstakerorganisasjoner, interesseorganisasjoner, forskningsinstitusjonene, Konkurransetilsynet og Riksrevisjonen. Merknadene knytter seg i hovedsak til resultateffekten av forslagene, hvorvidt regnskapene, dersom de avlegges i tråd med forslagene i høringsbrevet, vil beskrive den realøkonomiske situasjonen i foretakene, metoden som er lagt til grunn for å komme frem til nivået på inntektsstrømmen til avskrivninger og at forslagene innebærer at mindre kapital kan gjenanskaffes enn i opplegget presentert i St.prp. nr. 1 (2003–2004).

Flere høringsinstanser påpeker at forslagene vil påvirke foretakenes årsresultat i årene som kommer. For eksempel mener *Helse Sør RHF* at forslagene

«vil bidra til å svekke verdien av helseforetakenes regnskaper på to måter: For det første vil reduserte verdier på anleggsmidlene uten basis i en verdsettelsesmodell bidra til å undervurdere verdien av den kapitalen som medgår i produksjon av helsetjenestene. (...) For det andre vil det å redusere de årlige avskrivningene gjennom å fastsette lengre avskrivningstider enn det som er anbefalt av fagmiljøene og dermed er ansett som god regnskapsskikk bidra til å undervurdere de årlige kostnadene som knytter seg til bruken av kapitalen (kapitalslitet)».

*Helse Sør RHF* mener at:

«Begge disse effektene bidrar til å svekke regnskapet som informasjonskilde og styringsinstrument, og skjuler de reelle effektiviseringskravene».

Flere påpeker at regnskapene på kort sikt følger vil gi inntrykk av at foretakene er i en bedre økonomisk stilling enn dersom verdsettingen var gjort på en annen måte. For eksempel uttrykker *Helse Vest RHF* følgende:

«Etter kvart som anleggsmidla må skiftast ut, vil restverdier i rekneskapen kunne måtte først som tap som følge av at levetidene som er sett, kan være lengre enn fornuftig bruk tilseier. Dette vil kunne gje utilsikta svingingar i årsresultata. Nye investeringar må først opp til kostpris og avskrivast over økonomisk levetid. Dette vil gje høgare kostnader i rekneskapen framover. Alt anna like, vil rekneskapa gje inntrykk av at helseforetaka blir stadig dårlegare drivne utan at det er tilfellet».

*Helse Øst RHF* påpeker i tillegg at hvis det reelle kapitalslitet er høyere enn avskrivningene, vil dette innebære at et eventuelt underskudd skyves frem i tid. Flere høringsinstanser peker også på at regnskapenes verdi som sammenligningsgrunnlag og uttrykk for foretakenes økonomiske stilling over tid og med andre foretak, svekkes. *Den norske Revisorforening* mener at:

«Dersom takstene i den opprinnelige verdsettelsen gir et riktig bilde av anleggsmidlenes gjenanskaffelsesverdi, men det likevel lages regler om kun å regnskapsføre 2/3 av denne verdien, betyr dette at avskrivningene blir 1/3 for lave i forhold til hva som er den virkelige kapitalkostnaden. Dette gjør etter vårt syn regnskapet lite egnet for økonomisk måling».

*Riksrevisjonen* mener at avskrivningssatser og levetider i størst mulig grad bør

«reflektere realistisk slitasje på anleggsmidlene, slik at balansen gir et reelt bilde av den økonomiske situasjonen for helseforetakene. Dette er viktig for at bevilgende myndighet får et best mulig grunnlag for å vurdere bevilgningsbehovet».

*Riksrevisjonen* skriver at den ikke kan se at

«forslaget til forskrift vil gi Stortinget et bedre grunnlag for resultatmåling enn om regnskapslovens bestemmelser legges til grunn».

Noen høringsinstanser uttrykker imidlertid forståelse for hvorfor forslagene fremmes. *Konkurransetilsynet* uttaler at det

«har forståelse for at Helsedepartementet har behov for å fastsette en åpningsbalanse som tilfredsstillende behovet for at årsregnskapene skal kunne benyttes til resultatmåling i samsvar med premissene for Stortingets årlige budsjettvedtak».

*Helse Nord RHF* skriver at

«fordelen med forslaget er slik som vi ser det at det blir samsvar mellom økonomisk resultat og styringsmål. Dette gjør det enklere å drive økonomistyring og en unngår årlige negative oppslag knyttet til store regnskapsmessige underskudd som ikke skyldes dårlig drift, men planlagt nedbygging».

*Helse Nord RHF* skriver i sin styresak (vedlegg til høringsuttalelsen) at det kan være fornuftig å foreta en slik nedskrivning som det her legges opp til, i den grad foretakene ikke blir tilført økte inntekter som kan gi rom for å ta vare på den kapitalen som er overtatt:

«Siden en da vil få samsvar mellom resultat og styringsmål vil det være enklere å kommunisere at vi når våre resultater. En modell som gir planmessige underskudd i mange år fremover vil dessuten kunne virke hemmende for fokuset på økonomistyring»

Departementet mener at forskriftsutkastet gir bevilgende myndighet tilstrekkelig grunnlag til å vurdere bevilgningsbehovet til spesialisthelsetjenesten. Det innebærer at det ikke genereres underskudd i foretakene som følge av måten verdsettingen er gjort på. Som omtalt tidligere i denne proposisjonen, er det klargjort at slike underskudd ikke skal inngå som en del av kravet om økonomisk balanse. Regnskapene vil, etter departementets vurdering, gi et riktig bilde av den økonomiske situasjonen til foretakene fordi departementet legger til grunn at avskrivningsgrunnlaget skal justeres i forhold til det historiske investeringsnivå som har vært i spesialisthelsetjenesten på 1990-tallet og det nivå som er lagt til grunn i St.prp. nr. 1 (2003–2004), i tillegg til de andre elementene som er nevnt i punkt 4. Etter departementets vurderinger er den reelle kapitalkostnaden de avskrivninger som vil fremkomme når eiendelene verdsettes i tråd med forskriftsutkastet.

Dersom foretakene ønsker å gjenanskaffe anleggsmidlene raskere, eller i større omfang enn bevilgningsnivået gjør dem i stand til, representerer dette et effektiviseringskrav for virksomheten. Det bør her påpekes at dersom foretakene ikke effektiviserer og likevel gjenanskaffer mer kapital enn bevilgningsnivået setter dem i stand til, vil differansen fremkomme som et underskudd i regnskapene når

disse investeringene aktiveres. Denne type underskudd er imidlertid underlagt resultatkravet om økonomisk balanse fra Stortinget, og bør dermed, etter departementets vurdering, fremgå som underskudd som foretakene må holdes ansvarlige for. Dette legger forslaget i forskriften til rette for.

Departementet mener det her også er viktig å påpeke at de to måtene å foreta den regnskapsmessige verdifastsettingen på, det vil si den måten som regnskapene ble avlagt på i 2003 og den departementet foreslår, ikke har noen realøkonomisk forskjell. Behovet for reinvesteringer er ikke påvirket av hvilke regnskapsregler som gjelder. Over tid vil dermed også verdiene av åpningsbalansene bli like, uavhengig av hvilken metode som brukes, noe Helse Øst RHF også påpeker i sin høringsuttalelse. Litt forenklet sagt innebærer forslaget til forskrift at en foretar hele verdireduksjonen ved fastsetting av åpningsbalansen, mens den måten regnskapene ble avlagt på i 2003 innebærer at det skjer en gradvis meravskrivning av balanseverdiene og det fremkommer underskudd som følge av dette.

Flere høringsinstanser mener at forslagene i forskriften medfører effektiviseringskrav som ikke vil fremgå direkte av foretakenes regnskap og at forslagene legitimerer en underfinansiering av foretakene. Det hevdes at foretakene vil bli avhengig av ekstraordinære bevilgninger fra Stortinget for å opprettholde kvalitet og omfang på tjenesten. *Helse Sør RHF* skriver for eksempel blant annet:

«Fremtidige kontantstrømmer endres ikke av endringer i regnskapsprinsippene. Behovet for reinvesteringer er ikke påvirket av hvilke regnskapsregler som gjelder. Bevisst underfinansiering bidrar til å svekke helseforetakenes produksjonsevne i det lange løp. God regnskapskikk krever at en slik praksis klart fremgår av foretakenes regnskaper».

*Flere av de regionale helseforetakene* mener det er lite sannsynlig at de vil ha mulighet til å redusere sitt investeringsnivå vesentlig de nærmeste 10 årene. Dette blant annet fordi de mener det er nødvendig med investeringer for å ivareta sektoransvaret for å opprettholde tilfredsstillende medisinsk kapasitet og kvalitet, fordi allerede planlagte og vedtatte utbygginger vil kreve store investeringer fremover og fordi de mener de har overtatt et betydelig vedlikeholdsetterslep fra fylkeskommunene. *Flere av de regionale helseforetakene* peker på at dersom de skal redusere arealbruken betydelig i tiden fremover, må de gis anledning til å foreta strukturelle tilpasninger slik at det over tid kan bli reelt samsvar mellom inntekter til å dekke avskrivninger og kapitaltillet. Det påpekes også at forslagene innebærer

regnskapsmessig underskudd eller store effektiviseringskrav dersom kravet om balanse opprettholdes og det ikke samtidig gis økte tilskudd til å dekke avskrivninger.

Departementet har i høringsbrevet og de forutgående omtalene for Stortinget vært tydelig på at inntektsstrømmen til avskrivninger og verdsettingen som følger av denne innebærer et effektiviseringskrav dersom foretakene vil gjenanskaffe alle bygninger og alt utstyr de har overtatt. Med den foreliggende inntektsstrømmen til avskrivninger vil effektiviseringen tilsvare om lag 1,4 milliarder kroner fordelt på de fem regionene over de neste 20–30 år, enten ved reduksjon av bygningsmassen eller ved effektivisering av øvrig drift. Dette er et vesentlig mindre effektiviseringskrav per år enn det foretakene er pålagt for å komme i balanse i 2005.

Med bakgrunn i de kritiske merknadene som er gitt til lovforslaget i høringsrunden, vil det være viktig at det enkelte års budsjettframlegg gir grunnlag for å vurdere foretakenes kapitalsituasjon både i forhold til deres kortsiktige og langsiktige evne til å yte forutsatt tjenestenivå.

Departementet har tidligere, senest i St.prp. nr. 1 (2004–2005), ment at effektiviseringskravet som blir stilt er forsvarlig. I og med at effektiviseringskravet ikke reduseres uten at Stortinget øker bevilgningene for å dekke avskrivninger til de regionale helseforetakene, vil effektiviseringskravet, gitt like levetider, være likt uansett metode for balansføring.

Det har også vært en grunnleggende forutsetning at omlegging til et nytt regnskapsregime ikke alene skal innebære økte overføringer fra statens side.

### 7.3 Forholdet til private aktører

Flere høringsinstanser har merknader knyttet til hvordan forslagene i høringsbrevet vil påvirke foretakenes forhold til private aktører. Høringsinstansene som har kommentarer på dette området omfatter blant andre; Den norske lægeforening, HSH, Helse Sør RHF, Helse Øst RHF, Konkurransetilsynet, Moderniseringsdepartementet, NHH, PRISY, HEB, Riksrevisjonen og RiFo. Merknadene knytter seg i hovedsak til hvorvidt forslagene innebærer ulik behandling av private og offentlige aktører og

hvordan forslagene påvirker regnskapet som sammenligningsgrunnlag mellom offentlige og private aktører.

Flere høringsinstanser mener forslagene bidrar til å skape ulike forhold for private og offentlige aktører innen spesialisthelsetjenesten, og kommenterer de negative konsekvensene av dette. PRISY mener, for eksempel, at de endringene som foreslås forsterker forskjellsbehandlingen mellom offentlige og private sykehus, og mener forslagene er i strid med ønsket om økt konkurransemessig likhet mellom statlige og private sykehus som har kommet til uttrykk både fra departementets og Stortingets side. Flere peker på at forslagene vil gi helseforetakene et fortrinn fordi de får lavere avskrivningskostnader enn slik regnskapene ble avlagt i 2003. Dette kan føre til, hevdes det, at helseforetakene fremstår som mer kostnadseffektive enn de er. Konkurransetilsynet ser imidlertid ikke vesentlige umiddelbare konkurransemessige konsekvenser av forslaget, siden det i dag ikke er tilrettelagt for direkte anbudskonkurranse mellom private aktører og helseforetak. Tilsynet peker imidlertid på at forslaget vil kunne medføre problemer dersom en åpner for slik konkurranse.

Flere instanser mener også at regnskapets verdi, som grunnlag for sammenlikning mellom offentlige og private aktører, svekkes. Det hevdes videre at dersom offentlige aktører gis anledning til å fravike regnskapsloven og til å rapportere etter egne standarder, vil dette vanskeliggjøre en reell sammenlikning mellom offentlig og privat virksomhet.

Etter departementets vurdering medfører ikke forslagene i høringsbrevet en vesentlig endring i forholdet mellom helseforetak og private virksomheter i spesialisthelsetjenesten. Departementet anser at den aktuelle forskriften, i medhold av den hjemmelen som foreslås i proposisjonen her, utgjør særskilte tilpasninger i forbindelse med helseforetakenes overtakelse av sykehus mv. som ikke avviker fra regnskapslovens system på en slik måte at regnskapene til helseforetakene ikke kan sammenlignes med regnskapene til relevante private aktører. Etter departementets vurdering, skaper derfor ikke forslagene ulike rammebetingelser for private og offentlige aktører. Videre vil departementet vise til at det i dag ikke er tilrettelagt for direkte anbudskonkurranse mellom private aktører og helseforetak, noe også Konkurransetilsynet trekker frem i sitt høringssvar.

## 8 Forholdet til EØS-avtalen

Enkelte av høringsinstansene stiller spørsmål ved om forslaget vil være i samsvar med reglene for offentlig støtte.

EØS-avtalens artikkel 61 inneholder et generelt forbud mot statsstøtte. Etter artikkel 61 er statsstøtte eller støtte som gis av statsmidler i enhver tenkelig form, og som vrir eller truer med å vri konkurransen ved å begunstige enkelte foretak eller produksjon av enkelte varer, uforenelig med EØS-avtalen i den utstrekning den påvirker samhandelen mellom partene i avtalen. For at EØS-avtalens forbud skal komme til anvendelse må alle vilkårene i artikkel 61 (1) være oppfylt.

Departementet er generelt av den oppfatning at ivaretagelse av helseforetakenes virksomhet ikke omfattes av regelverket for offentlig støtte. Siden det ikke er lagt til rette for direkte konkurranse mellom offentlige og private aktører på helseområdet, vil ikke kravet om konkurransevridding være oppfylt. I tillegg er ivaretagelsen av offentlig helse en del av den offentlige myndighet, ved at foretakene skal betjene allmennhetens behov for spesialist-

helsetjenester som er finansiert av det offentlige. Det kan dermed drøftes om de driver økonomisk virksomhet i EØS-avtalens forstand.

Dersom en skulle komme til at helseforetakene i utgangspunktet er underlagt reglene om offentlig støtte, mener departementet at dette konkrete tiltaket ikke innebærer en økonomisk fordel for de offentlige helseforetakene. De endringene som foreslås skal ikke innebære noen endringer i inntektsgrunnlaget til de regionale helseforetakene. Den realøkonomiske situasjonen for foretakene vil ikke endres ved forslaget så lenge inntektsstrømmen til avskrivninger er uendret. Virkningene av forslaget innebærer ingen begunstigelse av foretakene, men forslaget medfører at årsregnskapet skal kunne brukes til resultatmålinger som samsvarer med budsjettvedtak. Forslaget har derfor en teknisk karakter.

På denne bakgrunn er departementet av den oppfatning at forslaget ikke vil være i strid med reglene for offentlig støtte.

## 9 Økonomiske og administrative konsekvenser

Forslaget har økonomiske og administrative konsekvenser ved at det letter oppfølgingen av de økonomiske styringskravene som stilles til foretakene, men medfører betydelig merarbeid i foretakene i forbindelse med regnskapsavleggelsen for 2004 og trolig også merarbeid ved vedlikehold av anleggsregistrene så lenge eiendeler overtatt ved etableringen står i disse. Merarbeidet i forbindelse med

regnskapsavleggelsen for 2004, kan føre til forsinket rapportering av økonomisk informasjon for driftsåret 2004, blant annet til Statistisk Sentralbyrå.

Det understrekes imidlertid at det å eventuelt ikke få etablert en endelig åpningsbalanse for foretakene også antas å ha negative økonomiske og administrative konsekvenser.



## 10 Merknader til lovendringsforslaget

Endringen innebærer at Kongen i forskrift kan fastsette særbestemmelser om regnskapsføring av anleggsmidler som foretak overtar eiendomsretten til. Dette gjelder både når det skjer i forbindelse med overtakelse av ansvaret for offentlige oppgaver og i forbindelse med omdanning, jf. § 50. Forskriftshjemmelen omfatter etter forslaget adgang til å fastsette regnskapsregler som kan fravike bestemmelsene i regnskapsloven, jf. blant annet regnskapsloven § 5–3 og § 4–6.

Departementet viser til regnskapsloven § 3–2a om at årsregnskapet skal gi et rettviseende bilde og krav om å fravike bestemmelser i regnskapsloven dersom det i særlige unntakstilfeller er nødvendig for å gi et rettviseende bilde. Departementet presiserer at denne bestemmelsen ikke skal kunne gi grunnlag for å fravike bestemmelser gitt i medhold av den forskriftshjemmelen som foreslås i proposisjonen her.

Ordet «regnskapsføring» er brukt for å omfatte både første gangs innregning og senere avskriv-

ning av anleggsmidler. Med «anleggsmidler» menes eiendeler bestemt til varig eie eller bruk, jf. regnskapsloven § 5–1. Dette gjelder blant annet bygg, anlegg og utstyr.

I forhold til spørsmålet om verdsetting av kapitalen som foretakene overtar skal den foreslåtte lovbestemmelsen gi hjemmel for den verdsetting som er beskrevet i omtalen av den planlagte forskriften. Dette vil være en særbestemmelse i forhold til regnskapslovens bestemmelser.

Helse- og omsorgsdepartementet

t i l r å r :

At Deres Majestet godkjenner og skriver under et framlagt forslag til proposisjon til Stortinget om lov om endring i lov 15. juni 2001 nr. 93 om helseforetak m.m. (helseforetaksloven).

---

Vi HARALD, Norges Konge,

s t a d f e s t e r :

Stortinget blir bedt om å gjøre vedtak til lov om endring i lov 15. juni 2001 nr. 93 om helseforetak m.m. (helseforetaksloven) i samsvar med et vedlagt forslag.

---

**Forslag**  
**til lov om endring i lov 15. juni 2001 nr. 93 om**  
**helseforetak m.m. (helseforetaksloven)**

I

I lov 15. juni 2001 nr. 93 om helseforetak m.m. (helseforetaksloven) gjøres følgende endringer:

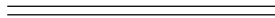
§ 43 tredje ledd skal lyde:

Kongen kan i forskrift fastsette særskilte bestemmelser om regnskapsføring av anleggsmidler

som foretak overtar eiendomsretten til, både når det skjer i forbindelse med overtakelse av ansvaret for offentlige oppgaver og i forbindelse med om-danning, jf. § 50.

II

Loven gjelder fra den tid Kongen bestemmer.







Trykk: A/S O. Fredr. Arnesen, Mars 2005