

Helse- og omsorgsdepartementet
Postboks 8011 Dep
0030 Oslo

Helse- og omsorgsdepartementet

Vedlegg 1

S.nr. 20040377 - 32

Vår ref.	Deres ref.	Arkivkode	Saksbehandler	Dato
04/827 - 4793/04	2004004377- /MAR	131	Lillian Engen, 74 83 99 21	09.12.2004

Høring - endring i helseforetaksloven og utkast til forskrift om regnskapsføring av anleggsmidler overtatt ifbm etableringen

Vi viser til Helse- og omsorgsdepartementets (HOD) brev av 26.10.2004 vedrørende forslag til endring av helseforetaksloven og utkast til forskrift om ny fastsetting av åpningsbalanse pr 01.01.2002. Helse Midt-Norge har nedenfor fokusert på tre hovedområder knyttet til høringsdokumentene:

- Kommentarer og spørsmål knyttet til problemstillinger vi mener ikke er tilstrekkelig belyst i høringsdokumentene.
- Ressursbruk knyttet til merarbeidet som følge av ny åpningsbalanse og framtidig oppfølging.
- Kommentarer og spørsmål til ny lovtekst og utkast til forskriften.

Ut fra en helhetsvurdering av de framtidige konsekvensene knyttet til den foreslåtte lovendringen, anbefaler Helse Midt-Norge at lovendringen ikke blir fremmet for Stortinget. Vi anbefaler at en legger til grunn at regnskapsloven i sin helhet skal gjelde både for etablering av åpningsbalansen 01.01.2002, og ved framtidige overføringer av oppgaver og omdanninger.

Forholdet til regnskapsloven

Det har vært et viktig poeng i forbindelse med økonomisk rapportering at helseforetakene har avlagt regnskap iht regnskapsloven. En av de vesentligste forskjellene mellom regnskapsloven og forskrift for årsregnskap for kommuner og fylkeskommuner, er måten avskrivningskostnadene bokføres på. I fylkeskommunes regnskap inngår avskrivningene som en kostnad i driftsresultatet, men ikke i årsresultatet. I regnskap ført i henhold til regnskapsloven inngår avskrivningene som en kostnad, som også påvirker årsresultatet. I Hagenutvalgets rapport, kapittel 18, framgår det at en av de viktigste hensiktene med å gå over til regnskapsloven i forbindelse med sykehusreformen, var synliggjøring av kapitalkostnadene.

Den foreslåtte lovendringen, utkast til forskrift, og den foreslåtte nedjusteringen av verdiene kan neppe oppfattes som annet enn at man på kort sikt ønsker å gå bort fra synliggjøring av reelle kapitalkostnader. Det går også fram i forskriftens § 1 om forskriftens formål, at hensikten er at foretakene skal avlegge et regnskap der kostnadene gjenspeiler hvilke bevilgninger som blir gitt via statsbudsjettet.

God regnskapsskikk legger til grunn at anleggsmidler som har begrenset levetid, skal avskrives over driftsmidlets økonomiske levetid. Selv om individuell vurdering skal gjøres for det enkelte kjøp, er det uproblematisk med veiledende levetider for de fleste driftsmidlene når disse er basert på hva som er vanlig for de ulike driftsmidlene. Med den foreslåtte forskriften vil helseforetakene måtte håndtere to ulike avskrivningsregimer, der et sett med avskrivningsregler gjelder for anskaffelser før reformen, og et annet for anskaffelser anskaffet i 2002 eller senere. Eksempelvis: Når et driftsmiddel anskaffet i slutten av 2001 skal avskrives over 7 år, mens tilsvarende driftsmiddel anskaffet i begynnelsen av 2002 etter konkret vurdering av levetiden kan avskrives over for eksempel 4 år.

Regnskapsmessige / økonomiske konsekvenser

Som følge av den lave verdsetningen, vil risikoen for at bokførte verdier overstiger virkelig verdi være liten. Vi ser derfor ikke for oss at omfanget av nedskrivninger på anleggsmidler blir omfattende i de første årene. Driftsmidler som etter forskriften skal avskrives med utgangspunkt i en levetid, som er satt høyere enn faktisk levetid, vil bli utrangert før den er ferdig avskrevet. I løpet av få år ser vi derfor for oss at nedskrivninger på inventar, utstyr mv vil få et vist omfang. Når anleggsmidler overtatt 01.01.2002 blir utrangert før de er avskrevet vil dette føre til ytterligere nedskrivninger. I tillegg til risiko for variable nedskrivningskostnader fra år til år, vil det også måtte settes større krav til oppfølging av anleggsmidlene slik at utrangeringer av anleggsmidler, som fortsatt står oppført med verdier i regnskapet blir tapt i riktig periode.

Lave verdier i en oppstartsfase vil føre til lavere avskrivningskostnader de første årene, og RHF-ene vil på denne måten lettere nå eiers resultatkrav. Etter hvert som avskrivninger på nye investeringer kommer til uttrykk i regnskapene, vil disse bli dramatisk høyere enn de første årene, og vil dermed føre til en enorm økning i foretakenes og regionens effektiviseringskrav. Her er det nok å nevne framtidig aktivering og avskrivningskostnader knyttet til Nye St Olav. Kunstig lav verdi pr 01.01.2002 kan føre til at styret og ledelse i foretakene undervurder framtidige effektiviseringskrav knyttet til reinvesteringene. I tillegg vil finansregnskapet vise et bedre resultat enn det reelle. Dette er vi betenkt over.

Størrelsen på framtidig reinvesteringsbehov og finansiering av avskrivninger er basert på investeringsnivået på 90-tallet. Investeringsnivået på 90-tallet på landsbasis var forholdsvis lavt sammenlignet med 70- og 80-tallet. Det er også stilt spørsmål ved om investeringene ved Rikshospitalet er tatt med i grunnlaget fra 90-tallet. Hvis Rikshospitalet ikke er med, er dette med på å redusere grunnlaget for den totale finansieringen av avskrivningene til RHF-ene, og er dermed ikke en problemstilling som gjelder bare Helse Sør.

Størrelsen på inngangsverdiene (og finansiering av avskrivninger), sier noe om hva eieren forventer av framtidig nivå på anleggsmidlene i regionen. På landsbasis er det lagt opp til at ca 1/3 av anleggsmidlets verdier skal rasjonaliseres vekk. Krav og behov for investeringer i stadig mer moderne utstyr innen medisinskteknisk utstyr tilsier at reduksjonen i hovedsak må knyttes til bygninger og areal. Reduksjon i investeringene slik at framtidige bygg og anlegg er dimensjonert ut fra de verdiene eier legger til grunn, betyr en reduksjon i arealet på ca 170 000 kvm for Helse Midt-Norge.

Med de investeringene som det nå er lagt opp til ved Nye St Olav, er en slik målsetting neppe gjennomførbar. For å illustrere hvor omfattende reduksjonen i areal er, kan dette eksemplifiseres ved at 170 000 kvm tilsvarer størrelsen på Sykehuset Namsos, Sykehuset Levanger, Kristiansund sykehus, Molde sykehus psyk.avd Hjellset, St Olav psyk.avd Haukaasen og Volda Sjukehus til sammen. Spørsmål som reiser seg i denne forbindelse er blant annet:

- Hva betyr dette for planene for Nye St Olav?
- Hva betyr dette for framtidige reinvesteringer ved de andre sykehusene i regionen?
- Hva med målsetting om desentralisering av enkelte tjenester, herunder omfattende utbygging av DPS-er?
- Hva betyr det for fordelingen av oppgaver mellom HF-ene?

Dette er problemstillinger man ikke har gått tilstrekkelig inn på, men som vil bli svært aktuelle når Nye St Olav står ferdig, og regionen står overfor økte avskrivningskostnader samt høye rentekostnader.

Eier har gjennom byggeprosjekter både i Helse Midt-Norge og andre regioner, lagt opp til investeringer som går langt ut over de rammene som gis for framtidige investeringer gjennom de krav som ligger i finansiering av avskrivningskostnadene, fastsettelse av verdier mv. Disse er ikke bare knyttet til areal, men også vesentlig høyere kvadratmeterpriser på investeringene enn det som er lagt til grunn i forbindelse med fastsetting av gjennomanskaffelseskostnadene på nybygg pr 01.01.2002.

Ved to av foretakene i Helse Midt-Norge er det skrikende behov for store reinvesteringer. Ved St Olav er disse vedtatt og satt i gang. Ved Molde Sykehus i Helse Nordmøre og Romsdal HF er det også store behov for omfattende nyinvesteringer pga svært dårlig bygningsmasse. Videre hadde Helse Midt-Norge få DPS-er ved inngangen av reformen. Dette betyr at sammenlignet med enkelte andre regioner, gjennomføres det store byggeprosjekter som skal aktiveres og avskrives med fulle verdier i fremtiden. Sammenlignet med regioner som ikke hadde det samme behovet for reinvesteringer pr 01.01.02 vil Helse Midt-Norge bli stilt overfor vesentlig større krav til effektiviseringstiltak. Helse Øst antas å ville stå overfor tilsvarende utfordringer.

I Hagenutvalgets rapport drøftes verdsettingen av åpningsbalansen med utgangspunkt i framtidige kontantstrømmer. Forholdet til god regnskapsskikk for non-profit-virksomheter er ikke berørt i rapporten. Det framgår heller ikke av høringsdokumentene til HOD hvordan en skal forholde seg til god regnskapsskikk for øvrig når det gjelder anleggsmidler overtatt pr 01.01.2002, herunder nedskrivningsreglene.

Administrative konsekvenser / ressursbruk

Ny gjennomgang av åpningsbalansen vil på nytt føre til et arbeidskrevende årsoppgjør. Omfanget vil også avhenge av hvor stor frihet foretakene har til å fordele angitte verdi på ulike anleggsmidler og underliggende HF, jf våre kommentarer til forskriftens § 3.

Hvorvidt en rekker å ferdigstille årsregnskapet innen gjeldende frister avhenger også av når lovendringen blir behandlet i Stortinget, og når endelig forskrift foreligger. Tiden, herunder tilhørende lønnskostnader, knyttet til ny oppdatering av anleggsregistre, både med hensyn til verdier, dekomponering og avskrivningstider vil for det enkelte foretak være store. Eksempelvis kan vi nevne at vårt største foretak har om lag 4 000 linjer i sitt anleggsregister for medisinsk teknisk utstyr. En gjennomgang for ny verdsetting og nye avskrivningstider vil medføre et betydelig merarbeid. I en tid der vi blant annet jobber for å redusere administrative kostnader, herunder innenfor regnskap og lønn, virker denne prosessen i motsatt retning.

Kommentarer og spørsmål til lovendringen og forskriften

Endring i helseforetaksloven

I forbindelse med sykehusreformen ble det foretatt en takstering av bygninger og andre anleggsmidler som ble overtatt. Siden dette var en virksomhetsoverdragelse kunne man ha valgt å ta utgangspunkt i bokførte verdier i fylkeskommunenes regnskaper pr 01.01.2001, og lagt disse til

grunn. Vi antar at en verdsetting ut fra dette prinsippet ville ha gitt et resultat som er i bedre overensstemmelse med de verdiene HOD nå ønsker å få fastsatt.

I den grad en trenger en lovhjemmel for å rette opp eventuelle valg av feil prinsipper for vurderinger av verdiene i forbindelse med sykehusreformen, bør lovendringene begrenses til det. Tilsvarende mulighet bør ikke være åpen i forbindelse med overtakelse av oppgaver i fremtiden. I framtidige overtakelser av anleggsmidler bør en heller vurdere å legge kontinuitetsprinsippet til grunn ved virksomhetsoverdragelser, ev velge andre prinsipper som er i overensstemmelse med god regnskapskikk, men som også ivaretar eiers behov på best mulig måte.

Utkast til forskrift

Nedenfor følger en gjennomgang av spørsmål og kommentarer til forskriften. I noen tilfeller er forskriften sannsynligvis klar nok, men vi ønsker likevel å reise enkelte problemstillinger som kan oppstå når den praktiske gjennomføringen skal skje i forbindelse med årsavslutningen for 2004.

§ 1 Formål

Helse Midt-Norge mener at innholdet i paragrafen/formålet med forskriften bør drøftes. Regnskapsrapportering for virksomheter av helseregionenes størrelse skal ivareta mange interessenters behov for økonomisk informasjon, herunder informasjon om virksomhetens resultat og stilling. Forskriftens formålsparagraf ivaretar kun en interessents (eiers) behov for informasjon sammenholdt med annen kjent informasjon – bevilgningens størrelse.

Skal det forhold at Statens ønske om resultatmåling iht statsbudsjettet være styrende, eller skal foretakenes behov for styringsinformasjon og befolkningens behov for informasjon om sykehusenes totale kostnader og inntekter, være styrende for hvilke regnskapsprinsipper som legges til grunn? Dette er et sentralt spørsmål vi mener det må tas stilling til før forskriften eventuelt vedtas.

De siste årene har vist at en også internt i foretakene lett fokuserer på eiers resultatmåling i stedet for faktisk resultat og økonomiske utfordringer. Det ligger derfor betydelige ledelsesmessige utfordringer i å kombinere disse to forskjellige resultatmålingene. Likevel mener vi det er viktig å legge til rette for at en i fremtiden også avlegger regnskap, som gjenspeiler foretakenes faktiske økonomiske resultat og stilling.

§ 3 Innregning av anleggsmidlene som inngår i foretakenes åpningsbalanser

I tilknytning til denne bestemmelsen vil regionene bli stående overfor en del praktiske problemstillinger som forskriften, inkludert merknadene, ikke gir svar på. Aktuelle problemstillinger er forsøkt beskrevet nedenfor:

- Helse Midt-Norges anleggsmidler skal iflg forskriften settes til 5,5 mrd kroner. I forbindelse med årsoppgjøret for 2002 ble anleggsmidlene foreløpig fastsatt til en verdi på 6 mrd. For å kunne avlegge et årsregnskap der verdiene ikke ble overvurdert ble det etter flere runder med RHF-enes revisor fastsatt en verdi slik at den minimum var verdt det den ble bokført med. Verdien for Helse Midt-Norge ble fastsatt til 6 mrd.
- Med fradrag for slit og elde ble gjenanskaffelseskost på anleggsmidlene satt til ca 9 mrd i HMN. Etter nærmere gjennomgang i forbindelse med årsoppgjøret for 2003 ble disse verdiene nedjustert til 7,8 mrd, blant annet som følge av overvurderinger av verdiene på flere av eiendommene i regionene. Overvurderingene var størst hos St Olavs Hospital HF og Helse Nordmøre og Romsdal HF. En av årsakene til overvurderingen har sammenheng med at man i stedet for å ta utgangspunkt i opprinnelig anskaffelseskost

med fradrag for slit og elde, tok utgangspunkt i hva tilsvarende nybygg ville ha kostet i 2002. Dette slo blant annet veldig uheldig ut for bygninger som skal rives i løpet av få år.

- Gjennom grundig gjennomgang av verdsettingen på alle bygg ifbm årsoppgjøret for 2003, mener Helse Midt-Norge å ha kommet fram til en verdi på bygninger som har bedre sammenheng med opprinnelig anskaffelseskost, og virkelig verdi pr 01.01.2002. Ytterligere reduksjon i verdiene vil etter vårt syn gi kunstig lave verdier.
- For definisjon av "anleggsmidler" vises det i merknadene til forskriften til regnskapslovens definisjon. I forbindelse med foreløpig verdsetting i 2002 hadde noen regioner oppfattet dette som sum anleggsmidler iht regnskapsloven mens andre regioner hadde utelukket finansielle anleggsmidler. Hvorvidt finansielle anleggsmidler skal tas med eller ikke bør tydeliggjøres slik at RHF-ene gjør dette likt.
- Verdien av åpningsbalansen antas å være beregnet ut fra en gitt framtidig kontantstrøm (årlig finansiering av avskrivninger) og gitte forutsetninger om avskrivningstiden (jf forskriftens § 4). Hvis denne antakelsen er riktig er det grunn til å stille spørsmål om anlegg under utførelse og ikke minst ikke avskrivbare anleggsmidler skal inkluderes i de 5,5 mrd eller om disse skal verdsettes særskilt.
- Også før fastsettelse av endelig åpningsbalanse ved årsregnskapet for 2003 var det uklart hvordan boliger skulle håndteres. Dette må avklares.
- Det er ikke gitt noen føringer for hvilken metodikk som skal/bør benyttes vedrørende viderefordeling til HF-ene. Skal dette skje prorata, står RHF-ene fritt, skal opprinnelig verdsetting, med sine feil og svakheter, legges til grunn? Vi tolker forskriften dit hen at den nye verdsettelsen skal omfatte alle anleggsmidlene.

I forbindelse med årsoppgjøret for 2003 valgte Helse Midt-Norge å kun endre verdiene på bygninger. Dette fordi vi ved nærmere gjennomgang har sett at det er her feilene fra opprinnelig verdsetting ligger. Når det gjelder inventar, utstyr mv er verdsettingen på disse til dels basert på bokførte verdier i fylkeskommunenes regnskaper pr 31.12.2001. Det vil si opprinnelig anskaffelseskost med fradrag for bokførte avskrivninger i fylkeskommunenes regnskaper. Vi mener en slik tilnærming fortsatt vil gi det sanneste bilde av verdiene på disse anleggsmidlene.

Videre har helseforetakene i HMN solgt det meste av sine immaterielle eiendeler og IT-utstyr til RHF-et i forbindelse med samordning av IT-tjenestene i regionen. Ny verdsetting og nye avskrivningstider på disse anleggsmidlene har store administrative konsekvenser, både i form av merarbeid våren 2005 og framtidig oppfølging for HF-ene og RHF-et.

Feil ved opprinnelig verdsetting (overvurdering) av bygninger i regionen var som nevnt ovenfor ikke jevnt fordelt på HF-ene, men i hovedsak knyttet til St Olav og Helse Nordmøre og Romsdal. En jevn reduksjon av verdiene vil bidra til opprettholdelse av feil fordeling av verdiene mellom disse foretakene.

Blant annet på grunn av ovennevnte forhold ønsker Helse Midt-Norge å kunne fordele en eventuell reduksjon fra 7,8 til 5,5 mrd kroner mellom de ulike foretakene og anleggsmidlene ut fra egne vurderinger, slik at resultatet i størst mulig grad gjenspeiler faktisk fordeling av verdiene.

§ 4 Avskrivningsplan for anleggsmidler som nevnt i § 3

Problemstillingen knyttet til avskrivningsreglene for bygg er todelt.

1. Dekomponering

- Forskriftens bestemmelser kan ikke oppfattes som annet enn at dekomponering skal skje for hvert enkelt bygg. I motsatt fall vil det bli meget krevende å få summen av individuelle dekomponeringer til å stemme med forskriftens krav.
- Dette vil i så fall bety at en hel del bygninger vil bli registrert med komponenter som skal avskrives, men som bygget ikke har. Eksempelvis vil det være avskrivbare bygninger som verken har ventilasjon eller byggautomtiserings- IKT og teleanlegg, jf forskriftens dekomponering.

2. Avskrivningstiden

- De foreslåtte avskrivningstider vil for enkelte bygg/komponenter være relevante. Levetidene vil imidlertid kunne variere noe. Det at man for alle komponenter har lagt opp til at den lengst anslåtte levetiden alltid skal benyttes vil kunne føre til svært variable regnskapsresultater fra år til år. Etter hvert som anleggsmidler, som har en faktisk levetid som er kortere enn forskriftens avskrivningstid blir utrangert, må disse nedskrives. Nedskrivningene vil også kunne komme på et tidligere tidspunkt i forbindelse med årlige vurderinger av bokførte verdier.
- I den grad foretakene har økonomisk grunnlag for å gjennomføre et optimalt vedlikeholdsregime vil mulighetene for å utsette reinvesteringer i tråd med eiers intensjon øke. Pr i dag vet vi at med de underskuddene foretakene har så vil innsparingstiltak ofte føre til utsettelse av vedlikehold.
- I et langsiktig perspektiv kan det vanligvis være god økonomi i å satse på vedlikehold i stedet for kort avskrivningstid og reinvesteringer.
- Kostnader knyttet til manglende vedlikehold har i tidligere år i for liten grad vært synliggjort i form av avsetninger. Med lang avskrivningstid og små midler til vedlikehold vil den problemstillingen aktualisere seg, og foretakene vil i større grad måtte foreta avsetninger til framtidig vedlikehold.

I forskriften er det ikke foreslått ulike levetider for sykehusbygg og andre bygg slik det tidligere har vært lagt opp til.

Når det gjelder forskriftens avskrivningstider for andre anleggsmidler undres vi over at det er angitt eksakt levetid for alle anleggsgrupper med unntak for medisinsk teknisk utstyr. MTU skal avskrives over 4-15 år. Vi ser ingen grunn til at man ikke skal tillatte tilsvarende differensiering for de andre anleggsgruppene. Eksempelvis betyr manglende differensiering at nettverk skal avskrives over samme tid som en PC – 7 år.

Differensiering vil derimot øke risikoen for at avskrivningstiden i snitt vil avvike i forhold til HODs krav. Hvis dette kravet skal imøtekommes vil det i tillegg stille store krav til RHF-ene/HF-ene når ”riktig” avskrivningstid skal settes på det enkelte anleggsmiddel samtidig som det i sum skal gi et forhåndsbestemt gjennomsnitt. Ut fra dette har vi forståelse for at en ikke bør åpne for differensiering. Manglende differensiering vil imidlertid føre til økte nedskrivningskostnader ved framtidige utrangering. Dermed vil ønsket kostnadsnivå på avskrivningskostnader motvirkes av økte nedskrivninger i løpet av få år.

§ 5 Endring av forskrift

Forskriften gjelder verdsetting av åpningsbalansen 01.01.2002. Forskriften må nødvendigvis vedtas snarest mulig etter eventuell endring av helseforetaksloven (som vil skje våren/forsommer 2005). Eventuelle endringer av forskriften må kun tillates i svært begrenset tid etter vedtak. Det bør ikke ligge noen mulighet til å omgjøre denne forskriften etter at årsregnskapet for 2004 er

behandlet av foretaksmøte. Det vil i realiteten si at HOD gis anledning til å endre reglene slik at åpningsbalansen også kan måtte etableres på nytt også etter ny behandling i forbindelse med årsoppgjøret 2004.

Teksten i denne paragrafen må formuleres slik at det ikke er noen tvil om at endring av forskriften ikke kan foretas etter at årsregnskapene for 2004 er godkjent.

§ 6 Ikrafttredelse

I utkast til forskrift er det lagt opp til at forskriften skal gjøres gjeldende med virkning for regnskapsåret 2004.

Fordeler:

- Bli ferdig med endringene, og få en endelig åpningsbalanse.
- Unngå flere årsoppgjør med uklarheter knyttet til åpningsbalansen.
- På sikt; tvinge fram bedre utnyttelse av anleggsmidlene. (imidlertid mener HMN at med det nivået en har lagt på finansiering av avskrivningskostnadene vil en kunne oppnå dette på en bedre måte hvis en opprettholder de inngangsverdiene som ble fastsatt i forbindelse med årsoppgjøret for 2003).
- Ikke holdbart med flere år der ledelsen er usikker på hvilket resultat en skal fokusere på, samt størrelsen på denne.

Ulemper:

- Arbeidskrevende årsoppgjør / etablering av ny åpningsbalanse
- Vil bli hastverksarbeid
- Får ikke tid til å vurdere hvordan verdiene skal fordeles mellom HF-ene eller mellom de ulike anleggsgruppene – forutsatt man har frihet til en slik løsning. (kan avhjelpes ved at man planlegger alternative løsninger og legger til rette for dette før forslaget behandles i Stortinget – ulempen med dette kan være at man gjøre mye arbeid til liten eller ingen nytte – avhengig av Stortingets vedtak.

Hvis ulempene anses større enn fordelene kan løsningen være at forskriften gjøres gjeldende for årsregnskapet 2005. Slik får man avlagt årsregnskapet for 2004 uten store forsinkelser. I tillegg får man tid til å etablere ny åpningsbalanse utenom den mest hektiske perioden – for de fleste involverte er årsoppgjøret. Et årsoppgjør fra eller til med strukturfondet er uproblematisk. Ved utsettelse vil konsekvensen bli at ikke mindre enn fire regnskapsår må omarbeides og presenteres i forbindelse med årsoppgjøret for 2005. En alternativ løsning kan være at lovendringen utvides slik at det gis en særskilt frist for avleggelse av årsregnskapet for 2004.

Merarbeidet for Helse Midt-Norge vil bli betydelig mindre hvis en kan begrense verdiendringene til bygninger, og ev tomter. I tillegg er det ønskelig å opprettholde de avskrivningstidene som ligger i anleggskartotekene på inventar, utstyr mv. Endringer av disse vil medføre en meget omfattende arbeid. Et arbeid som kan utføres av et begrenset antall personer i det enkelte HF. Noe som igjen vil føre til at muligheten for å få disse regnskapene ferdig innen fristen neppe kan overholdes.

Andre problemstillinger

Utkast til forskrift berører ikke forhold som gjelder åpningsbalansen i forbindelse med rusreformen. Ut fra ordlyden i forslaget til lovendringen er det grunn til å tro at HODs hensikt er å komme med en forskrift også for denne reformen. Av hensyn til årsoppgjøret for 2004 bør det

snarest avklares om en slik forskrift vil bli gitt, og eventuelt innholdet i den, slik at en kan få avlagt et årsregnskap for 2004 der åpningsbalansen for RUS virkelig blir endelig.

Helse Midt-Norge anser ikke strukturfondet som noen god og varig løsning på eierens behov for annen resultatmåling enn det et regnskap iht regnskapsloven gir. Dagens oppdeling av innskutt egenkapital ønskes derfor avvirket.

Konklusjon

Helse Midt-Norge RHF ønsker ikke en ny gjennomgang og verdsetting av åpningsbalansen, og dermed heller ikke en endring av helseforetaksloven.

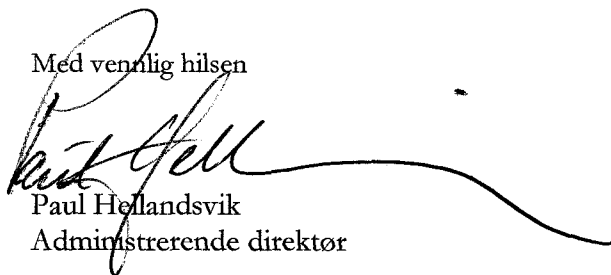
Manglende synliggjøring av de faktiske økonomiske resultater og framtidige utfordringer er Helse Midt-Norges hovedinnvending mot forslaget. Videre mener vi at ytterligere administrasjonskostnader knyttet til etablering av åpningsbalansen, ikke kan forsvares ut fra at dette merarbeidet ikke gir noen reelle forskjeller i foretakenes faktiske økonomiske situasjon.

Sekundært anbefaler Helse Midt-Norge RHF om at en begrenser lovendringen til kun å gjelde selve verdsettingen pr 01.01.2002. Dette ønsket er primært begrunnet ut fra en ønsker å begrense de administrative kostnadene, på kort og lang sikt, til et minimum. Dette betyr at forskriftens § 4 tas ut og at eksisterende dekomponering og avskrivningstider legges til grunn.

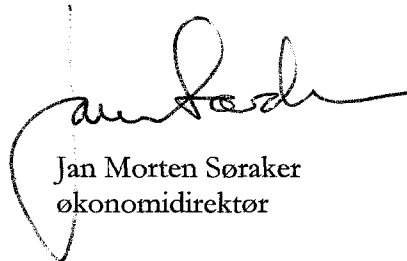
Strukturfondet ønskes avvirket. Har eier behov for annen resultatmåling enn det som framgår av et regnskap avlagt i henhold til regnskapsloven, bør dette kunne gjøres som egne beregninger sammen med annen særskilt rapportering til eier.

Styret i Helse Midt-Norge vil i sitt møte den 10.12.2004 behandle innholdet i dette brevet i egen sak. Vi viser til avtale med Helse- og omsorgsdepartementet om at vi kan komme med eventuelle endringer i vårt svar etter at saken er styrebehandlet.

Med vennlig hilsen



Paul Hellandsvik
Administrerende direktør



Jan Morten Søraker
økonomidirektør