

Helsedepartementet  
Postboks 8011 Dep.  
0300 Oslo

Bergen, 1. desember 2004

## **Program for helseøkonomi i Bergen (HEB) sitt tilsvare på høring om "Utkast til endring i helseforetaksloven og utkast til forskrift om regnskapsføring av anleggsmidler overtatt av regionale helseforetak og helseforetak ved etablering".**

Program for helseøkonomi i Bergen, HEB, er et senter for økonomiske analyser av helse og helsetjenester. Formålet er å bidra med forskningsbasert kunnskap om hvordan helsesektoren bør styres og organiseres. Sentrale forskningsfelt omfatter økonomiske analyser av helseinstitusjoner og hvordan en skal vurdere lønnsomhet og fordelingsvirkninger av helsetiltak og behandlingsformer. Den faglige basis er innenfor samfunnsøkonomi og bedriftsøkonomi. Regnskapsføring av anleggsmidler er av interesse for HEB både med bakgrunn i den generelle faglige interessen for regnskap i helsesektoren og ikke minst som bruker av regnskapsinformasjon i ulike forskningsprosjekter.

### ***Konklusjon***

HEB mener at forslaget til "endringer i helseforetaksloven og utkast til forskrift om regnskapsføring av anleggsmidler overtatt av regionale helseforetak og helseforetak ved etablering" representerer **en særdeles uheldig tilnærming** for å redusere avskrivningskostnadene og **klart vil forringe verdien** av regnskapsrapporteringen. Forslaget minner sterkt om **regnskapsmanipulasjon** og **undergraver troverdigheten** til systemendringen. HEB **fraråder derfor på det sterkeste** å vedta de foreslåtte endringer.

### ***Bakgrunn***

Helseforetakene har siden 2002 avlagt årsregnskap etter regnskapsloven. Dette åpnet muligheter til å synliggjøre kapitalkostnader på en mer korrekt måte enn i tidligere fylkeskommunale regnskap og til å bryte med en tradisjon hvor en sentral del av kostnadene for pasientbehandling ikke ble periodisert i henhold til forbruket. Formålet med en mer reell fremstilling av de totale driftskostnadene er i første rekke en synliggjøring av relevante kostnader overfor ledelsen, styrene og andre beslutningstakere i

helseforetakene. Kravet om "å gå i balanse" som fremmes i de fleste helseforetakene, fordrer således at man forholder seg til mest mulig reelle avskrivninger, samt et krav til avkastning på sysselsatt kapital.

Innføring av kapitalkostnader er imidlertid også relevant i en tiltakende konkurranse mellom ulike offentlige og private aktører. Man vil nå kunne få frem et mer riktig kostnadsbilde for sammenligning mellom enheter uavhengig av eierskap. Dersom det ikke stilles krav til at et offentlig helseforetak dekker sine relevante kostnader, dvs. inklusive reelle avskrivninger og rente på sysselsatt kapital, vil dette kunne oppfattes som konkurransevridning i disfavør av en privat tilbyder.

Ved etablering av helseforetakene inngikk sykehusbygninger, medisinsk-teknisk utstyr mv. som tingsinnskudd. Dette gir en unik mulighet til å fastsette mest mulig økonomisk riktige inngangsverdier. I et historisk kost regnskap er det rimelig å anta at den opprinnelige anskaffelsesverdien for deler av driftsmidlene, for eksempel bygningsmassen, ville vært vesentlig undervurdert. Åpningsbalansen gav derfor en mulighet til å sette verdier som kunne gjenspeile gjenanskaffelseskost av tilsvarende driftsmidler på et gitt tidspunkt. Det var derfor svært positivt at man i denne forbindelse benyttet uavhengige tekniske fagmiljøer for fastsettelsen av verdiene og anbefalinger for økonomisk levetid for driftsmidlene. Dette gav legitimitet til omleggingen.

### *Om forslaget*

De verdiene som ble lagt frem synes imidlertid å ha gitt høyere avskrivningskostnader enn det helsedepartementet hadde forespeilet seg. For å tilpasse kapitalkostnadene til et nivå tilsvarende forventede bevilgninger foreslår departementet tilpasning av avskrivningene ved å justere ned inngangsverdiene og å forlenge avskrivningstiden. Blant annet foreslår man å fastsette verdien av driftsmidlene til 2/3 av verdianslaget. Begrunnelsen for denne faktoren fremgår ikke av forslaget. Man foreslår videre å bruke den øvre grense for levetidsintervallet som de tekniske miljøene har fastsatt. Begge disse justeringene innebærer klare brudd med grunnleggende prinsipper. For det første bør man legge til grunn beste estimat for verdiene som inngår som tingsinnskudd. Videre bør man legge til grunn beste estimat for driftsmidlenes økonomiske levetid. Ubegrunnet nedskrivning av inngangsverdier eller bruk av øvre grense i intervallet for levetiden må ansees som manipulasjon av regnskapsinformasjon for å oppnå lavere kostnader. Dette bør således ikke aksepteres.

HEB mener at en slik tilnærming er **svært uheldig** fordi dette bryter med intensjonen med regnskapsrapporteringen. Målsetningen med regnskapet er å gi et mest mulig korrekt bilde av kapitalslitet, ikke å tilpasse prinsippene til bevilgningsnivået. Dersom eieren mener at man ikke kan forvente inntekter som dekker disse mest mulig korrekte avskrivningene, må man nedjustere kravet til å gå i regnskapsmessig balanse, slik man også har gjort de siste årene. Et krav til regnskapsmessig balanse når kostnadene for kapital settes for lavt innebærer imidlertid at man ikke forventer å opprettholde kapitalverdien i sykehusene. Dette virker også noe overraskende. Spesielt siden man synes å ha lagt seg på lave anslag for inngangsverdiene før nedskrivningen og forlengelsen av avskrivningstiden.

HEB mener at forslaget til håndtering av avskrivninger i helseforetakene vil gi et **svært uriktig bilde** av de reelle kostnadene. Det vil kunne lede til tolkningsproblemer i sammenligninger over tid og mellom enheter. Det vil også gi misvisende styringssignaler til brukerne av regnskapet, samt kunne bidra til å dekke over en indirekte subsidiering av offentlige aktører der de konkurrerer med private. Intensjonen var å rette opp en feil, nemlig at avskrivninger ikke inngikk i regnskapsrapporteringen. Forslaget til håndtering av inngangsverdier og avskrivningstider kan imidlertid lede til at man *gjøre en enda større feil*. Man vil nå gi inntrykk av at avskrivninger inngår, mens de i realiteten kun delvis er tatt med.