

Utfordringer når ressursforvaltningen svikter

AV FAGREDAKTØR ØYSTEIN JENSEN

På tilsvarende tid og sted i fjorårets første utgave av HMT diskuterte jeg under tittelen «Bedriftsøkonomi for dummies» noen av virkningene av eierskapsreformen i helsevesenet (1). Tittel og innlegg ga tydeligvis et så klart uttrykk for det faglige innholdet i reformen, som mange kjente igjen – at aldri har jeg fått så bred reaksjon på noe jeg har skrevet. Bortsett fra én negativ reaksjon, har jeg fått mange titalls henvendelser fra oppgitte helseansatte, som beskriver den samme frustrasjon over Helse- og omsorgsdepartementets (HOD) håndtering av eierskapsreformen, i vår sammenheng spesielt i forhold til håndtering av bygningers og utstys verdier. Jeg konsentrerer mine kommentarer til i hovedsak dette emneområdet.



Øystein Jensen er cand. real. fra UiO 1979 med fagkrets realfag; fysikk, matematikk, informatikk og fysiologi. Han er forfatter og medforfatter av mer enn 100 faglige publikasjoner innen medisinsk teknologi. Han har vært utstyrskoordinator for Prosjektet Nytt rikshospital. Han har for tiden forskningsfri fra stillingen som medisinsk-teknisk sjef for Rikshospitalet, og er mastergradsstudent ved Institutt for helseøkonomi og helseledelse ved UiO.

Min konklusjon var kort og godt å legge ned de regionale helseforetakene. Denne konklusjonen ser jeg Høyre og Fremskrittspartiet nå også trekker (helsepolitisk talsmann Bent Høie i Høyre i Aftenposten 17.1.2005 og sosialkomiteens leder John Alvheim i Aftenposten 31.1.2005). I stedet vil de ha opprettet et sentralt organ som koordinerer alle norske sykehus inklusiv de private – både i tilgjengelighet, aktivitet og økonomi.

Men, er dette nok?

Kan et sentralt direktorat få bukt med de problemene vi har?

En illustrasjon på noen av problemene vi nå finner i helseforetakenes økonomi, ser vi i et oppslag i Sandefjords Blad 30. september 2004. Det sies at Sykehuset i Vestfold trolig vil få høyere kostnader når det nye bygget står ferdig, grunnet avskrivninger. Dette avviser HOD å ta ansvar for, og problemet henvises til Helse Sør for å løses ved omprioriteringer i deres budsjett. I samme oppslag står også kommentert om avskrivninger av utstyr og bygninger at

Helseforetakenes revisorer nekter å godta helsedepartementets måte å regne på. Til det svarer HOD, sitat: «Vi er uenige med revisor om hva som er en forsvarlig avskrivning av helseforetakenes eiendeler, sier fungerende direktør Frode Myrvold i Helsedepartementets eieravdeling. Revisorene viser til regnskapsloven og bruker høyere avskrivningsbeløp enn departementet. Departementet svarer med å si at de vil vurdere om helseforetakene skal bruke regnskapsloven på en annen måte enn andre bedrifter.»

Hvordan i all verden kom vi dit?

... at eieren laget helsebedrifter ("helseforetak"),
... som skal følge regnskapsloven,
... men som eierens innleide revisjonsrådgivere mener utsettes for ufor-svarlighet iht. regnskapsloven og en fornuftig avskrivningsplan for eiendeler?

Hva er problemet egentlig?

Da stortingsflertallet våren 2001 (Arbeiderpartiet, Høyre, Fremskrittspartiet)



Hva har skjedd med utstysverdiene, og hvor har milliardene tatt veien?

vedtok helsereformen som ble iverksatt allerede 8 - 9 måneder per 1.1.2002, var en av de sentrale målsettinger å etablere mest mulig like tilbud i hele landet (og selvfølgelig begrense kostnadsveksten). Logikken er etablering av effektive helseforetak (dvs. bedrifter, styring av verdier ved stiftelse, åpningsbalanse – regnskapslov – avskrivninger, effektiviseringer). Alvheim beskriver intensjonene slik: «Stortingets forutsetninger var at effektivisering og omstrukturering av sykehus skulle baseres på faglighet, vurderinger av faglige kriterier og brukernes beste interesser. Slik er det ikke blitt. Heller ikke regjering og storting har tatt ansvaret for at helseforetakenes økonomi ikke tilsvare behovet og at hele befolkningen, uavhengig av hvor de bor, skal ha et like godt tilbud».

Tore Tønne var helseminister da reformen ble vedtatt. Han sa senere ved flere anledninger at det ikke var god nok tid og grunn til å utrede alle konsekvenser på forhånd. Reformforslagene ville da blitt møtt med så mange motkrefter og prosessen ville tatt så lang tid at man ikke ville oppnådd noe vesentlig. Dristig og trolig sant, men nå ser vi prisen for denne behandlingsformen – skjelettene ramler ut etter hvert som skapene åpnes i jakten på effektivisering og kostnadskutt.

En av de viktigste effektene av eierskapsreformen som ikke var skikkelig utredet, er virkningen av regnskapsloven. Det er

helseforetakenes anleggsmidler (utstyr og bygninger) det spesielt gjelder. Et anleggsmiddel i regnskapsmessig forstand, som har en antatt brukstid på minst 3 år eller en anskaffelseskostnad på mer enn kr 15.000, skal aktiviseres og avskrives. Er ikke ett av disse kriteriene tilfredsstillt, skal det foretas en direkte utgiftsføring, med andre ord skal kostnaden tas i den regnskapsperiode anleggsmiddelet ble anskaffet. Regnskapsloven (1998) § 5-3 sier bl.a. følgende om hvordan investeringens kostnad håndteres: Anleggsmidler som har en begrenset økonomisk levetid, skal avskrives etter en fornuftig avskrivningsplan.

Loven sier at en «fornuftig avskrivningsplan» skal følges. Dette betyr en avskrivningsplan som i hovedsak følger utstyrets levetid. Det foreligger differensierte levetidsanalyser for enkeltgrupper MTU og bygg, se bl.a. detaljer i (referansene 2 og 4). Kortversjonen er at levetiden på medisinsk-teknisk utstyr i snitt er ca. 1 år (variasjon 4 – 15 år). En utstyrspark til en verdi 1 milliard kroner vil dermed i snitt generere avskrivning på 100 mill kr per år. Disse levetider er faglig begrunnet og ble benyttet av revisjonsrådgiverne ved åpningsbalansen 1.1.2002 og de er nokså konforme med andre tilsvarende nordiske åpningsbalanser ifra de senere år. Disse levetidene er også svært nøkterne. Bygningskroppens levetid var opprinnelig fastsatt til 60 år, med noen delkomponenter betydelig lavere.

Hvorfor er avskrivningsbeløpet interessant?

Jeg siterer Hoff, Bedriftens økonomi (5): «... Et viktig poeng i denne anledning er å fastslå at den årlige avskrivningskostnad ikke medfører noen utbetaling for bedriften. Utbetalingen skjedde da anleggsmiddelet ble anskaffet, men loven påla som kjent bedriften å fordele kostnadsbelastningen over tid. Vi sier derfor at avskrivninger er ikke-betalbare kostnader, noe som igjen betyr at bedriften beholder pengene svarende til avskrivningene i bedriften.»

Avskrivningene er for foretakene å sammenlikne med kontante penger. Fra eiers side (HOD) ligger det dermed en motivasjon for å holde avskrivningene lavest mulig (minst mulig overføring til RHF'ene, lav kontantstrøm). De regionale helseforetak kan på sin side bruke de pengene de får frigitt gjennom avskrivning, som de vil. De behøver ikke bruke disse til utstyr, men kan rett og slett bruke de til hva de vil. For eksempel låneopptak eller dekning av underskudd i driften. Når utgangspunktet er at RHF'ene nå er pålagt voldsomme budsjettkutt, skjønner vi at avskrivninger lett benyttes som saldering. Problemet er at når RHF får for lite avskrivningsmidler, utarmes RHF'et langsomt. Når alle verdier aldersmessig er avskrevet gjennom de årlige avskrivningsbidragene, så har bedriften ingen verdier lengre. Bedriften er tappet for verdier, noe som i andre sammenhenger gjerne omtales som å slakte bedriften.

Det konkrete problemet for helseforetakene er at det investeres og reinvesteres alt for lite i nytt utstyr til at utstysverdien opprettholdes, samtidig som verdien av det eksisterende utstyret forsvinner gjennom regnskapsmessig avskrivning.

Jeg konstaterer etter Sandefjord Blads oppslag 30.9.2004 med interesse at Helsedepartementets revisorer ift. selskapsdannelsen ikke er enig med sin oppdragsgiver om hva som er fornuftig eller forsvarlig avskrivning. Utgangspunktet var den opprinnelige åpningsbalansen (samlet verdi av bygg og anlegg) ved stiftelsen av alle helseforetakene per 1.1.2002. Revisorenes versjon er opplagt «den riktige», i tråd med faglig funderte arbeider ift. åpningsbalansen. Når direktøren i HODs eieravdeling uttaler at revisorenes avskrivning er for høy, så er dette å snu saken fullstendig på hodet – det er departementets avskrivning som er for lav.

I NOU2003:1 «Behovsbasert finansiering av spesialisthelsetjenesten» – Hagenutvalget – gjennomgås finansieringssystemene detaljert. Om Finansiering av kapital sier utvalget (s. 264): «Ett av de sentrale målene med sykehusreformen og den nye foretaksmodellen har vært å legge til rette for bedre forvaltning av verdier som ligger i bygg og utstyr. Helseforetakslovens § 43 1. ledd gjelder for foretak.» Videre (s. 265): «Utvalget erkjenner at verdifastsettingen i åpningsbalansen, og dermed størrelsen på avskrivningene, gir direkte implikasjoner for hvor mye som må bevilges til avskrivninger. Utvalget ser dette som et spørsmål om bevilgningsnivå, noe som utvalget ikke tar stilling til... Utvalgets flertall... fremmer følgende forslag 26: Midler til investeringer overføres som en del av den behovsjusterte rammen til regionale helseforetak.»

Det er to måter å redusere kontantstrømmen fra eieren: redusere verdien fra åpningsbalansen eller forlenge levetiden (avskrivningstiden). De første grep er allerede gjort fra departementet. Ved regnskapsavslutning 2003 fastsatte SHD en kostnadsreduksjon fra virkelige verdier i ÅB2001 med faktor 0,55 (fra H-Sør 19,8 mrd virkelig til ny kostpris 11 mrd kr). Samlet verdi anleggsmidler i norske sykehus falt da fra 82 mrd kr til 45 mrd kr. Dette finnes det ingen saklig begrunnelse for, det er et rent administrativt grep for å redusere verdiene i sykehusene slik at kontantstrømmen knyttet til avskrivninger reduseres. Dette kan vanskelig karakteriseres som annet enn talltriksing, og gir assosiasjoner til planøkonomiske regimer vi lite gjerne sammenligner oss med.

Det andre grepet fra departementet ligger i å forlenge levetiden (allerede gjennomført for bygningers levetid), eller som det tidligere sitatet viser, lage en forskrift om at regnskapsloven ikke skal følges. Dette arbeidet er så vidt man vet igangsatt.

Helsedepartementet skjønner åpenbart at helseforetakene taper på dette, og de har selv treffende kommentert den økonomiske situasjonen i sin del av årets statsbudsjett side 275: «... at foretakene tilføres inntekter gjennom sin basisbevilgning tilsvarende 2,9 mrd kroner. Basert på de valgte levetider og inntekstnivået ville foretakene over tid være satt i stand til å gjenanskaffe om lag tre firedeler av den beregnede gjenanskaffelsesverdi av kapitalen».

Man har altså bestemt seg for mye som skal bevilges til avskrivninger, og så lages

reglene deretter. Den reelle avskrivning av bygg og utstyr er med det utgangspunkt som ble lagt i åpningsbalansen omtrent det dobbelte beløp.

Da Tore Tønne introduserte eierskapsreformen het det i en Pressemelding fra Sosial- og helsedepartementet datert 6.4.2001 (sitat): «Staten tar ansvaret for sykehusene.»

– Målet med sykehusreformen er å tilby gode og likeverdige helse-tjenester til alle som trenger det, sa Tønne under pressekonferansen. Kjernen i lovforslaget er at staten overtar alle offentlige sykehus. De skal drives som hundre prosent statlig eide helseforetak. Staten skal ha ubegrenset ansvar for de offentlige sykehusene i Norge.

Når skal det tas ansvar?

Dette er godt, klart og forståelig formulert, Staten (dvs. Helseministeren) har ubegrenset ansvar for de offentlige sykehusene i Norge. Når skal Helseministeren faktisk ta dette ansvaret? Dette betyr i tillegg til en forsvarlig budsjettering av sykehusene, et ansvar for at de regionale helseforetakene faktisk samarbeider til beste for fellesskapet. Men det betyr også et ansvar for å rydde opp i eget departements kortslutning av intensjonene i eierskapsreformen, og å stoppe slaktning av helseforetakenes verdier i anlegg og utstyr. Her skal det nok skarpere midler til enn et sentralt statlig sykehusdirektorat - men det er et stykke på vei.

Et av hovedproblemene er at det faktisk ikke er en markert i spesialisthelsetjenesten. Det er en umulig oppgave å løse alle ligningssettene for hvordan helseforetaket skal reagere på de ulike styringsincitamenter. Modellmessig er systemet overbestemt, og man må bestemme seg for hvilke ligninger som skal gjelde - alle kan ikke gjelde samtidig, da er det ikke mulig å løse oppgaven. For eksempel om det er aktivitet som er avhengig variabel, om det er lave kostnader som er det eller om det er noen vits å opprettholde samfunnsverdiene i bygninger og utstyr. Det er ikke nok å gjenta et mantra om at sykehusene er produksjonsbedrifter, og de regionale helseforetakene er konsern med bestiller og utførerrolle – hvis bare deler av bedriftsøkonomien skal gjelde.

Gjennom eierskapsreformen i spesialisthelsetjenesten er samfunnsverdier i sykehusenes bygninger og utstyr for titalls milliarder kroner forsvunnet gjennom talltriksing og forskriftstriksing. Jeg har med

interesse sett at Riksrevisjonen siste høst har vist betydelig interesse for utstyrsverdier, mulige flaskehals i sykehusene pga. utstyrs mangel og hva som skjedde etter utstyrssatsningen iht. revidert nasjonalbudsjett 1998. En stor undersøkelse pågår fortsatt etter datainnsamling i 2004.

Det burde kanskje være grunn for Riksrevisjonen til å starte granskning av denne saken også? Er stortingets intensjoner fulgt, og hva har skjedd med utstyrsverdiene? Hvor har milliardene tatt veien?

Referanser

1. Jensen Ø. Bedriftsøkonomi for dummies. Helse Medisin Teknisk 1, 2004: 5.
2. Grimnes S, Jensen Ø, Strømme T, Martinsen T. 2005. Håndtering av medisinsk-teknisk utstyr. Medisinsk-teknisk avdelings forlag, Medinnova. www.med-tek.no
3. Hagenutvalget, NOU 2003:1 Behovsbasert finansiering av spesialisthelsetjenesten.
4. Sosial og helsedepartementet, 2001. Oppdrag B1.1. Økonomisk rådgivning pkt. 1.1. Utrede prinsipper for etablering av åpningsbalanse og verdsettelse av de enkelte resultat- og balanseposter», i (red.) Cap Gemini Ernst & Young & Ernst & Young AS. Oslo 1.8.2001 ajourført 22.10.2001.
5. Hoff, Kjell Gunnar. Bedriftens økonomi. ISBN 82-15-00284-6.
6. Regnskapsloven 1998. Lov 1998-07-17 nr 56: Lov om årsregnskap m.v. (regnskapsloven), se <http://www.odin.dep.no>
7. St.prp nr 1 (2004-2005) <http://odin.dep.no/filarkiv/222573/STP001HOD-TS.pdf>