
Gjenvinn kontrollen i sykehusøkonomien

DEBATT

BJØRN RØSE

bjorn.rose@hotmail.com

Bjørn Røse er siviløkonom fra Norges Handelshøyskole, med bakgrunn som forsker og utreder ved Transportøkonomisk institutt og i Helsedirektoratet. Han har vært økonomidirektør i Oslo kommune og tolldirektør i ti år. Han er i dag pensjonert.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Sammenblanding av drift og investeringer ødelegger sykehusøkonomien. Regnskapssystemet er problemet.

Som en del av helseforetaksreformen i 2002 ble det bestemt at helseforetakene skulle føre regnskap etter Regnskapsloven, slik private aksjeselskaper fører regnskap. At et tilsynelatende teknisk spørsmål som regnskapssystem kan ødelegge sykehusøkonomien, kan være vanskelig å forstå, men valget av regnskapssystem i 2002 har bidratt til overinvesteringer, dårlig økonomistyring, feillokalisering av nye sykehus og kutt i pasientbehandlingen. Hvis man ikke endrer regnskapssystemet straks, er det bare et spørsmål om tid før hele sykehusøkonomien er ute av kontroll.

En plutselig omorganisering

Bakteppet for problemene vi nå opplever, er sykehusreformen i 2002. Den kom overraskende. På Arbeiderpartiets sentralstyremøte i august 2000 la daværende helseminister Tore Tønne i Stoltenberg I-regjeringen frem forslag om statlig overtakelse av de offentlig eide sykehusene og omorganisering av disse til helseforetak. Forslaget ble godkjent. Dette gjentok seg på landsstyremøtet og på Arbeiderpartiets landsmøte i november 2000. Et komplett omorganiseringsforslag ble lagt frem i januar 2001, og i juni samme

år ble forslaget vedtatt av Stortinget i form av helseforetaksloven. Allerede 1. januar 2002 var den nye sykehusorganiseringen en realitet. Da var 56 hovedsakelig fylkeskommunalt eide sykehus blitt til 44 statlig eide helseforetak organisert under 5 regionale helseforetak (senere endret til 4) (1).

Mistet oversikt over investeringskostnadene

Man gjorde en fundamental feil i helseforetaksreformen ved å pålegge helseforetakene å føre regnskap etter regnskapslovens bestemmelser. Det medførte at styrene i helseforetakene skulle bestemme hvordan statsbudsjettbevilgningene fordeles mellom drift og investeringer, at skillet mellom drift og investeringer ble utvisket, og at investeringskostnadene ble usynlige i regnskapet.

«Man gjorde en fundamental feil i helseforetaksreformen ved å pålegge helseforetakene å føre regnskap etter regnskapslovens bestemmelser»

Innføring av regnskap etter regnskapsloven var inspirert av New Public Management (2), men også basert på forestillingen om at sykehusenes driftsutgifter kunne reduseres gjennom investeringer i bygninger, teknologi, utstyr og infrastruktur. Men dette er en myte: Tilnærmet enhver investering i sykehussektoren medfører økte, ikke reduserte, driftsutgifter (3). Det farligste ved å føre sykehusregnskap etter regnskapsloven ligger i risikoen for overinvesteringer, ettersom investeringskostnadene ikke vises løpende i regnskapet, men først fremkommer i form av avskrivninger og renter etter at investeringen er fullført. Overskridelser blir synlige for omverdenen først når investeringslånene er brukt opp, og heller ikke da hvis det finnes ledig likviditet i konsernkontosystemet til det regionale helseforetaket, eller man fremskaffer overskudd og økt likviditet ved å selge sykehuseiendom eller kutte i pasienttilbudet.

Økonomisk risiko og urealistiske kalkyler

Private virksomheter som fører regnskap etter regnskapsloven, står overfor en grunnleggende bremsemekanisme som hindrer at de overinvesterer: konkursrisikoen. Denne bremsemekanismen er koblet ut for helseforetakene fordi den norske stat står 100 % ansvarlig for foretakenes gjeld og forpliktelser. Konsekvensen av null konkursrisiko og usynlige investeringskostnader i regnskapet har dessverre vist seg å være at styrene i helseforetakene overinvesterer basert på urealistisk lave investeringskalkyler og urealistisk høye gevinstberegninger. Når de faktiske kapitalkostnadene inntreffer – lenge etter at investeringsbeslutningene er truffet – og driftsgevinstene uteblir, må man kutte uforsvarlig i pasientbehandlingen, eller Stortinget tvinges til tilleggsbevilgninger.

Lånefinansiering og salg av sykehuseiendom

Sykehusinvesteringer blir hovedsakelig lånefinansiert, men regnskapsloven tillater helseforetakene å bruke inntekter fra salg av sykehuseiendom til å finansiere egenkapitaldelen av investeringene. Dette har medført diverse feilaktige lokaliseringsvedtak, investeringsvedtak og vedtak om salg av sykehuseiendom. Lånefinansieringen har vært begrenset til 70 %, altså har man måttet finansiere 30 % av investeringene med egenkapital. Etter at det uforsiktige forslaget fra Magnussen-utvalget (4) om å øke lånefinansieringen til 90 % ble anbefalt av daværende helseminister Kjerkol og vedtatt av Stortinget, kan vi dessverre være ganske sikre på at norsk sykehusøkonomi snart kommer helt ut av kontroll hvis vi ikke gjør drastiske endringer.

«Vi må tilbake til et regnskapssystem og et økonomisk styringssystem for sykehusene som skiller klart mellom drift og investeringer. Det behøver ikke være vanskelig»

Hva kan vi gjøre for å gjenvinne kontrollen over sykehusøkonomien?

Vi må tilbake til et regnskapssystem og et økonomisk styringssystem for sykehusene som skiller klart mellom drift og investeringer. Det behøver ikke være vanskelig. Man kan for eksempel gjeninnføre forvaltningsregnskap delt i driftsregnskap og kapitalregnskap, slik sykehusene hadde før 2002. Dette behøver ikke redusere foretaksstyrenes myndighet, og konsekvensene for helseforetakenes tilskuddsbehov og for statsbudsjettet blir over tid minimale, ettersom avdragene i kapitalregnskapet omtrent tilsvarer avskrivningene etter regnskapsloven.

En annen mulighet er å innføre statens kontantregnskap også for helseforetakene. Disse løsningene reduserer risikoen for overinvesteringer og økonomisk kollaps, og sykehusenes tilskuddsbehov vil også gå ned fordi regjeringen og Stortinget ikke blir tvunget til å «reparere» foretaksstyrenes overinvesteringer. Magnussen-utvalget (4) later til å tro at uten regnskapsloven som styringssystem, må sykehusenes investeringer detaljbehandles i Stortinget. Det er en misforståelse. Både driftsmidler og investeringsmidler kan, hvis man ønsker det, fordeles til de regionale helseforetakene etter objektive kriterier slik som i dag, og kan magasineres på rentebærende konto inntil foretaksstyrene bestemmer hvilke investeringsprosjekter som skal gjennomføres.

LITTERATUR

1. Røse B. Hvordan er det mulig å treffe så dårlige beslutninger? Historien om statens sykehusutbygging i Oslo. Samfunn og Økonomi 2023; 2.

<https://www.samfunnogokonomi.no/2023/08/hvordan-er-det-mulig-a-treffe-sa-darlige-beslutninger-historien-om-statens-sykehusutbygging-i-oslo/>
Lest 17.10.2025.

2. Vabo SI, Hansen T. New Public Management. Store norske leksikon.
https://snl.no/New_Public_Management Lest 3.11.2025.

3. Hagen TP, Sarheim AK. Sykehusenes kostnadsnivå før og etter investeringer i bygningsmassen. Tidsskr Nor Legeforen 2025; 145. doi: 10.4045/tidsskr.24.0679. [CrossRef]

4. Helse- og omsorgsdepartementet. NOU 2023: 8. Fellesskapets sykehus – Styring, finansiering, samhandling og ledelse.
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2023-8/id2967792/> Lest 17.10.2025.

Publisert: 15. desember 2025. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.25.0621
Mottatt 17.10.2025, første revisjon innsendt 27.10.2025, godkjent 3.11.2025.
Opphavsrett: © Tidsskriftet 2026 Lastet ned fra tidsskriftet.no 24. juni 2026.