

Notat

Til: Helse- og omsorgsdepartementet
Fra: Helse Sør-Øst RHF
Kopi:
Dato: 20. mars 2026
Sak:

Saknr.:
Saksbeh.:

Høringssvar – forslag til forskrift om regnskapsføring av pensjonsforhold i helseforetak og regionale helseforetak

Helse Sør-Øst RHF viser til mottatt høringsbrev 13. februar 2026 om forslag til forskrift om regnskapsføring av pensjonsforhold i helseforetak og regionale helseforetak og vedlagte høringsnotat.

Svaret er styrebehandlet av styret i Helse Sør-Øst RHF i ekstraordinært styremøte 18. mars. Foreløpig protokoll viser:

Oppsummering

Det er etter Helse Sør-Øst RHF sitt syn ikke den regnskapsmessige håndteringen av pensjonsforhold som gir utfordringer, men departementets bevilgningspraksis. Utfordringen bør derfor håndteres gjennom bevilgningene, ikke ved å endre regnskapsføringen. I dag finansieres differansen mellom pensjonspremie og -kostnad ved bruk av driftskreditt i statskassa. Det har gitt Helse Sør-Øst RHF alene utilsiktete samlede rentekostnader på om lag 1,6 mrd. kroner i perioden 2018-2025. Staten har hatt tilsvarende renteinntekter. Dette er ikke i tråd med forutsetningen i høringsnotatet om at rammebetingelsene for sektoren skal være nøytrale for pensjonsforhold eller intensjonen da dagens budsjettpraksis ble innført, jf. omtale i St. prp. 1 (2008-2009). Intensjonen var at sykehusene ikke skal måtte justere aktiviteten ved sykehusene opp og ned som følge av svingninger i pensjonskostnad og -premie. Dette har de imidlertid måttet gjøre for å håndtere de høye rentekostnadene som følge av dagens budsjettpraksis for håndtering av pensjonsforhold. I tillegg betaler helseforetakene i Helse Sør-Øst årlig om lag 300 mill. kroner i egenkapitalinnskudd til KLP og PKH. Dette er heller ikke dekket.

Mangelen på nøytralitet i dagens budsjettpraksis bør løses ved at driftskredittrammer som følge av akkumulert premieavvik enten gjøres rentefrie eller kompenseres gjennom økt årlig basisbevilgning. Bevilgningen bør i så fall dekke rentekostnadene og egenkapitalinnskudd til KLP og PKH.

Helse Sør-Øst RHF mener argumentene for å unnta helseforetakene fra reglene i regnskapsloven for føring av pensjon ikke er tilstrekkelige. Spesialisthelsetjenester ytes både av offentlige helseforetak og private ideelle sykehus. De private ideelle sykehusene kan ikke avvike fra regnskapsloven. De er tett integrert med og en del av den offentlige spesialisthelsetjenesten. Ulik regnskapsføring gjør det mer krevende å likebehandle de offentlige og private ideelle sykehusene. Dette blir vesentlig mer komplisert når budsjetter og regnskap ikke bygger på de samme prinsippene og enda mer med en amortisering av kostnad over flere år kun for helseforetakene.

Allmenhetens tilgjengelighet til helseforetakenes regnskap er best ivaretatt dersom reglene for regnskapsføring er lik andre sammenlignbare virksomheter. Det vises til omtale i Ot.prp.nr 66 (2000-2001) hvor det står: *«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 vil dette gi viktige bidrag til en god og effektiv bruk av kapital i foretakene og til en god oversikt over og styring med foretakenes økonomi.»* Regnskapsloven gir korrekt, pålitelig og sammenlignbar informasjon om økonomisk stilling. Måling og periodisering sikrer at inntekter og kostnader måles i den perioden de faktisk oppstår, og ikke når kontantutlegget skjer. Videre sørger sammenstillingsprinsippet for at regnskapet viser et reelt resultat ved å sammenstille innsatsfaktorer (kostnader) med resultatene (inntekter).

Det betyr at vårt primære syn er at helseforetakene fortsatt skal være underlagt regnskapsloven, og at pensjon i helseforetakene blir regnskapsført i samsvar med Norsk Regnskapsstiftelse standard NRS 6 Pensjonskostnad.

Dersom departementet ikke viderefører at helseforetakene skal være underlagt regnskapsloven med en justering av budsjettpraksis slik at rammebetingelsene for sektoren er nøytrale for pensjonsforhold, anbefaler Helse Sør-Øst RHF \subsidiært å føre pensjonspremie som pensjonskostnad. Bevilgningen må da ta utgangspunkt i pensjonspremien slik at rammebetingelsene blir nøytrale for pensjonsforhold for sektoren. Helseforetakenes og de private ideelle sykehusenes utgifter til egenkapitalinnskudd i KLP og PKH må også dekkes.

Helse Sør-Øst RHF fraråder at departementet innfører den anbefalte modellen for regnskapsføring av pensjonsforhold slik den er beskrevet i høringsnotatet. Modellen ivaretar ikke forutsetningen om at rammebetingelsene for sektoren skal være nøytrale for pensjonsforhold, den har en rekke regnskapsmessige svakheter, og den vil være mer administrativt krevende.

Nøytralitet for sektoren innebærer også at departementet i den bevilgningsmessige håndteringen må inkludere de elleve private ideelle sykehusene med driftsavtaler med Helse Sør-Øst RHF og Helse Vest RHF. Disse vil fortsatt være omfattet av regnskapsloven og ikke av en eventuell forskrift som regulerer unntak for pensjonsforhold.

Helse Sør-Øst RHF mener at dagens opparbeidede driftskreditter fra pensjonsforhold må ettergis i sin helhet ved eventuell overgang til ny modell. Vi oppfatter at den foreslåtte nullstillingen av driftskreditten innebærer at de regionale helseforetakene skal kostnadsføre 1/3 av driftskreditten hvert år (med tilhørende finansiering), og at driftskreditten dermed inngår som en «inngående beholdning» på premieavviket som skal amortiseres. Dette vil gi de regionale helseforetakene betydelige renteutgifter de nærmeste årene.

Innledende vurderinger

De regionale helseforetakene skal ivareta sitt sørge-for-ansvar innenfor de økonomiske rammene Stortinget bevilger, og som stilles til rådighet gjennom de krav og rammer foretaksmøtet vedtar. Gode og stabile rammeforutsetninger over tid er en forutsetning for å utvikle gode og effektive helsetjenester i tråd med de mål og strategier som gjelder for spesialisthelsetjenesten. Dette er bl.a. omtalt av Sykehusutvalget (NOU 2023: 8) og i Nasjonal helse- og samhandlingsplan (Meld. St. 9 (2023-2024)). Finansiering av pensjonsforhold kan ikke ses på isolert fra resten av finansieringen av spesialisthelsetjenesten. Det er den samlede finansieringen som setter de regionale helseforetakene i stand til å ivareta sitt sørge-for-ansvar. Det er vår vurdering at dette perspektivet mangler i det utsendte høringsnotatet. Det framstår også som uklart hvilket problem den foreslåtte endringen skal løse for helseforetakene.

Regjeringen forutsetter i Prop. 145 LS (2024-2025) at det tas sikte på at nytt regelverk skal bidra til at store premieavvik ikke blir akkumulert over tid. Regelverket skal bygge på forventningsrette økonomiske parametere så langt det er mulig og tilpasses ut fra de særlige rammevilkårene som ellers gjelder for helseforetakene. Helse Sør-Øst RHF ser ikke at den anbefalte modellen bidrar til at premieavvik ikke akkumuleres over tid. Den foreslåtte modellen vil fortsatt gi høye driftskredittrenter i hvert fall de nærmeste årene, og helseforetakenes rammevilkår vil ikke være nøytrale for pensjonsforhold. Videre vil den foreslåtte modellen være mer administrativt krevende. Vårt syn på den foreslåtte modellen blir nærmere redegjort for under.

Helse Sør-Øst RHF vil igjen understreke at det ikke er den regnskapsmessige håndteringen som har skapt utfordringene departementet nå søker å løse. Mangelen på nøytralitet i dagens håndtering kunne vært løst ved at driftskredittrammen gjøres rentefrie eller at rentekostnadene kompenseres gjennom økt basisbevilgning. Egenkapitalinnskudd må også inngå i beregningen av premieavviket.

Vi vil også bemerke at de regionale helseforetakene har liten eller ingen påvirkning på selve pensjonsordningene. Det må derfor legges til grunn at kostnadene og utgiftene ved den offentlige tjenstepensjonsordningen i spesialisthelsetjenesten må finansieres av staten, som eier av de regionale helseforetakene. Det presiseres at spesialisthelsetjenesten likevel vil ha sterke incentiver for god bemanningsstyring.

I den nærmere redegjørelsen under gis Helse Sør-Øst RHF sitt syn på omtalen av problemforståelse i høringsnotatet, informasjon om pensjonsforpliktelsen i helseforetakene, fastsetting av nettorente, vurderinger av regnskapsføring av pensjon i helseforetakene og bevilgningsmessig håndtering.

Hva er problemet?

I Prop. 145 LS (2024-2025) ble det argumentert for at de spesielle rammevilkårene til helseforetakene tilsa at det var formålstjenlig å kunne gi egne regler for regnskapsføring av pensjonsforhold, som var bedre tilpasset statens behov som bruker av regnskapene. Vi er ikke enig i dette. Det er i første rekke helseforetakene selv som er brukerne av regnskapene. Regnskapene er en helt nødvendig forutsetning for god økonomistyring, og det er i bevilgende myndighets og eier av de regionale helseforetakenes interesse at den er god. Vi mener at et unntak fra regnskapsloven ikke gir grunnlag for en bedre økonomistyring i helseforetakene. Tvert om kan det å følge de regnskapsreglene de fleste sammenlignbare virksomheter er underlagt, bidra til god økonomistyring. Videre har regnskapene en stor verdi for allmennheten og åpenheten knyttet til ressursbruken i spesialisthelsetjenesten. Vi mener at allmennheten forstår helseforetakenes regnskap best dersom reglene for regnskapsføring er lik andre sammenlignbare virksomheter. Dette taler for at regnskapsloven bør følges eller at regnskapet inneholder nok informasjon slik at brukeren kan forstå helseforetakenes regnskap like godt som regnskapene til sammenlignbare virksomheter som følger regnskapsloven.

Vi mener videre at å gi føringer for regnskapsføringen som er avledet av måten staten finansierer helseforetakenes pensjonsforpliktelser på er uheldig. Utgangspunktet bør være en regnskapsfaglig vurdering av hva som er den beste måten å regnskapsføre pensjon på i helseforetakene. Deretter må det etableres en finansieringsmodell som legger til rette for stabile og forutsigbare rammebetingelser og at resultat- og likviditetseffekter fra pensjon er nøytrale.

I høringsnotatet legges det til grunn at rammebetingelsene for sektoren skal være nøytrale for pensjonsforhold. Helse Sør-Øst RHF viser til at dagens modell for finansiering av pensjonsforhold ikke har vært nøytral. De siste årene har differansen mellom pensjonskostnad og pensjonspremie¹ medført at den rentebærende gjelden helseforetakene har til staten har økt, samtidig som rentenivået har gått opp. Tabellen under viser de estimerte rentekostnadene nasjonalt og regionalt i Helse Sør-Øst RHF beregnet på driftskredittrammen ved utgangen hvert år:

¹ Differansen omtales også som premieavvik i dette høringssvaret

År	UB DK-rammer nasjonalt	UB DK-rammer HSØ RHF	Rentesats	Renter nasjonalt	Renter HSØ RHF
2018	1 133	610	0,96 %	11	6
2019	2 092	895	1,44 %	30	13
2020	4 610	2 096	1,05 %	48	22
2021	10 628	5 339	0,51 %	54	27
2022	14 005	7 159	1,28 %	179	92
2023	23 430	12 266	3,74 %	876	459
2024	25 243	13 251	4,77 %	1 204	632
2025	15 386	7 877	4,70 %	723	370

Tabell 1 Utgående balanse (UB) driftskredittrammer (DK-rammer) nasjonalt og Helse Sør-Øst RHF med beregnet helårs renteeffekt av UB-driftskreditt. Tall i millioner kroner.

Summen av de bokførte rentekostnadene kan avvike fra rentekostnader som er oppgitt i tabellen. De regionale helseforetakene kan midlertidig velge å bruke annen oppspart likviditet til å betale pensjonspremier. Dette medfører imidlertid tapte renteinntekter, og rentene i tabellen over er derfor det beste uttrykket for rentekostnadene ved dagen bevilgningsmessige håndtering av premieavvik. Jf. høringsnotatet har KLP indikert at pensjonspremiene vil være høye i årene som kommer. Høringsnotatets anbefalte modell trekker pensjonskostnaden ned. Premieavviket vil derfor øke. Som det framgår av tabellen, økte rentekostnadene til de regionale helseforetakene fra omtrent null i 2018 til 1,2 milliarder kroner i 2024. Dette er ikke kompensert gjennom økte bevilgninger. Vi viser her til felles innspill til statsbudsjettet de siste årene fra de regionale helseforetakene.

I tillegg til de økte rentekostnadene må helseforetakene årlig betale egenkapitalinnskudd til KLP og PKH. Det dekkes ikke i bevilgningene. Beløpet øker med om lag 10 prosent årlig. I 2025 ble det betalt inn om lag 300 millioner kroner i egenkapitalinnskudd fra helseforetakene i Helse Sør-Øst. Vi savner omtale av den likviditetsmessige belastningen egenkapitalinnskudd har på helseforetakene. Vi mener at denne utgiften må dekkes særskilt av staten.

Det legges til grunn i høringsnotatet at rammebetingelsene for *sektoren* skal være nøytrale. Det innebærer også at departementet må inkludere pensjonsforhold ved de elleve private ideelle sykehusene som har langsiktige driftsavtaler med Helse Sør-Øst RHF og Helse Vest RHF. Driften av disse elleve sykehusene finansieres i sin helhet av de to regionale helseforetakene.

Vi er enige i at uavhengig av hvilke regler som fastsettes, så må nødvendig informasjon om pensjonsforpliktelsen presenteres i helseforetakenes årsregnskap og noter.

Høringsnotatet legger opp til teknisk å endre beregningene av pensjonsforpliktelsen og pensjonskostnaden. Det kan vi være enige i. Det vil likevel være krevende om parameterverdier for helseforetakene avviker fra de private ideelle sykehusene som har avtale med Helse Sør-Øst RHF og Helse Vest RHF. Disse sykehusene omfattes ikke av helseforetaksloven og må følge regnskapsloven i sin helhet. Likebehandling fordrer da i så fall at de private ideelle sykehusene også skal kunne legge til grunn tilsvarende parametere som

helseforetakene. Det er vår forståelse at parameterne må være innenfor et intervall som er akseptabelt for Regnskapsstiftelsen og revisorene, for at disse skal kunne godkjenne regnskapene. I tillegg eier både de regionale helseforetakene og flere helseforetak aksjeselskap som også må følge regnskapsloven.

Etter helseforetaksloven § 44 skal foretak ha revisor som velges av foretaksmøte. Helseforetakene er revisjonspliktige, jf. revisorloven § 2-1. Helse Sør-Øst RHF mener det derfor er nødvendig med egen forskrift dersom helseforetakene ikke skal følge regnskapslovens bestemmelser om regnskapsføringen av pensjonsforhold. Uten en slik forskrift vil vi ikke vite på hvilket grunnlag revisjonen av regnskapene skal gjøres.

Det er vårt primære standpunkt at helseforetakene fortsatt bør underlegges regnskapslovens bestemmelser om regnskapsføring av pensjonsforhold. Følgelig mener vi at det ikke trengs nye forskriftsregler i dette alternativet. Vi fraråder den anbefalte modellen «å forskriftsfeste økonomiske forutsetninger med elementer av kommunesystemet». Vi mener dagens regnskapsføring i henhold til NRS6 må videreføres. Subsidiært må det alternative forslaget om «å forskriftsfeste årlige pensjonspremier som pensjonskostnad» legges til grunn ved en eventuell endring av regnskapsføringen.

Behovet for informasjon om pensjonsforpliktelser i helseforetakene

Vi følger langt på vei høringsnotatets vurderinger om lønnsvekstanslag.

Frontfagsmodellen innebærer at lønnsveksten i offentlig sektor skal følge produktivitetsveksten og inntjeningen i markedsrettede næringer. Dette må etter vårt syn være førende for lønnsutviklingen i offentlig sektor, også i spesialisthelsetjenesten. Det vises til foreløpig rapport om grunnlaget for inntektsoppgjørene 2026 fra Det tekniske beregningsutvalget for inntektsoppgjørene². Rapporten viser at årslønnsveksten fra 2024 til 2025 i helseforetakene var 0,2 prosentpoeng lavere enn i øvrige Spekter-bedrifter og 0,5 prosentpoeng lavere enn i staten. Årslønnsveksten var 0,3 prosent lavere enn i kommunene. Som gjennomsnitt over de fem siste årene har imidlertid lønnsveksten i helseforetakene ligget noe over lønnsveksten i stat og kommune. Det skyldes dels sammensetningseffekter, f.eks. økt andel legeårsverk. Sammensetningseffekter kan igjen knyttes til tjenesteutvikling.

Vi støtter i det vesentligste vurderingene som gjøres av langsiktige anslag for diskonteringsrente og lønnsvekst.

Vi er enige i høringsnotatets kapittel 3.2, men med de merknadene som framkommer over. Vi vil også vise til at dette gir en nettorente som vil *redusere* kostnaden, men *øke* premieavviket. Derfor vil behovet for driftskreditt og

² [Grunnlaget for inntektsoppgjørene 2026, foreløpig rapport - regjeringen.no](https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/grunnlaget-for-inntektsoppgjorene-2026-foreloepig-rapport-id2647467)

rentebelastningen på spesialisthelsetjenesten øke. Dette bør håndteres på en slik måte at kravet om nøytralitet ivaretas.

Om de ulike modellene

Vi oppfatter at departementet i kapittel 3.3 mener at det er regnskapsføringen som sier noe om hvordan modellen håndterer likviditet (gjeld) ved differanse mellom pensjonspremie og pensjonskostnad. Det er imidlertid bevilgningspraksisen som ivaretar nøytralitet, ikke regnskapsføringen.

Vi mener det burde vært gjort tydelig i notatet hva som er alternative måter å håndtere pensjonsforhold i regnskapet på, og videre hvilken finansieringsmodell for hvert av alternativene som ivaretar resultat- og likviditetsmessig nøytralitet for helseforetakene.

At høringsnotatet tar et noe uklart utgangspunkt, hvor det ikke skilles tydeligere mellom prinsipper for regnskapsføring og bevilgningspraksis, gjør det mer krevende å gi gode tilbakemeldinger.

1. Om å justere de økonomiske forutsetningene innenfor NRS6

Departementet ber i avsnitt 3.3.1 om innspill på eventuelle endringer som kan gjøres innenfor modellen med føring etter NRS6 som kan ivareta helseforetakenes forpliktelser på en god måte. Vi mener dette er godt ivaretatt i dag. Økonomi- og finansdirektørene i de regionale helseforetakene vurderer anbefalingene om parameterverdier fra regnskapsstiftelsen hvert år i forbindelse med NRS 6 beregningene. Det ligger til grunn i høringsnotatet at NRS 6 beregningene ikke gir et fullgodt uttrykk for helseforetakenes pensjonsforpliktelser. Vi er ikke uten videre enige i det. Vi viser til at helseforetakenes regnskap er underlagt revisjon. Dersom regnskapene ikke godt nok uttrykte helseforetakenes forpliktelser, så ville det framkomme i revisjonsberetningene.

I den grad det er behov for at forpliktelsen i balansen skal uttrykke en reell og relevant forpliktelse, uavhengig av valg av modell, må estimatavvik håndteres. Forslag til forskrift gir ikke svar på hvordan dette skal løses. Mulige tilnærminger:

- resultatføre alt løpende (aktuarberegnet kostnad blir da endring i netto forpliktelse med tilhørende volatilitet)
- føre mot egenkapital (gir normal kostnad i resultat og faktisk forpliktelse i balanse som i IAS 19)
- bruk av en korridormodell etter inspirasjon fra NRS6 (påvirker både resultat og balanse og begge mister sitt selvstendige innhold)
- eller bare permanent ignorere estimatavvikene (fører til at akkumulert forpliktelse blir en funksjon av normalisert pensjonskostnad periode for periode)

2. Om å forskriftsfeste regler tilsvarende kommunenes regnskapsføring av pensjon

Vi deler vurderingen i høringsnotatet om å forskriftsfeste økonomiske forutsetninger med elementer fra kommunesystemet. Vi mener alternativet ikke er relevant. Kommunene og helseforetakene følger ulike regnskapsprinsipper. Det er derfor ikke riktig å sammenligne med kommunesektoren og innføre like prinsipper for regnskapsføring av pensjonsforhold.

3. Om å forskriftsfeste økonomiske forutsetninger med elementer av kommunesystemet

Dette alternativet er ikke i tråd med forutsetningene i høringsnotat om at rammebetingelsen for sektoren skal være nøytrale for pensjonsforhold. Det er usikkert om en amortisering av premieavviket på kort og mellomlang sikt vil redusere behovet for driftskreditt og den tilhørende rentebelastningen. Det at ordningen vil være symmetrisk innebærer også at de regionale helseforetakene i perioder med høyere pensjonskostnad enn pensjonspremie vil kunne akkumulere et større behov for driftskreditt enn ved dagens ordning³. I et langt perspektiv er det heller ikke gitt at dette vil være nøytralt selv om pensjonskostnaden over tid vil tilsvare pensjonspremie, fordi det ikke er gitt at rentebelastningen vil være nøytral i samme tidsperspektiv.

Denne modellen vil i tillegg være mer administrativt krevende for de regionale helseforetakene og helseforetakene enn dagens modell. For Helse Sør-Øst RHF vil denne endringen innebære å ha oversikt over amortiseringen fra hvert år i fire år av premieavvik i ett gitt år i elleve helseforetak. Helseforetakene og de private ideelle sykehusene har ulike pensjonsordninger hos fire pensjonsleverandører, og den bevilgningsmessige siden av dette må håndteres. Det at de private ideelle sykehusene fortsatt må regnskapsføre i henhold til NRS6 vil ytterligere komplisere håndtering av bevilgninger og økonomiske forhold. Alternativet er komplisert og for administrativt krevende. Helse Sør-Øst RHF mener derfor at denne modellen ikke er konsistent med budskapet i oppdragsdokumentet for 2026 om å redusere administrasjon.

Vi fraråder derfor denne modellen. Vi mener figur 1 i høringsnotatet er misvisende og at driftskredittrammene med den foreslåtte modellen i 2025 i stor grad er påvirket av den regnskapsmessige håndteringen av planendringen dette året, jf. omtale i Prop. 20 S (2025-2026). Figuren viser at helseforetakene i perioden 2018-2023 ville hatt en *høyere* driftskreditt og fått en *høyere* rentebelastning i denne perioden med dette alternativet enn med dagens modell.

³ I tilfeller hvor pensjonskostnaden er større enn premien, så vil amortiseringsreglene føre til en mindre kostnadsøkning, og alt annet lik, et høyere nivå på driftskreditten.

Legger vil til grunn et gjennomsnittlig rentenivå på 2 prosent i denne perioden⁴ ville dette gitt de regionale helseforetakene økte rentekostnader på 465 millioner kroner i samme periode. Vi mener dette sannsynligvis også vil være tilfellet de nærmeste årene. I inneværende år (2026) gir bruk av en nettorente på 0,75 prosent en lavere pensjonskostnad enn gjeldende nettorente på -0,1 prosent. Dette vil øke det akkumulerte premieavviket. Det er også kjent at årets pensjonskostnad innenfor dagens regnskapsføring vil bli betydelig lavere enn lagt til grunn i Prop. 1 S (2025-2026) og vil gi et tilsvarende høyere premieavvik og økt behov for driftskreditt. Forslag til nye modell vil derfor fungere stikk i strid med intensjonen om at rammebetingelsene for sektoren skal være nøytrale for pensjonsforhold.

I vurderingene av dette alternativet diskuteres det i høringsnotatet om den bevilgningsmessige håndteringen av pensjonsforhold påvirker helseforetakenes insentiver til å holde lønnsveksten nede. Vi mener dette er en søkt argumentasjon. Premiene påvirkes først og fremst av bemanningsnivået og pensjonsleverandørenes risikoprofil i forvaltningen av midlene. Helseforetakene har i dag sterke insentiver for bemanningskontroll og -styring. Hele styrings- og finansieringsmodellen for spesialisthelsetjenesten legger grunnlag for effektiv bruk av de samlede ressursene. Det vises til omtale i NOU 2023: 8 Fellesskapets sykehus: «Et viktig formål med helseforetaksreformen og bruk av regnskapsloven var å bidra til at det etablert tydeligere og mer helhetlige ansvars- og fullmaktsposisjoner. Et samlet ansvar for drift og investeringer gir både bedre muligheter for utforming av helsetjenesten og bedre grunnlag for styring.» Perspektivmeldingen (Meld. St. 31 (2023-2024)) og Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024-2027 (Meld. St. 9 (2023-2024)) viser også til at den demografiske utviklingen gir økte insentiver for helseforetakene til god bemanningskontroll og -styring. Behovsveksten i helsetjenesten vil ikke kunne løses gjennom tilsvarende vekst i bemanningen.

4. Vurdering av å forskriftsfeste at pensjonspremien føres som pensjonskostnad

Som nevnt innledningsvis er det ikke den regnskapsmessige håndteringen som har gitt utfordringer knyttet til kostnader og utgifter til driftskredittrenter og egenkapitalinnskudd, men finansieringsmodellen. Gitt at departementet ikke velger en nøytral finansieringsmodell innenfor regnskapslovenes bestemmelser om regnskapsføring av pensjonsforhold, er dette alternativet vårt foretrukne alternativ. Vi mener det er dette alternativet som da best vil kunne ivareta de forutsetningene for endring som lå til grunn i Prop. 145 LS (2025-2026), særlig forutsetningen om nøytralitet. Helseforetakenes innbetaling av egenkapitalinnskudd bør imidlertid også finansieres. Egenkapitalinnskuddet er ikke en kostnadspost i regnskapet, men balanseføres som en finansiell eiendel. Den kan derfor dekkes av et eget tilskudd.

⁴ Rentenivået er vesentlig høyere i dag

Helse Sør-Øst RHF viser til at praksisen med å avregne de private ideelle sykehusene for den positive regnskapseffekten de fikk beholde i 2014, opphører, jf. Prop. 20 S (2025-2026)⁵. Vi legger til grunn at Helse- og omsorgsdepartementet vil likebehandle de elleve private ideelle sykehusene med langsiktig driftsavtale med helseforetakene. De er imidlertid ikke omfattet av helseforetaksloven og vil måtte forholde seg til regnskapslovens bestemmelser om regnskapsføring av pensjonsforhold.

Vi viser til at departementet vil legge til grunn den ordinære inntektsfordelingen i fordelingen av kompensasjon for anslått samlet pensjonspremie. Vi gjør oppmerksom på at i samsvar med forsikringsvirksomhetsloven skal et pensjonsforetak til enhver tid utarbeide pristariffer for beregning av premie for alle produkter og produktkombinasjoner som tilbys. Ved utformingen av pristariffene skal pensjonsforetaket se til at premiene er i rimelig forhold til den overtatte risikoen og de tjenestene som ytes. Viktige forutsetninger knyttet til forsikringsbestanden som pensjonsinnretningen forsikrer, inkluderer dødelighetsgrunnlag, uføregrunnlag og beregningsrente. Som kjent er det flere pensjonsleverandører i spesialisthelsetjenesten. Disse utarbeider egne pristariffer på sin bestand. Pensjonsforetaket må melde inn fastsatte pristariffer og prinsippene for tariffutforming til Finanstilsynet. Dette innebærer at regionene kan få en avvikende premieutvikling som ikke er knyttet til den underliggende driften i helseforetaket. Vi mener dette kan tale for at fordelingen av kompensasjon for pensjonskostnader i dette alternativet kan avvike fra den ordinære inntektsfordelingen, samtidig som insentiver omtalt i høringsnotatets avsnitt 3.4.1 blir ivare tatt.

Periodiseringen av pensjonspremien avviker fra periodiseringen av pensjonskostnaden gjennom budsjettåret. Det er uklart for oss hvordan departementet skal håndtere dette bevilgningsmessig. Vi mener det må legges til grunn et premieestimat i de årlige statsbudsjettene. Innenfor dagens modell har det vært behov for å justere driftskreditten i nysaldering av statsbudsjettet, som følge av at et endelig anslag på premie først er kjent etter at reguleringspremien er beregnet. Reguleringspremien bestemmes av de årlige lønnsoppgjørene. Tilsvarende som i dag bør endelig finansiering av pensjonskostnad/-premie i dette alternativet skje i nysalderingen av statsbudsjettet. Dersom det foreligger ny informasjon om premiene før revidert nasjonalbudsjett legges fram, bør bevilgningene også justeres her.

Vi er enige med departementet i at behovet for å ivareta hensynet til opplysninger om langsiktige forpliktelser fint kan håndteres gjennom noter tilsvarende dagens noteomfang. Dette kan gjøres på en slik måte at det også ivaretar statens informasjonsbehov.

Om høringsnotatets anbefalte modell

⁵ Prop. 20 S (2025-2026) Endringer i statsbudsjettet 2025 under Helse- og omsorgsdepartementet

Som det framgår over er ikke Helse Sør-Øst RHF enige i at den anbefalte modellen ivaretar de målene som er satt for reglene som foreslås i høringsnotatet. Ved å videreføre driftskreditter vil helseforetakene fortsatt ha rentekostnader som ikke er håndtert i finansieringsmodellen. På kort og mellomlang sikt er det ikke gitt at denne modellen vil gi lavere behov for driftskreditt og tilhørende rentekostnader enn nåværende modell. Det fremstår åpenbart at rammebetingelsene for sektoren ikke vil være nøytrale for pensjonsforhold, slik intensjonen er. Det vises til figur 1 hvor driftskredittrammen er høyere i den anbefalte modellen i perioden 2018-2023. Vi mener utviklingen i denne perioden er mest representativ for hvordan premieavviket vil utvikle seg framover.

I tillegg er det flere regnskapsmessige utfordringer ved den anbefalte modellen.

Modellen vil også kreve at det utarbeides en omfattende veiledning tilsvarende en egen regnskapsstandard. Den foreslåtte forskriften er ikke tilstrekkelig til å gjennomføre beregninger og konkludere på regnskapsføring i praksis. Kommunemodellen frarådes på grunn av kompleksitet. Å gå over til den anbefalte modellen oppfattes å være en tilsvarende stor omlegging.

Vi har flere ubesvarte spørsmål om hvordan ulike effekter er tenkt håndtert i denne modellen. Det mest sentrale er hvordan periodens estimatavvik er tenkt håndtert. Selv om det anvendes en stabil "nettorente", vil det oppstå vesentlige avkastningsavvik fra periode til periode samt andre estimatavvik. Forskriftens beskrivelse av kostnadskomponentene fremstår alle som normaliserte.

Det legges vekt på at den anbefalte modellen vil vise de langsiktige pensjonsforpliktelsene i balansen. Dette er en sannhet med modifikasjoner, da pensjonsforpliktelsen i stor grad blir nullet ut igjen av amortiseringseiendel eller -forpliktelse. Dette gjør at balansen samlet ikke reflekterer den aktuarberegnete forpliktelsen. Nettobidraget pensjon har i balansen er uten et selvstendig økonomisk innhold. Vi stiller derfor spørsmål ved om modellen oppfyller det formålet som er beskrevet innledningsvis i høringsdokumentet. Periodens totale kostnad i resultatregnskapet blir også uten et selvstendig økonomisk innhold.

Modellen anses særlig svak for ufonderte forpliktelser slik som AFP. Hvert år vil det bli beregnet en kostnad ved årets opptjening som legges til forpliktelsen. Som følge av at det ikke betales premier for årets opptjening vil kostnaden bli reversert over de neste tre årene med motpost amortiseringseiendel. Når den ansatte tar ut AFP, vil akkumulert kostnad tilsvare om lag to års opptjening, og amortiseringseiendelen vil nullstille nesten hele forpliktelsen. I uttaksåret er det ingen kostnad, men en høy engangspremie som igjen må amortiseres over tre år. Denne vil så bli resultatført de tre første årene etter uttak.

Gitt at føring av pensjonskostnader i helseforetakene skal endres, så mener vi at modellen med kostnadsføring av pensjonspremie er det beste alternativet. Vi fraråder å innføre en modell som amortiserer premieavviket et gitt år de neste tre årene.

Om eksisterende driftskreditt

Vi viser til at de regionale helseforetakene aldri har fått særskilt finansiert de rentekostnadene som dagens budsjettpraksis for pensjonsforhold medfører. Vi mener derfor at en avvikling av den ordningen følger naturlig dersom nye regler for føring av pensjon skal innføres. Gjennom formuleringen om at «det tas sikte på at dagens ubalanser nullstilles» skapes det imidlertid usikkerhet i høringsnotatet om hva som er den reelle håndteringen av driftskredittrammen som har økt under dagens budsjettpraksis.

Beskrivelsen av nullstillingen er videre krevende å forstå. Driftskreditten i statskassa er balanseført som kortsiktig gjeld i de regionale helseforetakene og kostnadsføres ikke. Vi oppfatter at nullstillingen av driftskreditten innebærer at de regionale helseforetakene skal kostnadsføre 1/3 av driftskreditten hvert år (med tilhørende finansiering), og at driftskreditten dermed inngår som en «inngående beholdning» på premieavviket som skal amortiseres. Dette vil i så fall gi de regionale helseforetakene betydelige renteutgifter, særlig om dette skjer ved samtidig innføring av den anbefalte modellen for regnskapsføring av pensjonsforhold i høringsnotatet. Vi mener at ved en eventuell overgang til nye regler for regnskapsføring av pensjonsforhold i helseforetak, så bør gjelden ettergis i sin helhet.

En ettergivelse av gjelden vil bygge på samme tilnærming og være konsistent med alternativet at departementet finansierer pensjonspremien.

Om økonomiske og administrative konsekvenser

Det er viktig at det økonomiske handlingsrommet helseforetakene har til drift og investeringer ikke svinger fra år til år med utviklingen i pensjonskostnad og -premie. Forutsetningen om at rammebetingelsene for sektoren skal være nøytrale for pensjonsforhold er viktig.

Vi er enige i at det er stor usikkerhet hva den økonomiske konsekvensen av den anbefalte modellen til departementet er. Det framstår likevel som sannsynlig at for de nærmeste årene vil den samlede negative økonomiske effekten for helseforetakene bli større enn ved dagens praksis. Det er derfor vanskelig å forstå hvorfor denne modellen er anbefalt. Jf. våre innledende vurderinger er gode og stabile rammeforutsetninger over tid en forutsetning for å utvikle gode og effektive helsetjenester i tråd med de mål og strategier som gjelder for spesialisthelsetjenesten. Det er viktige grunner for å videreføre regnskapsføring etter NRS6. Subsidiært kan vi også tilrå det alternative forslaget om å regnskapsføre årlige pensjonspremier som pensjonskostnad.

At omleggingen er foreslått i et år der rettigheter er endret, og vi ikke har erfaringstall for effektene av livsvarig AFP, øker usikkerheten.

Vi er uenige i at den anbefalte modellen ikke vil ha vesentlige administrative konsekvenser. Dagens håndtering er kompleks og krever administrasjon. Den foreslåtte modellen øker kompleksiteten og behovet for administrativ

oppfølging. Helse Sør-Øst RHF må som en del av økonomistyringen ha kontroll på den regnskapsmessige og økonomiske effekten av premieavviket det enkelte året i en fireårsperiode for alle sine helseforetak og private ideelle sykehus og for fire ulike pensjonsleverandører. Det vil derfor kreve betydelig mer administrative ressurser enn i dag å følge opp pensjonsområdet.

Ikrafttreddelse

Vi mener det er uheldig å endre regnskapsprinsipper internt i et regnskapsår. Dette understøtter ikke god økonomistyring. Det er ekstra krevende at det skjer i et år uten at det er kjent hva effekten av livsvarig AFP er. Dersom helseforetakene skal avvike fra regnskapsloven for regnskapsføring av pensjonsforhold, så er vår primære anbefaling at dagens modell for regnskapsføring videreføres ut 2026. Budsjettpraksis bør imidlertid endres allerede i 2026 slik at rammebetingelsene for sektoren blir nøytrale for pensjonsforhold.

Forslag til forskrift

Vi fraråder å innføre den anbefalte modellen for regnskapsføring av pensjonsforhold. Følgelig fraråder vi også å iverksette forslag til forskrift. Dersom dagens modell skal endres, så bør departementet i samarbeid med de regionale helseforetakene utarbeide et forslag til ny forskrift som regulerer føringen av pensjonspremien som pensjonskostnad.