

25. september 2015

Hørings svar til Høringsnotat - Nøytral merverdiavgift i helseforetakene

Det vises til høringsbrevet av 1. juli 2015 med frist til hørings svar 1. oktober 2015.

1. Innledning

I høringsnotat av 1. juli 2015 foreslår Finansdepartementet å innføre en generell kompensasjonsordning for helseforetakene og private sykehus med langsiktige driftsavtaler. I tillegg foreslås indirekte kompensasjon ved kjøp av helsetjenester og leie av fast eiendom. Bakgrunnen for forslaget er å fjerne insentivet merverdiavgiften skaper til egenproduksjon av tjenester for foretakene som er omfattet av ordningen, samt motvirke de avgiftsmessige fordelene for foretakene ved å eie fast eiendom fremfor å leie.

Diakonhjemmet Sykehus AS, Lovisenberg Diakonale Sykehus AS og Haraldsplass Diakonale Sykehus AS (i fellesskap forkortet «Diakonale Sykehusene») er ideelle non-profit sykehus. Sykehusene yter spesialisthelsetjenester i henhold til langsiktige driftsavtaler med respektive RHF og opererer blant annet som lokalsykehus for bydeler i Oslo og Bergen.

De Diakonale Sykehusene tilslutter seg ordningens intensjon og insentiver. Vi mener imidlertid at den foreslåtte ordningen er omfattende og at det er økonomisk usikkerhet som er for stor til at den kan innføres som beskrevet i høringsnotatet. Våre kommentarer og forutsetninger for innføring av en kompensasjonsordning utdypes i det følgende.

2. Anbefaling

De Diakonale Sykehusene vurderer at det er et potensial for mer bruk av private tjenesteleverandører på definerte, men et nokså lite antall områder innenfor vår drift. Når det gjelder investeringer, vurderes det å være et lite potensial for mer kjøp fra private leverandører enn det allerede er. De Diakonale Sykehusene har ikke egne byggorganisasjoner men bruker eksterne i planarbeid og byggeprosjekter.

De Diakonale Sykehusene anbefaler primært en enkel, målrettet og mindre kostnadskrevende ordning med merverdiavgiftskompensasjon som kun omfatter de reelt konkurranseutsatte områdene av helseforetakenes drift. I høringsnotatet nevnes tjenester renhold, vaskeri, kjøkken, IKT, vakthold, transport, lønn og regnskap som slike. Det vil være nødvendig med en tydelig definisjon av tjenesteområdene, som vil gi grunnlag for effektiv tilrettelegging for registrering og rapportering. Dette vil etter vår mening gi størst nytte av ordningen i forhold til kostnaden. Sekundært anbefales en ordning hvor all drift inkluderes, men hvor investeringer unntas.

Å innføre en så enkel og målrettet ordning som mulig, reduserer risikoen for at ordningen ikke blir provenynøytral og at det oppstår omfordelings- og styringsmessige utfordringer. Utilsiktet omfordeling vil medføre at foretakenes grunnlag og evne til å gi likeverdige helsetjenester til befolkningen forringes.

3. Merknader til foreslåtte ordning

3.1 Innvirkning på styring

De Diakonale Sykehusene er enig i at ordningen vil gi et sterkere økonomisk insentiv til å kjøpe varer og tjenester fra leverandører i kraft av at dagens merverdiavgiftskostnad nøytraliseres. På den annen side vil sykehusene i et beslutningsgrunnlag fortsatt legge en bredere vurdering til grunn ved evt. valg av leverandør, herunder hensynet til effektiv drift og pasientenes helhetstilbud.

3.2 Finansiering av ordningen

3.2.1 Innledning

Det er en klar forutsetning i høringsnotatet at den nye ordningen skal finansieres av helseforetakene og de private sykehusene med langsiktige driftsavtaler. Dette skal gjennomføres ved en engangsreduksjon av bevilgningene fra staten.

De Diakonale Sykehusene har gjennom sine formål og driftsmodeller meget begrenset driftsmargin, egenkapital og likviditet. Økonomisk forutsigbarhet er vesentlig i styringen av sykehusene. I denne sammenheng virker ordningen omfattende, komplisert og representerer en ikke ubetydelig økonomisk risiko utover intensjonen om å nøytralisere merverdiavgift for helseforetakene. Vi er av den oppfatning at høringsnotatet mangler innretninger for å unngå omfordelingsvirkninger.

De Diakonale Sykehusene ønsker å påpeke at dersom ordningen skal bli vellykket er det en forutsetning at mekanismene i trekket i størst mulig grad hindrer utilsiktede omfordelingseffekter.

3.2.2 Økonomisk insentiv

For at det skal ligge et økonomisk insentiv til å kjøpe driftstjenester, er det en forutsetning at inntektskriteriene opprettholdes over tid. I den grad bevilgningene justeres som følge av utbetalt merverdiavgiftskompensasjon, forsvinner det økonomiske incitament i den foreslåtte ordningen. De Diakonale Sykehusene er således enig i at finansieringen av drift i foretakene som er omfattet av ordningen, i fremtiden, bør finne sted uavhengig av den faktiske merverdiavgiftskompensasjonen.

3.2.3 Det bør vurderes å trekke på basisbevilgningene

I forslaget legges det opp til at trekket skal fordeles på de ulike bevilgningstypene for å opprettholde dagens balanse mellom disse. Pr i dag fremstår det som om ISF-inntektene skal dekke 50% av kostnadene for den aktiviteten som omfattes av ISF-finansieringen. I realiteten dekker imidlertid ISF-inntektene en ikke ubetydelig lavere prosentandel av kostnadene. For å opprettholde balansen mellom de ulike bevilgningstypene, mener de Diakonale Sykehusene at det heller bør vurderes å redusere basisbevilgningene. På denne måten nærmer finansieringen seg den opprinnelige tiltenkte fordelingen mellom bevilgningstypene.

3.2.4 Særskilte utfordringer hvis ordningen omfatter investeringer

De Diakonale Sykehusene er av den oppfatning at en inkludering av investeringer kan medføre vesentlige utilsiktede omfordelingseffekter mellom sykehusene som følge av ulik investeringstakt. For å unngå at dette ikke gir alvorlige konsekvenser mener vi at staten må være villig til å gi tilleggsbevilgninger.

En effekt av bevilgningstrekket, er at private sykehus med langsiktige driftsavtaler får reduserte inntekter. På tilsvarende måte vil utgiftssiden reduseres som følge av merverdiavgiftskompensasjon og lavere regnskapsmessige avskrivninger. Over tid vil dette virke nøytralt på egenkapitalen i selskapet, men gitt avskrivningsperioden på enkelte driftsmidler kan dette ta lang tid. Historiske investeringer vil imidlertid ha avskrivningsgrunnlag inkludert merverdiavgift. I og med at inntektsreduksjonen kommer

som et enkelttrekk i år 1, vil ordningen medføre til negativ utvikling av resultat i regnskapet. Dette kommer i tillegg til redusert likviditet som følge av at historiske investeringer er finansiert med kostnader inkludert merverdiavgift. Effekter av det ovennevnte er vesentlig, og det må innarbeides mekanismer som demmer opp for slike utilsiktede effekter.

De Diakonale Sykehusenes organisasjonsform gir ikke anledning for å løse de ovennevnte utfordringene med negative resultatkrav og er således vesentlig mer sårbare for den tiltenkte engangsreduksjonen. Vi kan i motsetning til helseforetakene gå konkurs.

Historisk sett foretar RHF betydelige investeringer i helseforetakene. For de private ideelle foretakene medfører dette at RHF holder tilbake midler som alternativt ville vært fordelt gjennom Magnussenmodellen og dermed kommet de Diakonale Sykehusene til gode. De Diakonale Sykehusene risikerer derfor et kunstig høyt trekk på investeringer. Vi forutsetter at ved en eventuell innføring vil det være en særskilt håndtering av De Diakonale sykehusene.

Basert på usikkerheten knyttet til innholdet i den foreslåtte ordningen og potensielle utilsiktede konsekvenser er vi av den oppfatning at det bør foretas ytterligere utredninger med sikte på å harmonisere forholdet mellom finansieringen av sykehusene og kompensasjonsutbetalingene.

3.3 Administrative kostnader

Forslaget vil innebære systemtekniske tilpasninger i regnskapet. Kompensasjonsberettigede og merverdiavgiftspliktige kostnader må for eksempel holdes adskilt og de ulike oppgavene må rapporteres. Det må videre påregnes økte utgifter til opplæring. Kostnader til revisjon vil også medføre økte kostnader. Totalt vil ordningen medføre økte administrative kostnader.

De administrative kostnadene vil avhenge av hva som inngår i grunnlaget for kompensasjon. Utydelige avgrensninger vil være fordyrende. Det vil kreve kompetanse og et kontrollregime utover det som er etablert i dag. Vi mener man må legge stor vekt på enkle regler som begrenser økning av administrative kostnader.

3.4 Andre kommentar til ordningen

3.4.1 Innledning

I høringsnotatet fremgår at departementene vil komme nærmere tilbake til innholdet regelverket. I stor grad legges det imidlertid opp til at dagens kompensasjonsordning for kommuner skal anvendes som utgangspunkt for direkte kompensasjon.

Dersom det legges opp til innrapportering av kompensasjonsoppgaver annenhver måned, vil dette medføre en likviditetsulempe sammenlignet med dagens system. Det bør i så tilfelle vurderes om bevilgningene bør få en degressiv overføring av basisinntekt med sikte på å nøytralisere likviditeten i helseforetakene.

3.4.2 Foreldelse

Dagens kompensasjonsordning for kommuner, fylkeskommuner mv § 10 opererer med meget korte foreldelsesfrister for kompensasjon av merverdiavgift. Etter vår oppfatning bør forslaget til nøytral merverdiavgift for helseforetakene legge opp til at foreldelsesreglene harmoniseres med merverdiavgiftslovens bestemmelser om 3 år foreldelse.

3.4.3 Fellesregistrering

Enkelte av de Diakonale Sykehusene er fellesregistrert med øvrige selskaper. Det er viktig at den nye kompensasjonsordningen ikke medfører uheldige effekter som følge av fellesregistrering. Vi forutsetter at det vil være en tett dialog i forkant av innføringen som sikrer at dette ikke skaper utilsiktet ulemper for våre virksomheter.

3.4.4 Avgrensning mot virksomhet som drives eller kan drives i konkurranse

Dagens ordning med kompensasjon av kommuner, fylkeskommuner mv avskjærer kompensasjon for merverdiavgift for enhver enhet som driver økonomisk aktivitet. Tilsvarende er foreslått som avgrensning i denne ordningen. I tilknytning til kompensasjon for kommuner mv har bestemmelsen ledet til at kommuner har blitt nektet kompensasjon av merverdiavgift ved bygging av kulturhus. Det bør sørges for at denne ordningen utredes i tilstrekkelig grad, slik at det unngås tilsvarende overraskelser som kommunene har erfart.

Med vennlig hilsen

Lars Erik Flatø
Administrerende direktør
Lovisenberg Diakonale Sykehus



Lovisenberg Diakonale Sykehus

Anders Mohn Frafjord (sign.)
Administrerende direktør
Diakonhjemmet Sykehus



Diakonhjemmet
Sykehus

Kjerstin Fyllingen (sign.)
Administrerende direktør
Haraldsplass Diakonale
Sykehus



Haraldsplass
DIAGONALE SYKEHUS
Bergen Diakonissehjem

Dette dokumentet er elektronisk godkjent