

Finansdepartementet

Dykkar ref:

Vår ref:

2015/2035 - 12250/2015

Sakshandsamar:

Berit Bore 51 96 38 05

Dato:

01.10.2015

Høring - Nøytral merverdiavgift i helseforetakene

Vi viser til høyringsbrev av 01.07.15 der høyringsinstansane blir bedd om å gi innspel til forslag om innføring av nøytral merverdiavgift i helseforetakene, og spesielt i forhold til private institusjonar og spørsmålet om investeringar bør vere med i ordninga eller ikkje. I tillegg har vi kommentert ei rad andre forhold knytt til innføring av ei slik ordning i helseforetakene.

Fordelingseffektar

Ei ordning med kompensasjon av merverdiavgift er ei stor endring. Det viktigaste med ordninga er incitamenta det vil skapa. Samstundes er det viktig at endringa ikkje medfører vesentlege fordelingsmessige effektar ved oppstart slik at ein unngår å forverre det finansielle grunnlaget for å yte helsetenester for dei som tapar på ordninga.

Potensiale for auka bruk av private tenester i helseforetakene

Slik vi oppfatar behovet for nøytralisering av merverdiavgift i forhold til private tenesteytarar er det spesielt området for støttetjenester og bruk av konsulenttenester som har et potensiale for gevinst. Vår tilråding er derfor å avgrense ordninga til dei aktuelle områda og ikkje la ordninga omfatta områder der det ikkje er vist gevinst å hente av betydning.

Eksempla som er nemnde i kapittel 3.3, vask og reinhald av lokal, vask og rens av tøy mv, kjøkkentjenester, lønns- og regnskapstjenester, sentralbordtjenester og vakttenester er typiske støttetjenester for spesialisthelsetjenesta. Ein må likevel ta med i betraktning momenta nemnde under dei sju kulepunktene i kapittel 3.3, som viser at å samanlikne kostnader krev meir enn å samanlikne pris i anbodet mot dei direkte og indirekte kostnadane ein har i dag med sjølv oppgåveløysinga.

Ein må, mellom anna vurdere:

- Omsynet til sikkerheit og beredskap
- IKT- sikkerheit mht pasientopplysningar frå ulike forsystem
- Behov for kontroll av kvalitet på tenesta
- Behov for tilpassing av tenesta til andre arbeidsprosessar i organisasjonen

- Behov for oppfølging av tenesteleverandør (avhengig av kompleksiteten på tenesta)
- Krav til bestillerkompetanse i helseføretaka
- Behov for nærleik til sluttbrukar
- Gode fellesløysingar med eksterne aktørar
- Effektiv utnytting av stillingar

Om IKT-tenester blir inkludert i ordninga på ein slik måte at investeringar blir helseføretaket sin eigendom, vil avgrensingsproblematikken mellom drift og investeringar bli stor jf. diskusjon rundt investeringar nedanfor. Det er derfor viktig å vurdere nøyte kva tenester som skal være omfatta av ordninga.

Kommentarar til forslag som ligg i høyringa

Sjølv om vårt primære forslag er å avgrense ordninga til kjøp av støttetjenester vil vi kommentere forslaget slik det ligg. Vi tilrår derfor at forslaga våre nedanfor, må bli utgreidd om vårt primære ønske ikkje blir følgt.

Om ordninga generelt

Vi har forståing for ønsket om å unngå konkurransevriding som følgje av at private tilbydarar av ulike tenester må leggje meirverdiavgift på kravet sitt mens helseføretaka ikkje har plikt til å rekne og betala meirverdiavgift ved bruk av eige personal. Dette er eit problem som enkelt kunne vært løyst ved å gi helseføretaka frådragsrett for meirverdiavgifta på kjøp av slike tenester. Vi forstår likevel at dette er vurdert å ligge utanfor moglegeheitsrommet i lov om meirverdiavgift.

Ordinga med meirverdiavgiftskompensasjon vil gi store administrative kostnader. Kostnadane vil mellom anna gjelde opplæring i ordninga, rekneskapsføring og korrigering av feil samt endring av system. Dette kjem i tillegg til eventuelt revisjonshonorar som årleg og kan kome opp i store beløp. Når systema blir kontrollerte det fyrste året vil det bli enda høgare kostnader til revisjon. Det er svært mange personar som er involvert i rekneskapsprosessen, ikkje berre økonomimedarbeidarar, og kostnaden aukar med talet på personar som skal endre rutinane sine. Kostnaden med opplæring, årleg oppdatering på nye reglar og korrigering av feil vil kunne kosta føretaksgruppa fleire millionar kroner. Det at helseføretaka har omsetning som delvis er omfatta av den ordinære meirverdiavgiftslovgjevinga og delvis blir omfatta av den nye ordninga med meirverdiavgiftskompensasjon, vil gi utfordringar med omsyn til fordelingsnøklar, noko som lett fører til feil som seinare må bli korrigert.

Det går ikkje fram av høyringsnotatet om helseregionane er tenkt kompensert for dei auka administrative kostnadane ordninga vil gje. **Vi vil tilrå at denne pålagte kostnaden blir kompensert.**

Vi er glade for at det blir gjennomført eit trekk i tildelinga ved innføring av ordninga og ikkje ei årleg regulering basert på tidlegare års refusjonskrav. Det vil vera viktig at ein ikkje seinare regulerer ramma som følgje av at helseføretaka har tilpassa seg ordninga ved å kjøpe tenester dei tidlegare har produsert sjølve. Provenynøytralitet her er sikra ved auka innbetaling av meirverdiavgift frå private verksemder som får auka sal til helseføretaka. Om det har vore vesentlege metodiske feil i berekninga av det opphavlege uttrekket, er vi einige i at feila må kunne bli retta opp. Om vi ikkje gjer det, vil utilsikta vridingar bli permanente.

Vi ser det som særst viktig at innføring av ordninga ikkje gir utilsikta verknader som vil påverke økonomistyringa i helseføretaka i negativ retning, eller som gir utilsikta vridingar mellom privat og offentleg sektor.

Foreldingsfristen bør vere den same som for meirverdiavgiftsordninga generelt. Dette fordi det må vere mogleg å revurdera dei føringane som er gjort, dersom det viser seg at den første tolkinga har vært feil.

Om forventa meirverdiavgiftskompensasjon blir trekt ut av tildelinga ei tid før kompensasjonen blir betalt ut, vil likviditeten i helseføretaka bli meir pressa enn tidlegare og ein må venta auka bruk av driftskredittar med tilhøyrande rentekostnader. Dette bør ein ta omsyn til ved uttrekket. Alternativt kan ein skyva trekket ut i tid slik at første trekket fell saman med utbetaling av kompensasjonen.

Det går ikkje klart fram av høyringsutkastet om det er tenkt at kompensasjonen skal inntektsførast (som i kommunane) eller førast til reduksjon på kostnadane. **Vi tilrår at kompensasjonen går til reduksjon av kostnaden det gjeld.** Ein må likevel vere klår over at tal frå tidlegare år i statistikken ikkje vil vere samanliknbare.

Erfaring frå kommunane er ikkje omtalt i høyringsnotatet. Vi kjenner ikkje til at det er gjennomført evaluering av ordninga etter at den blei innført. I Kommunal Økonomi nr 2/2005 delte økonomisjef Stein Kittelsen, Gjesdal kommune, sine erfaringar etter innføring av den generelle ordninga i kommunane. Han peikte nettopp på problemstillingane rundt uttrekk for investeringar og fordelingsverknaden dette hadde mellom kommunane. I Kommunal Økonomi nr 7/2005 hadde Thor Fjellanger, kemner og økonomisjef i Sandefjord kommune eit innlegg der han viste situasjonen for Sandefjord kommune og avviket mellom uttrekk og kompensasjon i 2004. Begge artiklane viser tydeleg problemstillingane for kommunane når det gjeld fordelingsvirkingane som kjem ved at uttrekk og kompensasjon er ulike ved oppstart av ordninga. Det går heller ikkje fram av høyringsnotatet om ordninga i kommunane har ført til auka kjøp av tenester frå private.

St.prp. nr 67 (2006-2007) Om lokaldemokrati, velferd og økonomi i kommunesektoren 2008 kap. 8 er ordninga i kommunane og problemstillingane som var konsekvens av uttrekket for investeringar omtalt. Det er heller ikkje her nemnd nokon effekt på kjøp av tenester frå private jamført med tidlegare praksis. Vi er derfor usikre på om ordninga har gitt dei gevinstante som var venta.

Forholdet til private aktørar

Vi ser det som rimeleg at dei nemnde 12 private institusjonane kjem inn under same ordning for den del av verksemda som er finansiert av det offentlege. Det gir same rammevilkår som for helseføretaka. Det vil vere viktig å få oversikt over trekket som er gjort for desse institusjonane. Det vil være mogeleg å justera driftstilskota til desse institusjonane basert på uttrekk i basisramma svarande til trekket som er gjort overfor helseregionane.

Ei ordning med indirekte kompensasjon av meirverdiavgift på kjøp frå private helseinstitusjonar vil vere mogeleg å handtera når opplæring av organisasjonen er gjennomført.

Vi er likevel usikre på om det vil vere rett å behandla dei private institusjonane ulikt frå helseføretaka og dei 12 nemnde private organisasjonane på dette området. Mest korrekt

vil det være å behandle alle som driver med spesialisthelseteneste likt slik at rammevilkåra blir dei same for alle partane.

Det vil tilsvarande være mogeleg å handtere indirekte kompensasjon for leige av bygg. Her er likevel eit naturleg alternativ at utleigarane kan frivillig registrere seg for utleigebygg til næringsverksemd. Dei får da frådrag for mva og fakturerer helseføretak og eventuelle andre helseinstitusjonar som blir omfatta av ordninga med meirverdiavgift som det blir gitt kompensasjon for.

I høyringsnotatet side 52 siste avsnitt under pkt. 8.3.1 er det litt uklart kva som er meint med omsyn til tilskot. I dag har vi avtale med ei rad rus- og rehabiliteringsinstitusjonar som får månadlege driftstilskot for å halde kapasitet tilgjengeleg for innbyggjarane i Helse Vest-regionen. Vi betaler ikkje for enkeltpasientar som blir behandla ved desse institusjonane. Vi legg til grunn at det er tenkt at desse institusjonane og blir behandla på same vis som dei andre institusjonane. Det same gjeld institusjonar som vil bli godkjente etter ordninga med fritt behandlingsval.

Vi er samd i forslaget om å halde legespesialistane med driftsavtale utanfor ordninga.

Investeringar

Gjennom høyringsnotatet er vi spesielt bedne om innspel på departementet sine vurderingar av spørsmålet om investeringar bør bli inkludert i ordninga eller ikkje.

Fordelane med å inkludera investeringar i ordninga er at ein unngår strategiske tilpassingar i forhold til vurdering av om ein skal vedlikehalde eller investere i nytt, om ein vel å leige/lease framfor å eige sjølv osb. På leasing vil det komme eit renteelement som vil gjere kostnaden høgare for staten samla sett, sjølv om det vil vere billegare for helseføretaket å lease enn å kjøpe utstyret. Etersom finansiell leasing rekneskapsmessig blir behandla som investering med balanseføring, reknar vi med at meirverdiavgift på slikt leige vil kunne bli kompensert om investeringar blir inkludert i ordninga, elles ikkje.

I tillegg blir rekneskapsføringa mindre kompleks og risiko for feil med tilhøyrande, seinare korreksjonar blir dermed redusert. Mange ombyggingar og større IKT prosjekt har element av både investering og vedlikehald i seg og å operere med forskjellige avgiftsregimer innan same prosjekt kan bli krevjande, ikkje minst gjeld det berekning av meirverdiavgiftskompensasjon vedkommande indirekte kostnader på dei ulike delane av prosjektet.

I alle samanhengar er det slik at ein i nokon grad i rekneskapen kan tilpasse seg dei rammevilkåra og økonomiske incitamenta som gjeld for verksemda. Til dømes er det slik at når det er krav om balanse i resultat så vil ein kunne tolke gråsoneaktivitetar mellom vedlikehald og investering i retning av investering som jo er aktiverbar. Om ein no får ei ordning der ein vil få refundert meirverdiavgifta på vedlikehald men ikkje på investering, vil vurderinga kunne bli annleis. Det er ikkje heldig at slike utanforliggjande omsyn blir lagt til grunn for den rekneskapsmessige vurderinga.

Det er og ei problemstilling rundt grensa for aktivering av ei anskaffing. I helseføretaka er denne grensa sett til kr 100 000. I skattepliktige organisasjonar er grensa heilt nede på kr 15 000 av di ein ikkje får inntektsfrådrag i samband med skatteberekninga i anskaffingsåret for investeringar utover dette beløpet. Vi er ikkje kjend med kva som er aktiveringsgrensa i dei private helseinstitusjonane. Om investeringar ikkje blir med i

ordninga ligg det an til å kunne bli ei skeivdeling der dei private kan hende får meir eller mindre kompensert enn dei offentlege føretaka avhengig av grense for aktivering.

Ulempene med å ta investeringane med i ordninga slik det er skissert, er også mange. Den største problemstillinga er kanskje risiko for skeivfordeling mellom helseregionane i og med at investeringstakten er ujamn mellom helseføretaka og den likviditetsmessige effekten kjem i investeringsåret, mens reduksjon av kostnadene kjem gjennom reduserte avskrivningar i framtida. Nokre helseføretak har nylig gjennomført store investeringar og vil tape på denne ordninga, både med omsyn til resultat og likviditet. Andre som har store investeringar framføre seg, vil vinne på ordninga. Det vil også være umogeleg å gjere ordninga provenynøytral for staten det enkelte år da investeringane svingar frå år til år i større grad enn driftskostnadene.

Ei ordning der det blir gitt kompensasjon for meirverdiavgift vil kunne gi ei rekneskapsmessig nedskrivingsplikt. Dette følgjer av at attkjøpsverdien, som gjerne vil vere beste estimat for verkeleg verdi på eit sjukehusbygg, vil vere lågare enn bokført verdi. Dette vil særleg ramme dei føretaka som har gjort store investeringar dei siste åra. Dette er likevel ein eingongseffekt som er forklarbar.

Når det gjeld investeringar blir omlag 95 % av varer og tenester kjøpt og levert av private leverandørar. Det som vil bli handtert av egne tilsette er byggherrefunksjonen, som utgjer 3-5 % av de totale investeringskostnaden. Dette er en funksjon som vil måtte ligge hos dei som har kjennskap til bygningsmasse, sjukehusområdet, teknologien og systema, det vil si egne tilsette. Vi kan derfor ikkje sjå at å innføre en kompensasjonsordning for investeringsområdet vil påverke vridning i høve til å bruke egne tilsette versus å kjøpe tenestene.

Å inkludere investeringar i kompensasjonsordninga vil kunne gi store utfordringar med styring av verksemda så lenge ordninga skal skje budsjettnøytralt. Å redusera tilskot/inntekt tilsvarande den reduserte kostnaden ein får ved ei kompensasjonsordning som gjeld ordinære driftskjøp er lett å kommunisera. Begge forhold skjer i same periode/år.

Å få ei redusert inntekt i investeringsåret når kostnaden blir fordelt over de neste 20-50 år, er svært vanskelig å forklare og forstå. Å få godkjenning til å gå med fleire hundre millionar i underskot gir svært dårlige signal til å styre økonomien. I dag veit dei fleste leiarar at jo større overskot ein har i driftsrekneskapan, jo meir kan ein investere for. Da unngår ein og problemet med å «måtte bruke opp» ubrukte budsjettmidlar kvart år. Dette er eit budskap som er godt forstått og akseptert i Helse Vest. Det blir svært vanskelig å kommunisere dette om ein de neste 30 år skal gå med «lovlige underskot».

Det blir ved fleire høve gitt gåver til investeringar frå private personar/organisasjonar. Omfanget av slike gåver varierer sterkt frå år til anna og vi ber om at investeringar som er finansiert av slike gåver blir haldne utanfor ved eit eventuelt trekk i ramma, bygd på historiske tal.

Tilråding

For å redusera ulempene med uttrekk bygd på historisk gjennomførte investeringar tilrår vi å ta utgangspunkt i dei årlege avskrivningane i helseregionane og hos dei private som vil inngå i ordninga når trekket skal blir berekna. Dette vil gje jamnare resultat mellom åra og den reduserte ramma vil harmonere betre med dei reduserte kostnadane. I tillegg må ein skrive ned restverdi på investeringar med meirverdiavgiftsdelen med

mindre det er klart at egedelane har ein salsverdi som overstig bokført verdi og dette er dokumentert. Trekket bør byggje på avskrivningar etter nedskriving for meirverdiavgifta. Vi ser det og som naturleg at restlån på tidlegare investeringar blir justert ned med meirverdiavgifta som var finansiert av låna. Dette for å sikre likviditet til avdrag på eksisterande lån når ramma blir redusert.

Med ei slik ordning blir risiko for vriding mellom helseregionane sterkt redusert og ein mistar ikkje grunnlaget for god økonomistyring. Nedskrivinga vil skje i eit år og er muleg å forklara. Økonomistyringa blir elles ikkje påverka i nemneverdig grad.

Vi tilrår at Helse- og omsorgsdepartementet vurderer konsekvensane av å gjere uttrekket bygd på avskrivningar framfor å berekne uttrekket bygd på historiske tal for likviditetsmessige utlegg til investeringar. Vi tilrår samtidig departementet å vurdere konsekvensane av ei mulig nedskrivingsplikt på attverande anleggsmiddel og muligheit for justering av eksisterande langsiktige lån.

Kjøp frå egne, fellesregistrerte AS

Helse Vest RHF har etablert eit heileigd dotterselskap, Helse Vest IKT AS, som er fellesregistret etter MVAL §2-2 med Helse Vest RHF og alle føretaka i gruppa utanom Sjukehusapoteka Vest HF.

Dette inneber at tenester selt frå aksjeselskapet til føretaka fell utanom meirverdiavgiftslova. Aksjeselskapet får heller ikkje frådrag for inngåande meirverdiavgift på slike varer og tenester. Vi er usikre på om eit slikt aksjeselskap, som er fellesregistrert med føretaka, vil kome inn under ordninga slik at dei får kompensert for meirverdiavgift på kjøp av tenester som skal vidarefakturerast til føretaka. Om så ikkje er tilfelle vil ein naturleg konsekvens kunne vera å skilja ut aksjeselskapet i ein sjølvstendig meirverdiavgiftseining. **Vi tilrår at heileigde dotterføretak inngår i ordninga på lik linje med helseføretaka uavhengig av organisasjonsform.**

Kjøp og sal mellom helseføretak og helseregionar

Etter ordninga «Fritt sjukehusval», kan pasientar frå ein region velje å bli behandla ved private institusjonar som andre regionar har avtale med. Kravet frå avtaleinstitusjonen blir vidarefakturert til regionen der pasienten er heimehørende. Vi forstår ordninga med indirekte kompensasjon slik at helseregionen som har avtale med den aktuelle institusjonen vil få den indirekte kompensasjonen. Det vil då vere opp til helseregionane å avtala ein tilsvarande reduksjon i beløpa som blir vidarefakturert. Alternativt må ein få indirekte kompensert for kjøpet frå avtaleregionen.

Tilsvarande problemstilling gjeld for behandling i helseføretak i andre regionar. **Vi tilrår at Helse- og omsorgsdepartementet vurderar handtering av oppgjeret mellom helseregionane.**

Kjøp av tenester frå felleskontrollerte verksemder

Helseregionane eig og kontrollerer fleire føretak saman. Desse føretaka er ulikt organisert. Det er eit aksjeselskap, to ansvarlege selskap og p.t fire helseføretak. Desse føretaka er oppretta for å ivareta oppgåver på vegner av helseføretaka. Det går ikkje fram av høyringsnotatet om desse blir omfatta av ordninga eller ikkje.

Vi tilrår at Helse- og omsorgsdepartementet vurderer korleis desse verksemdene er tenkt handtert i den skisserte ordninga.

H-resept og kjøp av kontrolltenester frå HELFO

For å få betre kontroll med kostnadane til medikament etter ordninga med H-resept, er det eit prosjekt på gang for å få effektivisert kontrollrutinane og rutinane for fakturering på området. Det er tenkt ei løysing der apoteka sender inn elektroniske krav til HELFO som gjennomfører automatiske kontroller basert på avtalte parameter og deretter sender faktura til helseføretaka. I den grad desse medisinane er avgiftspliktige, vil ein få eit problem med å kunne dokumentere meirverdiavgifta for kompensasjon. Slik rapporteringsløysinga frå apoteka er tenkt (denne er bygd på ordninga for blåresept) kjem ikkje avgifta spesifisert til HELFO. Dei har dermed ikkje grunnlag for å spesifisera avgifta på faktura til helseføretaka. Det er mogeleg at problemet kan løysast, men det vil bli ein ekstra kostnad med tilpassing av systema både i apoteka og hos HELFO. Dokumentasjonskravet vil og kunne vere ei administrativ utfordring.

Vi vil derfor tilrå at helseføretaka blir kompensert for avgifta på desse medisinane etter den indirekte metoden med full sats.

Pasientreiser og andre reiser

Det er vedtatt ei refusjonsordning av pasientreisekostnader til pasientar berekna etter ein sjablong. Ordninga er planlagt sett i verk i løpet av 2016. Ein vil dermed ikkje ha dokumentasjon for eventuell meirverdiavgift til refusjon og **vi tilrår derfor at slike kostnader blir omfatta av den skisserte indirekte metoden.**

Den delen av pasientreisekostnaden som er dekt ved direktekjøp frå transportørar (taxi m.fl.) kan inngå i ordninga direkte.

Når det gjeld utlegg for reiser for tilsette og andre som blir dekt etter rekning, så vil det være mogeleg å rekne kompensasjon for utlegga, men det vil krevje endring av datasystema vi nytter i rekneskapsføringa av slike refusjonar.

Rekneeksempel i høyringsnotatet Pkt 7.4.1

I rekneeksempelet er det føreset at for same teneste vil ei privat verksemd som ikkje har rett på kompensasjon ha kostnader med innkjøp av varer og tenester som er 16,67% lågare enn eit helseføretak med rett på kompensasjon. Vi finn inga forklaring i teksten på korleis ein kjem fram til dette. Ein skulle tru at helseføretaka, av omsyn til storleik og offentlege anbod, ville kunne få reduserte kostnader i høve til ei mindre privat verksemd, alt anna like. Når det gjeld lønnskostnadene tolkar vi det slik at det ligg ei føresetnad om innskottsbasert pensjon til grunn for føresetnaden om lågare lønnskostnader, men det er heller ikkje omtala i teksten. Ein reknar elles sjeldan offentlig verksemd for å vere lønnsleiande. Eksempellet er også omtalt under pkt. 3.3.1.

Ei ordning med kjøp av administrative tenester vil krevje oppfølging frå helseføretaka si side. Kostnaden med dette må inn i vurderinga med omsyn til om det blir innsparing av å setje ut verksemda. Vi kan ikkje sjå at det er teke omsyn til dette i rekneeksempelet. I høyringsnotatet, kapittel 3.3, er det vist til tidlegare høyringssvar som har omtala andre behov enn dei reint økonomiske som ein må ta omsyn til i vurderinga av kjøp eller eigen regi. Vi støtter denne vurderinga. Det er mange forhold ein må ta omsyn til før ein vel å sette ut ei teneste, ikkje berre dei reint økonomiske.

At den private institusjonen har et ønske om fortjeneste på tenestesalet har vi forståing for.

Frist for korreksjonar

Frist for korreksjonar er sett til ein termin utover den terminen refusjonskravet er oppstått. Dette meiner vi er svært knapt. Vi tilrår at det blir sett same frist for slike rettingar som det er gjort på alminnelege avgiftsoppgjer. Vi kan ikkje sjå at det skal vera større grunn for å ha kortare fristar for denne typen rettingar enn for meirverdiavgiftsoppgåvene som kjem inn frå heile næringslivet elles. **Vi rår til at same fristar for korreksjonar som for alminnelege avgiftsoppgjer blir lagde til grunn.**

Revisjonsattestasjonar

Det er ikkje krav om særattestasjonar på alminnelege meirverdiavgiftsoppgåver som blir sende inn frå alle avgiftspliktige verksemder annankvar månad. Vi kan ikkje skjønna at det skal vera behov for slike attestasjonar på oppgåver levert frå offentleg eigde verksemder. Rekneskapen blir revidert på same måte som rekneskapen for private verksemder og revisor har i sin revisjonsstandard sett større krav til aktsemd når det gjeld revisjon av offentlege avgifter enn for rekneskapen elles. Revisorattestasjonar annakvar månad vil utgjere ein stor kostnad for føretaka. **Vi rår til at kravet om særattestasjonar frå revisor på refusjonskrava går ut.**

Innsending av oppgåver

Vi kan ikkje sjå at det er omtala i høyringsnotatet, men forstår at planen er å handtere ordninga direkte av helse- og omsorgsdepartementet. **Vi vil likevel tilrå at oppgåvene blir sendt inn via Altinn til skatteetaten for kontroll på same måte som for kommunane.** Dette vil og lette arbeide for private verksemder som allereie leverar oppgåver vedkommande meirverdiavgiftskompensasjon for kommunane. Det må bli avklart om vi skal senda ein oppgåve frå kvart føretak eller samla frå den fellesregistrerte verksemda.

Med helsing



Herlof Nilssen
Administrerende direktør



Per Karlsen
Økonomi- og finansdirektør

Dokumentet er elektronisk godkjent

All elektronisk post til Helse Vest skal sendes til postmottak: post@helse-vest.no