

**Høringsnotat –  
utvidelse av lov 12. desember 2003 nr. 108 om kompensasjon av  
merverdiavgift for kommuner, fylkeskommuner mv. til å omfatte  
regionale helseforetak, helseforetak og enkelte private aktører  
innen spesialisthelsetjenesten**

- Kap. 1 Innledning
- Kap. 2 Bakgrunnen for forslaget og hovedtrekkene i dette
- Kap. 3 Nærmere om enkelte aktører innen spesialisthelsetjenesten
- Kap. 4 Nærmere om forslaget
  - 4.1 Hvem foreslås omfattet av kompensasjonsordningen?
    - 4.1.1 Gjeldende kompensasjonsordning
    - 4.1.2 Regionale helseforetak og helseforetak
    - 4.1.3 Private aktører
  - 4.2 Hva foreslås kompensasjonsberettiget?
    - 4.2.1 Utgangspunkt
    - 4.2.2 Generelle begrensninger i kompensasjonsadgangen
    - 4.2.3 Særlige begrensninger for helseforetakene og de private aktørene i spesialisthelsetjenesten
    - 4.2.4 Særlige begrensninger bare for de private aktørene i spesialisthelsetjenesten
    - 4.2.5 Særlig om syketransport
- Kap. 5 Den praktiske gjennomføringen av kompensasjonsordningen. Saksbehandlingsregler mv.
- Kap. 6 Finansiering av ordningen
- Kap. 7 Økonomiske og administrative konsekvenser
- Kap. 8 Merknader til de enkelte bestemmelser i lovutkastet
- Kap. 9 Utkast til lovbestemmelser

Vedlegg

1. [Lov 12. desember 2003 nr. 108](#) om kompensasjon av merverdiavgift for kommuner, fylkeskommuner mv.
2. [Forskrift 12. desember 2003 nr. 1566](#) om kompensasjon av merverdiavgift til kommuner, fylkeskommuner mv. (forskrift nr. 128)
3. [Forskrift 6. juni 2001 om nr. 573](#) om frivillig registrering av utleier av bygg eller anlegg til bruk i virksomhet som er registrert etter merverdiavgiftsloven (forskrift nr. 117)

## 1 Innledning

Merverdiavgiftskompensasjon for helseforetak ble omtalt i St.prp. nr. 1 (2004-2005) Skatte-, avgifts- og tollvedtak. I kap. 3.2.2 ble det blant annet uttalt:

*I Revidert nasjonalbudsjett 2004 varslet Regjeringen innføring av en ordning med merverdiavgiftskompensasjon for helseforetak med sikte på iverksettelse fra 2005. I forbindelse med behandlingen av Revidert nasjonalbudsjett sluttet finanskomiteens flertall seg til Regjeringens foreløpige vurderinger. Finansdepartementet har sammen med Helsedepartementet arbeidet med et forslag som skulle presenteres i 2005-budsjettet.*

*Arbeidet har kommet langt, men det er avdekket flere problemer med å innføre en kompensasjonsordning allerede fra 2005. Siden det må forutsettes at en slik ordning skal være provenynøytral for staten, må den samlede merverdiavgiftskompensasjon trekkes inn igjen ved å redusere overføringene til helseforetakene. Departementet har også kommet til at ordningen bør omfatte enkelte private virksomheter som produserer helsetjenester etter spesialisthelsetjenesteloven. Det må i så fall være en forutsetning at også private virksomheter trekkes i overføringer.*

(...)

*Etter departementets vurdering er det ikke forsvarlig å innføre kompensasjonsordningen allerede fra 1. januar 2005. Det er heller ikke tilrådelig å innføre en slik ordning midt i året, for eksempel fra 1. juli 2005. Det legges derfor opp til en enhetlig ordning som kan fremmes som forslag i budsjettet for 2006. Dermed sikres også en forsvarlig saksbehandling med høring av utkast til regelverk mv. Merverdiavgiftskompensasjon for helseforetakene vil dermed foreslås samtidig med en ordning som nøytraliserer merverdiavgiften for statsforvaltningen, jf. omtale i St.prp. nr. 1 (2004-2005) Statsbudsjettet medregnet folketrygden (Gul bok) kapittel 10.*

I B.innst. S. nr. 1 (2004-2005) ble det fra finanskomiteens flertall ikke gitt særlige merknader til saken.

Finansdepartementet har sammen med Helse- og omsorgsdepartementet nå utarbeidet en ordning for hvordan helseforetakene kan gis merverdiavgiftskompensasjon. I tråd med omtalen i St. prp. nr 1 (2004-2005) Skatte-, avgifts- og tollvedtak sender Finansdepartementet derfor ut på høring forslag om merverdiavgiftskompensasjon for helseforetak med tilhørende utkast til regelverk. Departementet anser det viktig å orientere de virksomhetene som kommer til å bli berørt om hva kompensasjonsordningen vil innebære. Samtidig er det viktig for departementet å få tilbakemeldinger på de tekniske løsninger som er valgt.

Forslaget går ut på utvidelse av lov 12. desember 2003 nr. 108 om kompensasjon av merverdiavgift for kommuner, fylkeskommuner mv. til å omfatte statlige helseforetak

og enkelte private aktører innen spesialisthelsetjenesten. Utvidelsen som foreslås vil gjelde for helseforetakene og de private aktørenes anskaffelser av varer og tjenester til bruk i virksomheten. Dette likevel slik at det ikke gis kompensasjon for merverdiavgiften på anskaffelser som skal føres som anleggsmidler i årsregnskapet. Denne begrensningen for helseforetakene og de private aktørene vil medføre at det ikke gis kompensasjon for merverdiavgift på investeringer i eksempelvis bygg og anlegg. Formålet med utvidelsen av kompensasjonsordningen er å redusere konkurransevridninger som kan oppstå som følge av merverdiavgiftssystemet, også for helseforetakene og de private aktørene innen spesialisthelsetjenesten. Det foreslås at endringene trer i kraft fra 1. januar 2006.

Kompensasjonsordningen er ingen støtteordning for de kompensasjonsberettigede. I likhet med det som gjelder for kompensasjonsordningen for kommuner, vil det beløpet som kompenseres over denne ordningen i utgangspunktet bli trukket i de statlige overføringer på statsbudsjettets utgiftsside slik at ordningen totalt sett blir provenynøytral for statskassen.

## **2 Bakgrunnen for forslaget og hovedtrekkene i dette**

Merverdiavgiftssystemet kan gi opphav til konkurransevridninger. Vridningen er aktuell for alle virksomheter som er utenfor merverdiavgiftssystemet, blant annet store deler av kommunal og statlig forvaltning. Denne vridningen oppstår fordi virksomheter utenfor merverdiavgiftssystemet ikke har fradragsrett for inngående merverdiavgift ved anskaffelser av varer og tjenester til virksomheten. Merverdiavgiften gir dermed slike virksomheter et incentiv til å produsere tjenesten med egne ansatte (uten merverdiavgift) fremfor å kjøpe tjenesten fra andre (med merverdiavgift). Det er særlig arbeidskraftskostnaden som skaper denne konkurransevridningen, og vridningen er dermed størst ved produksjon av arbeidsintensive støttetjenester som for eksempel vask og rens av klær, renhold og lignende.

For å motvirke denne konkurransevridningen, ble det fra 1. januar 2004 innført en generell ordning med merverdiavgiftskompensasjon for kommunesektoren mv., jf. lov 12. desember 2003 nr. 108 om kompensasjon av merverdiavgift for kommuner og fylkeskommuner mv. (kompensasjonsloven). Ordningen erstattet den tidligere begrensede kompensasjonsordningen for kommuner og fylkeskommuner mv., jf. lov 17. februar 1995 nr. 9 om kompensasjon for merverdiavgift til kommuner og fylkeskommuner ved kjøp av visse tjenester fra registrerte næringsdrivende. Sistnevnte ordning var begrenset til å omfatte kommunesektorens anskaffelser av tjenester som gjelder vask og rens av tekstiler, renhold samt arbeid på bygg og anlegg og annen fast eiendom. Etter gjeldende ordning blir derimot merverdiavgiften på anskaffelser av i utgangspunktet alle varer og tjenester, både drift og investeringer, kompensert for kommuner og fylkeskommuner. Videre er enkelte private aktører som yter kommunalt lovpålagte tjenester innen helse, sosial og undervisning (eksempelvis private grunnskoler) også omfattet av kompensasjonsordningen.

Den generelle kompensasjonsordningen er finansiert av kommunesektoren og de private kompensasjonsberettigede gjennom reduserte overføringer fra staten. Ved innføringen av ordningen ble de statlige overføringene redusert tilsvarende antatt kompensasjon i innføringsåret. Eventuell økt kompensasjon som følge av økte kjøp av merverdiavgiftspliktige tjenester ved at ordningen nøytraliserer merverdiavgiften knyttet til innkjøp, dekkes av staten gjennom økte merverdiavgiftsinntekter. Selv om ordningen altså er provenynøytral for staten og kommunene samlet, vil den likevel fjerne det økonomiske motivet til egenproduksjon: Når kommunen skal fatte beslutning om hvor tjenesten skal produseres, vet den at den får kompensert all merverdiavgift ved kjøp fra privat tilbyder. Trekket i statlige overføringer er allerede gjort, og vil ikke bli påvirket av hvilken beslutning som tas.

Helsetjenester er unntatt fra merverdiavgiftsplikt, jf. merverdiavgiftsloven § 5 b første ledd nr. 1. Dette innebærer at virksomheter som utfører slike tjenester ikke har fradragsrett for merverdiavgift på anskaffelser til bruk i virksomheten. Merverdiavgiften gir dermed også slike virksomheter motiv til å produsere tjenester med egne ansatte. Denne konkurransevriddningen ble tidligere i noen grad motvirket gjennom kompensasjonsloven av 1995 som omfattet kommunal/fylkeskommunal virksomhet. Fra 1. januar 2002 ble imidlertid ansvaret for spesialisthelsetjenesten overført fra fylkeskommunene til staten. Det ble opprettet fem regionale helseforetak som eies av staten. Videre ble sykehusene organisert som helseforetak som eies av regionale helseforetak. Omorganiseringen innebar at helseforetakene falt ut av den tidligere begrensede kompensasjonsordningen for kommuner og fylkeskommuner mv. Helseforetakene er heller ikke omfattet av den nye generelle kompensasjonsordningen for kommuner, fylkeskommuner mv.

Regjeringen har lagt til grunn at private aktører bør konkurrere på like vilkår i forhold til merverdiavgiften når det gjelder tjenesteleveranser til spesialisthelsetjenesteområdet. På denne bakgrunn foreslår departementet innføring av en kompensasjonsordning for de statlige helseforetakene. Ved at helseforetakene får kompensasjon for betalt merverdiavgift, motvirkes det omtalte økonomiske motivet til egenproduksjon. Som nevnt innledningsvis foreslås det at kompensasjonsordningen for helseforetakene omfatter i utgangspunktet betalt merverdiavgift på alle anskaffelser av varer og tjenester til bruk i virksomheten. De bergrensninger som foreslås vil bli nærmere omtalt i kap. 4.2.2 flg.

Private som yter helsetjenester er også utenfor merverdiavgiftssystemet. Private tilbydere av støttetjenester står dermed overfor det samme konkurransevriddningsproblemet her som når de konkurrerer om leveranser til de statlige helseforetakene. En kompensasjonsordning kun for statlige helseforetak løser ikke dette konkurransevriddningsproblemet. En kompensasjonsordning kun for statlige helseforetak kan medføre nye konkurransevriddninger ved at helseforetakene får et lavere kostnadsnivå enn private tilbydere av helsetjenester.

For å motvirke disse nye konkurransevriddningene foreslås det at også enkelte private aktører innen spesialisthelsetjenesten omfattes av kompensasjonsordningen. Dette innebærer like rammevilkår for private som yter helsetjenester og helseforetak når det gjelder kjøp av merverdiavgiftsbelagte varer og tjenester. Hvilke private aktører som foreslås omfattet blir omtalt under kap. 4.1.3.

Gjeldende kompensasjonsordning er finansiert av kommunesektoren og de private selv, blant annet gjennom en permanent reduksjon av kommunenes frie inntekter. Som nevnt legges det opp til at også kompensasjonsordningen for helseforetakene og de private aktørene skal være provenynøytral for statskassen. Dette gjennomføres ved at statens overføringer til spesialisthelsetjenestesektoren reduseres tilsvarende omfanget av antatt kompensasjon ved innføring av ordningen. Gitt innføringstidspunkt 1. januar 2006, vil dette bli presentert i statsbudsjettforslaget for 2006 som legges fram i oktober 2005.

Nedenfor beskrives aktørene innen spesialisthelsetjenesten nærmere og deretter presenteres forslaget til kompensasjonsordning for helseforetakene og private aktører. Departementet anser det som hensiktsmessig at kompensasjonsordningen for helseforetak og private aktører innen spesialisthelsetjenesten reguleres av tilsvarende lovgivning og mest mulig etter samme prosedyrer som for kommunal sektor, det vil si at også kompensasjonsordningen for helseforetakene mv. reguleres av lov 12. desember 2003 nr. 108 om kompensasjon av merverdiavgift for kommuner, fylkeskommuner mv. Denne loven følger vedlagt dette høringsnotatet. Utfyllende regler er gitt i forskrift 12. desember 2003 nr. 1566 om kompensasjon av merverdiavgift til kommuner, fylkeskommuner mv. (forskrift nr. 128). Også forskriften vedlegges.

### **3 Nærmere om enkelte aktører innen spesialisthelsetjenesten**

#### *Regionale helseforetak*

Regionalt helseforetak (RHF) er virksomhet som eies av staten alene og som er opprettet i medhold av lov 15. juni 2001 nr. 93 om helseforetak m.m. (helseforetaksloven) § 8, jf. lovens § 2. Formålet med virksomheten til de regionale helseforetakene er å bidra til at spesialisthelsetjenestens målsetting blir oppfylt innenfor det geografiske ansvarsområdet de har. Målsettingen er nedfelt blant annet i helseforetaksloven § 1, spesialisthelsetjenesteloven § 1-1, psykisk helsevernloven § 1 og pasientrettighetsloven § 1-1. De regionale helseforetakene yter ikke selv spesialisthelsetjenester, men eier helseforetak som yter slike tjenester og inngår avtaler om kjøp av tjenester med private helseleverandører. Det er fem regionale helseforetak i Norge: Helse Øst RHF, Helse Sør RHF, Helse Vest RHF, Helse Midt-Norge RHF og Helse Nord RHF.

#### *Helseforetak*

Helseforetak er virksomhet som eies av regionalt helseforetak alene og som er opprettet i medhold av helseforetaksloven § 9. Helseforetak yter spesialisthelsetjenester, forskning, undervisning og andre tjenester som står i naturlig sammenheng med dette. Det er vel 30 helseforetak i Norge.

Slik det fremgår ovenfor er regionale helseforetak og helseforetak statlige. Regionale helseforetak og helseforetak er selvstendige rettssubjekter som er registrert i Foretaksregisteret, jf. helseforetaksloven § 13.

Regionale helseforetak og helseforetak kan eie selskaper som er organisert med begrenset ansvar, for eksempel Norsk Helsenet AS og Helseforetakenes Innkjøpssentral AS. Siden disse selskapene driver med merverdiavgiftspliktig virksomhet, vil de ikke omfattes av kompensasjonsordningen, jf. omtalen under kap. 4.2.2.

I tillegg til regionale helseforetak og helseforetak, er det innen spesialisthelsetjenesten en rekke private aktører som har inngått avtale med helseforetakene. Nedenfor følger en oversikt over de største grupper av aktører:

#### *Laboratorier og røntgeninstitutter*

Private laboratorier og røntgeninstitutt utfører i all hovedsak polikliniske undersøkelser og analyser etter henvisning fra privatpraktiserende leger og spesialisthelsetjenesten. Laboratorie- og røntgenvirksomhet er spesialisthelsetjenester, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-1a. Det gjelder uavhengig av om tjenesten rekvireres av allmennlege eller av spesialist.

I 2003 var det 17 laboratorier som mottok trygderefusjon og alle unntatt ett hadde avtale med regionalt helseforetak. Det var 11 røntgeninstitutter som mottok trygderefusjon i 2003 og alle unntatt ett hadde avtale med regionalt helseforetak.

Private laboratorier og røntgeninstitutter finansieres gjennom trygderefusjon fra Rikstrygdeverket (RTV) direkte til private utøvende virksomheter. I tillegg gis det tilskudd fra regionale helseforetaks basisbevilgning ved avtaler.

Stortinget har vedtatt endringer for dekning av utgifter til private laboratorie- og radiologi-tjenester slik at det kun ytes stønad til dekning av utgifter til prøver, undersøkelser og behandling som er omfattet av avtale mellom tjenesteyter og regionale helseforetak, jf. Ot.prp.nr.5 (2004-2005) og Innst.O.nr. 35 (2004-2005). Lovendringen trer i kraft 1. september 2005, men de nye avtalene skal inngås innen 1. mai 2005. Fra 1. september 2005 er det dermed et krav at laboratorie- og røntgenvirksomhetene har inngått avtale med regionale helseforetak for å motta trygderefusjon fra RTV.

#### *Sykehus, herunder private institusjoner innen psykisk helsevern*

Regionale helseforetak har inngått avtaler med en rekke private sykehus. Private sykehus får sine inntekter fra regionale helseforetak. Inntektene omfatter basistilskudd og/eller stykkprisbetaling som vil variere etter avtale. De regionale helseforetakene finansieres fra staten gjennom innsatsstyrt finansiering (ISF), poliklinikkrefusjoner og basistilskudd.

Regionale helseforetak har også inngått avtaler med en rekke private institusjoner innen psykisk helsevern, herunder private sykehjem. Ideelle virksomheter innen psykisk helsevern finansieres av de regionale helseforetakene gjennom basisbevilgningene til de regionale helseforetakene. Enkelte mottar også polikliniske refusjoner fra regionale helseforetak. Modum bad mottar tilskudd på egen post over kap. 743 post 72 Tilskudd til Modum bads nervesanatorium.

#### *Rusinstitusjoner*

Regionale helseforetak overtok ansvaret for rusinstitusjonene 1. januar 2004 og alle avtaler fylkeskommunene hadde med private/ideelle aktører ved utløpet av 2003 ble videreført inn i 2004. Vel 40 private virksomheter har i 2005 avtale med regionale helseforetak. De to største aktørene er Kirkens Bymisjon og Blå Kors.

Private rusinstitusjoner finansieres i hovedsak gjennom basisbevilgningen til de regionale helseforetakene, men de kan også motta polikliniske refusjoner fra regionale helseforetak fra 1. januar 2005.

#### *Private opptreningsinstitusjoner, helsesportsentre mv.*

Regionale helseforetak har inngått avtaler med vel 40 private opptreningsinstitusjoner og helsesportsentre i 2004. Opptreningsinstitusjoner mv. finansieres ved direkte refusjoner fra RTV og rammetilskudd fra de regionale helseforetakene. I 2005 finansieres 60 pst. fra RTV og 40 pst. fra de regionale helseforetakene.

Finansieringen av private opptreningsinstitusjoner er under omlegging, og det er lagt opp til at opptreningsinstitusjonene fra 2006 skal få alle sine inntekter fra regionale helseforetak.

## **4. Nærmere om forslaget**

### **4.1. Hvem foreslås omfattet av kompensasjonsordningen?**

#### **4.1.1 Gjeldende kompensasjonsordning**

Omfanget av gjeldende kompensasjonsordning er regulert i kompensasjonsloven § 2. I tillegg til kommuner, fylkeskommuner og inter(fylkes)kommunale sammenslutninger, omfatter loven, slik den lyder i dag, private eller ideelle virksomheter som produserer helsetjenester, undervisningstjenester eller sosiale tjenester som kommunen eller fylkeskommunen er pålagt å utføre ved lov. Dette gjelder eksempelvis private sykehjem eller private grunnskoler. I tillegg omfattes barnehager som nevnt i barnehageloven § 13 og kirkelig fellesråd.

#### **4.1.2 Regionale helseforetak og helseforetak**

Som redegjort for innledningsvis, kan merverdiavgiftsregelverket gi insentiver til å produsere støttehelsetjenester med egne ansatte i stedet for å kjøpe tjenesten fra andre aktører. En kompensasjonsordning kan motvirke disse konkurransevridningene.

Regionale helseforetak og helseforetak er sentrale aktører innen spesialisthelsetjenesten. Departementet foreslår at kompensasjonsordningen utvides til å omfatte disse. Det vises nærmere til lovutkastet i § 2 første ledd.

#### **4.1.3 Private aktører**

Departementet foreslår videre at en ny kompensasjonsordning for regionale helseforetak og helseforetak også skal omfatte private aktører som yter spesialisthelsetjenester, jf. redegjørelsen i punkt 2 ovenfor. Dette gjelder private laboratorier, private røntgeninstitutter, private sykehus og institusjoner innenfor somatikk og psykiatri, private rusinstitusjoner og private opptrenings- og helsesportssentra. I tillegg kan det finnes andre institusjoner som ikke faller inn under noen av de nevnte grupper. Departementet legger til grunn at også slike institusjoner vil være omfattet forutsatt at de øvrige vilkår er til stede, jf. nedenfor.

Privatpraktiserende legespesialister og psykologer som er godkjente spesialister i klinisk psykologi og som har avtale om driftstilskudd med regionalt helseforetak foreslås holdt utenfor kompensasjonsordningen. I 2003 hadde regionale helseforetak inngått avtaler om driftstilskudd med vel 1600 leger og psykologer. Disse aktørene har forholdsvis beskjedne merverdiavgiftskostnader. Konkurransesvridningene antas dermed å ha lite omfang på dette området. Antallet aktører er dessuten betydelig, slik at en utvidelse til også disse ville medføre at de administrative kostnadene ved ordningen økte betraktelig. Det vises i denne sammenheng også til at privatpraktiserende allmennleger og privatpraktiserende fysioterapeuter ikke er omfattet av gjeldende kompensasjonsordning med lignende begrunnelse.

At privatpraktiserende allmennleger og fysioterapeuter ikke er omfattet av gjeldende ordning, fremkommer ikke direkte av kompensasjonsloven slik den lyder i dag, men er forutsatt i forarbeidene til denne, jf. Ot.prp. nr. 1 (2003-2004) Skatte- og avgiftsopplegget 2004 – lovendringer punkt 20.8.2.2. Departementet foreslår at det tas inn en uttrykkelig bestemmelse i kompensasjonsloven om at privatpraktiserende allmennleger og fysioterapeuter samt privatpraktiserende legespesialister og privatpraktiserende psykologer som er godkjent som spesialister, ikke omfattes av kompensasjonsordningen, jf. forslaget til § 2 nytt annet ledd.

Grunnlaget for det offentliges finansiering av de private virksomhetene som yter helsetjenester er avtaler med de regionale helseforetakene. Departementet foreslår derfor at en forutsetning for at de private virksomhetene skal omfattes av kompensasjonsordningen, skal være at det er inngått avtaler om offentlig finansiering med et regionalt helseforetak. Det vises også her til lovutkastet § 2 første ledd.

## **4.2 Hva foreslås kompensasjonsberettiget?**

### **4.2.1 Utgangspunkt**

Etter kompensasjonsloven § 3 ytes det kompensasjon for merverdiavgift ved kjøp av alle merverdiavgiftspliktige varer og tjenester fra registrerte næringsdrivende. Det ytes således kompensasjon ved kjøp av både varer og tjenester som er anskaffet til bruk i



kommunal virksomhet. Som utgangspunkt blir hele merverdiavgiftsbeløpet ved alle innkjøp kompensert. Kompensasjonsordningen gjelder også den merverdiavgift som betales når kommunen innfører varer og anskaffer tjenester fra utlandet.

Departementet foreslår at utgangspunktet skal være det samme for helseforetakene og de private aktørene i spesialisthelsetjenesten.

Utgangspunktet i kompensasjonsloven § 3 modifiseres av de generelle begrensningene i retten til kompensasjon som fremgår av loven § 4, jf. behandlingen av disse nedenfor i kap. 4.2.2. Disse begrensningene gjelder alle som er berettiget til kompensasjon etter kompensasjonsloven i dag. Departementet foreslår at disse begrensningene også skal gjelde for helseforetakene og de private aktørene i spesialisthelsetjenesten.

Til forskjell fra kommunesektoren mv. foreslår departementet at ovennevnte utgangspunkt modifiseres ytterligere for helseforetakene og de private aktørene i spesialisthelsetjenesten. I punkt 4.2.3 omtales de begrensningene, som i tillegg til de generelle begrensningene i kompensasjonsloven § 4, foreslås å gjelde både for helseforetakene og de private aktørene i spesialisthelsetjenesten.

I kap. 4.2.4 omtales ytterligere en begrensning som departementet foreslår å bare gjelde for de private aktørene i spesialisthelsetjenesten.

#### **4.2.2 Generelle begrensninger i kompensasjonsadgangen**

Departementets forslag medfører at helseforetakene og de private aktørene innen spesialisthelsetjenesten i utgangspunktet vil få samme rett til kompensasjon for merverdiavgift slik en vanlig merverdiavgiftspliktig næringsdrivende har rett til fradrag for inngående merverdiavgift. Dette innebærer at dagens begrensninger i kompensasjonsordningen som gjelder for kommuner mv., også foreslås for helseforetakene og de private aktørene som vil bli omfattet av ordningen.

Etter dagens ordning gjelder for det første den begrensning at dersom det skal foreligge rett til kompensasjon, må varen eller tjenesten anskaffes til bruk i den kompensasjonsberettigede virksomheten, jf. kompensasjonsloven § 4 første ledd. Merverdiavgift på anskaffelser til privat bruk er dermed ikke omfattet. Begrensningen foreslås å også gjelde for helseforetakene og de private aktørene i spesialisthelsetjenesten. Dette vil eksempelvis bety at det ikke gis kompensasjon for merverdiavgiften på reiser til og fra jobb for ansatte på et sykehus.

Dagens ordning innebærer at det heller ikke ytes kompensasjon når det foreligger rett til fradrag for inngående merverdiavgift etter bestemmelsene i merverdiavgiftsloven kapittel IV, jf. kompensasjonsloven § 4 annet ledd nr. 1. Begrensningen foreslås å også gjelde for helseforetakene og de private aktørene i spesialisthelsetjenesten. Fradragsrett etter merverdiavgiftsloven kapittel IV foreligger når helseforetakene eller de private aktørene driver merverdiavgiftspliktig virksomhet, for eksempel kafé eller apotek. I slike tilfeller er denne virksomheten registrert i avgiftsmanntallet og virksomheten vil ha fradragsrett etter de alminnelige regler. Forslaget innebærer

dermed at helseforetakene og de private aktørene ikke gis kompensasjon for merverdiavgift i tillegg. Reglene om fradragsrett etter merverdiavgiftsloven gis forrang.

Det følger videre av dagens lov § 4 annet ledd nr. 2 at det ikke gis kompensasjon for merverdiavgift på anskaffelser som nevnt i merverdiavgiftsloven § 22 første ledd. Etter denne bestemmelsen foreligger det ikke fradragsrett for omkostninger til servering og leie av selskapslokaler, kunst og antikviteter samt andre varer og tjenester som anskaffes utelukkende til bruk som nevnt i merverdiavgiftslovens § 14 annet og tredje ledd. Dette gjelder blant annet anskaffelser til representasjon, kunst og velferdsbehov. Denne begrensningen foreslås å også gjelde for helseforetakene og de private aktørene i spesialisthelsetjenesten. Dette vil bety at det ikke gis kompensasjon for merverdiavgiften på for eksempel anskaffelser til trimrom eller feriehytter til de ansatte. Det foreligger heller ikke fradragsrett for personkjøretøy/varebil klasse 1, herunder anskaffelser til vedlikehold, drift og bruk av slike. I henhold til departementets forslag vil det dermed heller ikke ytes merverdiavgiftskompensasjon til helseforetakene og de private aktørene i spesialisthelsetjenesten ved slike anskaffelser

Etter dagens lov § 4 annet ledd nr. 3 ytes det heller ikke kompensasjon av merverdiavgift for anskaffelser til kommunal virksomhet som gjelder fast eiendom for salg eller utleie. Bakgrunnen for dette er at omsetning og utleie av fast eiendom er utenfor merverdiavgiftsloven, jf. merverdiavgiftsloven § 5 a første ledd. Dette innebærer at merverdiavgift på anskaffelser til bruk i slik virksomhet generelt sett ikke er fradragsberettiget. Dersom kommunal virksomhet med omsetning og utleie av fast eiendom skulle få kompensert merverdiavgift på sine anskaffelser, ville slik virksomhet få en konkurransefordel i forhold til privat næringsvirksomhet på samme område. Den samme begrensningen foreslås å gjelde også for helseforetakene og de private aktørene i spesialisthelsetjenesten. Dette betyr at dersom de kompensasjonsberettigede driver omsetning av fast eiendom eller utleievirksomhet, for eksempel utleie av boliger til ansatte, så vil det ikke foreligge rett til kompensasjon for anskaffelser til slik virksomhet. Dette gjelder både anskaffelser som regnskapsføres som investeringer og anskaffelser som regnskapsføres som driftsutgifter, eksempelvis vaktmestertjenester.

Utleie av fast eiendom er som nevnt ikke merverdiavgiftspliktig, det vil si at den som driver slik utleievirksomhet ikke har fradragsrett for inngående merverdiavgift. Videre skal det ikke beregnes utgående merverdiavgift av leieverlaget. Kompensasjonsberettigede som driver virksomhet i leide lokaler, vil dermed i utgangspunktet ikke ha rett til kompensasjon for den merverdiavgift som indirekte ligger i leieverlaget.

For å likestille tilfeller hvor en kommune driver virksomhet i eide og i leide lokaler, er det i forskrift 6. juni 2001 nr. 573 (forskrift nr. 117) opprettet en ordning som innebærer at utleier av bygg eller anlegg til bruk i kommunal kompensasjonsberettiget virksomhet, frivillig kan registreres i merverdiavgiftsmanntallet. Utleier får dermed fradragsrett for inngående merverdiavgift, og det skal beregnes utgående merverdiavgift av omsetning som omfattes av registreringen. Denne merverdiavgift blir

kompensasjonsberettiget for kommunene. Det legges til grunn at helseforetak også i noen grad driver sin virksomhet i leide lokaler.

Departementet foreslår å utvide forskrift nr. 117 til å også omfatte utleier av bygg eller anlegg som leier ut til regionale helseforetak og helseforetak. På den måten vil det oppnås nøytralitet mellom å drive i eide og leide lokaler også for helseforetakene. Forskrift nr. 117, slik den lyder i dag, vedlegges dette notatet til orientering.

Adgangen til frivillig registrering gjelder i dag ikke den som leier ut til private kompensasjonsberettigede, for eksempel private barnehager. Bakgrunnen for dette er at en utvidelse til å omfatte også disse, ville medføre et provenytap av uoversiktlig omfang. Videre har man ikke ansett det mulig å motvirke alle konkurransevridninger som kan oppstå som følge av merverdiavgiftssystemet og kompensasjonsordningen. I tråd med dette foreslås det at heller ikke utleiere til private aktører innen spesialisthelsetjenesten skal omfattes av den frivillige registreringsordningen.

#### **4.2.3 Særlige begrensninger for helseforetakene og de private aktørene i spesialisthelsetjenesten**

Departementet vil også foreslå at helseforetakene og de private aktørene i spesialisthelsetjenesten ikke vil være berettiget til kompensasjon for merverdiavgift på anskaffelser som skal føres som anleggsmidler i årsregnskapet.

Departementet hadde i utgangspunktet lagt opp til å ha en generell kompensasjonsordning i likhet med den som gjelder for kommuner mv. Dette vil vært enklest for aktørene fordi en i størst mulig grad ville unngått et skille mellom kompensasjonsberettigede og ikke-kompensasjonsberettigede anskaffelser.

Investeringsaktiviteten i regionale helseforetak varierer over tid. Helseforetakene er nå inne i en periode med relativt høyt investeringsnivå. Dette innebærer at helseforetakene samlet betaler relativt mye i merverdiavgift sammenlignet med hva som kan legges til grunn for et "normalår" for investeringer. I tillegg varierer investeringsaktiviteten mellom regionale helseforetak. Det er for eksempel høy byggeaktivitet i for eksempel Helse Midt-Norge RHF. Nivået på investeringsaktiviteten og fordelingen mellom RHF gjør at det blir vanskelig å få til et nøytralt, varig trekk i overføringene på statsbudsjettet til RHF. I tillegg vil eiers (Helse- og omsorgsdepartementet) styring og oppfølging av de regionale helseforetakene kompliseres fordi et trekk for betalt merverdiavgift for investeringer vil føre til direkte resultatforverring det året trekket skjer (år 1), mens helseforetakene i framtiden vil få lavere avskrivningskostnader. Helseforetakene følger regnskapsloven, og tilsvarende problem oppstod ikke for kommunene som fører regnskapene etter et annet prinsipp.

Finansieringen av ordningen, slik det er lagt opp til med en engangsjustering av overføringer fra staten, ville dermed være svært vanskelig å gjennomføre uten at ordningen medførte ubalanse i sektorens rammer og omfordeling mellom de enkelte helseregioner/foretak avhengig av investeringsaktiviteten.

En ordning der anskaffelser som skal føres som anleggsmidler i årsregnskapet trekkes i form av et akontobeløp i begynnelsen av hvert år og når året er omme justeres nivået på trekket slik at det er i overensstemmelse med det faktiske beløp som er kompensert, ville isolert sett løst dette problemet. Men en slik ordning vil medføre trekk i overføringer tilsvarende kompensert merverdiavgift krone for krone slik at incentivene ved ordningen for investeringer vil falle bort. En vil samtidig også her måtte operere med et skille mellom kompensasjon for drift og kompensasjon for anskaffelser som skal føres som anleggsmidler i årsregnskapet.

Det vises også til at de aller fleste aktører i spesialisthelsetjenesten ikke utfører egne byggeoppgaver, og at en kompensasjonsordning for anskaffelser som skal føres som anleggsmidler i årsregnskapet derfor sannsynligvis ikke vil ha særlig effekt. Finansdepartementet foreslår derfor at anskaffelser som skal føres som anleggsmidler i årsregnskapet, både for helseforetakene og de private aktørene i spesialisthelsetjenesten, holdes utenfor kompensasjonsordningen.

#### **4.2.4 Særlige begrensninger bare for de private aktørene i spesialisthelsetjenesten**

I tillegg til de begrensninger som er omtalt i kap. 4.2.2 og 4.2.3 foreslås det en ytterligere begrensning for de private aktørene i spesialisthelsetjenesten. Denne siste begrensningen har sin bakgrunn i at enkelte private aktører, i tillegg til ytelser som er en del av det offentlige helsetilbudet og dermed finansieres av det offentlige, produserer og tilbyr helsetjenester kommersielt. Departementet foreslår at det ikke skal gis kompensasjon for denne del av virksomheten. For slike tjenester vil det ikke være mulig å foreta en reduksjon i overføringene, slik at kompensasjon her i realiteten vil innebære et provenybfall for statskassen. En avgrensning mot slik ren kommersiell virksomhet innebærer også at en unngår at staten gjennom kompensasjonsordningen subsidierer privatfinansierte helsetjenester.

I forhold til fradragsrett for inngående merverdiavgift er det anskaffelsens bruk som avgjør om det foreligger rett til fradrag eller ikke, jf. merverdiavgiftsloven § 21. Dette innebærer at så lenge en vare eller tjeneste er til bruk i virksomheten, foreligger det full fradragsrett. Dersom det foretas en anskaffelse til bruk utenfor virksomheten mv., foreligger det ikke fradragsrett. For anskaffelser som er til bruk både i fradragsberettiget og ikke-fradragsberettiget virksomhet (fellesanskaffelser), må det foretas en fordeling, jf. merverdiavgiftsloven § 23. Nærmere regler om fordeling av inngående merverdiavgift ved fellesanskaffelser er fastsatt i forskrift 20. desember 1969 nr. 1 om forholdsmessig fradrag for inngående avgift etter merverdiavgiftsloven (forskrift nr. 18).

Forslaget om at de private aktørene i spesialisthelsetjenesten kun skal gis kompensasjon for den del av virksomheten som er knyttet til offentlig finansierte helsetjenester, innebærer at aktører som driver både offentlig og privatfinansiert virksomhet, må foreta en fordeling av merverdiavgift for varer og tjenester som

anskaffes til bruk både i kompensasjonsberettiget og ikke-kompensasjonsberettiget virksomhet. I henhold til forskrift nr. 128 § 8 skal fordeling skje på grunnlag av anskaffelsens bruk i den del av virksomheten som er kompensasjonsberettiget. For anskaffelser som regnskapsføres som driftskostnader og som brukes like mye i privat finansiert som offentlig finansiert virksomhet, vil det dermed gis kompensasjon for halvparten av merverdiavgiftsbelastningen. I kompensasjonsforskriften § 9 er det gitt regler for den situasjon at bruken av en merverdiavgiftspliktig anskaffelse utenfor kompensasjonsberettiget virksomhet er ubetydelig i forhold til bruken innenfor slik virksomhet. Det ytes da full kompensasjon uten fordeling av inngående merverdiavgift.

#### **4.2.5 Særlig om syketransport**

Syketransport er etter spesialisthelsetjenesteloven definert som en spesialisthelsetjeneste. Regionale helseforetak/helseforetak inngår avtaler med transportselskaper (drosjer, fly etc.) om transport av pasienter til undersøkelse eller behandling i kommune- og spesialisthelsetjenesten. Persontransport er merverdiavgiftsbelagt. Departementets forslag innebærer at når helseforetakene betaler merverdiavgift i forbindelse med slike selskapers persontransport, vil helseforetakenes merverdiavgiftskostnader omfattes av kompensasjonsordningen dersom de øvrige vilkår er oppfylt. Private transportselskap som utfører alminnelig persontransport er vanlig merverdiavgiftspliktige næringsdrivende. I tråd med departementets forslag om videreføring av de generelle begrensningene i kompensasjonsloven § 4, jf. redegjørelsen i kap. 4.2.2, vil da fradragsretten for inngående merverdiavgift nøytralisere merverdiavgiftskostnadene.

Ambulansetransport utført med særskilt innrettet transportmiddel anses som en helsetjeneste som er unntatt merverdiavgift, jf. merverdiavgiftsloven § 5 b første ledd nr. 1. Departementets forslag innebærer at helseforetakenes merverdiavgiftskostnader vil her som utgangspunkt vil inngå i kompensasjonsordningen, men se begrensningen med hensyn til anskaffelser som skal føres som anleggsmidler i årsregnskapet i kap. 4.3.2.

## **5 Den praktiske gjennomføringen av kompensasjonsordningen**

### **Saksbehandlingsregler mv.**

Hvem som er subjekt for kompensasjon, det vil si hvem som kan sende inn krav om kompensasjon, er ikke direkte regulert i kompensasjonsloven. Etter dagens lov § 2 annet ledd er imidlertid registrering i Enhetsregisteret et vilkår for kompensasjon. Hvem som er registreringsenheter i Enhetsregisteret er angitt i enhetsregisterloven § 4. Det er lagt til grunn at opplysningene i Enhetsregisteret legges til grunn i forbindelse med kompensasjonsordningen.

Helseforetak og regionale helseforetak er egne registreringsenheter i Enhetsregisteret. Dette innebærer at det enkelte helseforetak skal kreve kompensasjon direkte, uten å gå veien om det regionale helseforetaket. Departementet ønsker imidlertid høringsinstansenes syn på om det er det enkelte helseforetak eller foretaksgruppen som bør sende inn krav om og motta kompensasjon fra fylkesskattekontoret.

Forutsetningen vil være at også den siste løsningen er teknisk gjennomførbar hos skattemyndighetene.

For at private aktører kan sende inn krav om kompensasjon vil det også være en forutsetning at de er registrert i Enhetsregisteret.

Etter kompensasjonsloven § 6 skal kompensasjonsoppgave sendes inn periodevis til det fylkesskattekontor i det fylke den kompensasjonsberettigede hører hjemme. Hver periode omfatter to kalendermåneder, med januar og februar som første periode. Oppgaven må være kommet frem til fylkesskattekontoret innen en måned og ti dager etter utløpet av hver periode, jf. kompensasjonsloven § 7 første ledd. Departementet foreslår samme regler for helseforetakene og de private aktørene i spesialisthelsetjenesten.

Interkommunale og fylkesinterkommunale virksomheter, private og ideelle virksomheter, barnehager og kirkelig fellesråd kan etter gjeldende lov fremsette krav som omfatter et helt kalenderår. Departementet foreslår at regionale helseforetak og helseforetak, på samme måte som kommuner og fylkeskommuner, må sende oppgave hver annen måned, mens de øvrige kompensasjonsberettigede (private) kan velge i stedet å sende årlig oppgave.

Kompensasjonsoppgave skal sendes fylkesskattekontoret elektronisk, jf. kompensasjonsloven § 7 siste ledd. Oppgaver som omfatter et helt kalenderår kan imidlertid leveres som papiroppgave. Departementet legger til grunn at tilsvarende regler skal gjelde også for spesialisthelsetjenestesektoren.

Det kan ikke fremsettes krav om kompensasjon før merverdiavgiftskostnadene i et kalenderår utgjør minst 20 000 kroner, jf. § 6. Bakgrunnen er ønsket om å begrense ordningens administrative kostnader. Det er dessuten lagt til grunn at for virksomheter som har mindre merverdiavgiftskostnader enn 20 000 kroner årlig, har konkurransevridningene lite omfang. Departementet legger til grunn at tilsvarende vil gjelde for spesialisthelsetjenestesektoren og at beløpsgrensen skal gjelde også for disse.

Etter kompensasjonsloven § 8 skal grunnlaget for kompensasjonskravet kontrolleres og attesteres av registrert eller statsautorisert revisor eller kommunerevisor. Bestemmelsen innebærer at hvert krav som innsendes fylkesskattekontoret skal være kontrollert og attestert av revisor.

Departementet foreslår at tilsvarende krav skal gjelde både for helseforetakene og de private aktørene i spesialisthelsetjenesten.

Departementet ser at det kan stilles spørsmål om nødvendigheten av krav om revisorattestasjon av kompensasjonskravene idet helseforetakene er underlagt krav om revisorattestasjon av årsregnskapet. Krav om revisorattesterte årsregnskap innebærer

blant annet at revisjonen skal gjøre tilstrekkelige undersøkelser for å sikre at regnskapene ikke inneholder vesentlige feil. Spørsmål om nødvendigheten av revisorattestasjon for helseforetakene mv. kan også stilles fordi det i forbindelse med innsending av vanlig omsetningsoppgave for merverdiavgift, ikke stilles krav om revisorattest.

Departementet viser til at ved krav om revisor ved innsendelse av hver kompensasjonsoppgave, vil kontrollen skje langt oftere enn bare ved årsoppgjøret. Dermed blir også muligheten for å avdekke feil, eksempelvis i forbindelse med periodisering av kompensasjonskravene, større. Videre viser departementet til at da revisorkrav ble innført for kommunekompensasjonsordningen ble det tatt i betraktning at egendeklarasjon og etterfølgende kontroll er det som gjelder i merverdiavgiftssystemet for øvrig. Det ble imidlertid lagt avgjørende vekt på at kompensasjonsordningen har en helt annen karakter enn den alminnelige omsetningsoppgaven. Selv om kompensasjonsordningen er finansiert av de kompensasjonsberettigede selv, fungerer den på mange måter som en utbetalingsordning som kan sammenlignes med andre utbetalingsordninger fra det offentlige. Det er dermed til stede et sterkere kontrollbehov enn ved det vanlige avgiftsoppgjøret. Også for helseforetakene mv. vil det være betydelige beløp som skal refunderes. Når dessuten investeringer skal holdes utenfor ordningen, noe som vil komplisere denne, anser departementet at grunnlaget for krav om revisorattest står enda sterkere.

Departementet forutsetter at skatteetaten, selv om kravet om revisorattest i stor grad vil gjøre ordningen selvkontrollerende, også vil foreta stikkprøver av kompensasjonskravene. Dette i likhet med hva som i dag gjøres i kommuneordningen.

Kommuner og fylkeskommuner har en kort foreldelsesfrist i forbindelse med fremsettelse av kompensasjonskrav. For kommuner og fylkeskommuner er foreldelsesfristen sammenfallende med fristen for å sende inn oppgave for neste periode, jf. kompensasjonsloven § 10 tredje ledd. Her kan det tenkes et eksempel der en kommune registrerer et beløp i regnskapssystemet 10. februar. Beløpet skal da som utgangspunkt tas med i oppgaven for første periode, jf. kompensasjonsloven § 6 siste ledd. Dette innebærer at for å være rettidig skal oppgaven være kommet frem til fylkesskattekontoret innen 10. april, jf. kompensasjonsloven § 7 første ledd. Oppgavefristen for neste periode er 10. juni. Det er da kravet foreldes. Dersom kommunen først fremsetter kompensasjonskrav etter dette tidspunktet, vil kravet dermed anses bortfalt.

Bakgrunnen for den relativt korte foreldelsesfristen for kommunene er behovet for forutberegnelighet med hensyn til de kompensasjonskrav som fremsettes fra kommunesektoren. Kravene fra kommunesektoren vil kunne være betydelige. Det samme vil være tilfelle for helseforetakene. Departementet foreslår dermed at foreldelsesfristen for helseforetakene skal være som for kommuner og

fylkeskommuner, det vil si at foreldelsesfristen er sammenfallende med fristen for å sende inn oppgave for neste periode.

For de private aktørene innen spesialisthelsetjenestesektoren foreslår departementet at foreldelsesfristen er som for de øvrige aktører som omfattes av gjeldende kompensasjonslov, det vil si at foreldelsesfristen i utgangspunktet er ett år, jf. kompensasjonsloven § 10 første ledd. Fristen regnes fra utgangen av det kalenderår som kompensasjonskravet oppsto. For krav som eksempelvis oppstår 10. februar 2006 utløper dermed foreldelsesfristen 31. desember 2007. For virksomheter som bruker årsoppgave er foreldelsesfristen to år, jf. foreldelsesloven § 10 annet ledd. Dette innebærer at kravet først foreldes 31. desember 2008.

Departementet foreslår at det gis en overgangsordning for helseforetakene og de private aktørene i spesialisthelsetjenesten. Denne vil gi disse virksomhetene noe tid på å forberede kompensasjonsordningen, men vil være frivillig å benytte seg av. Overgangsordningen innebærer at krav for første periode 2006 kan søkes kompensert sammen med krav for annen periode 2006. Dette vil innebære at kompensasjonsoppgaven for annen periode 2006 kan omfatte merverdiavgift på varer og tjenester som er anskaffet i perioden januar til og med april 2006. Søknadsfristen for annen periode 2006 er 10. juni 2006. Helseforetakenes kompensasjonskrav vil som nevnt ovenfor imidlertid foreldes etter samme regler som gjelder for kommuner og fylkeskommuner, jf. kompensasjonsloven § 10 tredje ledd. Dette innebærer at for helseforetakenes kompensasjonskrav for første og annen periode 2006, blir foreldelsesfristen 10. august 2006. Frivilligheten for overgangsordningen innebærer at dersom helseforetakene mv. ønsker det, kan kravet for første periode 2006 imidlertid fremsettes ved utløpet av innleveringsfristen for denne perioden, det vil si 10. april 2006.

Kompensasjon etter kompensasjonsloven utbetales innen tre uker etter fristen for å sende inn oppgave etter § 7 er utløpt, jf. kompensasjonsloven § 9. Utbetales kompensasjon senere enn den frist som er fastsatt i § 9 kan den kompensasjonsberettigede ha krav på renter, jf. kompensasjonsloven § 15. Departementet foreslår samme regler for helseforetakene og de private aktørene i spesialisthelsetjenesten.

## **6 Finansiering av ordningen**

Gjeldende kompensasjonsordning finansieres av kommunesektoren selv, gjennom en engangsreduksjon av kommunenes frie inntekter. Det er lagt til grunn at kompensasjonsordningen for helseforetakene og de private aktørene innen spesialisthelsetjenestesektoren skal være provenynøytral for staten, det vil si at den samlede merverdiavgiftskompensasjonen skal trekkes inn igjen ved å redusere overføringene.

Selve trekket gjennomføres ved at statens overføringer til spesialisthelsetjenestesektoren reduseres tilsvarende omfanget av antatt kompensasjon ved innføring av ordningen. Trekket vil bli foretatt i helseforetakenes basisbevilgning,



helseforetakenes stykkprisbevilgninger og i stykkprisordninger for private aktører. Hvordan trekkene mer konkret vil bli foretatt vil bli omtalt i statsbudsjettet for 2006 som legges fram i oktober 2005.

Det samlede omfang av en ordning som omfatter kompensasjon for betalt merverdiavgift til anskaffelser som regnskapsføres som driftskostnader, anslås til 2,5-3 milliarder kroner. Helse- og omsorgsdepartementet gjennomfører nå nærmere analyser av dette anslaget, bl.a. basert på innhentet informasjon om betalt merverdiavgift fra helseforetakene og et utvalg private aktører. Dette vil danne grunnlag for permanent reduksjon i statens overføringer i forslag til statsbudsjett 2006. Det tas sikte på at omfanget av trekket vil bli vurdert på nytt når det foreligger en oversikt over samlede kompensasjonsutbetalinger for 2006. Eventuell økt kompensasjon i fremtiden som følge av økt kjøp av merverdiavgiftspliktige varer og tjenester finansieres gjennom økte merverdiavgiftsinntekter.

For at ordningen skal fungere etter hensikten, må størrelsen på trekket for den enkelte aktør være uavhengig av hva aktørene faktisk får i kompensasjon. Dette innebærer at den årlige kompensasjonen den enkelte aktør mottar ikke nødvendigvis tilsvarer beløpet som trekkes ved ordningens begynnelse. Omfanget av dette avviket for den enkelte aktør vil kunne variere over tid.

I hovedsak utbetales bevilgningene fra staten direkte til landets regionale helseforetak. Regionale helseforetak viderefremidler ulike typer av tilskudd til tjenesteyterne innenfor den offentlig finansierte spesialisthelsetjenesten. Dette gjelder i hovedsak basisbevilgningen, ISF-refusjon og polikliniske refusjoner. Aktørene på tjenesteytende nivå er helseforetak og private aktører som har avtale med regionale helseforetak.

Regionale helseforetak må ta hensyn til reduserte overføringer som følge av innføring av en kompensasjonsordning for merverdiavgift fra 1. januar 2006 ved overføring av midler til helseforetak og andre når de inngår avtaler med private aktører. Noen få typer av tilskudd utbetales direkte til tjenesteaktørene fra Rikstrygdeverket, for eksempel laboratorie- og radiologitakster til private aktører.

## **7 Økonomiske og administrative konsekvenser**

Innrapporteringsperioder på i utgangspunktet to måneder samt mulige avgrensingsproblemer blant annet i forhold til investeringer, vil medføre økte økonomiske og administrative kostnader for de virksomhetene som omfattes av forslaget.

Som redegjort for i kap. 5, foreslår departementet at kravet om revisorattestasjon også skal gjelde for helseforetakene og de private aktørene i spesialisthelsetjenesten. Også dette vil medføre en kostnad for de virksomhetene som nå foreslås omfattet av ordningen. Det vil påløpe en kostnad ved bruken av revisor. Videre vil virksomhetene i denne forbindelse måtte gjøre et merarbeid ved å tilrettelegge for attestasjon fra revisor. Departementet ber om høringsinstansenes vurdering av administrative og

økonomiske konsekvenser av kravet om at kompensasjonskravet skal kontrolleres av revisor. Utvidelsen av gjeldende kompensasjonsordning vil medføre noe merarbeid også for skatteetaten. Fordi kravet om revisorattestasjon også foreslås for helseforetakene mv., antas imidlertid at de administrative konsekvenser vil være begrensede.

## **8 Merknader til de enkelte bestemmelser i lovutkastet**

### *Til § 1*

Det følger av bestemmelsen at formålet med loven er å motvirke konkurransevridninger som kan oppstå som følge av merverdiavgiftssystemet ved at regelverket gir et økonomisk motiv til å produsere tjenester med egne ansatte uten avgift i stedet for å kjøpe tjenesten med avgift fra næringsdrivende. Gjennom kompensasjon av merverdiavgift ved kjøp av varer og tjenester blir merverdiavgiften nøytralisert. I gjeldende § 1 er det angitt hvem det ytes kompensasjon til. Bestemmelsen foreslås utvidet til å omfatte regionale helseforetak og helseforetak. Bestemmelsen foreslås også utvidet til å omfatte enkelte private virksomheter innen spesialisthelsetjenesten.

### *Til § 2 første ledd ny bokstav f*

Dagens § 2 første ledd angir hvilke virksomheter loven gjelder for, det vil si hvem som er kompensasjonsberettiget. Regionale helseforetak og helseforetak opprettet i medhold av lov 15. juni 2001 nr. 93 om helseforetak er de statlige, sentrale aktører innen spesialisthelsetjenestesektoren. Disse foreslås tatt inn i § 2 første ledd ny bokstav f.

### *Til § 2 første ledd ny bokstav g*

I § 2 første ledd ny bokstav g foreslås tatt inn de private aktørene innen spesialisthelsetjenestesektoren. Disse aktørene vil dermed også være omfattet av kompensasjonsordningen. De private aktørene kan være private laboratorier, private røntgeninstitutter, private og ideelle sykehus innenfor somatikk og psykisk helsevern, private rusinstitusjoner og private opptrenings- og helsesportssentra. I tillegg kan det finnes andre institusjoner som ikke faller inn under noen av de nevnte gruppene. Departementet legger til grunn at også slike institusjoner vil være omfattet, forutsatt at de øvrige vilkår er oppfylt.

Det foreslås å fremgå av ny bokstav g at forutsetningen for at de private aktørene skal omfattes av kompensasjonsordningen er at de yter spesialisthelsetjenester etter avtale med regionale helseforetak. Det er avtaler med de regionale helseforetakene som er grunnlaget for det offentliges finansiering av de private virksomhetene. At de regionale helseforetakene kan inngå avtaler med andre tjenesteytere fremgår av spesialisthelsetjenesteloven § 2-1a.

### *Til § 2 nytt annet ledd*

I § 2 nytt annet ledd foreslås inntatt at loven ikke gjelder privatpraktiserende allmennleger og privatpraktiserende fysioterapeuter. Det samme gjelder

privatpraktiserende legespesialister og privatpraktiserende psykologer som er godkjente spesialister i klinisk psykologi. For de privatpraktiserende allmennlegene og fysioterapeutene innebærer § 2 nytt annet ledd kun en presisering av gjeldende rett. Bestemmelsen innebærer at ingen av de nevnte aktørene er omfattet av kompensasjonsordningen.

#### *Til § 4 nytt fjerde og femte ledd*

Dagens § 4 første og annet ledd angir enkelte begrensninger i retten til kompensasjon. Disse begrensningene gjelder alle de virksomhetene som er nevnt i loven § 2 første ledd. Når § 2 første ledd utvides med helseforetakene og de private aktørene i spesialisthelsetjenesten, vil begrensningene i § 4 første og annet ledd dermed også gjelde for disse.

I tillegg til de begrensninger som følger av § 4 første og annet ledd foreslår departementet enkelte særlige begrensninger for helseforetakene og de private aktørene i spesialisthelsetjenesten. Disse særlige begrensningene angis i § 4 nytt fjerde og femte ledd.

Begrensningen som foreslås i § 4 nytt fjerde ledd gjelder både for helseforetakene og de private aktørene i spesialisthelsetjenesten. Disse virksomhetene vil ikke gis kompensasjon for merverdiavgift på anskaffelser som skal føres som anleggsmidler i årsregnskapet. Utarbeidelsen av årsregnskapet skal i henhold til regnskapsloven § 4-6 foretas i samsvar med god regnskapsskikk. I følge regnskapsloven § 5-1 er anleggsmidler eiendeler bestemt til varig eie eller bruk. Begrensningen i § 4 nytt fjerde ledd innebærer at helseforetakene og de private aktørene i spesialisthelsetjenesten ikke gis kompensasjon for merverdiavgiften på investeringer, eksempelvis i bygg og anlegg.

Den ytterligere begrensningen som foreslås i § 4 nytt femte ledd gjelder bare de private aktørene i spesialisthelsetjenesten. Disse private aktørene vil heller ikke gis kompensasjon for merverdiavgift på anskaffelser som skjer til bruk i virksomhet som ikke er offentlig, men kommersielt finansiert. Dersom anskaffelsen er til bruk både i kompensasjonsberettiget og ikke-kompensasjonsberettiget virksomhet, må det foretas en fordeling i henhold til forskrift nr. 128 § 8. Fordelingen skal etter denne bestemmelsen skje på grunnlag av anskaffelsens bruk i den virksomheten som er kompensasjonsberettiget.

#### *Til § 5*

Dagens § 5 angir at de kompensasjonsberettigede virksomhetene selv finansierer kompensasjonsordningen. Beløpene som kompenseres dekkes som hovedregel av de kompensasjonsberettigede gjennom reduksjon i de statlige overføringene. I og med at kompensasjonsordningen foreslås utvidet til å også omfatte helseforetakene mv., foreslås det tatt inn i § 5 at finansieringen som hovedregel også skjer gjennom reduksjon i overføringene til de regionale helseforetakene.

#### *Til § 6 tredje ledd*

I dagens § 6 tredje ledd fjerde punktum angis det at virksomheter som er nevnt i § 2 første ledd bokstav b-e kan fremsette krav som omfatter et helt kalenderår på oppgaven for sjette periode. Det foreslås inntatt i § 6 tredje ledd fjerde punktum at denne adgangen også skal gjelde de private, herunder ideelle, virksomhetene som skal omfattes av kompensasjonsordningen i henhold til § 2 første ledd bokstav g. Virksomhetene som er nevnt i § 2 første ledd bokstav a og f, det vil si kommuner, fylkeskommuner, regionale helseforetak og helseforetak, omfattes dermed ikke av adgangen til å levere årsoppgave. Disse virksomhetene må levere terminvise oppgaver i henhold til hovedregelen i § 6 tredje ledd første til tredje punktum.

#### *Til § 10 tredje ledd*

Dagens § 10 tredje ledd angir foreldelsesfristen for kompensasjonskravene fra de virksomhetene som er nevnt i § 2 første ledd bokstav a. Fristen for disse virksomhetene er sammenfallende med fristen for å sende inn oppgave for neste periode. Departementet foreslår at § 10 tredje ledd suppleres med bokstav f i § 2 første ledd. Dette innebærer at regionale helseforetak og helseforetak, slik som kommuner og fylkeskommuner, senest kan fremsette kompensasjonsoppgave innen utløpet av fristen for å sende inn oppgave for neste periode. Ved utløpet av denne fristen anses kompensasjonskravet for bortfalt. I likhet med kommunene og fylkeskommunene har de regionale helseforetakene og helseforetakene dermed kortere foreldelsesfrist enn de andre kompensasjonsberettigede.

#### *Til § 20 nytt annet ledd*

I § 20 nytt annet ledd foreslås det gitt en frivillig overgangsordning for de regionale helseforetakene, helseforetakene og de private aktørene i spesialisthelsetjenesten. Denne ordningen innebærer at første periode 2006 kan søkes kompensert sammen med annen periode 2006. I så fall vil kompensasjonsoppgaven for annen periode 2006 omfatte merverdiavgift på varer og tjenester som er anskaffet til bruk i enheten i perioden januar til og med april 2006. Søknadsfristen vil da være 10. juni 2006 for begge periodene. Helseforetakenes kompensasjonskrav foreldes etter samme regler som kommunen og fylkeskommunen, jf. kompensasjonsloven § 10 tredje ledd. Dette innebærer at foreldelsesfristen for helseforetakenes kompensasjonskrav for første og annen periode 2006, vil være 10 august 2006. I og med at overgangsordningen er frivillig kan imidlertid så vel helseforetakene som de private aktørene, dersom de ønsker det, sende inn kompensasjonskravet allerede ved utløpet av innleveringsfristen for første periode 2006, det vil si 10. april 2006.

## **9 Utkast til lovbestemmelser**

§ 1 skal lyde:

Formålet med denne loven er å motvirke konkurransevridninger som følge av merverdiavgiftssystemet gjennom at det ytes kompensasjon for merverdiavgift til kommuner, fylkeskommuner, visse private og ideelle virksomheter *samt regionale helseforetak, helseforetak og enkelte private virksomheter innen spesialisthelsetjenesten.*

§ 2 første ledd ny bokstav f og g skal lyde:

- f) *Regionale helseforetak og helseforetak opprettet i medhold av lov 15. juni 2001 nr. 93 om helseforetak m.m.,*
- g) *Private virksomheter, herunder ideelle, som produserer spesialisthelsetjenester etter avtale med regionale helseforetak.*

§ 2 nytt annet ledd skal lyde:

*Denne loven gjelder ikke privatpraktiserende allmennleger, privatpraktiserende fysioterapeuter, privatpraktiserende legespesialister og privatpraktiserende psykologer som er godkjent i klinisk psykologi.*

§ 2 gjeldende annet ledd blir nytt tredje ledd.

4 nytt fjerde og femte ledd skal lyde:

*For virksomheter som nevnt i § 2 første ledd bokstav f og g ytes ikke kompensasjon for merverdiavgiften på anskaffelser som skal føres som anleggsmidler i årsregnskapet.  
For virksomheter som nevnt i § 2 første ledd bokstav g ytes kompensasjon bare i den utstrekning anskaffelsen skjer til bruk i offentlig finansiert virksomhet.*

§ 5 skal lyde:

*Det totale beløp som kompenseres etter § 3 skal som hovedregel finansieres gjennom reduksjon i overføringene til kommunene, fylkeskommunene og de regionale helseforetakene.*

§ 6 tredje ledd fjerde punktum skal lyde:

*Virksomheter som nevnt i § 2 første ledd bokstav b-e og g kan fremsette krav som omfatter et helt kalenderår på oppgaven for sjette periode.*

§ 10 tredje ledd skal lyde:

*For virksomheter som nevnt i § 2 første ledd bokstav a og f er fristen sammenfallende med fristen for å sende inn oppgave for neste periode.*

§ 20 nytt andre ledd skal lyde:

*For virksomheter som nevnt i § 2 bokstav f og g kan krav om kompensasjon for merverdiavgift på anskaffelser som er foretatt i løpet av første periode 2006 fremsettes på oppgaven for andre periode 2006.*