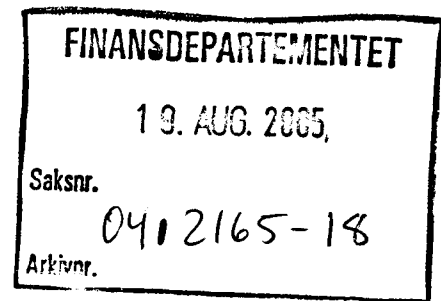


**Det kongelige finansdepartement**  
**Skatteloavdelingen**  
**Postboks 8008 Dep**  
**0030 Oslo**



Vår ref.	Deres ref.	Arkivkode	Saksbehandler	Dato
2005/65 - 2756/2005	04/2165 SA EB/tis	120	Lillian Engen, 74 83 99 21	18.08.2005

**Høringssvar - Kompensasjon av merverdiavgift for regionale helseforetak, helseforetak og enkelte private aktører innen spesialisthelsetjenesten**

Vi viser til deres brev av 04. juli 2005, og ønsker med dette å meddele våre synspunkter på enkelte momenter i høringsnotatet. Vårt svar tar utgangspunkt i høringsdokumentets inndeling. På grunn av ferieavvikling mv har vi begrenset informasjon fra helseforetakene knyttet til enkelte spørsmål vedrørende kostnader i forbindelse med opplæring og administrative rutiner.

**Kommentarer til de enkelte punktene i høringsdokumentet**

Refusjon av mva ifbm investeringer

Vi har forståelse for argumentasjonen i høringsnotatets pkt 4.2.3 om at regionens ulike investeringsnivå kompliserer ordningen. Vi ser imidlertid også for oss en hel del problemstillinger hvis forslaget om at anskaffelser som aktiveres under anleggsmidler ikke skal inngå i grunnlaget for mva. En slik løsning vil øke risikoen for at anskaffelser som er i grenseland mellom vedlikehold og påkostning ofte vil bli vurdert som vedlikehold. Dette vil være knyttet til transaksjoner som uansett er underlagt skjønn, og som det dermed ikke nødvendigvis finnes et fasitsvar på. Imidlertid vil hensyn til muligheten for refusjon av mva bidra til at man oftere vil ende opp med kostnadsføring enn hva en ellers ville ha gjort. Dette er en klar ulempe med forslaget.

Vi ser også for oss en utvidet egenkontroll og større fokus fra vår revisor knyttet til regnskapsmessige problemstillinger/vurderinger vedrørende avgrensinger mellom påkostninger vs vedlikehold og flåtekjøp vsv enkeltkjøp. Ulike vurderinger her kan også gi seg utslag i forskjeller mellom regionene, og kan i liten grad avhjelpes ved felles prinsipper/retningslinjer.

Problemen knyttet til trekk i basisrammen og ulikt investeringsnivå hos regionene bør kunne la seg løse. Store investeringer har så langt vært delvis finansiert ved lån eller særskilte investeringstilskudd, og vi ser for oss at de likviditetsmessige utfordringene må knyttes til denne finansieringen. En løsning som gir ulike trekk i regionenes basisramme er heller ikke akseptabelt.

Opptreningsinstitusjoner

Som det framgår av siste avsnitt i pkt 3 skal de regionale foretakene skal finansiere de private opptreningsinstitusjonene i sin helhet fra og med 2006. Det er i andre sammenhenger gitt føringer om at den økonomiske rammen for 2005 fra RHF-ene og staten beløpsmessig skal videreføres i 2006. Vi forutsetter at HOD nedjusterer dette kravet iht rammereduksjon til RHF-

ene og refusjon til de private på en slik måte at det ikke vil være tvil om hvilke forpliktelser RHF-ene har overfor disse institusjonene.

#### Privatpraktiserende legespesialister og psykologer

At privatpraktiserende legespesialister og psykologer holdes utenfor ordningen støttes, ikke bare fordi det har liten konkurransevridende effekt, men også fordi de administrative kostnadene ved at disse skal inngå i ordningen lett vil kunne overstige deres refusjonskrav.

#### Reisekostnader/tjenestereiser

Persontransport av pasienter, dvs syketransport administreres og faktureres særskilt. Håndtering av merverdiavgift på disse regningene vil i utgangspunktet være uproblematisk. Når det gjelder reisekostnader vedr egne ansatte ser vi imidlertid for oss større utfordringer. Her refunderes ansattes utlegg i hovedsak via lønssystemene. Lønssystemene er pr i dag ikke tilpasset håndtering av mva, og vi har pr i dag ikke noen formening om hvilke kostnader det vil være knyttet til slike tilpasninger. Hvorvidt kostnader vedrørende flyreiser, overnatting mv går via lønssystemet sammen med reiseregningene eller som ordinær inngående faktura varierer noe fra foretak til foretak, men en forholdsvis stor andel går via lønssystemet for de fleste. Et alternativ kan være å holde kostnader vedrørende tjenestereiser utenfor ordningen.

#### Saksbehandlingsregler mv

Helse Midt-Norge RHF og de fleste HF-ene i foretaksgruppen er fellesregistrert og vi kan i utgangspunktet levere en samlet oppgave for hele regionen. En slik praktisk løsning finner vi imidlertid ikke hensiktsmessig da det kun vil forlenge den interne saksbehandlingstiden. Oppgaveinnsending og utbetaling bør derfor håndteres direkte mellom det enkelte HF og fylkesskattekontoret.

Helse Midt-Norge RHF vil slutte seg til forslaget om at de private aktørene kan begrense seg til å sende inn oppgaver for hele året. Enkelte private aktører kan ha så lav omsetning til det offentlige at merkostnader knyttet til de administrative oppgavene, samt kontroll og attestasjon av revisor annen hver måned, fort kan bli forholdsvis høy sammenlignet med deres totale refusjonskrav. En kompensasjonsordning for de private vil da neppe bidra til redusert innkjøpspris for helseforetakene og hensikten med kompensasjonsordningen for de private vil da falle bort.

I forbindelse med tidligere korrespondanse og møter med HOD har vi stilt spørsmål ved behovet for attestasjon av revisor. Som et alternativ har vi foreslått at dette kan løses ved at en årlig attestasjon slik som det gjøres innen lønnsområdet (revisors underskrift på kontrolloppgave for arbeidsgiveravgift). En tilsvarende løsning for kompensasjon av mva vil redusere det tidsmessige presset i forbindelse med løpende rapportering samtidig som at årlige honorarkostnader til revisor vil bli lavere. Med unntak av de skjønsmessige vurderingene, jf foranstående kan vi heller ikke se at ordningen kompliseres av investeringer holdes utenfor. En ev årlig attestasjon må også få konsekvenser foreldelsesfristen.

#### Økonomiske og administrative konsekvenser

Kostnadene knyttet til ordningen vil helt klart være størst i innføringsfasen, og ved eventuelle vesentlige endringer ved senere anledninger.

De største oppstartskostnadene vil være knyttet til opplæring av økonomi- og regnskapsmedarbeidere, samt andre ansatte som på en eller annet måte er involvert i fakturaflyt, innkjøp mv. Opplæringen innen lov om merverdiavgift med tilhørende forskrifter mv antas å kreve betydelig tid og ressurser sammenlignet med opplæringen innen lov om kompensasjon av merverdiavgift og tilhørende forskrift(er). Pr i dag er det kun et fåtall av våre ansatte som har slik kompetanse. En tidlig avklaring av eventuelle særregler, unntak mv fra dagens ordning for

kommunene vil kunne bidra til å gi helseforetakene bedre tid til å forberede og gjennomføre felles opplæring mv og på den måten redusere kostnadene noe.

Helse Midt-Norge benytter et regnskapssystem som også benyttes av flere kommuner. Det vil dermed kun være behov for mindre tilpasninger pr foretak og kostnadene vil være forholdsvis lave. Leverandøren antyder ca 2 timers jobb pr bruker. Det vil si om lag 2 dagsverk for foretaksgruppen. Eventuelle tilpasningskostnader i logistikk- og innkjøpssystemer vil komme i tillegg. Kostnader knyttet til slike tilpasninger har vi pr i dag ikke oversikt over.

Endringer av, og eventuell etablering av nye rutiner vil også bidra til oppstartkostnader, men innenfor dette området vil det være de løpende kostnadene som vil ha størst betydning.

I tillegg til god opplæring og gode løpende rutiner vil det, spesielt med tanke på den korte foreldelsesfristen, være helt avgjørende å etablere gode og hyppige etterkontroller som utføres av regnskaps- eller økonomimedarbeidere. Dette er en kontrollrutine som ikke eksisterer i dag og som vil øke foretakenes tidsforbruk innen regnskapsoppfølging. I tillegg kommer økte kostnader til vår revisor i forbindelse med kontroll og attestasjon. Vår revisor har antydnet at honorar pr foretak / virksomhet vil utgjøre kr 10 000 – 25 000 pr termin. Størrelsen på honoraret antas å ligge i øvre del av skalaen i starten, men vil kunne reduseres noe i framtiden. Størrelsen vil også avhenge av hvilke rutiner og kompetanse foretakene klarer å etablere.

Kostnader knyttet til selve rapportering / innsending av refusjonskravet vil kun utgjøre en marginal andel av kostnadene. Inkludert tilrettelegging av dokumentasjon mv har vi anslått arbeidet å utgjøre maksimalt et dagverk pr termin år foretak. Tid til kvalitetskontroll er ikke inkludert i dette anslaget.

Lov- og forskriftsendinger, nye forskrifter, uttalelser fra Skattedirektorat m.fl. innen merverdiavgiftsområdet kommer jevnlig. Vedlikehold av kompetansen innen fagområdet avgift vil kreve økte kostnader knyttet til intern og ekstern opplæring.

Det økonomiske forholdet til de private sykehusene og andre som vil bli omfattet av ordningen bør i utgangspunktet være nøytralt. Det vil si at det trekket som legges til grunn ifbm beregnet refusjon til de private bør tilsvare de private sykehusenes reduksjon av prissetting av tjenester til RHF-et/HF-ene. I og med at ordningen vil føre til økt administrative kostnader for de private, inkl økt honorar til sin revisor, antar vi at kostnadsreduksjonen vil bli mindre enn Statens trekk i rammen og refundert beløp til de private. Det vil si at de privates økning i administrative kostnader blir veltet over på de regionale helseforetakene. Helse Midt-Norge RHF anser det derfor som meget viktig at merkostnadene til de private aktørene ikke må undervurderes. En løsning der våre antatte mindrekostnader knyttet til innkjøp blir oppspist av de privates administrative kostnader er ingen av partene tjent med.

#### Foreldelsesfristen

Vi har forståelse for statens behov for forutsigbarhet når det gjelder løpende utbetalinger i forbindelse med kompensasjonsordningen, og at man derfor ikke ønsker en lang foreldelsesfrist. På grunn av ordningens omfang, stort opplæringsbehov mv forutsetter vi at det som et minimum vil bli vedtatt en overgangsordning/-periode slik at foreldelsesfristen blir noe utvidet i en oppstartperiode. Denne perioden bør minst omfatte første halvår. Vi ønsker likevel å understreke at den foreldelsesfristen som nå gjelder er urimelig kort. Mindre systematiske feil vil kunne oppstå. Statens behov for forutsigbarhet veid opp mot de økonomiske konsekvensene for de enkelte foretakene / refusjonsberettigede enhet bør vurderes her. Vår oppfatningen er at sen korrigerende av slike feil ikke bør påvirke statens forutsigbarhet dramatisk. På bakgrunn av dette

mener Helse Midt-Norge at det er liten grunn til at det skal være noen annen foreldelsesfrist knyttet til merverdiavgiftsordningen enn det er i merverdiavgiftslovgivningen for øvrig.

Med gjeldende foreldelsesfrist vil det være helt avgjørende å etablere kontrollrutiner som fanger opp større feil. Forhåpentligvis vil det kun unntaksvis forekomme at slik feil ikke blir oppdaget før foreldelsesfristen. Imidlertid ser vi for oss situasjoner der et foretak taper til dels store beløp på grunn av feil. Vi har tidligere i vårt svar påpekt risikoen for at påkostninger blir kostnadsført som vedlikehold. Vi ser også for oss en motsatt risiko; at store vedlikeholdskostnader feilaktig blir klassifisert som påkostninger og at den regnskapsmessig feilvurderingen blir oppdaget så sent at kravet om refusjon av mva er foreldet. Dette er også en feil som en regnskapsmedarbeider eller revisor lett kan overse i forbindelse med de terminvise kontrollene i og med at dette er sammenhenger som ses i forbindelse med kontroll av regnskap for en lengre periode.

Høringsnotatet berører i noen grad fylkesskattekontorenes mulighet til å gjennomføre bokettersyn. I den grad et bokettersyn avdekker feil i helseforetakenes favør oppfatter vi den korte foreldelsesfrist som en hinder for å korrigere dette. En kontroll som avdekker feil anvendelse av lovverket hos foretakene vil dermed kun bety en ensidig korrigerende til Statens fordel. Dette finner vi meget urimelig, og mener derfor, som tidligere nevnt at foreldelsesfristen må tilsvare fristene i mva-lovgivningen.


#### **Andre forhold som ønskes belyst**

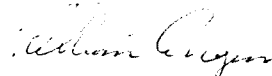
— Det framgår av flere uttalelser at lov om kompensasjon av mva gis kun for anskaffelser benyttet i forbindelse utøvelse av lovpålagte oppgaver. Vi er noe usikker på hvorvidt foretakene kan komme opp i situasjoner der dette vil være en problemstilling. Vi ser gjerne at dette blir vurdert slik at de vesentligste risikoområdene blir avdekket. Denne vurderingen kan med fordel gjøres i en dialog mellom HOD og de regionale foretakene.

Konkurransesvridning mellom HF-ene andre leverandører av ulike tjenester er hovedhensikten med å innføre mva-kompensasjon. Høringsnotatet nevner ikke eventuelle konsekvenser av at ordningen også internt i foretakene kan motivere til mindre bruk av ansatte og større bruk av utstyr. Dette rimer dårlig med eiers mål om en reduksjon av regionenes samlede anleggsmidler. Helse Midt-Norge har innenfor den høringsfristen som er gitt ikke hatt anledning til å gå inn på dette spørsmålet, men ser at det kan bli en aktuell problemstilling.

Høringsnotatet har ikke konkretisert hvordan trekket i basisrammen vil bli gjennomført, og hvordan når den likviditetsmessige reduksjonen i rammen vil inntre. Vi vil imidlertid påpeke at en jevn fordeling av trekket vil medføre vesentlig forverring av regionenes likviditet i de første mnd da første utbetaling av mva-refusjon vil skje først i april/mai 2006. Ved ev senere rapporteringsfristen for første termin i 2006 vil den likviditetsmessige belastningen bli enda større. På grunn av den stramme likviditeten som foreligger ber vi om man tar hensyn til dette på en slik måte at foretakenes finanskostnader ikke økes ytterligere.

Med vennlig hilsen

  
Jan Morten Søraker  
økonomidirektør

  
Lillian Engen  
rådgiver

Kopi: Helse- og omsorgsdepartementet, Spesialisthelsetjenesteavdelingen  
Helseforetakene i Helse Midt-Norge, Hemit og Helsebygg  
De regionale helseforetakene