

Innst. S. nr. 144

(2001-2002)

Innstilling fra finanskomiteen om forslag fra stortingsrepresentantene Harald T. Nesvik, John I. Alvheim og Øystein Hedstrøm om å be Regjeringen utrede effektene av å innføre redusert merverdiavgift på legemidler

Dokument nr. 8:86 (2001-2002)

Til Stortinget

SAMMENDRAG

Gjennomføringen av merverdiavgiftsreformen medførte at legemidler fortsatt har full merverdiavgift, mens matvarer har fått halv sats. Blant matvarer regnes dessuten legemiddelnære produkter som naturmidler og kosttilskudd, som er klassifisert som næringsmidler. Flere helsetjenester er dessuten unntatt merverdiavgift. Merverdiavgiftsreformen innebar også en økning i merverdiavgiften fra 23 pst. til 24 pst. Dette medførte at pasientenes egenbetaling for legemidler økte med drøyt 4 pst.

Differensiert merverdiavgift er vanlig også ellers i Europa. Tabellen i dokumentet viser prosentsetter for merverdiavgift i de viktigste europeiske land. Av tabellen fremkommer det at hele 13 av 16 land har en eller annen form for differensiering av merverdiavgift på legemidler.

En begrunnelse for å innføre lavere merverdiavgift for matvarer var ønsket om å redusere grensehandelen. I økende grad rapporteres det om grensehandel også for legemidler. For legemidler på resept er forskjellen i merverdiavgift enda større enn den noen gang har vært for mat, 24 pst. i Norge mot 0 pst. i Sverige.

For varer og tjenester som har fått lavere sats for merverdiavgift har det tidligere vist seg vanskelig å foreta en god avgrensning. For legemidlers vedkommende vil det ikke være noen avgrensingsproblemer, da legemidler er entydig definert i norsk lov.

Det offentlige dekket 68,3 pst. av legemiddelsalget i 1998. Dette innebærer at størstedelen av merverdiavgiften betales av staten til staten. Statens nettoprovenytap ved å innføre halv merverdiavgift på *alle* legemidler (legemidler på blå- og hvit resept samt reseptfrie legemidler) har vi beregnet til ca. 350 mill. kroner. Positive effekter som redusert grensehandel er ikke tatt med i beregningene.

Totalsalget av legemidler fra apotek er av Norsk Medisinaldepot beregnet til å være på 11 400 mill. kroner i 2000. Av dette utgjorde 2 132 mill. kroner merverdiavgift. Hvis satsene hadde vært 24 pst. i 2000, hadde momsen vært 2 187 mill. kroner. I de videre beregningene brukes tallet for 24 pst.

I dokumentet er det gitt en oversikt over legemiddelsalget i 2000 fordelt på hvert enkelt ledd. Trekker vi fra det "staten betaler til staten" (Rikstrygdeverkets andel og sykehus), står vi igjen med 735 mill. kroner.

Vi gjør oppmerksom at dette er beregninger på basis av et oppgitt legemiddelsalg på 11,4 mrd. kroner i 2000 (mer eksakt angivelse foreligger ikke) på tidligere års fordeling av salget. Den faktiske fordelingen for inneværende år kan derfor være litt annerledes. Det må derfor tas høyde for mindre feilmarginer i beregningene.

På denne bakgrunn fremmes følgende forslag:

"Stortinget ber Regjeringen utrede effektene av å innføre redusert merverdiavgift på legemidler."

KOMITEENS MERKNADER

Komiteen, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Ranveig Frøiland, Svein Roald Hansen, Tore Nordtun, Torstein Rudihaugen og Hill-Marta Solberg, fra Høyre, Svein Flåtten, Torbjørn Hansen, Heidi Larssen og Jan Tore Sanner, fra Fremskrittspartiet, Vidar Andersen, Gjermund Hagesæter og lederen Siv Jensen, fra Sosialistisk Venstreparti, Jørund Leknes, Audun Bjørlo Lysbakken og Heidi Grande Røys, fra Kristelig Folkeparti, Ingebrigt S. Sørfohn og Bjørg Tørrisdal, fra Senterpartiet, Morten Lund,

fra Venstre, May Britt Vihovde og fra Kystpartiet, Karl-Anton Swensen, viser til at forslaget er forelagt finansministeren til uttalelse 21. mars 2002. Finansministerens svar av 4. april 2002 er vedlagt innstillingen.

Komiteens flertall, alle unntatt medlemmene fra Fremskrittspartiet, viser til at merverdiavgiften er en generell avgift på forbruk, og at regelverket på dette området derfor bør være mest mulig nøytralt. En differensiering av satsen på ulike varer og tjenester etter hvor nødvendige de anses å være, vil bidra til å svekke merverdiavgiften som en generell skatt på forbruk. Innføring av en lavere sats på ytterligere en gruppe varer vil kunne skape press om et tilsvarende system også på andre områder. Statens bidrag til formål som er ønskelig å støtte bør derfor gis av midler som stilles til rådighet for formålet, og ikke indirekte i form av avgiftsfritak.

Flertallet viser videre til at det allerede i dag skjer en omfattende offentlig finansiering av legemidler, jf. ordningen med medikamenter på blå resept under folketrygden. Det er videre etablert en ordning som tar sikte på å skjerme storforbrukere av helsetjenester og kronisk syke, jf. reglene om betaling av egenandeler/egenandelstak som også omfatter en del legemidler. En ytterligere støtte til disse gruppene oppnås bedre ved å benytte mer direkte og målrettede støttetiltak, enn ved en reduksjon av merverdiavgiften på alle legemidler.

Flertallet vil på denne bakgrunn ikke gå inn for en videre utredning av effektene av å innføre redusert merverdiavgift på legemidler og foreslår at forslaget ikke bifalles.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet viser til Finansdepartementets brev av 4. april 2002 hvor de skriver:

"Regelverket på dette området bør derfor være mest mulig nøytralt. En differensiering av satsen på ulike varer og tjenester etter hvor nødvendige de anses å være vil bidra til å svekke merverdiavgiften som en generell skatt på forbruk."

Disse medlemmer mener at dette er en uheldig bruk av lovens prinsipper som argument for ikke å anvende de differensieringsmulighetene som ligger i systemet.

Det er langt bedre å bruke disse mulighetene enn å holde områder utenfor, slik Norge opprettholder i større utstrekning enn andre land.

Disse medlemmer ser ingen grunn til at Norge ikke skal kunne gjøre som andre land som beskatter forbruk av legemidler med en lavere sats, f.eks. Storbritannia med en nullsats. Da det allerede er definert i lov hva som er legemidler, vil det i liten grad oppstå avgrensingsproblemer.

Disse medlemmer viser også til at Finansdepartementet nylig har foreslått å unnta opplysningstjenester som gjelde personbefordring, og mener at avgrensingsproblemene og svekkingen av merverdiavgiftssystemet i dette tilfelle må være verre, og mye dårligere begrunnet.

Disse medlemmer vil hevde at problemet med en høy merverdiavgiftsats gjør systemet degressivt: De som har lite å rutte med betaler uforholdsmessig mye av det de har å rutte med i moms. Dermed er differensiert merverdiavgift sosial omfordelingspolitikk. Når et stortingsflertall går inn for redusert merverdiavgift på matvarer, er det vanskelig å forstå at det samme ikke kan vurderes for legemidler.

På denne bakgrunn vil disse medlemmer foreslå følgende vedtak:

"Stortinget ber Regjeringen utrede effektene av å innføre redusert merverdiavgift på legemidler."

FORSLAG FRA MINDRETALL

Forslag fra Fremskrittspartiet:

Stortinget ber Regjeringen utrede effektene av å innføre redusert merverdiavgift på legemidler.

KOMITEENS TILRÅDING

Komiteen viser til dokumentet og til det som står foran og rår Stortinget til å gjøre slikt

v e d t a k :

Dokument nr. 8:86 (2001-2002) - forslag fra stortingsrepresentantene Harald T. Nesvik, John I. Alvhheim og Øystein Hedstrøm om å be Regjeringen utrede effektene av å innføre redusert merverdiavgift på legemidler - bifalles ikke.

Oslo, i finanskomiteen, den 23. april 2002

Siv Jensen
leder

May Britt Vihovde
ordfører

Ingebrigt S. Sørffonn
sekretær

Vedlegg

Brev fra Finansdepartementet v/statsråden til finanskomiteen, datert 4. april 2002

Dokument 8:86 - forslag om å be Regjeringen utrede effektene av å innføre redusert merverdiavgift på legemidler

Jeg viser til forslaget fra representantene Harald T. Nesvik, John I. Alvheim og Øystein Hedstrøm om å utrede effektene av å innføre redusert merverdiavgift på legemidler.

Representantene viser blant annet til at gjennomføringen av merverdiavgiftsreformen medførte at legemidler fortsatt har full merverdiavgift, mens matvarer har fått halv sats. Blant matvarer regnes dessuten legemiddelnære produkter som naturmidler og kosttilskudd, som er klassifisert som næringsmidler. Flere helsetjenester er også unntatt merverdiavgift. Det vises videre til at differensiert merverdiavgift på legemidler er vanlig i Europa, jf. tabell som viser at 13 av 16 land har en form for differensiering, samt at det i økende grad rapporteres om grensehandel også for legemidler.

Jeg forstår forslaget slik at representantene ønsker en utredning av effektene av å innføre redusert merverdiavgift på legemidler. På den korte tiden som har vært til rådighet har det ikke vært mulig å foreta en grundig gjennomgang av dette spørsmålet. Jeg vil likevel fremheve følgende:

Merverdiavgiften er en generell avgift på forbruk. Regelverket på dette området bør derfor være mest mulig nøytralt. En differensiering av satsen på ulike varer og tjenester etter hvor nødvendige de anses å være, vil bidra til å svekke merverdiavgiften som en generell skatt på forbruk.

Det er riktig at hva som er et legemiddel er definert i lov, slik at det neppe vil oppstå slike avgrensingsproblemer på dette området som ved innføringen av redu-

sert sats på næringsmidler. Innføring av en lavere sats på ytterligere en gruppe varer vil imidlertid kunne skape press om et tilsvarende system også på andre områder. Statens bidrag til formål som er ønskelig å støtte bør derfor gis av midler som stilles til rådighet for formålet, og ikke indirekte i form av avgiftsfritak. Det skjer allerede i dag en omfattende offentlig finansiering av legemidler, jf. ordningen med medikamenter på blå resept under folketrygden. Det er videre etablert en ordning som tar sikte på å skjerme storforbrukere av helsetjenester og kronisk syke, jf. reglene om betaling av egenandeler/egenandelstak som også omfatter en del legemidler. En ytterligere støtte til disse gruppene oppnås bedre ved å benytte mer direkte og målrettede støttetiltak, enn ved en reduksjon av merverdiavgiften på alle legemidler.

I tillegg til at en støtte til storforbrukere av helsetjenester og kronisk syke mest effektivt oppnås ved mer målrettede tiltak, vil halv merverdiavgiftssats på legemidler påføre staten et provenytap. Tall fra Legemiddelindustriforeningen (LMI) viser at det ble omsatt legemidler for om lag 12,7 mrd. kroner i 2001. (Tall og fakta 2002, tabell 1.12). Dersom det legges til grunn en omsetning på 14 mrd. kroner i 2003, kan brutto provenytap for 2003 anslås å bli om lag 1,35 mrd. kroner påløpt. Det er da ikke tatt hensyn til besparelser på utgiftssiden, for eksempel knyttet til lavere priser på legemidler på blå resept. Ifølge tall fra LMI er nesten 70 prosent av det totale legemiddelforbruket finansiert av staten (Tall og fakta 2002, tabell 2.04).

Jeg kan for min del ikke se at det er ønskelig med en videre utredning av effektene av å innføre redusert merverdiavgift på legemidler.