
Særfradrag for store sykdomsutgifter

Rapport fra en interdepartemental
arbeidsgruppe

20. april 2010

Innhold:

DEL I

1.	INNLEDNING OG SAMMENDRAG.....	8
2.	ARBEIDSGRUPPENS MANDAT, SAMMENSETNING OG ARBEID	11
2.1	Gruppens mandat og sammensetning	11
2.2	Gruppens arbeid.....	15
3.	HISTORIKK – SÆRFRADRAK FOR STORE SYKDOMSUTGIFTER.....	16
4.	GJELDENE RETT – SÆRFRADRAK FOR STORE SYKDOMSUTGIFTER	19
4.1	Innledning.....	19
4.2	Generelle vilkår for rett til særfradrag.....	19
4.3	Særlig om særfradrag for merutgifter som følge av diabetes.....	22
4.4	Behandling, pleie eller opphold utenfor offentlig norsk helse- og sosialvesen.....	23
4.5	Særlig om utgifter til behandling mv. i utlandet og helsereiser.....	25
4.6	Særlig om utgifter til tannbehandling.....	26
5.	FAKTA OM SÆRFRADRAGSORDNINGEN	28
5.1	Innledning.....	28
5.2	Hvem omfattes av ordningen?.....	28
5.3	Beskrivelse av særfradragsordningen basert på offisiell statistikk.....	29
5.4	Fordelingsvirkninger av gjeldende særfradragsordning	32
6.	HELSE- OG SOSIALTJENESTER – EGENBETALING OG ØKONOMISKE STØTTEORDNINGER FRA DET OFFENTLIGE	34

6.1	Innledning.....	34
6.2	Hovedtyper av utgiftsformål blant personer med varig sykdom.....	34
6.3	Gjennomgang av ulike helse- og sosialtjenester	36
6.3.1	Allmennlegehjelp.....	37
6.3.2	Fysioterapi	37
6.3.3	Svangerskaps- og fødselsomsorg	38
6.3.4	Kiropraktikk.....	38
6.3.5	Logopedisk og ortoptisk behandling.....	38
6.3.6	Legespesialist.....	39
6.3.7	Poliklinisk virksomhet	39
6.3.8	Psykolog.....	39
6.3.9	Tannhelse	39
6.3.10	Private laboratorier og røntgeninstitutt.....	40
6.3.11	Legemidler – reseptfrie legemidler og legemidler på hvit resept.....	41
6.3.12	Legemidler på blå resept.....	41
6.3.13	Medisinsk forbruksmateriell på blå resept	41
6.3.14	Pasientreiser i forbindelse med undersøkelse og behandling	42
6.3.15	Bidragsordningen – folketrygdloven § 5-22.....	42
6.3.16	Opphold i opptreningsinstitusjon eller annen privat rehabiliteringsinstitusjon.....	43
6.3.17	Behandlingsreiser (klimareiser) til utlandet	43
6.3.18	Hjemmesykepleie	43
6.3.19	Praktisk bistand.....	43
6.3.20	Avlastningstiltak og støttekontakt.....	44
6.4	Relevante egenandelsbestemmelser – egenandelstak 1 og 2.....	44
6.4.1	Generelle fritaksbestemmelser for egenandel	44
6.4.2	Egenandelstak 1	45
6.4.3	Egenandelstak 2	46
6.5	Øvrige stønadsordninger over folketrygden.....	46
6.5.1	Hjelpemiddelområdet – stønad til hjelpemidler	46
6.5.2	Hjelpemiddelområdet – stønad til bil.....	48
6.5.3	Grunn- og hjelpestønad.....	49
6.6	Behandlingshjelpemidler.....	52
6.7	Husbankens tilskuddsordning for tilpasning av bolig.....	53

6.8	Kort om hvilke områder som ikke dekkes av det offentlige.....	54
7.	UTENLANDSK RETT – FRADrag FOR SYKDOMSUTGIFTER.....	55
	<i>Finland</i>	55
	<i>Tyskland</i>	57
	<i>Nederland</i>	58
8.	LIGNINGSBEHANDLINGEN AV KRAV OM SÆRFRADrag FOR STORE SYKDOMSUTGIFTER	62
8.1	Skatteetatens organisering.....	62
8.2	Ligningsbehandlingen av krav om særfradrag	63
8.2.1	Generelt.....	63
8.2.2	Gangen i en ligningssak.....	65
8.3	Ressursbruk	67
9.	ERFARINGER OG UTFORDRINGER FOR LIGNINGSMYNDIGHETENE, HELSEMYNDIGHETENE OG SKATTYTERNE.....	68
9.1	Innledning.....	68
9.2	Utfordringer for ligningsmyndighetene.....	69
9.2.1	Innledning.....	69
9.2.2	Sykdom eller annen varig svakhet	69
9.2.3	Sykdomsutgifter – kravet til årsakssammenheng.....	71
9.2.4	Dokumentasjon av utgiftene	74
9.2.5	Fradragets størrelse	76
9.2.6	Utgifter ved behandling mv. utenfor offentlig norsk helse- eller sosialvesen.....	77
9.2.7	Utfordringer knyttet til de mest vanlige utgiftstypene	78
9.3	Utfordringer for helsemyndighetene.....	83
9.3.1	Innledning.....	83
9.3.2	Om behandling mv. har skjedd innenfor eller utenfor offentlig norsk helse- og sosialvesen	83
9.3.3	Om det offentlige har et tilsvarende tilbud.....	85
9.3.4	Om det oppsøkte helsetilbudet er faglig forsvarlig	88

9.3.5	Pasientens egen opplevelse av effekt	89
9.3.6	Utfordringer ved delt kompetanse mellom lignings- og helsemyndighetene	90
9.4	Skattyters erfaringer og praktiske vanskeligheter med dagens særfradragsordning	91
10.	OPPSUMMERING AV ARBEIDSGRUPPENS UNDERSØKELSE	94
10.1	Innledning.....	94
10.2	Utvalgsundersøkelsen.....	96
10.2.1	Diagnoser.....	96
10.2.2	Utgiftstyper	97
10.2.3	Størrelsen på kravene	99
10.2.4	Inntekt og formue.....	101
10.2.5	Grunn- eller hjelpestønad.....	101
10.2.6	Tidsbruk.....	101
10.3	Undersøkelsene ”stor påstand” og ”stor ligning”	104
10.3.1	Diagnoser.....	104
10.3.2	Utgiftstyper	104

DEL II

11.	ARBEIDSGRUPPENS VURDERING AV DAGENS SÆRFRADRAGSORDNING.....	106
11.1	Generelt om regelverket og utviklingen av ordningen	106
11.2	Generelle vurderinger knyttet til å gi støtte til sykdomsutgifter gjennom et inntektsfradrag.....	108
11.2.1	Arbeidsdelingen mellom utgiftssiden og inntektssiden på statsbudsjettet.....	108
11.2.2	Fordelingspolitiske hensyn.....	109
11.2.3	Utfordringer ved prioritering.....	110
11.2.4	Administrative hensyn.....	112
11.2.5	Vanskeligheter for skattyterne.....	112
11.2.6	Hensynet til personer med sammensatte utgifter	113
11.2.7	Særfradraget som sikkerhetsventil	113
11.2.8	Hensynet til å ivareta arbeidsincentivene til personer med høye sykdomsutgifter.....	113
11.2.9	Skatteevne	114

12.	ALTERNATIVE LØSNINGER TIL DAGENS SÆRFRADRAGSORDNING – GENERELLE AVGRENSNINGER	115
12.1	Innledning.....	115
12.2	Dersom ordningen med særfradraget for store sykdomsutgifter avvikes	115
12.3	Dersom et inntektsfradrag for sykdomsutgifter beholdes i skattesystemet.....	116
12.3.1	Utbetaling av ”negativ skatt” og fremføring av underskudd	117
12.3.2	Standardisering av særfradragsordningen - standardfradrag uten krav om dokumentasjon eller sannsynliggjøring av sykdomsutgifter.....	118
13.	FJERNING AV FRADRAGSRETTE FOR DE ENKELTE UTGIFTSTYPENE.....	120
13.1	Generelt	120
13.2	Tannlegeutgifter.....	122
13.3	Bolig	126
13.4	Merutgifter til kost	129
13.5	Medisiner	131
13.6	Egenandeler.....	133
13.7	Helsereiser og behandlingsreiser	135
13.8	Merutgifter til klær.....	137
13.9	Merutgifter til transport	138
13.10	Alternativ behandling.....	140
13.11	Operasjoner.....	143
13.12	Pleie og tilsyn.....	145
13.13	Hjelpemidler.....	145
13.14	Annet.....	146

13.15	Oppsummering, alternativ bruk av skatteutgiften på 363 mill. kroner	146
13.16	Økonomiske og administrative konsekvenser	147
14.	FORTSATT FRADRAG FOR SYKDOMSUTGIFTER I SKATTESYSTEMET	148
14.1	Innledning.....	148
14.2	Grunnvilkår for særfradrag	148
14.3	Krav til dokumentasjon av skattyters helsetilstand.....	149
14.3.1	Hvor ofte skattyter skal dokumentere helsetilstanden.....	150
14.3.2	Innholdsmessige krav til legeattesten.....	152
14.4	Utgiftens størrelse som vilkår for rett til særfradrag – nedre beløpsgrense.....	153
14.5	Regulering av fradragets størrelse – øvre beløpsgrense	155
14.6	Kravet til dokumentasjon eller sannsynliggjøring av utgiftene.....	156
14.7	Utgiftsformål i særfradragsordningen	157
14.7.1	Innledning	157
14.7.2	Generelt om utgiftsformål i særfradragsordningen	158
14.7.3	Utgiftsformål som foreslås tatt ut av særfradragsordningen.....	160
14.7.4	Særlig om behandlingsutgifter	163
14.8	Administrative og økonomiske konsekvenser	167
15.	OPPSUMMERING OG TILRÅDNINGER	169
15.1	Oppsummering av arbeidsgruppens vurderinger og forslag i kapitlene 11, 12, 13 og 14	169
15.2	Arbeidsgruppens tilrådning.....	172

DEL I

1. INNLEDNING OG SAMMENDRAG

Ordningen med særfradrag for store sykdomsutgifter i skattesystemet fungerer i dag ikke tilfredsstillende. Arbeidsgruppen ble derfor nedsatt for å kartlegge og evaluere gjeldende særfradragsordning, og vurdere alternative løsninger til dagens ordning. Arbeidsgruppens beskrivelse og kartlegging av dagens ordning presenteres i rapportens del I, som består av kapittel 1 til 10. I kapittel 11 til 15, som utgjør rapportens del II, følger arbeidsgruppens vurderinger og forslag til endringer. Nedenfor følger et sammendrag av hovedpunktene i rapporten.

I *kapittel 2* gjøres det rede for arbeidsgruppens oppnevning, mandat, sammensetning og arbeid, og i *kapittel 3* gir gruppen en oversikt over den historiske utviklingen av særfradragsordningen, fra den kom inn i skatteloven i 1930 og fram til i dag.

I *kapittel 4* beskriver arbeidsgruppen gjeldende rett på området. Reglene om særfradrag for store sykdomsutgifter følger av skatteloven § 6-83 med tilhørende forskrifter.

I *kapittel 5* gis det en oversikt over særfradragsordningen, basert på den årlige skatteregnskapsstatistikken fra Statistisk sentralbyrå. Ut fra det statistiske tallmaterialet gir arbeidsgruppen blant annet en oversikt over hvilke grupper som krever særfradrag, og hvilke fordelingsvirkninger ordningen synes å ha.

Kapittel 6 er viet en gjennomgang av offentlige støtteordninger på helse- og sosialområdet hvor det gis støtte til utgiftsformål som det også kreves særfradrag for. I kapitlet beskrives i tillegg omfanget av støtteordningene innenfor hvert enkelt tjenesteområde, og hvilken egenbetaling som er lagt til grunn for de ulike ordningene.

I *kapittel 7* ser arbeidsgruppen på fradragsordninger for store sykdomsutgifter i enkelte andre land. Sverige og Danmark har ikke regler om fradrag for sykdomsutgifter i skattesystemet. Finland, Tyskland og Nederland har derimot regler om fradrag for store sykdomsutgifter ved ligningen. Disse ordningene er imidlertid vesentlig snevrere enn den norske særfradragsordningen.

I *kapittel 8* er ligningsbehandlingen av krav om særfradrag for store sykdomsutgifter tema. Gruppen gir en oversikt over skatteetatens organisering og beskriver hvordan ligningsbehandlingen skjer. I tillegg gis det en oversikt over ligningsmyndighetenes ressursbruk ved behandlingen av særfradragssaker.

I *kapittel 9* gjennomgår arbeidsgruppen ligningsmyndighetenes, helsemyndighetenes og skattyternes erfaringer og utfordringer med særfradragsordningen. Gruppen har et

klart inntrykk av at særfradragsordningen oppleves som krevende og komplisert for alle parter. Reglene om særfradrag er vage og skjønnsmessige og fører til mange vanskelig problemstillinger og grensedragninger for ligningsmyndighetene og helsemyndighetene. For skattyterne fører dagens regelverk til stor usikkerhet, både med hensyn til hvilke helsetilstander som gir rett til særfradrag, hvilke utgifter det kan kreves særfradrag for og hvordan utgiftene skal dokumenteres.

I *kapittel 10* oppsummeres arbeidsgruppens kartlegging av særfradragsordningen. Skatteetaten har, på oppdrag fra arbeidsgruppen, utført tre undersøkelser om særfradragsordningen. I én undersøkelse har man kartlagt særfradragsordningen som sådan, og denne undersøkelsen er i rapporten kalt utvalgsundersøkelsen. Her ser arbeidsgruppen blant annet på hvilke pasientgrupper som benytter seg av fradraget, og hvilke typer utgifter de krever fradrag for. Størrelsen på kravene og i hvilken grad kravene ble godkjent ved ligningen er også kartlagt, sammen med skattyternes øvrige inntekts- og formuesforhold. I de to andre undersøkelsene ble de største kravene og de største innrømmede fradragene ved ligningen plukket ut, slik at arbeidsgruppen kunne studere nærmere hvilke utgiftstyper disse kravene gjaldt.

I *kapittel 11* vurderer arbeidsgruppen dagens særfradragsordning. Gruppen beskriver hvordan ordningen har utviklet seg og drøfter generelt om støtte til sykdomsutgifter bør gis gjennom et inntektsfradrag. Temaer som behandles, er blant annet arbeidsdelingen mellom ordninger som finansieres gjennom Stortingets bevilgninger over statsbudsjettet (utgiftssiden) og tiltak i skattesystemet (inntektssiden på statsbudsjettet), utfordringer ved prioriteringer, hensynet til personer med sammensatte utgifter, administrative hensyn og fordelingspolitiske hensyn.

I *kapittel 12* redegjør arbeidsgruppen for noen alternative løsninger til dagens særfradragsordning som gruppen har vurdert, men ikke anser som aktuelle. Dette gjelder blant annet en ordning som gir nøyaktig kompensasjon for sykdomsutgifter dersom fradragsretten avvikes. I tillegg vurderer gruppen om det bør åpnes for utbetaling av "negativ skatt" til skattytere som har for lav inntekt til å få særfradrag, og framføring av "ubenyttede" fradrag til senere år. Gruppen vurderer også en ordning med standardfradrag uten krav til dokumentasjon av utgiftene.

I *kapittel 13* går arbeidsgruppen gjennom de ulike utgiftsformålene i dagens særfradragsordning, og vurderer hvordan disse kan ivaretas på andre måter ved en avvikling av fradragsretten. Gruppen presenterer enkelte fakta om hvert utgiftsformål basert på kartleggingen som behandles i kapittel 10, og drøfter konsekvenser av å eventuelt fjerne retten til fradrag. Videre vurderes mulighetene for å flytte skatteverdien av de enkelte utgiftsformålene i særfradragsordningen til alternative støtteordninger som finansieres over utgiftssiden på statsbudsjettet.

I *kapittel 14* ser arbeidsgruppen på hvilke endringer som bør gjøres i særfradragsordningen dersom en slik fradragsordning fortsatt skal være i skattesystemet. Gruppen vurderer blant annet behovet for endringer i grunnvilkåret for rett til særfradrag og i dokumentasjonskravene, samt en nedre og øvre beløpsgrense. Videre går gruppen gjennom hvilke formål som bør tilgodeses ved en eventuell videreføring av særfradragsordningen. Gruppen mener blant annet at utgifter som er blitt vanlige i befolkningen generelt, ikke bør anses som sykdomsutgifter, og at det ved vurderingen av om en anskaffelse skal anses som en sykdomsutgift bør legges vekt på om den avhjelper følgene av skattyters sykdomstilstand i det daglige. I tillegg foreslår gruppen at enkelte utgiftsformål tas ut av ordningen.

I *kapittel 15* oppsummerer arbeidsgruppen sine vurderinger og forslag i de foregående kapitlene, og gir deretter sin tilrådning. *Arbeidsgruppens flertall, medlemmene fra Finansdepartementet, Skattedirektoratet og Arbeidsdepartementet*, mener at den beste løsningen vil være å oppheve ordningen med særfradrag helt, og at de midlene som i dag gis i form av skattelette, anvendes enten til å styrke eksisterende ordninger som ivaretar enkelte av de aktuelle formålene, eller til helse- og sosialformål en ellers ønsker å prioritere. Flertallet legger særlig vekt på hensynet til å ha en god arbeidsdeling mellom utgiftssiden og inntektssiden på statsbudsjettet, som gir et bedre system for å foreta prioritering av de midlene som brukes på støtte til personer med sykdom. Det legges også særlig vekt på administrative hensyn. Ordningen med særfradrag er vanskelig og ressurskrevende både for skattyterne og ligningsmyndighetene, og mulige endringer i særfradragsordningen vil bare i begrenset grad redusere dagens svakheter ved ordningen. *Arbeidsgruppens mindretall, medlemmene fra Helse- og omsorgsdepartementet og Helsedirektoratet*, tar ikke stilling til om særfradragsordningen bør avvikles eller beholdes, og viser til at denne vurderingen må tas i en politisk beslutningsprosess.

2. ARBEIDSGRUPPENS MANDAT, SAMMENSETNING OG ARBEID

2.1 Gruppens mandat og sammensetning

Arbeidsgruppen ble nedsatt av Finansdepartementet 16. januar 2009 og fikk følgende mandat:

”1. Bakgrunn

Regjeringen varslet i St.prp. nr. 1 (2008-2009) pkt. 2.2.11 at det skal nedsettes en interdepartemental arbeidsgruppe som skal vurdere ordningen med rett til særfradrag for usedvanlig store kostnader ved sykdom etter skatteloven § 6-83. Etter denne bestemmelsen har skattytere som i inntektsåret har hatt usedvanlig store kostnader på grunn av egen eller forsørget persons sykdom eller annen varig svakhet, rett til et særfradrag i alminnelig inntekt, dersom kostnadene overstiger 9 180 kroner.

Regjeringen uttalte i ovennevnte proposisjon at det er et klart behov for å gjennomgå ordningen med rett til særfradrag for store sykdomsutgifter med sikte på å få til et mer hensiktsmessig og rettferdig system. Ordningen fungerer i dag ikke tilfredsstillende. Kriteriene for å innrømme særfradrag er vage og skjønnsmessige. For skattemyndighetene og skattyterne knytter det seg stor usikkerhet til hvilke merkostnader som kan danne grunnlag for særfradrag og hvordan disse skal dokumenteres. Det vises også til at ordningen skaper betydelige administrative problemer og binder opp uforholdsmessige store ressurser i skatteetaten.

Behovet for å gjennomgå særfradragsordningen begrunnes også med at ordningen har en dårlig fordelingsprofil. Ordningen forutsetter at skattyteren må ha skattepliktig inntekt av tilstrekkelig størrelse, ha råd til å betale utgiftene som påføres i forbindelse med sykdommen, samt være i stand til å sette seg inn i et komplisert regelverk. Minstepensjonister og andre som ikke betaler skatt, kan ikke utnytte fradragsretten.

Dekning av enkelte helseutgifter gjennom et inntektsfradrag innebærer at disse helseutgiftene ikke synliggjøres på lik linje med andre helseutgifter. I noen grad kan dette skape usikkerhet med hensyn til hvilke helsepolitiske formål som blir prioritert. Dette forsterkes av at det i noen tilfeller er overlapping mellom formål som støttes på utgiftssiden og formål som tilgodeses under særfradragsordningen.

2. Arbeidsgruppens oppgaver

2.1 Kartlegging og evaluering av den gjeldende ordning med særfradrag for store sykdomsutgifter

Arbeidsgruppen skal evaluere ordningen med særfradrag for usedvanlig store kostnader ved sykdom. Denne evalueringen må bygges på en bred kartlegging av bruken av ordningen. Evalueringen og kartleggingen bør blant annet omfatte de punktene som er nevnt nedenfor.

Arbeidsgruppen skal beskrive hvilke diagnoser som vanligvis oppgis som grunnlag for særfradrag, og hvilke typer utgifter det kreves fradrag for. Arbeidsgruppen kan ta utgangspunkt i og eventuelt oppdatere en undersøkelse av særfradragsordningen som ble utført av Finansdepartementet og Skattedirektoratet i 2006. En kan også gå gjennom et utvalg av selvangivelser som ligningsmyndighetene har trukket ut til kontroll i forbindelse med ligningsbehandlingen. Det bør også gis en oversikt over omfanget av krav om særfradrag, både i antall og samlet beløp, og differansen mellom krav og innrømmet fradrag.

Det er ofte trukket fram at særfradragsordningen er ressurskrevende å administrere, og at ordningen stiller særskilte kompetansekrav til skatteetatens ansatte. Arbeidsgruppen bør derfor beskrive hvordan ligningsbehandlingen av saker med krav om særfradrag for store sykdomsutgifter foregår og vurdere i hvilken grad behandling av slike saker stiller spesielle krav til faglig kompetanse hos skatteetatens saksbehandlere. Dersom det er enkelte typer av krav om fradrag som er spesielt krevende å behandle, bør gruppen gi en oversikt over disse. Gruppen må også vurdere om skatteetaten har den faglige kompetansen som skal til for å behandle saker om særfradrag på helseområdet på en forsvarlig måte. Gruppen skal i tillegg, så langt det er mulig, kartlegge hvor mange årsverk som medgår til å administrere særfradragsordningen.

Det har også vært gjort gjeldende fra interesseorganisasjoner mv. at særfradragsordningen er krevende å forholde seg til for skattyterne, og da spesielt kravet om å skulle dokumentere eller sannsynliggjøre merkostnadene knyttet til sykdommen. Gruppen bør derfor beskrive hvilke utfordringer det medfører for en skattyter å skulle dokumentere eller sannsynliggjøre sine krav om fradrag for merutgifter.

Ordningen med særfradrag for store sykdomsutgifter er kritisert for å ha en dårlig fordelingsprofil og for ikke å ivareta behovet til lavinntektsgrupper. Arbeidsgruppen bør derfor vurdere ordningens fordelingsvirkninger.

Gjennom ordningen med særfradrag for store sykdomsutgifter gis det offentlig støtte til utgifter knyttet til sykdom. Det er viktig at slike offentlige støtteordninger regelmessig blir evaluert med sikte på om støtten treffer behov som det etter alminnelige helse- og sosialpolitiske vurderinger er en prioritert oppgave for det

offentlige å dekke. Arbeidsgruppen må derfor vurdere om offentlig støtte som gis gjennom særfradragsordningen tilgodeser slike behov. Gruppen kan konsentrere seg om å vurdere støttebehovet for de typer av sykdomsrelaterte kostnader som ofte inngår i grunnlaget for å kreve særfradrag.

Utgifter knyttet til sykdom kan kvalifisere til offentlig støtte ikke bare gjennom særfradragsordningen, men også gjennom ulike offentlige trygde- og tilskuddsordninger. Arbeidsgruppen bør derfor kartlegge hvilke andre offentlige tilskuddsordninger som yter støtte til dekning av sykdomsrelaterte utgifter, og det bør særlig prioriteres å gi en oversikt over tilskuddsordninger som helt eller delvis har overlappende dekningsområde med særfradragsordningen.

2.2 Vurdering av alternative løsninger til dagens særfradragsordning

I St.prp. nr. 1 (2008-2009) pkt. 2.2.11 uttalte Regjeringen at det er et klart behov for å gå gjennom ordningen med rett til særfradrag for store sykdomsutgifter med sikte på å få til et mer hensiktsmessig og rettferdig system. Arbeidsgruppen må derfor vurdere hvordan gjeldende særfradragsordning kan erstattes av mer praktikable og treffsikre ordninger for offentlig støtte til personer med kostnader knyttet til sykdom. Slik støtte kan gis på forskjellige måter, og gruppen bør skissere og vurdere ulike støtteordninger som kan avløse dagens særfradragsordning.

1) Arbeidsgruppen skal skissere og vurdere en ordning hvor subsidieringen av utgifter knyttet til sykdom fortsatt gjøres gjennom et inntektsfradrag. Det er imidlertid viktig at kriteriene for hvilke kostnader som gir rett til fradrag i en slik ordning, blir langt mer presise og praktikable enn de vage og skjønnsmessige kriteriene som gjelder i dag. Det må også være enkelt for skattyterne å gjøre seg kjent med hvilke utgifter det gis fradrag for. En slik ny fradragsordning bør også være tilpasset dagens system for ligningsbehandling av selvangivelser for personlig skattepliktige. Gruppen må vurdere om en slik fradragsordning kan administreres av skatteetaten alene, eller om den forutsetter et samarbeid med helsemyndighetene. I fall ordningen forutsetter et samarbeid, må gruppen skissere hvordan dette skal gjennomføres.

2) Arbeidsgruppen skal også skissere og vurdere et alternativ hvor den støtten til helseutgifter som i dag gis over fradragsordningen, overføres til budsjettets utgiftsside. Dette gjør det nødvendig at arbeidsgruppen vurderer hvilke deler av den støtten som i dag gis gjennom særfradraget, som kan sies å være i tråd med helsepolitiske prioriteringer, samt vurderer om støtten til helsepolitisk prioriterte områder kan videreføres ved å forbedre eller utvide eksisterende ordninger på utgiftssiden, eller om det er behov for nye tilskuddsordninger.

Det er dermed ingen forutsetning at en omlegging av støtte fra skattesiden til utgiftssiden skal innebære full kompensasjon på den måten at alt som i dag er fradragsberettiget, skal få økt tilskudd eller dekning på utgiftssiden.

3) Arbeidsgruppen kan i tillegg vurdere om den vil skissere et alternativ hvor nærmere angitt typer av sykdomsutgifter subsidieres gjennom en inntektsfradragsordning mens øvrige typer av stønadsverdige sykdomsutgifter er henvist til dekning gjennom stønads- og tilskuddsordninger.

Arbeidsgruppen kan også vurdere andre mulige ordninger.

Arbeidsgruppen må gi et anslag over hvilke budsjettvirkninger de ulike skisserte ordningene vil medføre. Gruppen må også så langt det er mulig beregne størrelsen på de administrative ressursene som vil medgå til å håndheve ordningene. Videre må det vurderes hvor brukervennlige de skisserte ordningene er for ytelsesmottakeren. Gruppen må også vurdere i hvilken grad de ulike alternativene treffer stønadsbehov som det ut fra ordinære helse- og trygdepolitiske vurderinger er en prioritert oppgave for det offentlige å subsidiere. Gruppen må i tillegg beskrive hvilke fordelingsvirkninger de forskjellige ordningene har. Til slutt må arbeidsgruppen vurdere de ulike alternativene ordningene for subsidiering av utgifter knyttet til sykdom opp mot hverandre og opp mot gjeldende særfradragsordning.

3. Kontakt med interesseorganisasjoner

Gruppen skal under sitt arbeid ha kontakt med interesse- og pasientorganisasjoner, og invitere disse til å redegjøre for sitt syn på og erfaringer med dagens særfradragsordning. Organisasjonene vil også kunne gi innspill til endringer og forbedringer av regelverket for dekning av merutgifter ved sykdom.”

Arbeidsgruppen har hatt følgende medlemmer:

Finansdepartementet

Avdelingsdirektør Knut Erik Omholt (leder)

Lovrådgiver Hege E. Gahr

Spesialrådgiver Årstein Risan

Seniorrådgiver Andreas Tveitereid til 1. september 2009, deretter

Seniorrådgiver Merete Onshus

Arbeidsdepartementet

Seniorrådgiver Bent-Ole Grooss til 16. desember 2009, deretter

Seniorrådgiver Katrine Stensholt

Helse- og omsorgsdepartementet

Avdelingsdirektør Cecilie Mo Batalden

Hesledirektoratet

Rådgiver Per Øivind Gaardsrud
Skattedirektoratet
Seniorskattejurist Heidi Skevik

Arbeidsgruppens sekretariat har bestått av:
Førstekonsulent i Finansdepartementet Ingebjørg Brekka
Førstekonsulent i Finansdepartementet Gunhild Gram Giskemo
Førstekonsulent i Finansdepartementet Anders Torkildsen Nytrøen (fra 1. februar 2010)

Arbeidsgruppen hadde opprinnelig frist for sin utredning til utgangen av 2009. Gruppens arbeid har imidlertid vist seg å være mer omfattende og tidkrevende enn først antatt. Blant annet skyldes dette at det underveis i arbeidet oppstod mange enkeltspørsmål og problemstillinger som var tidkrevende å utrede. I tillegg gjennomførte gruppen en undersøkelse ved skattekontorene av hvilke diagnoser og utgiftstyper det kreves særfradrag for ved ligningen. Denne undersøkelsen måtte tilpasses skattekontorenes øvrige arbeid og tidsfrister. På denne bakgrunn ble arbeidsgruppens frist utsatt til 15. april 2010.

2.2 Gruppens arbeid

Arbeidsgruppen har avholdt 24 møter. På ett av møtene deltok en representant fra Helsedirektoratet for å orientere om helseforvaltningens erfaringer med saksbehandlingen av krav om særfradrag for utgifter til behandling utenfor offentlig norsk helse- og sosialvesen. Gruppen har også hatt møter med representanter fra NAV om saksbehandlingen av krav om grunnstønad fra folketrygden, og med representanter fra Helse- og omsorgsdepartementet. Gruppen har i tillegg vært i kontakt med en rekke andre offentlige og private institusjoner for å innhente nødvendig informasjon.

I samsvar med mandatet har arbeidsgruppen hatt kontakt med utvalgte pasient- og interesseorganisasjoner. Blant annet hadde gruppen et fellesmøte med organisasjonene 22. april 2009. Til stede på dette møtet var representanter for ADHD Norge, FH Norge, Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon (FFO), Landsforeningen for hjerte- og lungesyke (LHL), Landsforeningen for Pårørende innen Psykiatri (LPP), Norges Handikapforbund (NHF), Norges Astma- og Allergiforbund, Norges Blindforbund, Norges Diabetesforbund, Norsk Revmatikerforbund og Samarbeidsforumet av funksjonshemmedes organisasjoner (SAFO). Formålet med møtet var å gi arbeidsgruppen et best mulig grunnlag for å evaluere dagens ordning. Organisasjonene ble derfor bedt om å orientere om sine erfaringer. I tillegg kom flere med innspill til alternative løsninger, både på møtet og i senere skriftlige innspill til arbeidsgruppen.

3. HISTORIKK – SÆRFRADrag FOR STORE SYKDOMSUTGIFTER

Retten til fradrag ved ligningen på grunn av store utgifter i forbindelse med sykdom eller annen varig svakhet kom inn i skatteloven allerede i 1930, i en tid da offentlige trygde- og stønadsordninger ennå ikke var etablert. Fradrag for store sykdomsutgifter ble opprinnelig gitt som et ekstra klassefradrag, blant annet der skattyter måtte bekoste langvarig opphold i psykiatrisk sykehus eller sanatorium for tuberkulose for en person han forsørget. Også utgifter til nødvendig pleie i hjemmet kunne gi rett til ekstra klassefradrag. Bestemmelsen om ekstra klassefradrag ble endret en rekke ganger, og i 1946 ble reglene utvidet til også å omfatte utgifter som følge av skattyters egen sykdom eller annen varig svakhet.

Fra og med inntektsåret 1970 ble reglene om ekstra klassefradrag erstattet av regler om særfradrag for usedvanlig store utgifter ved sykdom eller annen varig svakhet, jf. skatteloven 1911 § 77 nr. 4.¹ Særfradraget skulle normalt utgjøre seks ganger månedsfradraget etter § 77 nr. 1 første ledd om særfradrag for alder. For inntektsåret 1986 var særfradraget for store sykdomsutgifter 8 850 kroner (standardfradraget). I praksis ble det imidlertid lagt til grunn at særfradrag skulle innrømmes når skattyter kunne dokumentere at merutgiftene som følge av sykdommen eller svakheten utgjorde minst 2/3 av standardfradraget, det vil si 5 900 kroner. Dersom skattyter kunne dokumentere at de faktiske utgiftene oversteg standardfradraget, kunne skattyter få fradrag for sine faktiske sykdomsutgifter. Varighetskriteriet ble normalt ansett oppfylt dersom tilstanden måtte antas å vare i minst 2 år. Særfradrag ble blant annet gitt for merutgifter ved opphold i aldershjem, for utgifter til behandling som skattyteren selv betalte, og for økte leveomkostninger som en sykdom eller varig svakhet påførte skattyteren, når disse ikke ble dekket av stønader eller tilskudd som skattyteren mottok.

I 1987 ble reglene om særfradrag for usedvanlig store sykdomsutgifter evaluert og vesentlig endret.² Bakgrunnen for lovendringen var den stadig økende etableringen av private kommersielle helsetilbud. Hensikten var å hindre at det offentlige, gjennom bortfall av skatteinntekter, indirekte skulle betale for helsetjenester som det var forutsatt at det offentlige ikke skulle betale for. Vilkårene for særfradrag ble derfor endret slik at det i alminnelighet ikke skulle innrømmes fradrag for utgifter til behandling, pleie eller opphold i institusjon eller hos privatpraktiserende helsepersonell utenfor offentlig norsk helse- og sosialvesen. Slike utgifter skulle bare være fradragsberettiget dersom nærmere angitte vilkår var oppfylt, blant annet dersom tilsvarende behandling, pleie eller opphold ikke kunne tilbys av offentlig norsk helse- og sosialvesen. I tillegg ble det innført et vilkår om at Helsedirektoratet måtte vurdere det oppsøkte helsetilbudet som

¹ Se lov 19. juni 1969 nr. 68.

² Se lov 12. juni 1987 nr. 33.

faglig forsvarlig. Vilkårene skulle gjelde både for standardfradrag og for særfradrag for dokumenterte utgifter ut over standardfradraget. Samtidig ble det innført et unntak fra særfradrag for utgifter til opphold i alders- og sykehjem og utgifter til helsereiser. Med unntak for disse endringene, ble praksis rundt særfradragetsordningen videreført.

I forbindelse med ovennevnte lovendring ble også saksbehandlingsreglene endret, fordi de nye vurderingstemaene ble ansett å ligge utenfor ligningsmyndighetenes fagkompetanse. Det ble derfor gitt regler om at Helsedirektoratet, eller den det måtte delegere myndigheten til, skulle ha kompetanse til å avgjøre hvorvidt behandling mv. var foretatt utenfor offentlig norsk helse- og sosialvesen og om de øvrige tilleggsvilkårene var oppfylt.

Skatteloven 1911 ble opphevet og erstattet av lov 26. mars 1999 nr. 14 om skatt av formue og inntekt (skatteloven) med virkning fra og med 1. januar 2000. Bestemmelsen om særfradrag for store sykdomsutgifter i skatteloven 1911 § 77 nr. 4 ble videreført uendret i skatteloven § 6-83.

I 2004 ble reglene om særfradrag for store sykdomsutgifter strammet inn.³ Inntil denne lovendringen ble det i praksis bare stilt krav om at skattyter kunne dokumentere at merutgiftene oversteg 2/3 av standard særfradrag (6 120 kroner) for å få hele fradraget på 9 180 kroner. Ved lovendringen ble det samsvar mellom størrelsen på dokumenterte utgifter og fradragets størrelse, slik at skattyter må dokumentere merutgifter på grunn av sykdom mv. på minst 9 180 kroner for å få særfradrag. Bakgrunnen for endringen var at praksis samsvarte dårlig med hovedregelen som ellers gjelder i skattelovgivningen, om at det bare gis fradrag for faktiske, dokumenterte utgifter.

I forbindelse med denne generelle innstramningen ble også reglene om særfradrag for diabetikere strammet inn. Etter de tidligere regler fikk diabetikere automatisk innvilget standardfradraget på 9 180 kroner når de ved legeattest kunne dokumentere diagnosen diabetes. Endringen medførte at også diabetikere, på samme måte som alle andre sykdomsgrupper, må dokumentere merutgifter som følge av sykdommen for å få særfradrag. Se nærmere om dette under beskrivelsen av gjeldende rett i avsnitt 4.3.

Ved ovennevnte lovendring ble det dessuten innført et særskilt unntak fra kravet om minste utgiftsnivå for særfradrag for skattytere med funksjonshemmede barn. For tilsynsutgifter på grunn av forsørget barns sykdom eller annen varig svakhet gis det dermed fradrag for dokumenterte utgifter fra første krone. Unntaket ble begrunnet med at foreldre til funksjonshemmede barn er i en særegen og vanskelig situasjon, og at det derfor ikke bør stilles krav om et minste utgiftsnivå for særfradrag for slike tilsynsutgifter.

³Jf. lov 10. desember 2004 nr. 77.

Inntil 2005 var størrelsen på særfradraget for store sykdomsutgifter knyttet til størrelsen på særfradraget for alder i skatteloven § 6-81 første ledd bokstav a, slik at førstnevnte særfradrag var satt til seks ganger månedsfradraget for alder. Ved en lovendring i forbindelsen med økning av særfradraget for alder ble henvisningen til dette i § 6-83 erstattet med et minste utgifts- og fradragnivå i kronebeløp.⁴

⁴Jf. lov 17. juni 2005 nr. 74.

4. GJELDENE RETT – SÆRFRADRAK FOR STORE SYKDOMSUTGIFTER

4.1 Innledning

Reglene om særfradrag for usedvanlig store sykdomsutgifter følger av skatteloven § 6-83. Etter denne bestemmelsen har skattyter som i inntektsåret har hatt usedvanlig store kostnader på grunn av egen eller forsørget persons sykdom eller annen varig svakhet, rett til særfradrag i alminnelig inntekt. Forutsetningen er at utgiftene kan dokumenteres og minst utgjør 9 180 kroner, jf. første ledd. Det er summen av sykdomsutgifter knyttet til skattyter selv og eventuelt andre som skattyter forsørger, som minst må utgjøre 9 180 kroner. Er samlede utgifter over beløpsgrensen, gis det fradrag fra første krone. Det er ingen øvre beløpsgrense for fradragets størrelse, og forutsatt at vilkårene er oppfylt, kan særfradraget bli svært høyt. Ligningspraksis viser flere eksempler på særfradrag over 200 000 kroner.

Utgifter til behandling, pleie eller opphold i institusjon eller hos privatpraktiserende helsepersonell utenfor offentlig norsk helse- og sosialvesen gir bare rett til særfradrag dersom tilsvarende behandling, pleie eller opphold ikke tilbys av offentlig norsk helse- og sosialvesen. I tillegg må helsemyndighetene vurdere det oppsøkte helsetilbudet som faglig forsvarlig, jf. annet ledd. Det gis ikke særfradrag for utgifter til opphold i alders- og sykehjem eller for utgifter i forbindelse med helsereiser, jf. fjerde ledd.

4.2 Generelle vilkår for rett til særfradrag

For rett til særfradrag for store sykdomsutgifter må følgende hovedvilkår være oppfylt:

- Skattyter eller en person som skattyter forsørger, må ha en sykdom eller annen varig svakhet
- skattyter må ha hatt usedvanlig store utgifter (minst utgjøre 9 180 kroner)
- det må være årsakssammenheng mellom skattyters helsetilstand og utgiftene

Det framgår ikke av lovens forarbeider hva som ligger i uttrykket sykdom eller annen varig svakhet. Dette er imidlertid nærmere beskrevet i Skattedirektoratets Lignings-ABC. Det framgår her at sykdom er en medisinsk betegnelse som refererer seg til "*alt som vår helsetjeneste skal ta seg av*".⁵ Betegnelsen svakhet er derimot et juridisk begrep som er mer omfattende enn begrepet sykdom. Som eksempler på varig svakhet nevnes dysleksi, høygradig synshemming og høygradig hørselshemming. Det er i utgangspunktet en forutsetning at skattyteren er varig hemmet i den daglige livsutfoldelse, eller at løpende varig behandlinger er nødvendig for å holde tilstanden i sjakk.

⁵ Se Lignings-ABC 2009/10 s. 1043.

Når det gjelder kravet til varighet, er det i praksis lagt til grunn at skattyters helsetilstand må ha vart, eller antas å ville vare, i minst to år. Skattyter som krever særfradrag for store sykdomsutgifter, må legge ved selvangivelsen en legeattest som dokumenterer sykdommen eller svakheten, og som bekrefter at tilstanden er varig. I utgangspunktet må slik legeattest vedlegges hvert år skattyter krever særfradrag. Skattytere som har lagt ved legeattest hvor det framgår at sykdommen er kronisk, behøver likevel ikke å legge ved legeattest hvert år, jf. § 3 i forskrift av 5. mars 1984 nr. 1255. De vanligste diagnosene som oppgis ved krav om særfradrag, er tannkjøttssykdommer, diabetes, revmatisme, astma og allergi, muskel- og skjelettlidelser, hudsykdommer og ulike funksjonshemninger.

For rett til særfradrag må sykdomsutgiftene minst utgjøre 9 180 kroner i inntektsåret. Det gis ikke særfradrag for inntektsår hvor de samlede utgiftene er under denne beløpsgrensen. Dette gjelder selv om skattyter bare har vært syk en del av året, eller vedkommende dør i løpet av året. Beløpsgrensen gjelder summen av utgifter knyttet til skattyter selv, ektefelle eller andre som skattyter forsørger.

For at skattyter skal anses som forsørger etter reglene om særfradrag, må skattyter ha dekket en ikke ubetydelig del av personens ordinære levekostnader gjennom inntektsåret. I denne vurderingen skal det ses bort fra rene sykdomsutgifter.

Kravet til minste utgiftsnivå på 9 180 kroner gjelder ikke for utgifter til tilsyn av sykt barn. For utgifter som skyldes barnets helsetilstand gis det derfor særfradrag fra første krone selv om utgiftene samlet sett er lavere enn 9 180 kroner. Hvis skattyter også har andre utgifter som skyldes egen eller forsørget persons sykdom, skal alle utgiftene regnes med. Dette innebærer at skattyter har rett til fradrag for andre sykdomsutgifter under minstegrensen, dersom disse sammen med utgifter til tilsyn av barn, minst utgjør 9 180 kroner. Med tilsynsutgifter menes de samme utgiftstypene som omfattes av foreldrefradraget (pass og stell av hjemmeværende barn), men særfradrag gis bare for de ekstra tilsynsutgiftene som skyldes barnets helsetilstand. Både tilsynsbehovet og utgiftene må kunne dokumenteres.

Det gis bare særfradrag for utgifter som skattyter har dekket selv med egne midler. Har skattyter mottatt offentlige skattefrie stønader eller tilskudd til dekning av de samme sykdomsutgiftene, for eksempel hjelpe- eller grunnstønad fra folketrygden, må disse trekkes fra ved beregningen av størrelsen på utgiftene. Unntak gjelder for økonomisk stønad etter lov 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester mv. Hvis skattyters arbeidsgiver dekker skattyters sykdomsutgifter er dette i utgangspunktet skattepliktig lønnsinntekt for arbeidstaker, og skal ikke redusere fradraget. Hvis en erstatningsutbetaling fra forsikringsselskap eller skadevolder skal dekke framtidige utgifter som skyldes sykdommen, vil slike utgifter, så langt de er dekket gjennom erstatningsutbetalingen, ikke gi rett til særfradrag.

For å få særfradrag må det være en tilstrekkelig årsakssammenheng mellom sykdommen og utgiftene. I utgangspunktet er det fradrag rett for alle utgifter som direkte eller indirekte er påført skattyter på grunn av sykdommen. I kravet til årsakssammenheng ligger det likevel et krav om at utgiftene må ha en tilstrekkelig nærhet til sykdommen. Eksempler på sykdomsutgifter som gir rett til særfradrag, er utgifter til egenandeler, medisiner, hjelpemidler, operasjoner, tilpasning av bolig og transport til og fra behandling på sykehus. Det gis ikke særfradrag for utgifter til å avverge eller forebygge en mulig framtidig sykdom eller tilstand. For eksempel gis det ikke fradrag for utgifter til kosttilskudd eller trening for skattyter som er disponert for hjerte- og karsykdommer. Det gis heller ikke særfradrag for utgifter til å opprettholde en sykdom eller tilstand. I tillegg må det avgrenses mot utgiftstyper som også andre skattytere uten tilsvarende sykdom normalt har. For eksempel gis det ikke fradrag for utgifter til treningstøy og medlemskap på treningssenter, selv om skattyter er anbefalt å trene som følge av en sykdom.

Utgifter av en art som skattyter også ville ha hatt dersom han eller hun hadde vært frisk, inngår bare i grunnlaget for særfradrag i den utstrekning utgiftene er høyere på grunn av sykdommen. Det er dermed bare økte utgifter, det vil si merutgifter, som skyldes skattyters helsetilstand, som kan gi rett til særfradrag. Eksempler på dette er økte utgifter til oppvarming av bolig, til klær ved høyt forbruk på grunn av særlig stor slitasje, til skifte av sengetøy og madrasser ved astma og allergi og til kost ved behov for diett.

Det er ikke gitt egne dokumentasjonsregler ved krav om særfradrag, og de alminnelige prinsippene for dokumentasjon og sannsynliggjøring som gjelder generelt under ligningsbehandlingen, legges derfor til grunn, jf. ligningsloven § 8-1. Etter disse reglene er det tilstrekkelig med alminnelig sannsynlighetsovervekt. Ligningsmyndighetene avgjør om skattyter har oppfylt kravet til dokumentasjon eller sannsynliggjøring etter en konkret helhetsvurdering, hvor de blant annet tar hensyn til hva utgiftene gjelder, størrelsen på utgiftene, hvor enkelt utgiftene lar seg dokumentere, hvilken forutsetning skattyter har hatt for å ta vare på dokumentasjon (kvitteringer og lignende) og hvilke oppfordringer skattyter har hatt til dette. Standard skjemaer utarbeidet av pasient- eller interesseorganisasjoner er ikke uten videre tilstrekkelig som dokumentasjon eller sannsynliggjøring av merutgifter ved sykdommen. Slike skjemaer kan likevel gi ligningsmyndighetene en viss veiledning ved avgjørelsen av om utgiftene direkte eller indirekte kan knyttes til en sykdom.

Kravet til dokumentasjon eller sannsynliggjøring gjelder både for utgiftene som sådan og for årsakssammenheng mellom utgiftene og skattyters helsetilstand.

For merutgifter som påløper jevnlig og som er vanskelig å dokumentere, er det i praksis gitt et unntak fra det alminnelige kravet til dokumentasjon eller sannsynliggjøring. For

slike merutgifter er det tilstrekkelig at skattyter kan dokumentere eller sannsynliggjøre merutgifter for en sammenhengende, representativ periode på minst én måned i løpet av inntektsåret. Blant annet er det akseptert at skattyter som krever særfradrag for merutgifter til kost, kan sannsynliggjøre utgiftsnivået for hele året med kvitteringer for én måned.

4.3 Særlig om særfradrag for merutgifter som følge av diabetes

Inntil 2005 ble det ikke stilt krav om dokumentasjon av faktiske utgifter for diabetikere. I praksis var det tilstrekkelig å dokumentere selve diagnosen diabetes ved legeattest. Dokumentasjon av diagnosen diabetes medførte automatisk rett til et standardisert fradrag på 9 180 kroner. For å få et høyere fradrag, måtte skattyter kunne dokumentere eller sannsynliggjøre utgiftene.

I forbindelse med en generell lovendring i 2005, som sikret samsvar mellom kravet til faktiske merutgifter og særfradragets størrelse, ble reglene strammet inn overfor diabetikere. Innstramningen ble begrunnet i at diabetikere utgjør en lite homogen gruppe, og at det derfor ikke var riktig å gi fradrag bare ut fra diagnosen. I tillegg ble diabetikere anbefalt å følge de generelle rådene fra Statens råd for ernæring og fysisk aktivitet. Et automatisk særfradrag for denne gruppen kunne derfor ikke begrunnes ut fra særlige høye utgifter til diett. Også likhetshensyn tilsa at diabetikere behandles på samme måte som andre grupper som har rett til særfradrag for store sykdomsutgifter. Fra og med inntektsåret 2005 har derfor diabetikere måttet dokumentere eller sannsynliggjøre merutgifter som følge av sykdommen for å få særfradrag.

For å få særfradrag for merutgifter til kost, må skattyter kunne dokumentere ved legeattest at sykdommen er kostholdsregulert, dvs. at kostreguleringen er behandling av sykdommen. Ved fastsetting av størrelsen på merutgifter til kost kan ligningsmyndighetene legge til grunn et referansetall basert på statistikk fra Statens institutt for forbruksforskning (SIFO). Referansetallet er likevel bare et utgangspunkt for en mer helhetlig rimelighetsvurdering. Det gis ikke fradrag for merutgifter til et urimelig eller uforholdsmessig dyrt kosthold, og ligningsmyndighetene må derfor vurdere hva som totalt sett kan aksepteres av merutgifter. Inngår diabetikerens kost i en større husholdning, er det bare fradragsrett for diabetikerens merutgifter, redusert med eventuell stordriftsfordeler.

Som en overgangsordning for inntektsåret 2005 ble det innført et sjablonfradrag for merutgifter til kost på 4000 kroner for de diabetikere som ikke kunne dokumentere merutgiftene. Sjablonfradraget er videreført for inntektsårene 2006 til 2010 og omfatter også utgifter til såkalt følingsmat. Særfradrag gis imidlertid bare dersom skattyters merutgifter som følge av sykdom samlet sett minst utgjør 9 180 kroner i inntektsåret.

4.4 Behandling, pleie eller opphold utenfor offentlig norsk helse- og sosialvesen

Etter skatteloven § 6-83 annet ledd er utgifter til behandling, pleie eller opphold i institusjon eller hos privatpraktiserende helsepersonell utenfor offentlig norsk helse- og sosialvesen, bare fradragsberettiget dersom offentlig norsk helse- og sosialvesen ikke har et tilsvarende tilbud. I tillegg må helsemyndighetene vurdere det oppsøkte helsetilbudet som faglig forsvarlig. Bestemmelsen innebærer at det må trekkes et skille mellom behandling mv. innenfor og utenfor offentlig norsk helse- og sosialvesen. For behandling mv. innenfor offentlig norsk helse- og sosialvesen gjelder de alminnelige reglene i første ledd. Er behandling, pleie eller opphold på institusjon eller hos privatpraktiserende helsepersonell foretatt utenfor offentlig norsk helse- og sosialvesen må tilleggsvilkårene i annet ledd også være oppfylt for rett til særfradrag.

Grensen mellom behandling innenfor og utenfor offentlig norsk helse- og sosialvesen ble innført ved lovendring i 1987, og ble begrunnet med den stadig mer omfattende framveksten av private behandlingstilbud, jf. Ot.prp. nr. 27 (1986-87). Hensikten var å hindre at det offentlige, gjennom bortfall av skatteinntekter, indirekte skulle betale for helsetjenester som det var forutsatt at det offentlige ikke skulle betale for. Utfyllende regler er gitt av Helsedirektoratet i forskrift 14. april 1988 nr. 295 om vilkår for særfradrag på grunn av store sykdomsutgifter ved behandling mv. i institusjon eller hos privatpraktiserende helsepersonell utenfor offentlig norsk helse- og sosialvesen.

Hva som skal anses som behandling gitt utenfor offentlig norsk helse- og sosialvesen er regulert § 3 i ovennevnte forskrift. Etter denne bestemmelsen skal behandlingen mv. ved private helseinstitusjoner som ikke er drevet av det offentlige, og som heller ikke er tatt med i offentlige helseplaner eller på annen måte er drevet for offentlig regning anses utenfor offentlig norsk helse- og sosialvesen. Behandling mv. hos privatpraktiserende helsepersonell som ikke har avtale med fylkeskommunen eller kommunen anses også å være utenfor offentlig norsk helse- og sosialvesen. Behandling mv. som bare gir rett til stykkprisrefusjon (refusjon) er heller ikke innenfor det offentlige helsevesenet. I forarbeidene påpekes det at behandling mv. både i institusjon og hos andre privatpraktiserende helsepersonell kan gi rett til stykkprisrefusjon (refusjon) etter folketrygdlovens regler. Slik stykkprisrefusjon eller refusjon er imidlertid ikke i seg selv tilstrekkelig til å si at institusjonen eller det privatpraktiserende behandlingstilbudet er en del av offentlig norsk helse- og sosialvesen. I praksis innebærer dette at for eksempel behandling hos fysioterapeut med driftstilskuddsavtale etter folketrygdloven § 5-8 anses foretatt innenfor offentlig norsk helsevesen, mens behandling hos kiropraktor som det ytes refusjon for etter folketrygdloven § 5-9, anses foretatt utenfor offentlig norsk helsevesen.

I utgangspunktet er refusjon etter folketrygdloven en rettighet for pasienten når denne oppfyller nærmere angitte vilkår, og ikke for behandler. De fleste refusjonsordningene åpner imidlertid for at behandleren kan inngå avtale med Helseøkonomiforvaltningen

(HELFO) om direkte oppgjør. I praksis medfører dette at behandler gir et "avslag" i prisen til pasienten (tilsvarende pasientens krav på refusjon fra folketrygden), for så å få direkte oppgjør (motta refusjonen) fra HELFO. Hvorvidt det er inngått avtale om direkte oppgjør med HELFO har ingen betydning ved vurderingen av om virksomheten er drevet for det offentliges regning.

Det følger også av forarbeidene til skatteloven § 6-83 annet ledd at en behandling som det etter en konkret vurdering er ytet bidrag til etter folketrygdloven § 5-22, er foretatt innenfor det offentlige helsevesenet, se Ot.prp. nr. 27 (1986-87) side 3. Derimot uttales det at den generelle adgangen til å yte bidrag etter § 5-22, ikke kan *"regnes som en del av det offentlige helsetilbud i vurderingen av om det innenfor det offentlige helsevesen finnes et tilbud som tilsvarer det skattyteren har oppsøkt"*. Dette er begrunnet med at adgangen til å gi bidrag etter folketrygdloven § 5-22 er utformet veldig vidt, og at en pasient ikke har et ubetinget krav på bidrag selv om lovens vilkår er oppfylt.

Også behandling i utlandet uten støtte fra stat eller kommune og behandling på rekonvalesenshjem og lignende, anses å falle utenfor offentlig norsk helse- og sosialvesen.

I praksis kan det være vanskelig å avgjøre om en behandling mv. er foretatt innenfor eller utenfor offentlig norsk helse- og sosialvesen. Enkelte institusjoner eller privatpraktiserende helsepersonell tilbyr både behandling, pleie eller opphold som etter forskriften anses innenfor offentlig norsk helse- og sosialtjeneste, og andre former for behandling mv. som er utenfor offentlig norsk helse- og sosialtjeneste. Ofte kan begge former for behandling tilbys på samme sted og inngå i pasientens behandlingsopplegg. I slike tilfeller gis det særfradrag etter reglene i § 6-83 første ledd for den del av utgiftene som dekker behandling innenfor offentlig norsk helse- og sosialvesen. Utgifter til behandling som anses utenfor offentlig norsk helse- og sosialvesen gir bare rett til særfradrag dersom tilleggsvilkårene i § 6-83 annet ledd er oppfylt. For en nærmere beskrivelse av utfordringene med dagens regler, se kapittel 9.

Ved vurderingen av om offentlig norsk helse- og sosialvesen har et tilsvarende tilbud er det uten betydning om behandlingsmetoden som brukes innenfor offentlig norsk helse- og sosialtjeneste er forskjellig fra den metoden som er benyttet ved det oppsøkte tilbudet. Det avgjørende er om det offentlige har et tilbud for den typen sykdom mv. som skattyteren lider av. Det er derfor ikke avgjørende at metodene ikke er identiske. Det anses å foreligge et tilsvarende tilbud selv om skattyter etter en faglig vurdering ikke blir behandlet, for eksempel fordi behandling ikke er tilrådelig.

Selv om det offentlige på lang sikt ville ha kunnet gi et tilsvarende tilbud, kan skattyter likevel få særfradrag hvis ventetiden har vært urimelig lang i forhold til hvor alvorlig

sykdommen er, og dette har eller kunne ha påført skattyter store lidelser eller betydelig forverring i ventetiden.

Det er også et tilleggsvilkår for særfradrag ved behandling mv. utenfor offentlig norsk helse- eller sosialvesen at det oppsøkte helsetilbudet kan vurderes som faglig forsvarlig. Dette betyr at behandlingen må bygge på prinsipper og metoder som er vitenskapelig dokumentert og anerkjent av norske myndigheter.

I utgangspunktet er det ligningsmyndighetene som avgjør om vilkårene i loven er oppfylt. Visse spørsmål kan eller skal likevel forelegges fylkesmannen til avgjørelse. Det er i første omgang opp til det enkelte skattekontor å avgjøre om saken skal oversendes fylkesmannen. Skattyter kan imidlertid kreve at fylkesmannen avgjør spørsmålene når ligningsmyndighetene har sendt varsel til skattyter om at særfradrag ikke vil bli innrømmet, eller når særfradrag ikke er innrømmet ved ligningen. Forutsetningen er at saken ikke har vært fremlagt for helsemyndighetene tidligere, og at ligningsmyndighetenes begrunnelse for å nekte særfradrag er at tilleggsvilkårene i § 6-83 annet ledd ikke er oppfylt, jf. § 2 i forskrift 5. februar 1988 nr. 121 om ligningsbehandlingen ved særfradrag etter skatteloven §§ 6-82 og 6-83.

Fylkesmannens avgjørelseskompetanse er regulert i forskrift 14. april 1988 nr. 295 om vilkår for særfradrag på grunn av store sykdomsutgifter ved behandling m.v. i institusjon eller hos privatpraktiserende helsepersonell utenfor offentlig norsk helse- og sosialvesen. Etter forskriften har fylkesmannen kompetanse til å avgjøre om en behandling mv. har skjedd innenfor eller utenfor offentlig norsk helse- og sosialvesen, om norsk offentlig helse- og sosialvesen har et tilsvarende tilbud, herunder om ventetiden har vært urimelig lang, og om det oppsøkte tilbudet er faglig forsvarlig. Fylkesmannens vedtak kan påklages til Helsedirektoratet. Ligningsmyndighetene er bundet av fylkesmannens og Helsedirektoratets avgjørelse.

4.5 Særlig om utgifter til behandling mv. i utlandet og helsereiser

Behandling mv. på institusjon eller hos privatpraktiserende helsepersonell i utlandet er i utgangspunktet å anse som behandling utenfor offentlig norsk helse- og sosialvesen. Utgifter til behandling mv. i utlandet gir derfor normalt bare rett til særfradrag når tilleggsvilkårene i skatteloven § 6-83 annet ledd er oppfylt.

Enkelte behandlinger mv. i utlandet anses likevel å være foretatt innenfor offentlig norsk helse- og sosialvesen. Dette gjelder blant annet behandling i utlandet etter reglene i pasientrettighetsloven § 2-1 femte ledd. Etter denne bestemmelsen har en pasient som har rett til nødvendig helsehjelp etter loven, rett til helsehjelp i utlandet innenfor en fastsatt frist, dersom det ikke finnes et adekvat tilbud i Norge. Alle utgifter i forbindelse med slik behandling, inkludert opphold, dekkes av det offentlige. I disse tilfellene oppstår derfor ikke spørsmål om særfradrag. I tillegg finansierer staten visse

behandlingstilbud i utlandet for gitte diagnoser, kalt Statens behandlingsreiser. Statens behandlingsreiser er en egen tilskuddsordning som finansieres over statsbudsjettet og forvaltes av Helse- og omsorgsdepartementet. Slike reiser forutsetter forhåndsgodkjenning, og ut over egenandeler dekker staten utgifter til reise fra Oslo, opphold og behandling i utlandet. Reisen fra pasientens hjemsted til Oslo dekkes av helseforetaket.

Andre reiser og opphold i utlandet som foretas for egen regning på grunn av sykdom, er i skattemessig forstand definert som helsereiser. Etter skatteloven § 6-83 fjerde ledd gis det ikke særfradrag for utgifter til helsereiser. Derimot kan det gis fradrag for *mer*utgifter som skattyter har på helsereiser på grunn av sin helsetilstand. Eksempel på dette er prisdifferansen mellom hotellrom med og uten toalett for funksjonshemmede. Det kan også gis fradrag for ekstrautgifter til ledsager.

Etter folketrygdloven § 5-22 kan HELFO i enkelte tilfeller yte bidrag til behandling i utlandet. Bidrag til behandling i utlandet forutsetter forhåndsgodkjenning av HELFO. I slike tilfeller anses selve behandlingen som foretatt innenfor offentlig norsk helse- og sosialvesen, jf. ovenfor. Bidrag gis blant annet til fysikalsk behandling i utlandet for personer som deltar på organiserte helsereiser. Det kan gis særfradrag for eventuelle egenbetalinger som skattyter har til den medisinske behandlingen, utover det som dekkes av bidraget. Selv om skattyteren kombinerer den positive effekten av et annet klima med et medisinsk behandlingsopplegg, er det likevel en helsereise i skattelovens forstand. Det er derfor ikke fradragsrett for utgifter til reise og opphold.

4.6 Særlig om utgifter til tannbehandling

I utgangspunktet har det offentlige bare et tilbud om tannlegebehandling til personer under 20 år og enkelte andre mindre grupper som eldre, langtidssyke og uføre i institusjon og hjemmepleie og psykisk utviklingshemmede. For personer under 18 år dekkes i utgangspunktet alle utgifter av det offentlige, mens personer mellom 18 til 20 år må betale en egenandel på 25 prosent for behandlingen, jf. lov om tannhelsetjenesten av 3. juni 1983 nr. 54. For personer over 20 år er hovedregelen at staten ikke dekker behandling hos tannlege da slike utgifter anses som privatutgifter. Enkelte tannbehandlinger gis det likevel støtte til i form av refusjon etter folketrygdloven § 5-6. I forskrift til bestemmelsen er det regulert hvilke konkrete tilstander dette gjelder. Det er tannlegen som vurderer om pasienten har krav på refusjon etter forskriften. HELFO gjennomfører kontroller, og har kompetanse til å overprøve tannlegens vurdering. For en nærmere omtale av den offentlige tannhelsetjenesten, se avsnitt 6.3.9. Som det framgår ovenfor, er rett til refusjon for behandling mv. i private institusjoner eller hos privatpraktiserende helsepersonell ikke tilstrekkelig til at disse anses som en del av offentlig norsk helse- og sosialvesen. Dette innebærer at all behandling mv. hos tannlege anses foretatt utenfor offentlig norsk helse- og sosialvesen, med mindre behandlingen omfattes av lov om tannhelsetjenesten.

For rett til særfradrag for utgifter til tannbehandling må både vilkårene i skatteloven § 6-83 første ledd og tilleggsvilkårene i annet ledd være oppfylt. Dette betyr først og fremst at skattyters tilstand må anses som en sykdom eller varig svakhet. Mange av de tilstandene som omfattes av refusjonsordningen er å anse som sykdom, men ikke alle. Ligningsmyndighetene må da vurdere om tilstanden kan anses som en varig svakhet.

Ved vurderingen av tilleggsvilkårene i annet ledd kan det ved særfradragsskrav for utgifter til tannbehandling normalt legges til grunn at det offentlige ikke har et tilsvarende tilbud som den oppsøkte behandlingen. Dette gjelder selv om det ytes refusjon etter folketrygdloven. Under forutsetning av at helsemyndighetene vurderer den konkrete behandlingen som faglig forsvarlig, og lovens øvrige vilkår er oppfylt, gis det da særfradrag for utgifter til behandling hos tannlege. Hvorvidt behandlingen er foretatt i Norge eller utlandet har i utgangspunktet ingen betydning i denne sammenheng.

5. FAKTA OM SÆRFRADRAGSORDNINGEN

5.1 Innledning

Utviklingen i omfanget av særfradragsordningen, både når det gjelder antall krav og det samlede fradraget, er godt dokumentert i den årlige skatteregnskapsstatistikken fra Statistisk sentralbyrå. I dette kapitlet gir vi en oversikt over særfradragsordningen basert på denne statistikken. Vi gir også en beskrivelse av særfradraget for store sykdomsutgifter i et fordelingsperspektiv.

SSBs statistikk er lite egnet til å si noe om hvilke diagnoser som ligger bak kravene, hvilke utgifter kravene omfatter, tidsbruk i forbindelse med ligningsbehandlingen og hvilke årsaker som ligger bak eventuelle endringer i ligningen sammenlignet med selvangivelsen. Arbeidsgruppen har derfor gjennomført en relativt detaljert kartlegging av særfradragsordningen for å kunne si mer om ordningen og hva som karakteriserer denne skattytergruppen. Denne kartleggingen er nærmere beskrevet i kapittel 10.

5.2 Hvem omfattes av ordningen?

Særfradrag for store sykdomsutgifter omfatter i utgangspunktet alle med usedvanlig store utgifter i forbindelse med varig sykdom eller svakhet. I praksis får man imidlertid ikke nytte av særfradraget dersom man har for lav inntekt til å utnytte fradragsretten.

Med 2010-skatteregler begynner lønnstakere å betale skatt på alminnelig inntekt ved en brutto lønnsinntekt på 74 010 kroner. Lønnstakere uten andre fradrag enn standardfradrag må i 2010 med andre ord ha en brutto lønnsinntekt på 97 000 kroner for å få fullt fradrag for et særfradrag av gjennomsnittlig størrelse på om lag 22 500 kroner. Pensjonister og enslige forsørgere med overgangsstønad som har bruttoinntekt under 153 649 kroner⁶, lignedes dessuten etter et alternativt regelsett (skattebegrensningsregelen), og kan da ikke få nytte av særfradraget for store sykdomsutgifter. I 2010 anslås det at rundt halvparten av alle alderspensjonister og AFP-pensjonister, noe over halvparten av uførepensjonistene, i tillegg til mange enslige forsørgere, skattegges etter skattebegrensningsregelen⁷. Disse pensjonistene og

⁶ Grensen gjelder enslige i 2010. For pensjonistektepar med lik pensjon er grensen for samlet brutto pensjonsinntekt 489 736 kroner i 2010.

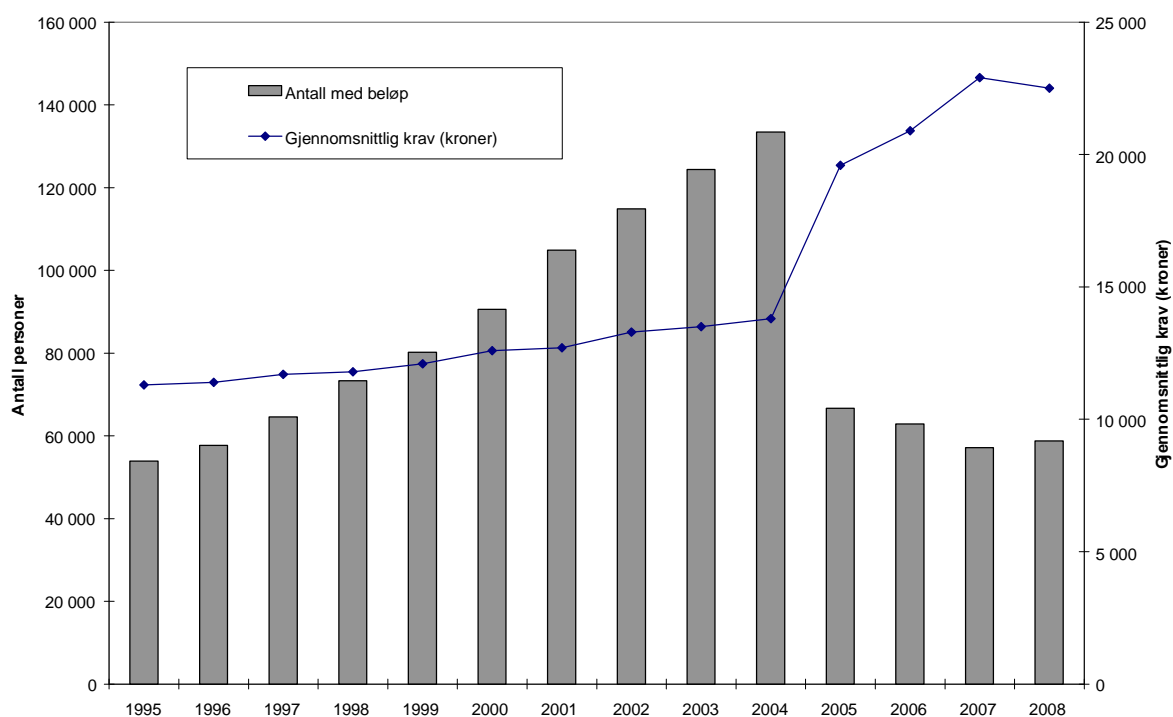
⁷ I 2011 kan skattebegrensningsregelen for alderspensjonister bli endret. Finansdepartementet sendte ut et forslag til endrede regler på høring 3. mars 2010. I høringsbrevet er det foreslått at dagens skattebegrensningsregel erstattes av et fradrag i skatt for pensjonsinntekt, og at fradraget settes slik at en inntekt på noe over garantipensjonen på 2G blir skattefri. Det betyr at også i det nye systemet vil minstepensjonister uten andre inntekter ikke få nytte av særfradraget for store sykdomsutgifter. Endringer av antallet pensjonister som kan bruke særfradraget for store sykdomsutgifter er ikke utredet nærmere, men arbeidsgruppen legger til grunn at antallet vil kunne øke noe som følge av omleggingen. Blant annet kommer dette av at det nye skattefradraget i prinsippet bare reduserer skatten på

enslige forsørgerne må dermed ha bruttoinntekter over om lag 180 000 kroner for å kunne trekke fra et fradrag av gjennomsnittlig størrelse.

5.3 Beskrivelse av særfradragsordningen basert på offisiell statistikk

Som beskrevet i kapittel 2, har ordninger med fradrag for store sykdomsutgifter en lang historie i det norske skattesystemet. I nyere tid har det fram til 2005 vært en kraftig vekst i antallet skattytere som krever særfradrag. Som følge av innstramningene i ordningen i statsbudsjettet for 2005, ble antallet halvert fra om lag 130 000 til om lag 65 000 personer. Antallet krav fortsatte å falle, men for 2008 kan vi igjen se en liten økning av antallet. Innstramningene i 2005 innebar at det gjennomsnittlige fradraget økte kraftig for dem som var igjen i ordningen. Figur 5.1 illustrerer denne sammenhengen.

Figur 5.1: Antall personer med krav om særfradrag og gjennomsnittlig krav. 1995-2008. Nominelle kroner



Kilde: Statistisk sentralbyrå og Finansdepartementet

Samtidig har det samlede kravet om fradrag, som tredoblet seg fra 600 til 1 800 mill. kroner fra 1995 til 2004, stabilisert seg på om lag 1,3 mrd. kroner årlig fra 2005. Dette fradraget innebærer en årlig skatteutgift på rundt 350 mill. kroner, jf. omtale av skatteutgiftene i de årlige nasjonalbudsjettene (St.meld. nr. 1).

pensjonsinntekten, slik at pensjonister som kombinerer arbeid og pensjon, under visse forutsetninger vil kunne trekke fradraget fra i arbeidsinntekten.

Tabell 5.1 viser hvordan kravene fordeler seg etter størrelse. Som vi ser av tabellen, er det mange skattytere som får relativt små særfradrag (mellom 9 180 og 15 000 kroner). Det gjennomsnittlige kravet i denne gruppa er 11 000 kroner, noe som innebærer en verdi av fradraget etter skatt på om lag 3 000 kroner. Samtidig representerer om lag 800 skattytere (1,4 prosent), med krav over 100 000 kroner nesten, 10 prosent av de samlede kravene.

Tabell 5.1: Bosatte personer 17 år og over med særfradrag for store sykdomsutgifter, etter størrelse på særfradraget.¹ 2008

	Antall med særfradrag for store sykdomsutgifter	Gjennomsnittlig særfradrag i kroner	Særfradrag i mill. kroner
Personer med særfradrag	58 404	22 500	1 315,1
<i>Særfradrag for store sykdomsutgifter (kroner)</i>			
1 - 9 179	514	5 600	2,9
9 180 - 15 000	26 517	11 000	292,9
15 001 - 20 000	9 999	17 500	174,8
20 001 - 25 000	6 490	22 400	145,4
25 001 - 30 000	4 779	27 500	131,5
30 001 - 35 000	2 292	32 400	74,3
35 001 - 50 000	3 886	41 500	161,2
50 001 - 100 000	3 096	67 200	208,2
100 001 og over	831	149 300	124,1

Kilde: Statistisk sentralbyrå

Særfradragsordningen retter seg mot skattytere med *varig* sykdom eller svakhet. Selv om *varig* ikke nødvendigvis betyr at skattyter vil kreve fradrag hvert år, er det rimelig å anta at skattytere som først har kommet inn i ordningen i all hovedsak vil kreve fradrag over flere år. For inntektsåret 2007 har vi undersøkt om dette er tilfelle ved å benytte Statistisk sentralbyrås paneldata. Nesten en tredel av dem som krevde særfradrag i 2007, hadde ikke krevd særfradrag i perioden 2000-2006. Disse skattyterne var dermed nye i ordningen. De nye skattyterne hadde i 2007 et særfradrag som i gjennomsnitt er 23 prosent høyere enn for skattytere som allerede er innenfor ordningen, og antallet nye skattytere har vokst prosentvis mest for de største fradragene – for særfradrag over 100 000 kroner er andelen nye brukere nesten 50 prosent. Det er rimelig å anta at en del nye skattytere vil komme inn i ordningen. En økning på en tredel fra ett år til et annet må likevel betraktes som nokså høyt, sett i lys av bestemmelsens krav til varighet. Det kan være flere årsaker til at andelen nye brukere er så høy, men trolig opptrer en del sykdomsutgifter sporadisk (ombygging av bolig, kjøp av bil og lignende), selv om skattyters tilstand er varig.

I tabell 5.2 nedenfor ser vi nærmere på sammensetningen av gruppen med særfradrag.

Tabell 5.2: Personer med særfradrag for store sykdomsutgifter, etter størrelse på skattepliktig nettoformue, bruttoinntekt, alder og sosioøkonomisk status. 2008

	Antall bosatte personer 17 år og over	Antall med særfradrag	Gjennomsnittlig særfradrag i kroner	Særfradrag i mill. kroner
I alt	3 760 372	58 404	22 500	1 315,1
Skattepliktig nettoformue				
Negativ formue	1 568 881	22 413	21 800	489,0
0- 499 999	1 521 708	20 817	22 100	459,1
500 000 - 999 999	361 033	7 887	23 000	181,6
1 - 5 mill.	280 531	6 685	24 700	165,2
5 - 10 mill.	16 611	392	29 300	11,5
10 - 50 mill.	10 090	193	38 700	7,5
50 mill. og over	1 518	17	78 600	1,3
Bruttoinntekt				
Under 50 000	293 167	289	17 400	5,0
50 000 - 99 999	151 779	502	19 400	9,7
100 000 - 149 999	328 328	3 292	21 600	71,1
150 000 - 199 999	363 028	4 853	21 900	106,2
200 000 - 249 999	365 549	6 582	22 400	147,7
250 000 - 299 999	381 147	7 886	22 500	177,3
300 000 - 349 999	394 329	7 830	22 500	176,3
350 000 - 399 999	362 251	6 811	22 200	151,1
400 000 - 499 999	498 214	9 046	22 000	199,4
500 000 og over	622 580	11 313	24 000	271,3
Alder				
17-34	1 109 711	5 614	19 800	111,3
35-44	721 675	11 182	21 000	234,8
45-54	643 388	13 259	21 700	287,6
55-61	411 683	10 472	23 800	249,0
62-66	257 301	7 120	24 200	172,1
67 og over	616 614	10 757	24 200	260,3
Sosioøkonomisk status				
Yrkestilknyttet	2 202 067	31 130	21 300	664,3
Ikke yrkestilknyttet	1 558 305	27 274	23 900	650,8

Kilde: Statistisk sentralbyrå

Av denne tabellen ser vi følgende:

- Personer som krever særfradrag fordeler seg omtrent som befolkningen for øvrig når det gjelder formue, men formuer på mellom 500 000 og 5 mill. kroner er noe mer vanlig for personer med krav om særfradrag enn i befolkningen som helhet. Negativ formue og formue opp til 500 000 er noe mindre vanlig blant dem som krever fradrag enn for befolkningen som helhet.
- Personer med særfradrag er gjennomgående noe eldre.

- Personer med særfradrag er i noe mindre grad yrkesaktive enn det som er gjennomsnittet i befolkningen, (53 prosent mot 59 prosent)

5.4 Fordelingsvirkninger av gjeldende særfradragsordning

Det er en lang tradisjon i Norge for å bruke skattesystemet som et sentralt fordelingspolitisk virkemiddel. Skatter og avgifter er for det første en forutsetning for å kunne tilby universelle, offentlige tjenester som helse- og undervisningstjenester. For det andre finansierer skattene og avgiftene overføringer som pensjoner, trygder og sosialstønad. For det tredje skjer det direkte omfordeling av inntekt via skattene, fordi skatten på personinntekt er progressiv, og gjennom skattlegging av blant annet formue og arv. Skatter og avgifter påvirker også fordelingen indirekte, blant annet ved at arbeidstakere kan endre tilpasningen på arbeidsmarkedet (hvor mye de vil jobbe) som følge av skatten.

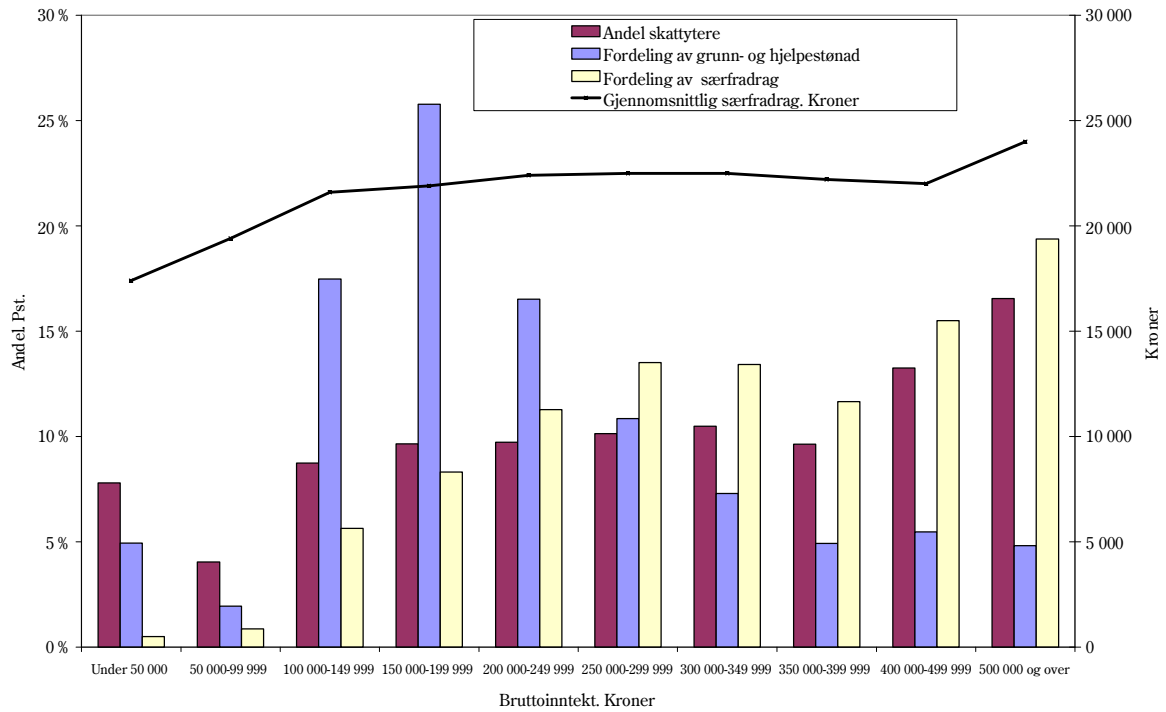
Noen forhold begrenser muligheten til å bruke skattesystemet til omfordeling av ressurser. Blant annet betaler de med lavest inntekt lite eller ingen skatt. Denne gruppen påvirkes derfor i liten grad av skatteendringer eller stønadsordninger som baserer seg på ulike former for inntektsfradrag, ettersom inntekt naturlig nok er en forutsetning for å kunne nyte godt av et inntektsfradrag.

Særfradragsordningen er derfor lite egnet dersom en ønsker å gi den samme økonomiske støtten til alle innbyggere med samme sykdom eller svakhet, uavhengig av inntekt. Særfradragsordningen har dermed en helt annen innretning enn de offentlige inntektssikringsordningene. Slike ordninger omfatter overføringene i folketrygden og enkelte andre stønadsordninger i statlig og kommunal regi, og kan sies å dekke noen av de samme utgiftene som særfradragsordningen dekker.

Figur 3 illustrerer hvordan antallet skattytere fordelte seg på bruttoinntekt i 2008, sammen med andelen som krevde særfradrag og andelen med grunn- eller hjelpestønad. Av figuren ser vi følgende:

- Svært få med inntekt under 100 000 kroner krever særfradrag
- Flest skattytere med særfradrag finner en i gruppen med de høyeste inntektene
- Fordelingsprofilen på grunn- og hjelpestønad er motsatt av fordelingsprofilen på særfradraget.
- Sammenligner vi med søylene som viser fordelingen av alle skattytere med søylene som viser fordelingen av personer med særfradrag, ser vi at særfradragsbrukerne er underrepresentert i inntektsgruppene under 150 000 kroner, og overrepresentert for alle inntektsgrupper over dette. Grunn- og hjelpestønadmottakere er underrepresentert i inntektsgruppene under 100 000 kroner, men sterkt overrepresentert i inntektsgruppene mellom 100 000 og 250 000 kroner.

Figur 5.2: Alle skattytere og personer med særfradrag og grunn- eller hjelpestønad fordelt på bruttoinntekt 2008, prosent. Gjennomsnittlig særfradrag, prosent



Kilde: Statistisk sentralbyrå og Finansdepartementet

6. HELSE- OG SOSIALTJENESTER – EGENBETALING OG ØKONOMISKE STØTTEORDNINGER FRA DET OFFENTLIGE

6.1 Innledning

Formålet med kapitlet er å gi en gjennomgang av offentlige støtteordninger på helse- og sosialområdet hvor det gis støtte til utgiftsformål som det også kreves særfradrag for. I kapitlet beskrives i tillegg omfanget av støtteordningene innenfor hvert enkelt tjenesteområde, og hvilken egenbetaling som er lagt til grunn for de ulike ordningene.

I avsnitt 6.2 omtaler vi en del viktige utgiftsformål som personer med varig sykdom eller nedsatt funksjonsevne oppgir å ha til helse- og omsorgstjenester. I avsnitt 6.3 gis en gjennomgang av ulike helse- og omsorgstjenester. Vi beskriver hvilke tjenester som finansieres av folketrygden, helseforetak, kommuner og fylkeskommuner, og hvilken egenandel som er fastsatt. Folketrygden yter støtte blant annet til lege- og psykologhjelp, fysioterapi, legemidler på blå resept og en del nærmere definert medisinsk forbruksmateriell på blå resept. I avsnitt 6.4 beskrives de nasjonale skjermingsordningene for egenandeler – både generelle fritak og egenandelstak 1 og 2.

I tillegg til ovennevnte, yter folketrygden støtte til en rekke sosialtjenester, og de viktigste ordningene er omtalt i avsnitt 6.5. Eksempler her er støtteordninger for særskilte utgifter som for eksempel grunn- og hjelpestønad, stønad til hjelpemidler og bil.

I avsnitt 6.6 beskrives regelverket for stønad til behandlingshjelpemidler. I avsnitt 6.7 beskrives Husbankens tilskuddsordning for tilpasning av bolig. Avslutningsvis gis det en kort oppsummering i avsnitt 6.8 av hvilke områder som ikke omfattes av offentlige støtteordninger.

Egenandelene som oppgis, gjelder for perioden 1. juli 2009 til 1. juli 2010. Enkelte egenandeler gjelder imidlertid fra 1. januar 2010. I disse tilfellene er dette presisert spesifikt.

6.2 Hovedtyper av utgiftsformål blant personer med varig sykdom

SSB publiserte våren 2009 foreløpige data fra levekårsundersøkelsen om helseutgifter for personer med nedsatt funksjonsevne. I dette avsnittet beskrives hvilke utgifter personer med kronisk sykdom eller andre lidelser i denne undersøkelsen rapporterer å ha. Gruppen som er undersøkt, omfatter alle med varige fysisk eller psykisk sykdom, plage eller nedsatt funksjonsevne som påvirker hverdagen i høy eller noen grad. Etter denne definisjonen har 10 prosent av hele befolkningen i alderen 20-67 år nedsatt funksjonsevne og begrensninger i hverdagen, noe som tilsvarer 290 000 personer. Undersøkelsen er utført i regi av SSB på oppdrag fra Helsedirektoratet, og det er første

gang at det er gjennomført en så omfattende undersøkelse blant personer med nedsatt funksjonsevne.

SSB tok utgangspunkt i personer mellom 20 og 67 år. Personer over 67 år er ikke omfattet. Undersøkelsen ferdigstilles våren 2010. Foreløpige hovedresultater fra undersøkelsen er følgende:

- *Personer med nedsatt funksjonsevne har høye helseutgifter*

Personer med nedsatt funksjonsevne og begrensninger i hverdagen bruker betydelig mer enn befolkningen ellers av nesten alle typer helsetjenester. Gjennomsnittlig helseutgift er 9 000 kroner per år. Halvparten bruker mindre enn 5 800 kroner per år. Noen har svært høye helseutgifter og trekker gjennomsnittet opp. Til sammen 29 prosent har helseutgifter på over 10 000 kroner per år og av dem har 16 prosent helseutgifter på 15 000 kroner eller mer per år. De mest brukte tjenestene er fastlege og tannlege. Dobbelt så mange med nedsatt funksjonsevne og begrensninger i hverdagen har vært hos legespesialist og fem ganger så mange har vært hos psykolog og psykiater, sammenlignet med befolkningen for øvrig. Tre av fire har hatt utgifter til reseptbelagte medisiner.

- *Tannlegehjelp og medisiner på hvit resept er de største enkeltutgiftspostene*

Tannlegeutgiftene er den største enkeltutgiften til helsetjenester for dem med nedsatt funksjonsevne – i gjennomsnitt har disse personene utgifter på 2 585 kroner per år. Medisiner på hvit resept er også en stor utgiftspost. I gjennomsnitt bruker personer med nedsatt funksjonsevne og begrensninger i hverdagen 1 520 kroner i året på medisiner på hvit resept.

- *Frikortordningen skjermer storbrukere av helsetjenester*

Frikortordningene skjermer storbrukere av blant annet lege- og psykologtjenester, fysioterapi og medisiner på blå resept for utgifter som overstiger egenandelstak 1 og 2. 60 prosent av personer med nedsatt funksjonsevne og begrensninger i hverdagen har frikort i egenandelstak 1-ordningen, mot 20 prosent av befolkningen for øvrig. Svært få sier at de ikke kjenner ordningene med frikort. Vel fem prosent har frikort i egenandelstak 2-ordningen, mot én prosent i befolkningen for øvrig.

- *Mange har utgifter til alternativ behandling*

Alternativ behandling, som homeopati, fotsoneterapi, massasjeterapi og andre ikke-spesifiserte alternative behandlinger, er en relativt stor utgiftspost for mange. I gjennomsnitt bruker gruppen 985 kroner i året på dette. Utgifter til alternativ behandling utgjør dermed rundt ti prosent av gruppens samlede helseutgifter. Kvinner bruker nesten dobbelt så mye på alternativ behandling som menn.

- *Høye helseutgifter medvirker til stram økonomi*

Mange med nedsatt funksjonsevne og begrensninger i hverdagen har en stram økonomi. 40 prosent har ikke mulighet til å klare uforutsette utgifter på 10 000 kroner mot 23 prosent i befolkningen generelt. Hver femte person oppgir at de ofte eller av og til har problemer med å klare løpende utgifter.

- *Om lag halvparten har inntektsgivende arbeid*

50 prosent av personer med nedsatt funksjonsevne og begrensninger i hverdagen oppgir det å være pensjonist eller trygdet som sin hovedaktivitet. 40 prosent er i inntektsgivende arbeid (minst 1 time sist uke). Om lag 60 prosent arbeider deltid, sammenlignet med 25 prosent av sysselsatte i befolkningen samlet sett.

6.3 Gjennomgang av ulike helse- og sosialtjenester

Nedenfor omtales de viktigste offentlige stønads- og trygdeordningene. Omtalen omfatter tjenester som gis i spesialisthelsetjenesten og i kommuner og fylkeskommuner. Det er beskrevet hvilke egenandeler som er knyttet til den enkelte tjeneste. Det vises til avsnitt 6.4 for omtale av de nasjonale skjermingsordningene for egenandeler – egenandelstak 1 og 2. Det vises til avsnitt 6.5 for omtale av særskilte økonomiske støtteordninger i folketrygden, og til avsnitt 6.6 for omtale av stønad til behandlingshjelpemidler.

Generelle bestemmelser

- Mange helsetjenester dekkes i utgangspunktet fullt ut av det offentlige. Dette gjelder for eksempel innleggelse (heldøgnsopphold) i sykehus og behandlingshjelpemidler.
- I spesialisthelsetjenesten for øvrig betales det egenandel for blant annet undersøkelse og behandling i poliklinisk og dagkirurgisk virksomhet og hos private avtalespesialister, i tillegg til opphold ved opptreningsinstitusjoner med avtale mv. Egenandelene er fastsatt i forskrift. I hovedsak er dette egenandeler som kommer inn under egenandelstak 1 og 2.
- I kommunehelsetjenesten betales det egenandel på helsetjenester som blant annet legehjelp og fysioterapi. Disse egenandelene er fastsatt i forskrift, og egenandelene inngår i egenandelstak 1 eller 2.
- Hjemmesykepleie er fritatt for egenandel. Kommunene har imidlertid adgang til å ta egenbetaling for praktisk bistand, som omfatter blant annet hjemmehjelp, vaktmestertjenester og brukerstyrt personlig assistanse.
- Egenandelene for legemidler på blå resept er fastsatt i forskrift, og egenandelene inngår i egenandelstak 1.
- Det gis fritak for egenandel for noen grupper og for enkelte lidelser. Viktigste er at barn opp til 16 år har fritak for egenandel for alle helsetjenester som dekkes av egenandelstak 1 (lege, poliklinisk virksomhet, legemidler på blå resept mv.). Fritak for egenandel gis også for personer med yrkesskader.

- Det er ikke egenandel ved forebyggende tiltak i tilknytning til helsestasjoner, skolehelsetjenesten og omsorgstjenesten.

6.3.1 Allmennlegehjelp

Etter forskrift fastsatt av Helse- og omsorgsdepartementet med hjemmel i folketrygdloven § 5-4 yter folketrygden godtgjørelse for undersøkelse og behandling hos lege. Det er et vilkår for refusjon fra folketrygden at allmennlegen har fastlegeavtale med kommunen eller deltar i kommunalt organisert legevakt. Formålet med stønaden fra folketrygden er å gi hel eller delvis kompensasjon for utgifter til helsetjenester ved sykdom, skade eller lyte, svangerskap og fødsel.

Fastlegeordningen finansieres ved basistilskudd fra kommunen per innbygger på legens liste, stykkprisrefusjoner fra trygden og egenandeler fra pasientene. Tilsvarende finansieres legevaktstjenesten normalt ved beredskapsgodtgjøring fra kommunen, trygderefusjoner og egenandeler.

Egenandelen ved konsultasjon hos allmennlege er i 2010 fastsatt til 132 kroner. Dersom legen er spesialist i allmennmedisin, er egenandelen 172 kroner. Egenandel for legevakt på kveldstid er henholdsvis 225 kroner eller 265 kroner. Egenandeler ved allmennlegetjenester inngår i egenandelstak 1-ordningen. Se avsnitt 6.4 for nærmere omtale.

6.3.2 Fysioterapi

Fysioterapitjenester ytes av flere instanser:

- i sykehus
- av kommunenes fastlønte fysioterapeuter
- av privatpraktiserende fysioterapeuter med driftsavtale
- av privatpraktiserende fysioterapeuter uten driftsavtale

I sykehus er fysioterapibehandling i utgangspunktet uten egenandel, og gis da fortrinnsvis til innlagte pasienter (heldøgnsopphold). Det er ingen egenandel på heldøgnsopphold i sykehus.

Det er samme regler for betaling av egenandel ved fysioterapi hos kommunalt ansatte fysioterapeuter som hos privatpraktiserende fysioterapeuter med kommunal driftsavtale. Fastlønte fysioterapeuter behandler imidlertid i hovedsak prioriterte grupper, som normalt er fritatt for egenandel.

Folketrygden yter stønad til behandling hos privatpraktiserende fysioterapeuter med driftsavtale. Utgiftene dekkes etter folketrygdloven § 5-8 og forskrift om stønad til dekning av utgifter til fysioterapi. Forskriften angir blant annet hvilke former for fysioterapi det kan gis stønad til, og de medisinske vilkårene for stønad. Det er et vilkår

for slik refusjon at fysioterapeuten har avtale om driftstilskudd med kommunen og at pasienten er henvist fra lege, kiropraktor eller manuellterapeut.

Egenandeler ved behandling hos fysioterapeut er i 2010 eksempelvis 113 kroner (30 min), 148 kroner (40 min) og 200 kroner (60 min). I tillegg kommer ulike egenandeler ved eventuell tilleggsbehandling som ultralyd, elektroterapi, laser og lignende. Egenandel hos fysioterapeut med kommunal driftsavtale kommer inn under egenandelstak 2. Se avsnitt 6.4 for nærmere omtale.

Mange fysioterapipasienter betaler ikke egenandel, fordi de har diagnoser som kommer inn under den såkalte diagnoselisten, som gir fritak for egenandel. Diagnoselisten omfatter om lag 100 diagnoser, og blant annet en rekke kroniske lidelser – som nevrologiske lidelser og revmatiske sykdommer. I tillegg gis det fritak for egenandel ved yrkesskade og for barn under 12 år mv.

6.3.3 Svangerskaps- og fødselsomsorg

Svangerskapskontroller og fødselshjelp er gratis i den offentlige helsetjenesten. Lege, jordmor og helsestasjon kan ikke kreve egenandel av den gravide. Folketrygden yter full refusjon etter regulerte takster.

Utgifter til kontrollundersøkelser under svangerskap som utføres av jordmor, dekkes etter folketrygdloven § 5-12 og forskrift om stønad til dekning av utgifter til jordmorhjelp. Det er et vilkår for refusjon at jordmor har kommunal driftsavtale eller er ansatt i kommunen.

6.3.4 Kiropraktikk

Folketrygden gir stønad til behandling hos kiropraktor i henhold til folketrygdloven § 5-9 og forskrift om stønad til dekning av utgifter til behandling hos kiropraktor. Det gis stønad for inntil 14 behandlinger per kalenderår. Trygdens stønad utgjør 115 kroner for undersøkelse og 55 kroner per behandling. Kiropraktorer har fri prissetting. Pasientens utgift eller egenbetaling utgjør dermed mellomlegget mellom kiropraktorens pris og stønaden fra det offentlige. Kiropraktorer er ikke knyttet til det offentlige helsetilbudet gjennom driftsavtale. Pasienters utgift til kiropraktor inngår ikke i frikortordningene.

6.3.5 Logopedisk og ortoptisk behandling

Folketrygden dekker utgifter til behandling hos privatpraktiserende logoped og audiopedagog. Det er et vilkår for refusjon for logopedisk og audiopedagogisk behandling at det foreligger henvisning fra lege. Utgifter til behandling hos ortoptist dekkes når pasienten er henvist fra spesialist i øyesykdommer.

Folketrygden yter stønad etter fastsatte takster. Logoped og audiopedagoger har fri prisfastsetting, men utøverne forholder seg til veiledende honorartakster fastsatt av Norsk Logopedlag. Tjenestene er etter dagens ordning gratis for brukerne.

6.3.6 Legespesialist

Folketrygden dekker utgifter til legehjelp hos privatpraktiserende legespesialister som har avtale om driftstilskudd med et regionalt helseforetak. Offentlig fastsatt egenandel ved konsultasjon hos spesialist er 295 kroner, og inngår i egenandelstak 1.

6.3.7 Poliklinisk virksomhet

Poliklinisk virksomhet omfatter undersøkelse, diagnostisering og behandling innenfor de fleste medisinske områder. Over statsbudsjettet gis det refusjoner til poliklinisk virksomhet i helseforetakene, eller i institusjoner som har avtale med et regionalt helseforetak. Egenandelen ved poliklinikk følger egenandelen for konsultasjon hos legespesialist, og inngår i egenandelstak 1.

Utgifter til bandasjemateriell mv. inngår ikke i egenandelstak 1, og dekkes fullt ut av pasienten.

6.3.8 Psykolog

Folketrygden yter stønad til psykologhjelp hos privatpraktiserende spesialist i klinisk psykologi. Med visse unntak er det et vilkår for refusjon at psykologen har driftsavtale med regionalt helseforetak. Det er også et vilkår at pasienten er henvist fra lege eller fra leder ved barnevernsadministrasjon. Dette gjelder likevel ikke for inntil tre utredende undersøkelser eller samtaler.

Stønad ytes etter fastsatte takster, og pasienten må vanligvis betale en egenandel. Ved behandling av barn og ungdom under 18 år, ved HIV-infeksjon og ved visse former for krisepsykologisk behandling, er pasienten fritatt for å betale egenandel.

Egenandelen ved konsultasjon hos spesialist i klinisk psykologi varierer ut fra hvor lenge konsultasjonen varer. Eksempelvis er egenandelen 295 kroner for en konsultasjon på 1/2 til 1 time). Egenandelen inngår i egenandelstak 1.

6.3.9 Tannhelse

Den offentlige tannhelsetjenesten gir tilbud til følgende definerte grupper i henhold til tannhelseslovens bestemmelser: eldre, langtidssyke og uføre i institusjon og hjemmesykepleie, psykisk utviklingshemmede og barn og ungdom til og med det året man fyller 20 år. Personer mellom 18 til 20 år betaler 25 prosent egenandel, mens de øvrige gruppene har fullt fritak for egenandel.

Folketrygden yter stønad etter fastsatte takster til undersøkelse og behandling som utføres av privatpraktiserende tannlege ved enkelte diagnoser, lidelser og behandlingsformer. Disse er definert i folketrygdloven § 5-6 og omfatter hovedsaklig kjeveortopedi (tannregulering), periodontittbehandling og rehabilitering av tenner tapt som følge av periodontitt og ved sjeldne medisinske tilstander og sykdommer. Vilkårene i folketrygdlovens bestemmelser må oppfylles for at tannbehandling skal være refusjonsberettiget. I enkelte tilfeller gis full dekning (honorartakst). I familier med to eller flere søsken med behov for kjeveortopedi, økes den prosentvise refusjonen fra og med det andre barnet (søskenmoderasjon).

Pasientens utgifter i de tilfeller hvor folketrygden yter stønad til tannbehandling, består av *egenandelen* (differansen mellom trygdens honorartakst og refusjonstakst) og eventuelt et *mellomlegg* mellom honorartakst og tannlegens pris dersom denne er høyere enn de takster som staten fastsetter. Bakgrunnen for at det skilles mellom hva som er egenandel og hva som er mellomlegg er at privatpraktiserende tannleger ikke er omfattet av offentlig prisregulering, men har fri prisfastsetting. Privatpraktiserende tannleger tar som oftest en høyere pris enn honorartaksten. Dermed må de fleste pasientene som oftest betale et mellomlegg selv når de har rett til økonomisk støtte fra det offentlige.

I egenandelstak 2 inngår egenandeler ved sykdommer og anomalier i munn og kjeve, undersøkelse ved kjeveortopedisk behandling (tannregulering), samt periodontitt. Det er bare beløpet som er definert som egenandel, som inngår i egenandelstak 2-ordningen.

6.3.10 Private laboratorier og røntgeninstitut

Private medisinske laboratorier og røntgeninstitut inngår i det samlede tilbudet av spesialisthelsetjenester. Folketrygden yter refusjon dersom laboratoriet eller røntgeninstituttet har avtale med et regionalt helseforetak og det dreier seg om nødvendig undersøkelse eller behandling på grunn av sykdom eller mistanke om sykdom. Stønad ytes etter fastsatte takster. Det er et vilkår for refusjon at laboratorieundersøkelser er rekvirert av lege, tannlege eller jordmor. Undersøkelser ved røntgeninstitut må være rekvirert av lege, tannlege, kiropraktor eller manuellterapeut.

Priser og egenandeler er regulert. Brukeren betaler samme egenandel som på offentlig poliklinikk: 210 kroner for røntgenundersøkelse og 47 kroner for laboratorieprøve. Egenandelen for konsultasjon hos lege inkluderer eventuell blodprøve og urinprøve.

Egenandeler inngår i egenandelstak 1, forutsatt at virksomheten har avtale med regionalt helseforetak. Samme regler for fritak for egenandeler gjelder som for øvrige tjenester under egenandelstak 1 – se avsnitt 6.4 om generelle bestemmelser.

6.3.11 Legemidler – reseptfrie legemidler og legemidler på hvit resept

Pasienter har i utgangspunktet begrensede muligheter til å få dekket utgifter til reseptfrie legemidler eller legemidler på hvit resept. Det finnes imidlertid enkelte ordninger:

- Pasienter innlagt på sykehus, eller i heldøgns omsorg og pleie mv. har rett til legemidler uten egenandel.
- Gjennom bidragsordningen som er hjemlet i folketrygdloven § 5-22 er det adgang til å søke trygden om å få dekket 90 prosent av utgifter til legemidler på hvit resept som overstiger 1 600 kroner. Det kreves legeerklæring som begrunner behovet for legemidlene. Se nærmere omtale av bidragsordningen nedenfor i avsnitt 6.3.15.

6.3.12 Legemidler på blå resept

Folketrygden yter stønad til legemidler hovedsaklig etter folketrygdloven § 5-14 med tilhørende forskrift (blåreseptforskriften). Regelverket skal sikre refusjon av utgifter for pasienter med alvorlig og kronisk sykdom eller med høy risiko for sykdom, hvor det er nødvendig med langvarig medikamentell behandling.

En rekke legemidler er forhåndsgodkjent for forskrivning på blå resept. Refusjonskravet for legemidlene inntreffer straks legen skriver ut en blå resept. For andre legemidler må Helseøkonomiforvaltningen (HELFO) først ta stilling til om refusjon skal gis etter søknad fra pasientens lege, før pasienten eventuelt har rett til å få dekket legemiddelutgiftene over blåreseptordningen.

Pasienten betaler en egenandel på 38 prosent (fra og med 1. januar 2010), men maksimalt 520 kroner per ekspedisjon for legemidler på blå resept i 2010. Egenandeler til legemidler på blå resept inngår i egenandelstak 1. Noen grupper, som barn under 16 år, minstepensjonister og yrkesskadde er fritatt egenandel ved kjøp av legemidler på blå resept, jf. blåreseptforskriften § 8.

6.3.13 Medisinsk forbruksmateriell på blå resept

I tillegg til at blåreseptordningen gjelder legemidler, omfatter ordningen også medisinsk forbruksmateriell. Dette er utstyr og forbruksmateriell som skal dekke det daglige behovet for forbruksartikler til pasienter utenfor institusjon. Det forbruksmateriellet som omfattes framgår av forskriften, og av lister utarbeidet med hjemmel i denne. Pasientens egenandel er den samme som for legemidler på blå resept og inngår i egenandelstak 1. Vilkåret for refusjon er at utstyret er forskrevet av lege på samme måte som for legemidler. De dominerende pasientgruppene på dette området er diabetikere, stomipasienter (framlagt tarm) og pasienter med inkontinens (blant annet urinlekkasje), og materiellet omfatter blant annet insulinsprøyter, injeksjonspenn, stomiutstyr, bleier og dietetiske næringsmidler. Forbruksmateriellet blir levert av apotek og bandasjister.

6.3.14 Pasientreiser i forbindelse med undersøkelse og behandling

Personer som trenger helsetjenester – enten det er primærhelsetjenester eller spesialisthelsetjenester – har rett til delvis økonomisk dekning av reiseutgifter. Regionale helseforetak har finansieringsansvaret for alle pasientreiser, og de har ansvar for regler for bruk av transportmidler og administrasjon. For pasientreiser i forbindelse med undersøkelse og behandling er det fastsatt en egenandel på maksimalt 130 kroner hver vei (fra og med 1. januar 2010).

Ved fritt sykehusvalg er egenandelen ved pasientreiser i forbindelse med undersøkelse og behandling fastsatt til 400 kroner hver vei. Denne egenandelen må betales i sin helhet av pasienten selv, og inngår ikke i frikortordningene. Egne regler gjelder dersom pasienter oppsøker behandling i utlandet. Det er vedtatt nye lovregler for behandling i utlandet som ventes iverksatt tidligst i løpet av 2010. Bestemmelser i forskrift er ennå ikke fastsatt.

6.3.15 Bidragsordningen – folketrygdloven § 5-22

Det kan ytes bidrag til dekning av utgifter til helsetjenester når utgiftene ikke ellers dekkes etter folketrygdloven eller andre lover. De viktigste bidragsformålene målt etter utgiftenes størrelse er legemidler. Det kan søkes om støtte blant annet til følgende formål:

- legemidler på hvit resept
- medisinsk forbruksmateriell
- kurs og opphold ved Montebellosenteret (kreftbehandling)
- kurs og opphold i utlandet for personer eller pårørende med sjeldne lidelser
- kurs og opphold i utlandet for spesielle behandlingsmetoder som det ikke gis tilbud om i Norge
- avlastningsopphold for blinde og svaksynte på særskilte institusjoner

I de fleste tilfellene ytes bidrag med dekning av 90 prosent av utgiftene som overstiger 1 600 kroner i løpet av et kalenderår.

Formålet med bidragsordningen er å fange opp det som de ordinære finansieringsordningene ikke dekker, og som ellers innebærer store utgifter for pasientene. Regelverket i bidragsordningen er slik at brukeren selv anskaffer materiellet og legger ut for kostnadene. For noen bidragsformål dekkes utgiftene fullt ut uten egenbetaling.

Hele familiens utgifter til ulike formål kan sees under ett, men hvert enkelt familiemedlems utgift til ett formål må ha oversteget 1 600 kroner. Det gjøres da bare ett bunnfradrag for familiens samlede utgifter til ulike bidragsformål.

For noen bidragsformål er det særskilte regler med hensyn til hvor mye du selv må betale og hvor mye staten dekker. Dette gjelder blant annet medisiner ved assistert befruktning. Man må selv betale 15 000 kroner, og det overskytende dekkes av folketrygden. For prevensjonsmidler til kvinner mellom 16 og 20 år dekker staten 100 kroner per tre måneders forbruk. For dyrere prevensjonsmidler må man betale mellomlegget selv.

6.3.16 Opphold i opptreningsinstitusjon eller annen privat rehabiliteringsinstitusjon

Egenandel for opphold i opptreningsinstitusjon eller rehabiliteringsinstitusjon som har inngått avtale med et regionalt helseforetak er 123 kroner per døgn (fra og med 1. januar 2010). Egenandelen inngår i egenandelstak 2.

6.3.17 Behandlingsreiser (klimareiser) til utlandet

Behandlingsreiser (klimareiser) til utlandet er et tilbud til personer med blant annet revmatologiske lidelser. Behandlingsreisene administreres av Oslo universitetssykehus. Fastsatt egenandel er 102 kroner per døgn. Barn under 18 år betaler ikke egenandel. Egenandelen inngår i egenandelstak 2.

6.3.18 Hjemmesykepleie

Kommunene har ikke adgang til å ta egenandel for hjemmesykepleie. Denne bestemmelsen er fastsatt av staten og følger av kommunehelsetjenesteloven og tilhørende forskrift (vederlagsforskriften).

6.3.19 Praktisk bistand

Ifølge lov om sosiale tjenester skal kommunene tilby personer med funksjonsnedsettelse eller andre med særlig hjelpebehov praktisk bistand og opplæring, støttekontakt eller plass i institusjon eller bolig.⁸ I vederlagsforskriften som er hjemlet i lov om sosiale tjenester gis det anledning for kommunene til å kreve egenandel for praktisk bistand.

Kommunene bestemmer i utgangspunktet selv hvilken betaling de tar for å yte praktisk bistand, men enkelte rammer er satt gjennom vederlagsforskriften som er hjemlet i lov om sosiale tjenester. En begrensning er at det ikke kan kreves betaling for personlig stell og pleie. I tillegg kommer bestemmelser om at betalingen ikke kan overstige kommunens kostnader ved å yte tjenesten. I tillegg er det et vilkår i vederlagsforskriften at samlet vederlag ikke skal settes høyere enn at brukerne beholder en tilstrekkelig del av inntekten til å dekke personlige behov og bære sitt ansvar som forsørger. Husstander med en skattbar nettoinntekt før særfradrag som er under 2 G (to ganger folketrygdens grunnbeløp), skal ikke betale mer enn 160 kroner per måned. Innenfor disse rammene

⁸ Se lov 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v. (sosialtjenesteloven).

har kommunene relativt stor frihet til å utforme betalingen for sine tjenester, og det er også stor variasjon av hvor mye kommunene tar i egenbetaling, og om betalingen foretas i abonnementssystemer eller gjennom andre ordninger.

Kommunen fordeler disse tjenestene på de brukerne som i henhold til loven har rett på praktisk bistand og andre former for støtte, ut fra hvem kommunen mener har behov for bistand. I tillegg til pris, varierer omfanget av tilbudet i ulike kommuner.

Praktisk bistand omfatter blant annet hjemmehjelp og brukerstyrt personlig assistanse (BPA). *Hjemmehjelp* ytes i alle kommuner. Hjemmehjelp er ikke et entydig begrep og det varierer derfor fra kommune til kommune hvilke tjenester ordningen omfatter. *Brukerstyrt personlig assistanse (BPA)* er en alternativ organisering av praktisk og personlig hjelp til personer med funksjonsnedsettelse som på grunn av handikap, alder eller sykdom har behov for hjelp i dagliglivet, både i og utenfor hjemmet. BPA er en ordning som kommunene plikter å ha på linje med de andre lovregulerte tjenestene etter sosialtjenesteloven. I tillegg varierer det mellom kommuner om praktisk bistand i tillegg omfatter vaktmestertjenester og ledsagertjenester.

Egenandeler ved praktisk bistand etter sosialtjenesteloven kommer ikke inn under de nasjonale skjermingsordningene (egenandelstak 1 og 2). Enkelte kommuner har imidlertid innført egne bestemmelser som setter et tak på hvor høye årlige utgifter deres brukere skal ha for slike tjenester.

6.3.20 Avlastningstiltak og støttekontakt

Kommunene har ikke adgang til å ta egenbetaling fra brukere som mottar avlastningstiltak eller støttekontakt i henhold til lov om sosiale tjenester. I utgangspunktet skal det derfor ikke være utgifter for brukerne knyttet til slike kommunale tjenester.

6.4 Relevante egenandelsbestemmelser – egenandelstak 1 og 2

Egenandelstak 1 og 2 er nasjonale skjermingsordninger der det fastsettes årlige tak for hvor mye den enkelte innbygger samlet sett skal betale i egenandeler for helsehjelp. Etter at taket er nådd, har brukeren rett til frikort, og egenandeler utover taket dekkes av folketrygden for resten av kalenderåret. Egenandelstakordningene skjermer dermed storforbrukere av helsetjenester mot høye utgifter til helsetjenestene som inngår i takordningene.

6.4.1 Generelle fritaksbestemmelser for egenandel

I visse tilfeller skal det ikke betales egenandel for tjenestene som omfattes av egenandelstak 1 og 2. Dette gjelder blant annet:

- ved kontrollundersøkelser under svangerskap, ved fødsel og ved behandling for sykdom i forbindelse med svangerskap og fødsel

- ved skader eller sykdom som skyldes yrkesskade eller krigsskade
- for barn under 16 år ved tjenester som inngår i egenandelstak 1-ordningen (økt fra 12 til 16 år fra 1. januar 2010)
- ved undersøkelse, behandling og kontroll for allmennfarlige smittsomme sykdommer.

Det framgår av hver enkelt stønadsforskrift hvilke grupper som er fritatt for egenandeler på de respektive stønadsområdene.

Fra 2010 er barn under 16 år fritatt for egenbetaling for alle tjenester som kommer inn under egenandelstak 1. I tillegg er barn under 12 år fritatt for egenbetaling hos fysioterapeut. Ved fysioterapi er pasienter med visse diagnoser (kroniske sykdommer, opptrening etter større operasjoner) fritatt for egenandel. Listen over diagnoser som gir egenandelsfritak omfatter om lag 100 diagnoser, jf. avsnitt 6.3.2. Barn og ungdom opp til 18 år er fritatt for betaling hos psykolog og innen barne- og ungdomspsykiatrien. Minstepensjonister er fritatt for betaling for legemidler og medisinsk forbruksmateriell på blå resept. Tannhelsetjenester er gratis for eldre, langtidssyke og uføre i institusjon og hjemmesykepleie, psykisk utviklingshemmede og barn og ungdom opp til 18 år. 19- og 20-åringer betaler 25 prosent egenandel for tannhelsetjenester.

Det er heller ikke egenbetaling for sykehusbehandling, personrettede tjenester i hjemmebasert omsorg («hjemmesykepleie») og tekniske hjelpemidler fra trygden.

6.4.2 Egenandelstak 1

Egenandelstak 1 omfatter egenandeler ved:

- undersøkelse og behandling hos fastleger og legespesialister
- poliklinisk virksomhet
- Undersøkelse og behandling hos psykolog
- Laboratorie- og røntgenvirksomhet
- Legemidler og medisinsk forbruksmateriell på blå resept
- pasientreiser i forbindelse med undersøkelse og behandling

For 2010 er egenandelstak 1 fastsatt til 1 840 kroner.

Om lag 900 000 helsetjenestebrukere oppnår hvert år frikort på egenandelstak 1. De siste to årene har antall frikort gått noe ned. I 2008 fikk 879 000 brukere utstedt frikort, derav 437 000 alders- og uførepensjonister hvorav 85 000 med minstepensjon. Det ble utstedt 24 000 færre frikort i 2008 enn året før (-2,7 prosent). Ved utgangen av 2008 var det totalt 938 000 alders- og uførepensjonister i Norge og 47 prosent av disse mottok dermed frikort.

Om lag halvparten, eller 415 000, av frikortmottakerne i 2008 er i arbeidsfør alder og hadde arbeidsinntekt i 2007. Dette innebærer at om lag 14 prosent av de arbeidsføre med inntekt mottar frikort i egenandelstak 1-ordningen. Gjennomsnittlig pensjonsgivende inntekt (i 2007) for frikortmottakere med arbeidsinntekt i 2008 var 269 000 kroner mot 315 000 kroner for alle arbeidsføre med inntekt i Norge.⁹

6.4.3 Egenandelstak 2

Egenandelstak 2 omfatter egenandeler ved:

- undersøkelse og behandling hos fysioterapeut
- enkelte former for tannlegehjelp
- rehabiliteringsopphold ved opptreningsinstitusjon eller annen privat rehabiliteringsinstitusjon som har driftsavtale med regionalt helseforetak
- behandlingsreiser til utlandet

For 2010 er egenandelstak 2 fastsatt til 2 560 kroner.

Egenandelstak 2 er satt ned fra 4 500 kroner ved innføringen i 2003, og om lag halvert (-47 prosent) i løpet av de seks årene ordningen har eksistert, når vi korrigerer for utviklingen i konsumprisene. Dette har medvirket til at antall frikortmottakere har økt kraftig fra 3 800 personer i innføringsåret 2003 til 50 200 personer i 2008. Antall utstedte frikort har vært forholdsvis stabilt de siste tre årene. De fleste som oppnår frikort i egenandelstak 2-ordningen, oppnår også frikort på egenandelstak 1-ordningen (i 2008 29 000, dvs. 59 prosent).

6.5 Øvrige stønadsordninger over folketrygden

Hittil i kapitlet er det omtalt de viktigste støtteordningen for helse- og sosialtjenester, samt de mest sentrale bestemmelsene for egenandeler og egenbetaling.

I tillegg har folketrygden en del særskilte stønadsordninger som ikke er rettet mot primære helse- og sosialtjenester, men som likevel er viktige ordninger som benyttes mye av personer med langvarige og sammensatte behov. Blant annet omtales her hjelpemiddelområdet (stønad til hjelpemidler og stønad til bil), samt grunn- og hjelpestønad.

6.5.1 Hjelpemiddelområdet – stønad til hjelpemidler

Regjeringen har satt ned et utvalg som skal foreta en helhetlig gjennomgang av hjelpemiddelområdet. Utvalget skal avgi sin innstilling innen 30. april 2010. Utvalget skal foreta en bred gjennomgang av forvaltning, organisering og finansiering på hjelpemiddelområdet.

⁹Tallene er hentet fra Arbeids- og velferdsetatens inntektsregister for 2007.

Personer med varige funksjonsnedsettelse har i henhold til folketrygdloven¹⁰ §§ 10-5 og 10-6 en rett til hjelpemidler når disse er nødvendige og hensiktsmessige for å skaffe seg eller beholde høvelig arbeid, bedre funksjonsevnen i dagliglivet eller for å kunne bli pleiet i hjemmet. For at det skal regnes som en varig funksjonsnedsettelse etter folketrygdloven må funksjonsnedsettelsen vare i to år eller mer. Staten har finansieringsansvaret for hjelpemidlene som ytes etter folketrygdloven. Stønadstilbudet er regulert i folketrygdloven § 10-7. Med hjemmel i § 10-7 sjette ledd er det gitt et omfattende og detaljert forskriftverk. Stønadens gis i form av utlån av, tilskudd til eller lån til ulike former for ”hjelpemidler”.

Hjelpemidler og tilrettelegging forstås som en gjenstand eller et tiltak som kan bidra til å løse praktiske problemer i hjem, skole, arbeid og fritid. Hjelpemidler og tilrettelegging kan bedre funksjonsevnen, øke selvhjelpenheten og lette pleien av personer med funksjonsnedsettelse. Hjelpemidler kan også inngå som en del av en større tilrettelegging, der bygningsmessige endringer, tilpassing av aktiviteter og oppgaver eller personhjelp vurderes.

Hjelpemiddelsentralene har kompetanse om hvordan hjelpemidler, tolk og ergonomiske tiltak kan kompensere eller avhjelpe funksjonstap. Sentralene gir faglig bistand og informasjon til sine samarbeidspartnere. Rådgivning om tilretteleggingsløsninger er derfor ikke bare knyttet til virkemidler som finansieres via folketrygden. Hjelpemiddelsentralenes kompetanse er også overførbar til hjelpemidler og tilrettelegging der finansieringen ivaretas av andre, for eksempel arbeidsgiver, studiested eller kommunen.

Da ansvaret for sykehusene ble overført til staten ble behandlingshjelpemidler fra folketrygden overført til de statlige helseforetakene (fra 1. januar 2003), (se avsnitt 6.6 for omtale av behandlingshjelpemidler).

Folketrygden gir vanligvis støtte til det rimeligste av de hjelpemidlene som avhjelper problemet. Hjelpemiddelsentralene låner ut både nytt og gjenbrukt utstyr. Det aktuelle hjelpemidlet lånes ut fra hjelpemiddelsentralen uten kostnader for bruker.

Folketrygden dekker ikke hvitevarer, brunevarer, alminnelig kjøkkenutstyr eller vanlige møbler. Dette er hjelpemidler som er vanlig for alle. Man kan imidlertid få støtte til ekstrautstyr eller tilpasning som er nødvendig for å kunne ta vanlige ting i bruk. Gjennom folketrygden gis det i utgangspunktet ikke stønad til hjelpemidler til forebygging. Det er imidlertid gjort et unntak for barn og unge under 26 år, som kan få stønad til hjelpemidler til trening, aktivisering og stimulering for å opprettholde eller

¹⁰ Lov 28. februar 1997 nr. 19 om folketrygd (folketrygdloven)

bedre motorisk og kognitiv funksjonsevne. Det kan også gis stønad til spesial- eller ekstrautstyr i forbindelse med leke- og sportsaktiviteter, som for eksempel spesialkjelker. Stønad er imidlertid avgrenset mot vanlige leker, sports- og konkurranseutstyr.

Det ytes videre stønad til følgende: Hjelpemidler i forbindelse med tilrettelegging under utdanning og i arbeid, hjelpemidler i hjemmet, blant annet synshjelpemidler, hørselshjelpemidler, stønad til tilrettelegging i boligen, hjelpemidler til personlig hygiene, bevegelseshjelpemidler som rullestol, kommunikasjons-hjelpemidler, hjelpemidler for kognitiv funksjonsnedsettelse, datahjelpemidler og stønad til bil.

Hjelpemiddelområdene som er organisert i fylkeskommunene er: ortopediske hjelpemidler, høreapparater, grunnmønster til søm av klær, førerhund, tilpassingskurs for synshemmede, hørselshemmede og døvblinde, opphold på folkehøyskole for å bedre funksjonsevnen i dagliglivet. For seksualtekniske hjelpemidler er det etablert en egen rekvisisjonsordning som er sentralisert til ett forvaltningskontor på landsbasis.

Særlig om stønad til bedring av funksjonsevnen i dagliglivet

Etter folketrygdloven § 10-6, ytes det stønad til personer som har fått sin funksjonsevne i dagliglivet vesentlig og varig nedsatt på grunn av sykdom, skade eller lyte. Eksempler på formål det gis støtte til, er rullestol, ganghjelpemidler, løftehjelpemidler og andre forflytningshjelpemidler, hjelpemidler til boligtilpasning, heiser, løfteplattformer, trappeheis, tilskudd til boligendring, optiske og elektroniske hjelpemidler og utstyr til miljøforbedring.

Av stønadsordningene innenfor sosialområdet, dvs. grunn- og hjelpestønad, hjelpemidler mv., er hjelpemidler til bedring av funksjonsevnen i dagliglivet den bevilgningsmessig største ordningen. I 2010 er det budsjettet med om lag 3 mrd. kroner til dette formålet over statsbudsjettet. Innenfor denne stønadsordningen var de største utgiftspostene over statsbudsjettet i 2008 hjelpemidler til husholdning og bolig (729,2 mill. kroner) og elektrisk rullestol (558,4 mill. kroner).

6.5.2 Hjelpemiddelområdet – stønad til bil

Når bruk av offentlig transport fører til urimelige belastninger, kan det gis støtte til bil. Villkår for rett til bilstønad er at den enkelte bruker har en varig funksjonsnedsettelse som gjør at han eller hun ikke kan bruke offentlige transportmidler, eller hvis bruk av offentlig transport fører til urimelige belastninger. Stønad til bil gis på grunnlag av behov for bil til blant annet:

- Reise til og fra arbeids- eller utdanningssted
- Utføre sin funksjon som hjemmearbeidene
- Forhindre eller bryte en isolert tilværelse

- Avlaste familien i tilfeller hvor funksjonsnedsettelsen fører til særlig stor pleiebyrde og derved kan forhindre innleggelse i helseinstitusjon

Det kan gis støtte til personbil (gruppe 1) eller kassebil (gruppe 2).

Ordinær personbil (gruppe 1) gis som behovsprøvd tilskudd, med en sats som Stortinget bestemmer. Fra 1. januar 2010 er tilskuddsbeløpet fastsatt til maksimalt 146 450 kroner. Ved behovsprøving tas det hensyn til begge ektefellers inntekt. Dersom alminnelig inntekt før særfradrag overstiger 6 G, gis det ikke tilskudd til gruppe 1-bil. Velges en bil som koster mindre enn tilskuddsbeløpet, blir tilskuddet begrenset til bilprisen. I tillegg gis stønad til nødvendige tilpasninger av bilen.

Det gis støtte til kassebil (gruppe 2) for brukere som skal inn i bilen sittende i rullestol ved hjelp av heis eller rampe. Stønadene gis som rente- og avdragsfritt lån. Bruker får dekket den del av bilprisen som overstiger 150 000 kroner. De første 150 000 kronene behovsprøves mot brukerens og eventuelt ektefellens inntekt.

Som hovedregel gis stønad til gjenanskaffelse når bilen er 11 år, og vedkommende fortsatt fyller de generelle vilkårene for stønad til bil.

6.5.3 Grunn- og hjelpestønad

Grunnstønad

Formålet med grunnstønadsordningen er å gi økonomisk kompensasjon til den som etter hensiktsmessig behandling fortsatt har varig sykdom, skade eller lyte som medfører nødvendige og varige ekstrautgifter. Man kan få kompensert ekstrautgifter til:

- drift av tekniske hjelpemidler
- transport
- førerhund
- hold av teksttelefon og i særlige tilfeller vanlig telefon
- bruk av proteser, støttebandasjer og lignende
- fordyret kosthold ved diett. Nødvendigheten av spesialdiett for den aktuelle diagnosen må være vitenskapelig dokumentert og alminnelig anerkjent i medisinsk praksis
- slitasje på klær og sengetøy

Listen er uttømmende. Det er bare nødvendige ekstrautgifter som gir rett til grunnstønad. Med ekstrautgifter menes løpende utgifter som er påført medlemmet etter inntråd sykdom eller skade, og som medlemmet ikke hadde tidligere. Ekstrautgiftene må vare i 2 – 3 år eller mer for å kunne betraktes som varige. Det er ekstrautgifter som følger direkte av den medisinske tilstanden som kan kompenseres. Det må være årsakssammenheng mellom den lidelsen og de utgiftene det kreves grunnstønad for. Det er et vilkår at de samlede ekstrautgiftene for de formål som er listet opp i loven, minst svarer til laveste sats. Ekstrautgiftene må minst svare til den sats som innvilges. Grunnstønad gis etter seks satser som fastsettes av Stortinget. Per 1. januar 2010 utgjør

satsene 7 308 kroner, 11 160 kroner, 14 652 kroner, 21 576 kroner, 29 268 kroner og 36 564 kroner per år.

For enkelte diagnoser er det foretatt en forhåndsvurdering av ekstrautgifter sykdommen medfører. I disse tilfellene får vedkommende den fastsatte satsen uten nærmere vurdering. For andre tilfeller må ekstrautgiftene dokumenteres så godt som mulig.

Følgende regler gjelder:

- *Drift av tekniske hjelpemidler*: ingen forhåndsvurdering og utgiftene må vurderes konkret
- *Transport, drift av egen bil*: medlemmet må ha behov for annen transport enn tidligere og dette medfører ekstrautgifter. Ekstrautgifter (fratrasket transportutgifter som alle har) ved bruk av egen bil fastsettes som hovedregel til sats 3. Dersom vedkommende har fått stønad til bil og faktisk kan dokumentere et høyere utgiftsnivå, for eksempel fordi forsikringsutgiftene er høyere, kan høyere sats gis.
- *Førerhund*: her gis grunnstønad etter sats 3.
- *Teksttelefon*: her gis som hovedregel grunnstønad etter sats 1
- *Proteser, støttebandasje og lignende*: grunnstønaden kan ytes til dekning av ekstrautgifter som bruken av disse hjelpemidlene medfører. Det gis som hovedregel grunnstønad etter sats 1 ved bruk av arm- eller benproteser og etter sats 1 ved bruk av spesialsydd støttestrømper.
- *Kosthold ved diett*: som hovedregel må det sannsynliggjøres at dietten er alminnelig anerkjent i medisinsk praksis og at den faktisk avhjelper den aktuelle lidelsen. Det er et absolutt krav at diagnosen er fastsatt av relevant spesialist. Det er foretatt forhåndsvurdering av ekstra kostholdsutgifter for diagnosene cystisk fibrose, fenyلكetonuri (tidl. Føllings sykdom), cøliaki og tyrosinemi. Det er fastsatt forskjellige satser ved forskjellige alderstrinn: Cystisk fibrose: fra 1 – 14 år gis grunnstønad etter sats 3, og fra 15 og over etter sats 4. Fenyلكetonuri: fra 1 – 14 år gis grunnstønad etter sats 2, og fra 15 og over gis etter sats 3. Cøliaki og tyrosinemi: fra 1 – 3 år gis grunnstønad etter sats 2, og fra 4 år og over gis etter sats 4.
- *Slitasje på klær og sengetøy*: ingen forhåndsvurdering, hver sak må vurderes konkret. Det dreier seg om utgifter til ekstraordinær slitasje på klær eller sengetøy enten som følge av uvanlig ofte vasking eller at selve bruken medfører ekstra slitasje.

Ved utgangen av 2008 var:

- 12,2 prosent av grunnstønadmottakerne under 18 år
- 23,9 prosent alderspensjonister
- 38,6 prosent uførepensjonister (varig uføre)

Restkategorien på 25,3 prosent av grunnstønadmottakerne var 18 år eller eldre, og ikke mottakere av alders- eller uførepensjon. I restkategorien er det i tillegg en liten gruppe

AFP-pensjonister, samt en del mottakere av tidsbegrenset uføreytelse, rehabiliteringspenger og attføringspenger. Endelig er det sannsynlig at en del er skoleelever eller studenter.

Hjelpestønad

Hjelpestønad gis til den som på grunn av varig sykdom, skade eller lyte har behov forsærskilt pleie og tilsyn. I utgangspunktet må hjelpebehovet vare i 2-3 år eller mer for å kunne betraktes som varig. Det er en forutsetning at man har et privat pleieforhold eller at hjelpestønaden setter bruker i stand til å opprette et slikt privat pleieforhold. Når hjelpebehovet vurderes, vil det også legges vekt på behovet for stimulering, opplæring og trening som skjer i hjemmet. Det er et vilkår for rett til hjelpestønad at hjelpebehovet har et omfang som kan svare til et vederlag på minst samme nivå som den fastsatte satsen for hjelpestønad.

Med privat pleieforhold menes at pleien eller tilsynet blir utført av private, for eksempel – ektefelle, barn, foreldre, andre slektninger, naboer eller at det leies privat hjelp.

Hjelpebehov som det offentlige dekker etter andre lover, for eksempel hjemmesykepleie, kan ikke dekkes av hjelpestønad. Dette gjelder selv om man må betale egenandel til kommunen for tjenesten. Dersom man er hjelpetrengende og ikke har klart å få i stand et faktisk pleieforhold på grunn av svak økonomi, kan man likevel få hjelpestønad. Forutsetningen er at man da får i stand et pleieforhold når hjelpestønaden blir utbetalt.

Etter folketrygdloven § 6-4 sjette ledd kan det gis hjelpestønad samtidig som det er adgang til å gi kommunal omsorgslønn. I slike tilfeller skal hjelpestønaden gis først. Kommunen kan da ta hensyn til hjelpestønaden ved tildeling og utmåling av omsorgslønn.

Ordinær hjelpestønad (sats 1) utgjør 13 104 kroner per år (fra 1. januar 2010).

Forhøyet hjelpestønad

Forhøyet hjelpestønad kan gis til barn og unge under 18 år dersom de har et pleie- og tilsynsbehov som er vesentlig større enn det som dekkes av ordinær hjelpestønad. Det er en forutsetning at forhøyet hjelpestønad øker barnets muligheter for å bli boende hjemme. Det er den totale arbeidsbelastningen til den som utfører pleien eller tilsynet som er avgjørende, og ikke omfanget av utgifter til leid hjelp eller inntektstap som følge av pleiebyrden.

Fra 1. januar 2010 utgjør satsene for forhøyet hjelpestønad per år 26 208 kroner (sats 2), 52 416 kroner (sats 3) og 78 624 kroner (sats 4).

6.6 Behandlingshjelpemidler

De siste tiårene har det skjedd en utvikling hvor spesialisert medisinsk behandling har kunnet skje hjemme hos pasientene. Dette gjelder blant annet hjemmerespiratorbehandling, behandling av søvnapné og langtids oksygenbehandling. Behandlingshjelpemidler forstås vanligvis som medisinsk-teknisk utstyr eller hjelpemidler som er knyttet til behandling i helsetjenesten, men er ikke klart definert. Regionale helseforetak har hatt ansvaret for behandlingshjelpemidler som inngår i spesialisert behandling i hjemmet siden 2003. Regionale helseforetaks ansvar følger av deres lovpålagte ansvar for å sørge for nødvendig helsehjelp til innbyggerne. Vurderingen av hvilke behandlingshjelpemidler som bør benyttes, er ikke nærmere regulert i lov eller forskrift.

Helsedirektoratet har ledet en gjennomgang av behandlingshjelpemiddelområdet, og avga en rapport til Helse- og omsorgsdepartementet i 2008.¹¹

Behandlingshjelpemidler i spesialisthelsetjenesten legger til rette for at behandling kan skje utenfor sykehus, og at det skjer en overgang mot at pasienten selv kan håndtere utstyret ut fra en normalsituasjon der man bor hjemme.

Eksempler på behandlingshjelpemidler som regionale helseforetak har ansvar for, er:

- Medisinsk-teknisk utstyr til respirasjon – respiratorer, medisinsk oksygen, inhalasjonsapparat
- Medisinsk-teknisk utstyr til ernæring
- Insulinpumper til diabetikere
- Infusjonspumper, smertepumper
- Apparat til INR-målinger (koagulering av blod)
- Forbruksmateriell i tilknytning til utstyret

Regionale helseforetak har et samlet ansvar, og har organisert dette inn under om lag 17 enheter i helseforetakene som sørger for behandlingshjelpemidler til omkring 70 000-80 000 pasienter årlig. Behandlingshjelpemidlene eies av helseforetakene, og pasientene låner utstyret. I hovedsak er det leger på sykehus som vurderer spørsmålet om nødvendig utstyr og forbruksmateriell på vegne av pasientene. I mange tilfeller søker også sykehusleger på vegne av pasienten. Det er behandlingsenheten som fatter vedtak om hvilke behandlingshjelpemidler som skal kjøpes inn, og hvilket hjelpemiddel pasienten skal få. Vedtak kan klages inn til Helse- og omsorgsdepartementet. Helseforetakenes kostnader til behandlingshjelpemidler er om lag 500 mill. kroner årlig. Dette er finansiert over basisbevilgningen til regionale helseforetak.¹²

¹¹ Se rapport IS-1531.

¹² Nærmere informasjon finnes på www.behandlingshjelpemidler.no

Pasientene betaler i utgangspunktet ikke egenandel for å låne eller bruke behandlingshjelpemidler. Særskilte merbehov må i enkelte tilfeller dekkes av pasienten selv. Det kan av og til oppstå uenighet der pasienter ønsker utstyr som ikke inngår i det sortimentet regionalt helseforetak har avtale om å kjøpe inn. I slike tilfeller kan det være at enkelte pasienter velger å kjøpe utstyret for egen regning. Om pasienter deretter krever særfradrag, er usikkert.

Med den medisinske og teknologiske utviklingen kommer det hele tiden nye behandlingshjelpemidler på markedet, som også vurderes av regionale helseforetak ved innkjøp av hjelpemidler. Arbeidsgruppen har ikke hatt tilgjengelige opplysninger om i hvor stor grad pasienter selv tar på seg kostnaden for å anskaffe behandlingshjelpemidler de ikke får støtte til gjennom regionalt helseforetak. Det er imidlertid rimelig å anta at det meste av utstyret er såpass kostbart, at de færreste pasienter vil velge annet enn det regionalt helseforetak dekker. Eksempler kan imidlertid forekomme, og det må antas at pasienten i slike tilfeller søker særfradrag.

6.7 Husbankens tilskuddsordning for tilpasning av bolig

Husbanken gir lån og tilskudd til "tilgjengelighetstiltak i eksisterende boliger for eldre, funksjonshemmede og sosialt vanskeligstilte". Boligtilskuddet skal bidra til å skaffe og sikre egnede boliger for vanskeligstilte på boligmarkedet. Å tilpasse en bolig innebærer å gjøre den bedre egnet til å ivareta spesielle behov, for eksempel funksjonshemming. Tilskuddene er inntektsprøvd.

Det er kommunene som forvalter og tildeler tilpasningstilskudd. Kommunene kan utarbeide egne regelverk for ordningen, men dette regelverket må være i tråd med Husbankens overordnede retningslinjer for boligtilskudd. Det er derfor kommunene selv som avgjør hvor mye som skal gis i tilskudd i hver enkelt sak, og herav også hvor høy tilskuddsutmålingen skal utgjøre i prosent av godkjente kostnader. Husbanken har ikke regler for hvor mye den enkelte kommune kan gi i tilskudd til tilpasning.

I 2008 ble det søkt om tilskudd til tilpasning av 3 286 boliger, og det ble gitt tilskudd til 2 506 boliger. Gjennomsnittlig tilskudd i 2008 var 40 500 kroner. Det laveste tilskuddet som ble gitt var 3 000 kroner, og det høyeste 418 000 kroner. Det samlede tilpasningstilskuddet (inkludert prosjekteringstilskudd) fra Husbanken var om lag 110 mill. kroner i 2008.

For øvrig gir Husbanken over boligtilskuddet også tilskudd til prosjektering av boliger (arkitekt hjelp) som skal dekke spesielle boligbehov blant annet for personer med nedsatt funksjonsevne. I 2008 ble det gitt 8,5 mill. kroner i prosjekteringstilskudd. 494 husstander fikk tilskudd i 2008.

Tilskuddet bevilges over Kommunal- og regionaldepartementets kapittel 581, post 75 Boligtilskudd til etablering, tilpasning og utleieboliger.

6.8 Kort om hvilke områder som ikke dekkes av det offentlige

Det gis økonomisk støtte fra folketrygden eller fra andre deler av det offentlige til de fleste helse-, omsorgs- og sosialtjenester, som gjennomgangen i dette kapitlet viser. Omfanget av egenandeler varierer, og det varierer også om brukernes utgifter til den enkelte tjeneste kommer inn under de nasjonale skjermingsordningene – egenandelstak 1 og 2, eller inn under maksimalsatsene for egenbetaling på kommunale helse- og omsorgstjenester.

Enkelte utgifter dekkes ikke av det offentlige. Dette omfatter blant annet:

- Alternativ behandling – for eksempel homøopati
- Utgifter til bandasjemateriell ved konsultasjon hos lege (allmennlege eller poliklinisk konsultasjon mv.)
- Legeerklæringer eller helseattester
- Konsultasjoner hos lege og spesialist, psykolog og psykiater uten avtale med kommune eller regionalt helseforetak
- Behandling i institusjoner som ikke har avtale med regionalt helseforetak
- Konsultasjoner hos fysioterapeut uten driftsavtale med kommunen

Som vist i avsnitt 6.3, dekkes enkelte utgifter bare delvis av det offentlige. For eksempel:

- tannbehandling hos voksne
- kiropraktorbehandling
- legemidler på hvit resept

7. UTENLANDSK RETT – FRADRAG FOR SYKDOMSUTGIFTER

Arbeidsgruppen har innhentet informasjon om enkelte andre land for å kartlegge om disse har tilsvarende eller lignende fradragsordninger for sykdomsutgifter som den norske særfradragsordningen. Verken Sverige eller Danmark har regler om fradrag for sykdomsutgifter i skattesystemet. Finland, Tyskland og Nederland har derimot regler om fradrag for store sykdomsutgifter ved ligningen. Disse ordningene er imidlertid vesentlig snevrere enn den norske særfradragsordningen.

I Sverige var det tidligere mulig å få et inntektsfradrag for merutgifter på grunn av sykdom. Denne ordningen ble opphevet i forbindelse med skattereformen i 1990. Begrunnelsen for å fjerne fradragsordningen var blant annet at den forutsatte vurderinger som var lite egnet for ligningsmyndighetene, og at reglene dermed utgjorde et kompliserende element i skattesystemet.

Finland

Etter den finske inntektsskatteloven kan skattytere som i løpet av inntektsåret har fått skattebetalingsevnen vesentlig nedsatt som følge av blant annet sykdom, forsørgerplikt eller arbeidsløshet, gis et fradrag i nettoinntekten. Ved vurderingen av om skattyters skattebetalingsevne er vesentlig nedsatt, foretas en konkret helhetsvurdering hvor det blant annet skal tas hensyn til skattyters og eventuell ektefelles inntekter og formue. Fradraget gis med et fastsatt beløp avhengig av inntekten, begrenset oppad til maksimalt 1 400 euro.

Hensikten med fradragsordningen er å tilgodese skattytere med lave inntekter, som for eksempel pensjonister. Fradrag på grunn av nedsatt skattebetalingsevne kan derfor ikke gis dersom årsinntekten for en enslig skattyter overstiger 23 500 euro, eller for en gift skattyter når samlet årsinntekt for skattyter og ektefellen overstiger 37 000 euro. Hvis årsinntekten for en enslig skattyter overstiger 15 500 euro, eller for en gift skattyter når ektefellenes samlede årsinntekt overstiger 25 000 euro, gis normalt bare delvis fradrag. Inntektsgrensene økes med 2 500 euro for hvert barn skattyter forsørger. Overstiger inntekten ovennevnte inntektsgrenser, kan fradrag likevel innrømmes etter en konkret rimelighetsvurdering. Som årsinntekt regnes det samlede beløp av skattyters netto arbeids- og kapitalinntekt.

Fradrag for vesentlig nedsatt skattebetalingsevne på grunn av sykdom kan bare gis dersom skattyters og hans eller hennes families samlede sykdomsutgifter i løpet av inntektsåret utgjør minst 700 euro, og samtidig utgjør minst ti prosent av skattyters samlede netto kapital- og arbeidsinntekt. Som skattyters familie regnes skattyters ektefelle og mindreårige barn.

Fradragets størrelse avhenger av størrelsen på sykdomsutgiftene og årsinntekten, likevel slik at fradrag ikke gis med mer enn 1400 euro.

Sykdoms- utgifter i euro	Inntekt i euro					
	Enslig/ ektefeller sammen					
	Under 11000	11000-12500	12600-15500	15600-18500	18600-21000	21100-23500
Under 18500	18600-2100	21100-24500	24600-28000	28100-32000	32000-37000	
700- 900	200	0	0	0	0	0
901-1200	300	200	0	0	0	0
1201-1500	500	300	200	0	0	0
1501-1800	700	500	300	200	0	0
1801-2100	900	700	500	300	200	0
2101-2400	1 000	900	700	500	300	200
2401-2700	1 200	1 000	900	700	500	300
2701-3100	1 400	1 200	1 000	900	700	500
3101-3500	1 400	1 400	1 200	1 200	900	700
3501-	1 400	1 400	1 400	1 200	1 200	900

Kilde: Finansministeriet, Finland.

Det er i utgangspunktet skattyter selv som må kreve fradrag for nedsatt skattebetalingsevne på grunn av store sykdomsutgifter. Dersom forutsetningene for å gi fradrag tydelig framgår av selvangivelsen, gis det fradrag selv om skattyter ikke uttrykkelig har krevd det.

Fra det finske finansdepartementet har arbeidsgruppen fått opplyst at sykdomsbegrepet tolkes relativt vidt, og at det ikke er nødvendig å legge ved legeerklæring. Skattyter må likevel sende inn nødvendig informasjon og dokumentasjon for kravet, og utgiftene må kunne dokumenteres med kvitteringer. Da ligningsmyndighetene ikke har noen medisinsk kompetanse, er det sjelden de stiller spørsmål ved dokumentasjonen.

Krav om fradrag som følge av store sykdomsutgifter blir alltid vurdert individuelt av ligningsmyndighetene. Det er ikke gitt noen uttømmende regler om hvilke sykdommer og utgiftstyper som kvalifiserer til fradrag, og ligningsmyndighetene har et stort rom for skjønn. Som en generell regel gjelder at i tvilstilfeller skal spørsmålet avgjøres i skattyters favør. Inntektsgrensene for rett til fradraget er uansett såpass lave at de fleste skattytere ikke vil ha rett til fradrag.

Har skattyter utgifter til pleie av et utviklingshemmet mindreårig barn som han eller hun forsørger, gjelder egne beløpsgrenser. Dersom familiens samlede skattepliktige inntekt er lavere enn 26 000 euro, gis det fradrag for nedsatt skattebetalingsevne med 1 100 euro. Er den samlede inntekten mellom 26 100 og 53 000 euro, gis det fradrag med 700 euro. Overstiger den samlede inntekten 53 000 euro, gis det ikke fradrag for nedsatt skattebetalingsevne. I spesielle tilfeller kan det imidlertid gjøres unntak fra disse beløpsgrensene.

Fradrag for nedsatt skattebetalingsevne kan innrømmes begge ektefeller dersom lovens vilkår er oppfylt. Fradrag kan også innrømmes dødsboet etter en skattyter som har gått bort i løpet av inntektsåret.

Tyskland

I Tyskland er sykdomsrelaterte utgifter vanligvis dekket gjennom obligatoriske eller private helseforsikringer. Innbetaling til både offentlige og private helseforsikringer er delvis fradragsberettiget, og fra og med 1. januar 2010 gis det tilnærmet fullt fradrag for innbetalinger til grunnleggende helseforsikring. I tillegg er det etter den tyske inntektsskatteloven fradragsrett for ekstraordinære utgifter. Som ekstraordinære utgifter regnes blant annet utgifter på grunn av sykdom.

Et vilkår for at sykdomsutgifter skal gi rett til fradrag etter reglene om ekstraordinære utgifter, er at utgiftene er pådratt for å bedre skattyters tilstand. Indirekte utgifter, som for eksempel diettutgifter og utgifter til forebyggende tiltak, er ikke fradragsberettiget. De fleste utgiftene knyttet til sykdom er imidlertid dekket av sykeforsikringen.

Fradragsretten for sykdomsutgifter gjelder derfor først og fremst egenandeler eller hjelpemidler (blant annet briller eller spesielle tannbehandlinger) som ikke dekkes av sykeforsikringen. Andre utgifter vil normalt ikke anses som utgifter knyttet til sykdommen etter inntektsskattelovens regler.

Det gis bare fradrag for sykdomsutgifter dersom skattyters samlede ekstraordinære utgifter overstiger et beløp som det anses som rimelig at skattyter dekker selv (se tabellen). Dette beløpet beregnes som en prosentandel av skattyters inntekt. I tillegg er beløpet avhengig av skattyters familiestatus og antall barn. Fradrag gis bare for utgifter som overstiger beløpsgrensen. Dette innebærer for eksempel at en enslig skattyter med årsinntekt på 40 000 euro selv må dekke utgifter tilsvarende seks prosent av årsinntekten, det vil si 2 400 euro. Det er imidlertid ingen øvre grense for fradragets størrelse. Ved beregningen av innslagspunktet tas det hensyn til alle skattyters ekstraordinære utgifter dersom skattyter også har andre typer ekstraordinære utgifter enn de sykdomsrelaterte.

Innslagspunktet for fradragsrett i prosent av skattyters inntekt

Årlig inntekt	Opp til 15 340 euro	Fra 15 341 til 51 130 euro	Over 51 131 euro
Skattyter uten barn			
a) enslig	5 %	6 %	7 %
b) gift	4 %	5 %	6 %
Skattytere med barn			
a) enslig	2 %	3 %	4 %
b) gift	1 %	1 %	2 %

Kilde: Finansdepartementet.

Utgifter knyttet til de fleste medisinske behandlinger, legemidler og medisinske hjelpemidler er fradragsberettiget. Det oppstilles imidlertid et vilkår om at utgiftene må være betalt av skattyter selv. Som nevnt ovenfor betaler skattyter vanligvis bare egenandeler, da øvrige utgifter som regel dekkes av skattyters forsikring. Det er også et krav at utgiftene har en direkte årsakssammenheng med sykdommen, og at utgiftene dokumenteres som nødvendige ved legeattest (i tvilstilfeller attestert av en offentlig embetslege). I utgangspunktet må legeattest være innhentet før et medisinsk tiltak igangsettes, for å sikre at utgiftene er fradragsberettiget. Både utgiftene og betalingen av utgiftene må dokumenteres. Det er imidlertid ingen begrensning med hensyn til hvilke sykdommer som kan kvalifisere til fradrag. Det stilles heller ikke krav til sykdommens varighet.

For utgifter til pleie av handikappede gjelder egne regler. Etter disse kan skattyter velge mellom fradrag for faktiske utgifter (dersom utgiftene overstiger beløpsgrensen) eller fradrag for et standardisert sjablonbeløp. Fradraget kan kreves av den som har de faktiske utgiftene knyttet til pleien av den handikappede.

Standardfradragets størrelse er avhengig av graden av funksjonshemming og varierer fra 310 euro (ved 25 til 30 prosent nedsatt funksjonsevne) opp til 1 420 euro (ved 95 til 100 prosent nedsatt funksjonsevne). I enkelte situasjoner kan fradraget økes til 3 700 euro hvis personen er hjelpeløs eller blind.

Hvis sykdomsutgifter er knyttet til en yrkessykdom eller en ulykke på arbeidsplassen eller i forbindelse med reise til eller fra arbeid, er utgiftene fradragsberettiget etter egne regler. I slike tilfeller kan det kreves fullt fradrag hvis utgiftene er høyere enn det alminnelige arbeidsutgiftsfradraget på 920 euro. Arbeidsutgiftsfradraget er et generelt fradrag som alle arbeidstakere får. Er de faktiske utgiftene (inkl. arbeidsrelaterte sykdomsutgifter) høyere enn dette standardfradraget, kan man i stedet kreve fradrag for de faktiske utgiftene. Dersom utgiftene overstiger skattyters skattepliktige inntekt det aktuelle inntektsåret, kan fradraget framføres til senere inntektsår.

For å begrense de sykdomsrelaterte utgiftene er medisinsk behandling normalt fritatt for merverdiavgift. Dessuten er merverdiavgiften redusert på mange hjelpemidler, blant annet rullestoler, proteser, høreapparat og pace makers. For legemidler, typisk medisiner, betales imidlertid alminnelig merverdiavgift.

Nederland

Nederland har med virkning fra 1. januar 2009 innført et (delvis) nytt system som tilgodeser personer med store utgifter i forbindelse med sykdom. Den nederlandske skatteloven hadde også tidligere en ordning med rett til fradrag for store sykdomsutgifter. Fradragsretten etter denne ordningen er imidlertid betydelig innskrenket, og omfatter nå vesentlig færre utgiftstyper enn tidligere. I tillegg er det

innført en ny ordning utenfor skattesystemet som gir kronisk syke og funksjonshemmede rett til et fast beløp – et tilskudd – utbetalt etter satser som avhenger av uføregrad og alder mv.

Det nye systemet med fradrag i inntekten og rett til et fast beløp eller tilskudd skal tilgodese en mer begrenset gruppe, og da bare enkelte kronisk syke og funksjonshemmede. Tidligere var det mange flere sykdomsgrupper som kunne få fradrag for sykdomsutgifter.

Ett av formålene med det nye systemet har vært å motvirke store (uforutsigbare) økninger i statens kostnader i forbindelse med sykdom. En annen grunn til endringen var å få avgrenset målgruppen, og på denne måten hjelpe de som trenger støtten mest. Ett av problemene ved den tidligere ordningen var at mange i målgruppen ikke kjente til eller benyttet seg av fradragsordningen i skatteloven. I den nye tilskuddsordningen er dette løst ved at rettighetshaverne plukkes ut, og at tilskuddet utbetales automatisk. Dermed fanger man også opp (svake) grupper som tidligere ikke var kjent med fradragsordningen.

Ordningen med fradrag for enkelte sykdomsutgifter gjelder lovbestemte spesifiserte utgifter i forbindelse med sykdom og uførhet som ikke dekkes av den offentlige eller obligatoriske helseforsikringen, og heller ikke av en eventuell privat ekstra eller utvidet helseforsikring. Det gis ikke fradrag for egenandelen på helseforsikringen. Fradragsberettigede utgifter i forbindelse med sykdom og uførhet omfatter bestemte typer medisinsk hjelp – også alternativ medisin – (med unntak av laserkorreksjon av synet), transport, hjelpemidler etter henvisning fra lege, andre hjelpemidler (med unntak av briller, kontaktlinser og lignende), hjemmehjelp, særskilt diett etter henvisning fra lege, merutgifter til klær og sengetøy og reise i forbindelse med sykebesøk. Ligningsmyndighetene kan kreve at skattyter både dokumenterer utgiftenes størrelse med kvittering eller lignende, og at utgiftene ikke er dekket gjennom helseforsikringen.

Fradragsretten omfatter ikke bare utgifter som skattyter har hatt på grunn av sin egen sykdom, men også utgifter som skattyter har hatt som følge av sykdom hos:

- Ektefelle, samboer og barn som er yngre enn 27 år.
- Alvorlig funksjonshemmede personer som er 27 år og eldre dersom disse bor sammen med skattyteren.
- Foreldre og søsken som bor sammen med skattyteren, dersom disse er avhengig av dennes omsorg.

Fradraget gis bare dersom skattyters sykdomsutgifter overstiger et beløp som det anses rimelig at skattyter dekker selv, og bare for de utgiftene som overstiger dette grensebeløpet. Størrelsen på dette grensebeløpet eller bunnfradraget er avhengig av

skattyters inntekt, dvs. alminnelig inntekt minus fradrag med unntak av personfradrag. Det er ingen øvre beløpsgrense for fradragets størrelse. For 2009 er inntektsgrensene og bunnfradragene slik:

Årlig inntekt	Opp til 7 152 euro	Fra 7 153 til 38 000 euro	Over 38 000 euro
Bunnfradrag	118 euro	1,65 % av inntekten	627 euro + 5,75 % av inntekt over 38 000

Kilde: Ministry of Finance, Nederland.

Dette betyr eksempelvis at en skattyter med en inntekt på 20 000 euro bare får fradrag for sykdomsutgifter som overstiger 330 euro. For personer med en såkalt fiskal partner (ektefelle, samboer) gjelder følgende felles inntektsgrenser og bunnfradrag:

Årlig inntekt	Opp til 14 304 euro	Fra 14 305 til 38 000 euro	Over 38 000 euro
Bunnfradrag	236 euro	1,65 % av samlet inntekt	627 euro + 5,75 % av samlet inntekt

Kilde: Ministry of Finance, Nederland.

Utgiftene refunderes i utgangspunkt året etter at disse er påløpt, som en del av skatteoppgjøret. Skattyter kan imidlertid søke om forhåndsligning, og på denne måten få refundert et månedlig beløp samme år som utgiftene har påløpt.

Personer med lav inntekt og krav på visse "skatterabatter", som ikke får nyttiggjort seg hele eller deler av skatterabatten på grunn av fradraget for sykdomsutgifter, vil (automatisk) få refundert et beløp tilsvarende den delen av skatterabatten som ikke blir nyttiggjort. Dette kan vises ved følgende eksempel:

Fru Leenders er 67 år. Hun hadde en pensjonsinntekt på totalt 9 500 euro i 2005. Hun har fradragberettigede utgifter på grunn av sykdom på 2 500 euro. Hennes skattbare inntekt etter fradrag for sykdomsutgifter er 9 500 euro – 2 500 euro = 7 000 euro.

Fru Leenders har krav på følgende skatterabatter:

Alminnelig skatterabatt:	910 euro
Eldrerabatt:	454 euro
Ekstra eldrerabatt	<u>287 euro</u>
	1 651 euro

Inntektsskatt (16,5 prosent) av 7 000 euro utgjør 1 155 euro. Siden skatterabatten er på 1 651 euro betaler hun ikke skatt.

Uten sykdomsutgifter ville den totale inntektsskatten utgjort 1 567 euro (16,5 prosent x 9 500 euro). Fru Leenders ville i dette tilfelle heller ikke ha betalt skatt, og i tillegg nyttiggjort seg en større del av skatterabatten (nemlig 1 567 euro – 1 155 euro = 412

euro). Den delen av skatterabatten som hun ikke får brukt på grunn av fradraget for sykdomsutgifter, dvs. 412 euro, vil hun automatisk få utbetalt.

Den nye ordningen som gir kronisk syke og funksjonshemmede rett til et fast beløp eller tilskudd, har til formål å lempe merutgiftene som slike personer har på grunn av sykdom eller funksjonshemming. Det er et vilkår for tilskudd at den kronisk syke eller funksjonshemmede er forsikret gjennom offentlig helseforsikring. Tilskuddet utbetales etterskuddsvis, dvs. året etter, og det utbetales automatisk basert på opplysninger som er samlet inn gjennom det offentlige helsesystemet. Tilskuddet regnes ikke som skattbar inntekt.

Tilskuddet utbetales etter lav eller høy sats. For personer som ikke har fylt 65 år per 1. januar i inntektsåret er lav sats 300 euro i året, og høy sats 500 euro i året. For personer som har fylt 65 år per 1. januar i inntektsåret (pensjonister) er lav sats 150 euro og høy sats 350 euro.

Tilskuddsordningen er såpass ny at den fremdeles er under utvikling. For inntektsåret 2009 må man falle inn under én eller flere av følgende grupper for å få tilskudd:

- intensiv bruk av bestemte medisiner,
- bruk av særskilte hjelpemidler,
- innlagt på sykehus for bestemte sykdommer,
- får fysioterapibehandling for en rekke kroniske sykdommer eller funksjonshemminger,
- mottar attføringshjelp,
- mottar særskilt hjelp som er hjemlet i lov eller
- har offentlig hjemmehjelp

Skillet mellom lav og høy sats avgjøres blant annet av om vedkommende faller inn under én eller flere av disse gruppene samt av graden av hjelp (for eksempel antall uker eller timer man får hjemmehjelp eller er innlagt på institusjon).

8. LIGNINGSBEHANDLINGEN AV KRAV OM SÆRFRADRAG FOR STORE SYKDOMSUTGIFTER

8.1 Skatteetatens organisering

Fra 1. januar 2008 ble skatteetaten omorganisert. Endringene innebar at ligningsmyndighetene nå er organisert i to nivåer: et regionalt nivå med skattekontorer – og et sentralt nivå: Skattedirektoratet. Landet er delt i fem regioner som hver omfatter flere fylker. Hver region har ett skattekontor, som erstatter de tidligere ligningskontor, skattefogdkontor, fylkesskattekontor og folkeregister. Skattekontorene er underlagt Skattedirektoratet.

Det regionale nivået, skattekontoret, er organisert slik:

- Skatt nord (Finnmark, Troms og Nordland) – regionledelse i Tromsø
- Skatt Midt-Norge (Nord-Trøndelag, Sør-Trøndelag, Møre og Romsdal) – regionledelse i Trondheim
- Skatt vest (Sogn og Fjordane, Hordaland, Rogaland) – regionledelse i Bergen
- Skatt sør (Vest-Agder, Aust-Agder, Telemark, Vestfold og Buskerud) – regionledelse i Skien
- Skatt øst (Oslo, Akershus, Østfold, Hedemark og Oppland) – regionledelse i Oslo.

Skattekontoret består av mange kontorenheter innen regionen, og utad framstår disse kontorenhetene som en del av skattekontoret. Sentralskattekontoret for utenlandssaker og Sentralskattekontoret for storbedrifter inngår i regionene som egne enheter, i henholdsvis Skatt vest og Skatt øst. Oljeskattekontoret inngår ikke i noen region, men er direkte underlagt Skattedirektoratet og Finansdepartementet. Det er skattekontorene som fatter vedtak om ligning i første instans.

Fra 1. januar 2008 ble det også opprettet en ny klage- og nemndsordning for skattesaker. De tre tidligere klageinstansene ligningsnemnd, overligningsnemnd og fylkesskattenemnd er bortfalt. I stedet er det nå to klageinstanser: skattekontoret og skatteklagenemnda. Det er én skatteklagenemnd for hver region. I tillegg har sentralskattekontorene egne skatteklagenemnder.

Alle endringer av ligningen behandles i første instans av skattekontoret, enten etter klage fra skattyter eller når skattekontoret selv tar opp en sak. Skattyter kan deretter påklage skattekontorets vedtak til skatteklagenemnda. Det er skattekontoret som forbereder saken for skatteklagenemnda og skriver forslag til vedtak i saken. Skatteklagenemnda treffer som hovedregel vedtak i avdeling med tre medlemmer. Medlemmene av nemnda oppnevnes av fylkestinget, og minst to tredjedeler av medlemmene må ha utdanning innen regnskap, økonomi eller jus samt yrkeserfaring på

ett av områdene. Lederen og nestlederen må oppfylle kravene til å være tingrettsdommer. Når skatteklagenemnda har truffet vedtak i en sak, er den ordinære klagebehandlingen avsluttet og ligningen endelig. En skattyter som vil gå videre med saken, kan imidlertid klage ligningsmyndighetenes avgjørelse inn for Sivilombudsmannen eller bringe saken inn for domstolen.

I tillegg til de fem skatteklagenemndene er det én landsdekkende nemnd: Riksskattenemnda. Det er ingen vanlig klageadgang til Riksskattenemnda. Det er bare Skattedirektoratet som kan kreve at Riksskattenemnda overprøver vedtak truffet av skatteklagenemndene. Skattyter kan imidlertid anmode skattekontoret om å ta initiativ til slik overprøving. Før en sak bringes inn til Riksskattenemnda må de alminnelige vilkårene for omgjøring være oppfylt, jf. ligningsloven § 9-5 nr. 7. I tillegg stilles det krav om at det må være av allmenn interesse å få avklart en problemstilling, at sakens spørsmål har stor prinsipiell betydning, at det er behov for å sikre rettsenhet eller at det aktuelle vedtaket er i strid med gjeldende rett til skattyters ugunst.

Det er skattekontoret og Skattedirektoratet som forbereder sakene for Riksskattenemnda og skriver utkast til vedtak. Det er gitt retningslinjer for skattekontorets behandling, som blant annet skal sikre at spørsmålet om overprøving av en sak vurderes av en annen saksbehandler enn den som har behandlet saken tidligere.

8.2 Ligningsbehandlingen av krav om særfradrag

8.2.1 Generelt

Utgangspunktet er at ligningen av den enkelte skattyter skjer i den regionen hvor skattyter er hjemmehørende, og med eventuell klagebehandling ved skatteklagenemnda i samme region. Ved omorganisering av skatteetaten i 2008 fikk imidlertid skattekontorene og skatteklagenemndene landsdekkende vedtaksmyndighet. Dette innebærer at skattytergrupper og sakstyper kan overføres til behandling i en annen region enn der skattyter er hjemmehørende. Behandlingen av skattytergrupper og sakstyper kan også overføres og samles innen en og samme region. Slik overføring av saker mellom regioner og innen en region har bedret mulighetene for spesialisering og kompetanseoppbygging i etaten, og ivaretar hensynet til likebehandling og rettssikkerhet bedre enn tidligere.

Når det gjelder ligningsbehandlingen av krav om særfradrag for store sykdomsutgifter, er behandlingen i hovedsak samlet på enkelte kontorer innen den enkelte region. I Skatt øst er for eksempel arbeidet organisert slik at kontorene i Moss og Lillestrøm behandler de fleste sakene om særfradrag fra skattytere i regionen, med bistand fra saksbehandlere ved andre kontorer som har god kompetanse på området. I noen tilfeller er saker også flyttet til en annen region, for eksempel behandles krav om særfradrag fra lønnstakere og pensjonister hjemmehørende i Oslo hovedsakelig ved skattekontoret i

Harstad (Skatt nord) og noen ved skattekontoret i Levanger (Skatt Midt-Norge). Fra og med inntektsåret 2009 skal alle krav om særfradrag fra lønnstakere og pensjonister hjemmehørende i Oslo behandles i Skatt nord.

Ved ligningsbehandlingen av krav om særfradrag for store sykdomsutgifter gjennomfører skattekontoret to typer kontroller av selvangivelsen: såkalt dynamisk kontroll (obligatorisk kontroll) og oppfølgingskontroll.

Dynamisk kontroll innebærer at Skattedirektoratet for hvert enkelt inntektsår fastsetter særskilte kriterier som avgjør hvor mange selvangivelser som skal plukkes ut til kontroll. Utplukkskriteriene varierer fra år til år og er gjerne knyttet til størrelsen på særfradragskravet. Ligningsmyndigheten har ikke kapasitet til å foreta en fullstendig kontroll av alle selvangivelser hvert år. Dette medfører at ikke alle skattytere tas ut til den dynamiske kontrollen. Oppfølgingskontroll innebærer at ligningsmyndighetene kontrollerer de skattytere som fikk redusert eller strøket sitt krav om særfradrag det foregående inntektsåret, og som også krever særfradrag det aktuelle året. Denne kontrollen skjer automatisk og kommer i tillegg til den dynamiske kontrollen.

Kontrollressursene i skatteetaten er begrenset og må fordeles på alle typer krav. En mer omfattende kontroll av krav om særfradrag vil derfor gå på bekostning av kontrollen av andre kravstyper. Konsekvensen av at ikke alle skattytere kan kontrolleres like grundig, er at enkelte skattytere blir såkalt påstandslignet, som innebærer at de får innvilget det særfradraget de har ført opp i selvangivelsen uten noen særskilt prøving fra ligningsmyndighetenes side. Andre skattytere med samme skattemessige forhold, men som blir tatt ut til kontroll, kan oppleve å ikke få fradrag, fordi ligningsmyndighetene finner at vilkårene for rett til særfradrag ikke er oppfylt.

Det er i denne sammenheng viktig å påpeke at det dermed kan foreligge to forskjellige typer forskjellsbehandling. Den ene typen forskjellsbehandling skyldes forholdet mellom påstandsligning og kontrollerte selvangivelser, som beskrevet ovenfor. En slik forskjellsbehandling skyldes ikke ulik eller uriktig praktisering av regelverket, men er en konsekvens av selve lignings- og kontrollsystemet og gjelder generelt for alle krav om fradrag hvor ligningsmyndighetene ikke mottar tredjepartsoppgaver. Den andre typen forskjellsbehandling, der forskjellig resultat i like saker bygger på en reell saksbehandling, og hvor enkelte får særfradrag mens andre i samme situasjon ikke får særfradrag, skyldes ofte et komplisert og skjønnsmessig regelverk. Skatteetaten arbeider aktivt for å unngå en slik forskjellsbehandling.

For å sikre en riktig og ensartet ligningsbehandling utarbeider Skattedirektoratet hvert år håndboken Lignings-ABC, i tillegg til retningslinjer og veiledninger for saksbehandlingen og de faglige vurderingene som skjer på skattekontorene. Direktoratet utarbeider også årlig en egen kvalitetsmelding som skal sikre krav til

kvalitet og kvalitetstiltak under den ordinære ligningsbehandlingen. I tillegg utarbeider regionene egne rutinebeskrivelser til støtte for saksbehandlingen. På mange fagområder, også på særfradragområdet, er det etablert et landsdekkende nettverk på saksbehandlernivå for å sikre lik behandling av krav om særfradrag i alle regioner.

8.2.2 Gangen i en ligningssak

Skattyter som krever særfradrag for store sykdomsutgifter på grunn av egen eller forsørget persons sykdom, må selv føre opp kravet i selvangivelsen post 3.5.4. I tillegg må skattyter legge ved en legeattest som dokumenterer at han eller hun har en sykdom eller annen varig svakhet. I utgangspunktet skal slik legeattest legges ved hvert år man krever særfradrag. Skattytere som tidligere har fremlagt legeattest som dokumenterer at sykdommen er kronisk, behøver likevel ikke å sende inn legeattest hvert år. I forbindelse med at skatteetaten innfører et nytt system for ligningsbehandlingen, vil alle selvangivelser og eventuelle vedlegg som leveres på papir, bli skannet i Mo i Rana, og være tilgjengelig ved saksbehandlingen uansett hvor i landet saken behandles. Lønnstakere og pensjonister vil også kunne foreta innskanningen selv, og dermed levere blant annet legeattesten elektronisk sammen med selvangivelsen. Særfradrag for store sykdomsutgifter vil aldri være forhåndutfylt i selvangivelsen. Skattytere som krever slikt særfradrag, kan derfor ikke benytte seg av leveringsfritaket som gjelder for de som mottar en fullstendig og korrekt forhåndutfylt selvangivelse.

Hvis skattyters selvangivelse ikke plukkes ut til nærmere kontroll, blir skattyter påstandslignet. Dette betyr at de opplysningene som skattyter har gitt i selvangivelsen, legges til grunn ved ligningen. Skattekontoret har imidlertid hjemmel til å ta opp en sak til ny vurdering på eget initiativ, dersom de finner grunn til det. Før skattekontoret tar opp en sak til ny vurdering, skal de vurdere om det er grunn til det under hensyn til spørsmålets betydning, skattyterens forhold, sakens opplysning og den tid som har gått. Dette innebærer at skattytere som uriktig har fått medhold i sitt krav om særfradrag ved ligningen, vil kunne oppleve at ligningen endres på et senere tidspunkt.

Hvis skattyters selvangivelse plukkes ut til nærmere kontroll som beskrevet i avsnitt 8.2.1, og ligningsmyndighetene ber om det, må skattyter kunne dokumentere eller sannsynliggjøre sine sykdomsutgifter. Kravet til dokumentasjon gjelder både sammenhengen mellom utgiftene og sykdommen og utgiftenes størrelse. Avhengig av sakens omfang, vil skattytere som tas ut til kontroll først få skatteoppgjøret i oktober. De fleste lønnstakere og pensjonister med enkle skattemessige forhold får skatteoppgjøret i juni.

I saker hvor kravet om særfradrag gjelder utgifter til behandling, pleie eller opphold i institusjon eller hos privatpraktiserende helsepersonell utenfor offentlig norsk helse- og sosialvesen, er avgjørelsesmyndigheten delt mellom ligningsmyndighetene og helsemyndighetene. Når skattyter krever fradrag for behandlingsutgifter mv. må derfor

ligningsmyndighetene først ta stilling til om grunnvilkårene for særfradrag er oppfylt, det vil si om skattyter har en sykdom eller annen varig svakhet, om utgiftene skyldes skattyters helsetilstand og om utgiftene minst utgjør 9 180 kroner.

Er disse vilkårene oppfylt, må ligningsmyndighetene også vurdere om den aktuelle utgiften er knyttet til en behandling i relasjon til skatteloven § 6-83 annet ledd. Hvis dette er tilfelle, og ligningsmyndighetene mener at den aktuelle behandlingen mv. har skjedd utenfor offentlig norsk helse- eller sosialvesen, kan ligningsmyndighetene enten godta skattyters krav dersom vilkårene i § 6-83 annet ledd er oppfylt, avslå skattyters krav om særfradrag med henvisning til at vilkårene i skatteloven § 6-83 annet ledd ikke er oppfylt, eller oversende saken til fylkesmannen for vurdering. Dersom saken ikke har vært forelagt fylkesmannen, og ligningsmyndighetene har sendt skattyter et varsel om at særfradrag ikke vil bli innrømmet, eller når særfradrag ikke er innrømmet ved ligningen, kan skattyter kreve at ligningsmyndigheten sender saken til fylkesmannen. Skattyter kan bare kreve dette når ligningsmyndighetenes begrunnelse for å nekte særfradrag er at tilleggsvilkårene i annet ledd ikke er oppfylt.

Ligningsmyndighetene skal også oversende en sak til fylkesmannen av eget tiltak når de er i tvil om en behandlingen mv. er utført utenfor eller innenfor offentlig norsk helse- eller sosialvesen, eller de er tvil om de øvrige tilleggsvilkårene i annet ledd er oppfylt.

Når fylkesmannen får tilsendt saken fra skattekontoret, må han først ta stilling til om behandlingen mv. er foretatt utenfor offentlig norsk helse- eller sosialvesen. Hvis det er tilfelle, skal han vurdere om det offentlige helsevesenet har et tilsvarende tilbud for den sykdommen eller tilstanden som skattyter lider av. Dersom det offentlige har et tilsvarende tilbud, har skattyter i utgangspunktet ikke krav på særfradrag for utgifter pådratt i forbindelse med behandlingen mv. Unntak gjelder i tilfeller der ventetiden har vært urimelig lang vurdert i forhold til hvor alvorlig sykdommen er, og dette har eller kunne ha påført skattyter stor lidelse eller betydelig forverring i ventetiden.

Fylkesmannen kan da komme til at forutsetningen for særfradrag likevel er til stede, selv om det offentlige på lang sikt ville ha kunnet gi et tilsvarende tilbud. Dersom det offentlige ikke har et tilsvarende tilbud, må fylkesmannen vurdere om det helsetilbudet som skattyter har oppsøkt, er faglig forsvarlig.

Skattyter som får sitt krav om særfradrag avvist fordi fylkesmannen har kommet til at vilkårene ikke er oppfylt, kan påklage fylkesmannens vedtak til Helsedirektoratet. Når en sak har vært til vurdering hos fylkesmannen og eventuelt i Helsedirektoratet, er ligningsmyndighetene bundet av deres avgjørelse og må legge denne til grunn i saken. Fylkesmannen og Helsedirektoratet kan for øvrig omgjøre sitt eget vedtak uten at skattyter har påklaget vedtaket, etter reglene i forvaltningsloven § 35.

8.3 Ressursbruk

Ligningsmyndighetenes saksbehandling av saker om særfradrag for store sykdomsutgifter er svært tidkrevende, og det medgår mye ressurser på skattkontorene i forbindelse med behandlingen. I tillegg krever disse sakene en helt annen form for kompetanse enn den skatteetatens medarbeidere normalt besitter. Skatteetaten har opplyst at skattytere som ikke får medhold i sitt krav om særfradrag ved skattekontorets behandling, i betydelig utstrekning påklager avgjørelsen til skatteklagenemnda. Skatteklagenemndene har dessuten sett en økning i antall saker på dette området.

For inntektsåret 2007 krevde totalt 76 591 personer særfradrag for store sykdomsutgifter i selvangivelsen, mens totalt 58 938 personer fikk særfradrag ved ligningen. For inntektsåret 2008 krevde totalt 73 286 personer særfradrag for store sykdomsutgifter i selvangivelsen, mens 59 871 personer fikk særfradrag ved ligningen. Samlet utgjorde totale fradragskrav for inntektsåret 2007 1 823 983 691 kroner, mens samlet fradrag ved ligningen utgjorde 1 364 030 480 kroner. For inntektsåret 2008 utgjorde samlet fradragskrav 1 890 779 896 kroner, mens samlet fradrag ved ligningen utgjorde 1 371 386 792 kroner.

Opplysningene som arbeidsgruppen har mottatt fra skatteetaten, viser også hvor mange krav om særfradrag som ble tatt ut til kontroll i 2007 og 2008, og hvor mange av disse som helt eller delvis ikke ble tatt til følge. I tabellen nedenfor framgår også samlet beløpsmessig differanse mellom krav og innrømmet fradrag, herunder gjennomsnittlig reduksjon per sak.

Inntektsår	2007	2008
Totalt antall krav tatt ut til kontroll:	33 061	29 548
Totalt antall krav som helt eller delvis ble endret:	19 503	16 887
Differansen mellom krav og fradrag etter kontroll:	555 651 382 kroner	641 505 775 kroner
Gjennomsnittlig reduksjon per sak:	Om lag 28 400 kroner	Om lag 37 900 kroner

Kilde: Skattedirektoratet.

Skatteetaten har ingen særskilt registrering av ressursbruken i forbindelse med behandlingen av saker om særfradrag for store sykdomsutgifter. I skattekontorenes tidsregistreringssystem er det ikke en egen kategori som kan gi en detaljert oversikt over den tid som faktisk medgår til behandlingen av disse sakene.

Arbeidsgruppen har imidlertid mottatt en oversikt over antall saksbehandlere som i hovedsak bare arbeider med saker om særfradrag for store sykdomsutgifter, i de enkelte regionene. Tallene nedenfor gir derfor et anslag med hensyn til de ressurser som benyttes i regionene til behandling av saker under ordinær ligning og klagebehandling i første instans samt saksforberedelse for skatteklagenemndene.

Regionene	Antall saksbehandlere
Skatt øst	Om lag 18
Skatt Midt-Norge	Om lag 20
Skatt vest	Om lag 43
Skatt sør	Om lag 25
Skatt nord	Om lag 28

Kilde: Tilbakemelding fra de ulike regionene.

Som oversikten viser er det på landsbasis om lag 134 saksbehandlere på skattekontorene som hele eller størstedelen av året bare arbeider med saker som gjelder krav om særfradrag for store sykdomsutgifter.

Arbeidsgruppen har ikke mottatt tilsvarende opplysninger om ressursbruken ved helsemyndighetenes behandling av saker om særfradrag for store sykdomsutgifter. Helsedirektoratet har imidlertid opplyst at fylkesmennene i 2009 behandlet til sammen 845 saker med krav om særfradrag. Det er store variasjoner med hensyn til antall saker per kontor, fra én sak hos fylkesmannen i Troms til 39 saker hos fylkesmannen i Oppland og hele 264 saker hos fylkesmannen i Oslo og Akershus. Dette kan tyde på at skattekontorene har ulik praksis når det gjelder å oversende saker til fylkesmennene etter skatteloven § 6-83 annet ledd.

Helsedirektoratet er klageinstans over fylkesmannens vedtak. Direktoratet behandlet 203 klagesaker i 2009. I snitt er det bare i én til to saker per år at skattyter får medhold av Helsedirektoratet, etter at fylkesmannen har avslått krav på særfradrag. Det har ikke vært mulig å få opplysninger om hvor mye tid som har medgått hos helsemyndighetene til å behandle disse sakene.

9. ERFARINGER OG UTFORDRINGER FOR LIGNINGSMYNDIGHETENE, HELSEMYNDIGHETENE OG SKATTYTERNE

9.1 Innledning

Særfradrag for store sykdomsutgifter gis til skattyter som i inntektsåret har hatt usedvanlig store utgifter på grunn av egen eller forsørget persons sykdom eller annen varig svakhet. Det er et vilkår at utgiftene kan dokumenteres eller sannsynliggjøres og minst utgjør 9 180 kroner. Utgifter ved behandling, pleie eller opphold i institusjon eller hos privatpraktiserende helsepersonell utenfor offentlig norsk helse- og sosialvesen, er bare fradragberettiget dersom tilsvarende behandling mv. ikke tilbys av offentlig norsk helse- og sosialvesen, og helsemyndighetene vurderer det oppsøkte helsetilbud som faglig forsvarlig.

Kriteriene for å innrømme særfradrag er vage og skjønnsmessige. Både for ligningsmyndighetene og skattyterne er det stor usikkerhet knyttet til hvilke utgifter som kan gi grunnlag for særfradrag, og hvordan disse utgiftene skal dokumenteres. I

dette kapitlet beskrives hvilke utfordringer og praktiske vanskeligheter dagens regelverk medfører for ligningsmyndighetene, helsemyndighetene og skattyterne. Beskrivelsen bygger på innspill fra ligningsmyndighetene, Helsedirektoratet, pasient- og interesseorganisasjoner og konkrete henvendelser fra skattytere til Finansdepartementet og Skattedirektoratet.

9.2 Utfordringer for ligningsmyndighetene

9.2.1 Innledning

Regelverket om særfradrag for store sykdomsutgifter forutsetter et bredt spekter av kompetanse hos saksbehandlerne på skattekontorene. Først og fremst kreves det inngående kunnskap om rettsreglene på området, i første rekke det skatterettslige regelverket, men også kunnskap om hvilke utgifter som dekkes gjennom offentlige stønads- og tilskuddsordninger etter helse- og sosiallovgivningen. I tillegg må saksbehandlerne ha bred kunnskap om sykdomsdiagnoser og -tilstander, blant annet for å kunne vurdere om skattyters helsetilstand kvalifiserer til særfradrag, og om de utgiftstypene som skattyter krever særfradrag for, er påløpt som en følge av sykdommen.

Behandlingen av saker om særfradrag for store sykdomsutgifter oppleves ofte som svært krevende av saksbehandlerne, både fordi de opplever at de ikke har god nok medisinsk og helserelatert kompetanse, og fordi sakene ofte gjelder skattytere som er i en sårbar situasjon. Til tross for at antall saker gikk ned etter innstramningen i 2005, se avsnitt 5.3, er arbeidsmengden stadig økende, blant annet som følge av nye diagnoser og helsetilstander og utgiftstyper. Utfordringene knyttet til praktisering av særfradragsordningen har også sammenheng med at ordningen over tid har utviklet seg fra å bare skulle gi fradrag for utgifter til behandling mv. av sykdommen, til også å omfatte utgifter som bidrar til at skattyter skal kunne leve et så normalt liv som mulig.

Nedenfor beskrives en del av de utfordringene som ligningsmyndighetene har ved behandlingen av krav om særfradrag. Beskrivelsen er knyttet til de enkelte vilkårene for fradrag.

9.2.2 Sykdom eller annen varig svakhet

Det er en forutsetning for særfradrag at skattyter har hatt utgifter på grunn av egen eller forsørget persons sykdom eller annen varig svakhet. Begrepet sykdom er i relasjon til særfradragsordningen definert som en medisinsk betegnelse som refererer seg til alt som vår helsetjeneste skal ta seg av. Varig svakhet er et juridisk begrep som omfatter noe mer enn sykdom. I Skattedirektoratets Lignings-ABC er det fremholdt at også begrepet svakhet omfatter både psykiske og fysiske tilstander. Hva som faller inn under

betegnelsen svakhet må imidlertid vurderes konkret i den enkelte sak.¹³ Det er i utgangspunktet en forutsetning at sykdommen eller svakheten varig hemmer skattyteren direkte i hans eller hennes daglige livsutfoldelse, eller at det er nødvendig med en løpende varig behandling for å holde tilstanden i sjakk.

Kravet til varighet er satt til to år. For å oppfylle varighetskravet er det ikke tilstrekkelig at skattyter har en latent svakhet, dersom denne ikke gir seg utslag i konkrete plager. Har skattyter en latent svakhet, men er symptomfri i lengre perioder, er kravet til varighet i utgangspunktet ikke oppfylt. Imidlertid må det tas med i vurderingen hvor alvorlig skattyters akutte problemer er, og hvor lang tid det går mellom hver gang de oppstår.

Skattyter som krever særfradrag for store sykdomsutgifter, skal dokumentere sykdommen eller svakheten med legeattest. Dersom skattyter ikke har gjort dette, blir vedkommende tilskrevet ved kontroll av ligningen og gjort oppmerksom på plikten til å fremlegge legattest. Samtidig kan skattyter bli bedt om å dokumentere eller sannsynliggjøre sine utgifter. Som regel framgår det av legeattesten at skattyter har en konkret diagnose. Ligningsmyndighetene legger da dette direkte til grunn. I noen tilfeller er imidlertid legeattesten mangelfull når det gjelder beskrivelsen av hva skattyter feiler. Som eksempel kan nevnes legeattest hvor det står at skattyter har en *"medisinsk lidelse som har vart i over to år, og som har påført vedkommende økte utgifter til medisiner og fysikalsk behandling"*. Et annet eksempel fra praksis er en legeattest med følgende ordlyd: *"Hun har hatt et tre ukers opphold ved en klinikk ved Dødehavet i fjor. Dette er en form for behandling som er av stor betydning for hennes helse og funksjonsevne, og som hun ikke kan få noe annet sted."*

Om en tilstand kan anses som sykdom eller varig svakhet i skattelovens forstand, kan i enkelte tilfeller være vanskelig å avgjøre. Et eksempel på dette er patologisk tap av tannsubstans ved attrisjon eller erosjon, se nedenfor. Utgifter til tannbehandling regnes i utgangspunktet ikke som utgifter på grunn av sykdom eller varig svakhet. I noen tilfeller kan det likevel være fradragsrett for egenbetaling til tannbehandling dersom utgiftene gjelder sykdom eller annen varig svakhet, og de øvrige vilkårene for fradrag er oppfylt.

I forskrift 13. desember 2007 nr. 1412, gitt med hjemmel folketrygdloven § 5-6, er det angitt hvilke tilstander som er stønadsberettiget etter folketrygdens regler. Patologisk tap av tannsubstans ved attrisjon eller erosjon er et eksempel på en stønadsberettiget tilstand etter disse reglene. Ifølge rundskriv I-2/2009 B (veileder) som gjelder folketrygdens stønad til dekning av utgifter til tannbehandling, må denne tilstanden være grov for å være stønadsberettiget. I rundskrivet er denne tilstanden beskrevet på følgende måte: *"Med grav patologisk attrisjon/ erosjon menes tilstander som vil være av*

¹³ Se Lignings-ABC 2009-10 s. 1043.

vesentlig betydning for funksjon og estetikk. For å kunne vurdere om det foreligger grav patologisk attrisjon/erosjon må tilstanden være vurdert over tid, minimum ett år. Tannlegen må før stønadsberettiget behandling påbegynnes, dokumentere tilstandens alvorlighetsgrad".¹⁴ Det er dermed bare rett til refusjon fra folketrygden i de alvorligste tilfellene.

Ligningsmyndighetene legger det samme skillet til grunn ved vurdering av om en tilstand skal anses som en sykdom etter reglene om særfradrag. Dette innebærer at det er fradragsrett for utgifter til tannbehandling når tilstanden kan anses som en grov patologisk attrisjon eller erosjon. Det er i utgangspunktet uten betydning om skattyter har fått behandlingen i Norge eller i utlandet. Har skattyter fått refusjon etter folketrygdloven for slik behandling hos tannlege, gis det bare særfradrag for egenbetalinger ut over refusjonstaksten.

I noen tilfeller krever skattytere fradrag for utgifter til tannbehandling hvor tannlegen bekrefter at det foreligger attrisjon eller erosjon, men tilstanden ikke er så alvorlig at den gir rett til refusjon etter folketrygdlovens regler. Attrisjon eller erosjon som ikke er en grov patologisk attrisjon eller erosjon, oppfyller dermed ikke sykdomsvilkåret. Ligningsmyndighetene må da vurdere om tilstanden kan anses som en varig svakhet i skattelovens forstand. Dette er svært vanskelige vurderinger som saksbehandlerne i liten grad har kompetanse til. Deretter må saksbehandler eventuelt vurdere om saken skal oversendes fylkesmannen til behandling etter skatteloven § 6-83 annet ledd.

Et annet eksempel på en stønadsberettiget tilstand etter folketrygdlovens regler er "bittanomalier" som kan behandles kjeveortopedisk. Ifølge rundskriv I-2/2009 B (veileder) er stønadsberettigede bittanomalier (uregelmessig tannstilling) delt opp i tre grupper etter en gradering av alvorlighetsgraden. I skatterettslig forstand er det ikke nødvendigvis sikkert at tilstanden alltid kan vurderes som en varig sykdom eller svakhet, selv om tilstanden gir rett til refusjon etter folketrygdlovens regler. Dette er også vanskelige vurderinger for saksbehandlerne, for eksempel når det gjelder krav om særfradrag for utgifter til tannregulering av barn.

9.2.3 Sykdomsutgifter – kravet til årsakssammenheng

I utgangspunktet er det fradragsrett for alle utgifter som direkte eller indirekte er påført skattyter på grunn av sykdommen mv. I kravet til årsakssammenheng ligger likevel en forutsetning om tilstrekkelig nærhet mellom utgiftene og skattyters helsetilstand. Fradragsretten er derfor avgrenset mot utgifter som også andre skattytere normalt har uten å ha en tilsvarende sykdom eller svakhet. Utgifter av en art som det må antas at skattyter også ville ha hatt om han eller hun hadde vært frisk, inngår bare i grunnlaget for særfradrag i den utstrekning sykdommen mv. fører til at utgiftene er høyere enn de

¹⁴ Jf. rundskriv I-2/2009 B om folketrygdens stønad til dekning av utgifter til tannbehandling s. 19

ellers ville ha vært. Det er derfor bare merutgifter på grunn av sykdommen som gir rett til særfradrag.

Ved krav om særfradrag må skattyter legge fram legeattest som dokumenterer at han eller hun lider av en sykdom eller annen varig svakhet. Legeattestene gir sjelden opplysninger om hva slags utgifter den konkrete sykdommen eller svakheten påfører skattyter. I enkelte legeattester brukes formuleringer som at *"Sykdommen medfører en del ekstrautgifter for pasienten"* eller *"Pasienten har behov for varmt innneklima"*. Slike formuleringer er til liten hjelp for ligningsmyndighetene, som uansett må vurdere de påståtte merutgiftene konkret i hvert enkelt tilfelle. Slike vurderinger er særlig krevende, fordi de forutsetter kunnskap om og forståelse av hva som kan være en aktuell utgift knyttet til en bestemt diagnose eller tilstand.

Eksempler fra ligningspraksis på ulike utgiftstyper som skattytere krever særfradrag for:

- Utgifter til spesialtilpassing av bolig og utgifter til bygging av ny bolig på grunn av særlige krav til tomt, atkomst og lignende.
- Utgifter til spesialtilpassing av fritidsbolig.
- Utgifter til kjøp av ny spesialtilpasset bil. I enkelte tilfeller har skattyter levert legeattest som sier at vedkommende må ha en spesiell biltype, fordi bare den aktuelle biltypen har gode nok seter.
- Utgifter til spesialtilpassing av lystbåt for å gi atkomst og bruksmuligheter for person med nedsatt funksjonsevne.
- Utgifter til kjøp av bobil fordi skattyter ikke kan bo innendørs.
- Merutgifter til å spise på bevertningssted.
- Merutgifter til kost.
- Merutgifter i forbindelse med bilhold, for eksempel til drivstoff fordi skattyter må kjøre langt for å komme til butikk med god nok atkomstmulighet.
- Utgifter på grunn av lidelse som gir manglende kontroll av bevegelser, og som blant annet medfører ødeleggelse av utstyr og gjenstander. Et konkret eksempel er krav om fradrag for utgifter til kjøp av 15 mobiltelefoner per år.
- Merutgifter til kjøp av klær og lignende ved slanking etter fedmeoperasjon.
- Utgifter til å bytte ut eller reparere inventar, utstyr og lignende som er ødelagt av barn med ADHD.
- Utgifter til ledsager på reiser.
- Utgifter til hotellopphold ved familiebesøk, fordi skattyter ikke kan bo i andres hjem.
- Utgifter til spesialtilpasset fiskeutstyr, kjøp av agn (mark) fordi skattyter ikke kan grave etter mark selv.
- Utgifter til øyeoperasjon i Norge og i utlandet.
- Utgifter til tannbehandling, blant annet til kjeveortopedi hos barn.

Nedenfor beskrives to konkrete saker fra ligningsmyndighetenes behandling som illustrerer hva slags utgifter og hvilke beløp skattytere krever fradrag for. Sakene viser også hvor vanskelig og arbeidskrevende dette området kan være, både når det gjelder kravet om årsakssammenheng og fastsetting av merutgiftenes størrelse.

Skattyter hadde leddgikt og krevde særfradrag med om lag 110 000 kroner. Utgiftene gjaldt blant annet kjøp av badetøy, treningstøy, varmt tøy, biologiske kremer, sjampo, hårgelé, deodorant og hudvann, seng da skattyter ikke kunne komme seg ut av en vanlig seng på grunn av sykdommen, infrarød badstue da dette hadde en positiv effekt på hovne og betente ledd og induksjonskomfyr. I tillegg gjaldt kravet merutgifter til ekstra oppvarming av bolig, kjøring til sykehus og lege samt egenandeler for behandlingsreise og medisiner. Under ordinær ligning ble skattyter innrømmet særfradrag for store sykdomsutgifter med 14 500 kroner. Vedtaket ble fattet etter at skattyter, på skattekontorets anmodning, hadde sendt inn utfyllende opplysninger og dokumentasjon.

Skattyter påklaget vedtaket når det gjaldt avslag på fradrag for utgifter til kremer, badetøy, treningstøy, seng og infrarød badstue. Klagen ble delvis tatt til følge ved skattekontorets behandling i første instans. Når det gjaldt kravet om fradrag for kremer ble skattyter bedt om å legge fram bekreftelse fra lege hvor det fremgikk at legen hadde forordnet de aktuelle kremene. Slik bekreftelse ble ikke fremlagt. Skattekontoret la til grunn at også andre skattytere uten tilsvarende sykdom kan ha utgifter til slike kremer, og at det ikke var tilstrekkelig årsakssammenheng mellom utgiftene og sykdommen. Når det gjaldt krav om fradrag for utgifter til badetøy, treningstøy og varmt tøy ble fradraget skjønnsmessig satt til 1 000 kroner under ordinær ligning. Ytterligere fradrag ble ikke innrømmet i klageomgangen. Skattekontoret viste til at det ikke er uvanlig å trene flere ganger i uken og ha flere sett med badetøy. Skattyter fikk ikke medhold i kravet om fradrag for kjøp av seng under ordinær ligning. Under klagebehandlingen kom skattekontoret imidlertid til at sammenhengen mellom anskaffelse av sengen og sykdommen var tilstrekkelig sannsynliggjort, og innrømmet fradrag med 9 000 kroner, i tråd med skattyters krav. Når det gjaldt utgifter til anskaffelse av infrarød badstue, la skattekontoret til grunn at det ikke var tilstrekkelig årsakssammenheng mellom utgiftene og sykdommen. Skattyter fikk derfor ikke fradrag for disse utgiftene.

Resultatet av skattekontorets klagebehandling var at særfradraget ble økt med 9 000 kroner, til totalt 23 500 kroner. Skattyter påklaget ikke vedtaket til skatteklagenemnda.

I en annen sak hadde skattyter en varig sykdom i form av senskader som følge av poliomyelitt. Vedkommende krevde særfradrag for store sykdomsutgifter med om lag 77 000 kroner. Kravet gjaldt merutgifter til snømåking, handling, hagearbeid, vask og andre mindre tjenester utført av skoleungdom. I tillegg gjaldt kravet utgifter på grunn av

slitasje på sko og klær og driftsutgifter til bil. Skattyter krevde også fradrag for utgifter til medisiner, lege, kiropraktor, ekstra strøm og varme og telefonutgifter.

Under ordinær ligning ble særfradrag innrømmet med 12 129 kroner. Vedtaket ble påklaget, men skattyters klage ble ikke tatt til følge. Når det gjaldt merutgifter til bilhold var vurderingstemaet om skattyter hadde merutgifter utover det som ble dekket av folketrygdens stønad til bil. Skattyter mente i utgangspunktet at dersom vedkommende ikke hadde vært syk ville husstanden klart seg med én bil, og at alle utgifter til trygdebilen som ikke var dekket gjennom stønadsordningen i folketrygden, var merutgifter som ga rett til særfradrag. Skattekontoret innrømmet ikke fradrag for merutgifter ved å ha to biler fremfor én bil i husstanden da kravet til årsakssammenheng ikke var oppfylt. Derimot aksepterte skattekontoret at skattyter hadde hatt økte driftsutgifter til diesel, bilvask og hjulskift. Da skattyter hadde mottatt folketrygdens stønad til dekning av driftsutgifter, og merutgiftene ikke oversteg stønaden, ble resultatet at skattyter ikke fikk noe fradrag for slike utgifter.

De andre merutgiftene til blant annet slitasje av klær og sko, strøm, snømåking, handling, hagearbeid var ikke tilstrekkelig dokumentert eller spesifisert av skattyter. Skattekontoret innrømmet derfor ikke fradrag for disse utgiftene. Resultatet av skattekontorets klagebehandling ble at skattyter bare fikk særfradrag for utgifter til medisiner og kiropraktor. Skattyter har påklaget vedtaket til skatteklagenemnda.

9.2.4 Dokumentasjon av utgiftene

Reglene om særfradrag for store sykdomsutgifter oppstiller ingen særskilte krav til dokumentasjon og sannsynliggjøring av skattyters merutgifter. De generelle prinsippene om dokumentasjon og sannsynliggjøring som gjelder under ligningsbehandlingen legges derfor til grunn også i saker om særfradrag. Etter disse prinsippene er det tilstrekkelig med alminnelig sannsynlighetsoververkt. Dette betyr at skattyter har krav på særfradrag hvis det er mest sannsynlig at han eller hun har hatt den aktuelle merutgiften på grunn av sykdom eller annen varig svakhet. Hvorvidt det er mest sannsynlig at skattyter oppfyller vilkårene for fradrag, må avgjøres av den enkelte saksbehandler etter en konkret vurdering av skattyters påstand og dokumentasjon.

Kravet til dokumentasjon og sannsynliggjøring gjelder både for merutgiftene som sådan, og for årsakssammenhengen mellom utgiftene og sykdommen mv. Kravet skal ikke settes så strengt at skattyter nektes fradrag for vesentlige merutgifter som ikke kan dokumenteres formelt, men som det er overveiende sannsynlig at han eller hun har hatt. Om kravet til sannsynliggjøring er oppfylt skal blant annet vurderes ut fra hva utgiftene gjelder, størrelsen av utgiftene, hvor lett utgiftene lar seg dokumentere, hvilken forutsetning skattyter har hatt for å ta vare på dokumentasjon og hvilke oppfordringer skattyter har hatt til dette.

Når en selvangivelse tas ut til kontroll, blir skattyter i brev fra ligningsmyndighetene bedt om å dokumentere eller sannsynliggjøre sine sykdomsutgifter. Mange skattytere dokumenterer sine utgifter med kvitteringer eller annen form for attestert bekreftelse av utgiftene, men ofte er dokumentasjonen mangelfull. Det er ikke uvanlig at skattytere nøyer seg med å gi et anslag over sykdomsutgiftene, uten å dokumentere dem nærmere. I slike saker må saksbehandlerne først ta stilling til om det er tilstrekkelig sannsynliggjort om skattyter har hatt de aktuelle utgiftene. I mange av disse sakene er det lite eller ingen informasjon om hva skattyter bygger anslaget på. Skattekontorene må da normalt innhente ytterligere informasjon for å kunne ta stilling til om særfradraget skal innvilges.

Når skattyter har dokumentert eller sannsynliggjort sine utgifter på tilstrekkelig måte, må skattekontoret vurdere om det er tilstrekkelig årsakssammenheng mellom utgiftene og sykdommen mv. Dette er en omfattende og tidkrevende oppgave. Særlig gjelder dette ved vurdering av merutgifter, slik som utgifter til alminnelige forbrukssvarer og -tjenester som alle personer har, men som kan være høyere for en syk person. Ofte sender skattyterne inn store mengder kvitteringer, og saksbehandlerne må da vurdere hver enkelt utgift opp mot den aktuelle sykdommen eller tilstanden. I flere tilfeller ser saksbehandlerne eksempler på kvittering til utgifter som skattyter ikke burde ha hatt på grunn av sykdommen eller tilstanden. Blant annet gjelder dette utgifter til kost som ikke er forenlig med den dietten som skattyter opplyser å måtte følge.

Enkelte pasient- og interesseorganisasjoner, blant annet Norges Diabetesforbund og Norsk Revmatikerforbund, har utarbeidet skjemaer med oversikt over de mest vanlige merutgiftene på grunn av den aktuelle sykdommen, som medlemmene kan fylle ut og sende inn til ligningsmyndigheten. Mange skattytere sender inn disse skjemaene som den eneste formen for dokumentasjon eller sannsynliggjøring av sykdomsutgiftene. Finansdepartementet har ved flere anledninger uttalt at slike utfylte skjemaer ikke er tilstrekkelig som dokumentasjon eller sannsynliggjøring av utgiftene.

Ligningsmyndighetene kan imidlertid bruke slike skjemaer som en veiledning ved vurderingen av om det er tilstrekkelig årsakssammenheng mellom utgiftene og den aktuelle sykdommen. Skattyterne må derfor i tillegg til slike utfylte skjemaer kunne dokumentere eller sannsynliggjøre den enkelte utgift.

Manglende og varierende kvalitet på dokumentasjon av sykdomsutgifter fører ofte til at krav om særfradrag avvises ved ordinær ligning. Skattyter påklager deretter vedtaket til skattekontoret, og vedlegger noe mer dokumentasjon, men ofte ikke nok for å avgjøre om det er tilstrekkelig årsakssammenheng. Ofte må skattyter klage videre til skatteklagenemnda for å få innvilget sitt krav om særfradrag. Dette fører til at saksbehandlingen ved krav om særfradrag blir svært tids- og ressurskrevende for ligningsmyndighetene. Dette kan illustreres med et eksempel fra ligningsmyndighetenes praksis:

Saken gjaldt særfradrag for utgifter på grunn av fibromyalgi og atopisk eksem. Skattyter krevde særfradrag for merutgifter på grunn av sykdommen for om lag 16 000 kroner. Skattyter hadde ikke fulgt skattekontorets anmodning om å dokumentere sine faktiske merutgifter, og legeattesten opplyste ikke om diagnosen. Hun fikk derfor ikke særfradrag ved ordinær ligning. Skattyter påklaget vedtaket, og la ved legeattest som dokumenterte sykdommen. Skattekontoret anså da skattyters overslag av utgifter til egenandeler under frikortgrensen for egenandelstak 1 og 2 og merutgifter for slitasje på klær og sengetøy som tilstrekkelig sannsynliggjort. Da disse utgiftene samlet var under minstegrensen på 9 180 kroner ble det likevel ikke innrømmet særfradrag. Skattyter påklaget saken videre til skatteklagenemnda. Skatteklagenemnda ga skattyter fullt medhold, og særfradrag ble innvilget i samsvar med skattyters påstand. Skatteklagenemnda la til grunn, etter en helhetlig vurdering, at skattyter hadde sannsynliggjort sine utgifter på tilstrekkelig måte. Skatteklagenemnda påpekte imidlertid at skattyter i større grad burde ha fremlagt dokumentasjon av utgiftene på et tidligere tidspunkt, og at skattyter ved eventuelle framtidige krav måtte utarbeide en mer spesifisert oppstilling over utgiftene og fremlegge kvitteringer over utgifter som enkelt lar seg dokumentere.

9.2.5 Fradragets størrelse

Det er et vilkår for særfradrag for store sykdomsutgifter at skattyters sykdomsutgifter minst utgjør 9 180 kroner i inntektsåret. Det gis ikke særfradrag for store sykdomsutgifter i år som skattyteres utgifter har vært lavere en denne beløpsgrensen.

Det er bare merutgifter som følge av sykdommen mv. som skal inngå i særfradraget. Utgiftene må være dekket av skattyter selv med egne midler. Offentlige skattefrie tilskudd eller stønader som gis til dekning av sykdomsutgifter, skal som hovedregel trekkes fra ved beregningen av størrelsen på utgiftene. Slike skattefrie tilskudd eller stønader skal imidlertid ikke redusere andre utgifter enn de utgiftene de er ment å skulle dekke.

I de fleste saker er saksbehandlerne utfordringer ved fastsetting av fradragets størrelse først og fremst å vurdere kravet til årsakssammenheng og dokumentasjon eller sannsynliggjøring av utgiftene, se ovenfor. Når disse spørsmålene er avklart, må saksbehandlerne fastsette fradragets eller utgiftens størrelse. Dette kan være vanskelig i de tilfeller hvor utgiften ikke er dekket fullt ut av skattyter selv. Typisk gjelder dette når skattyter har fått offentlig tilskudd eller stønad til dekning av deler av utgiften.

Skattekontorene mottar automatisk innrapportering fra NAV over utbetalt grunn- og hjelpestønad. Dette beløpet blir forhåndsutfyllt i selvangivelsen. Skattekontorene får imidlertid ikke automatisk informasjon om hvilken sykdom eller tilstand det ytes grunn- eller hjelpestønad for, og heller ikke hvilke utgiftsformål som stønaden er ment dekke.

Dette betyr at saksbehandlerne ofte må innhente informasjon fra skattyter selv eller fra NAV om hvilke formål og utgifter grunn- eller hjelpestønad er ment å skulle dekke. Har skattyter flere sykdommer må de i tillegg innhente informasjon om hvilken sykdom grunn- eller hjelpestønad gjelder.

For andre offentlige trygde- eller stønadsordninger er det ingen automatisk innrapportering. Et eksempel er bidrag etter folketrygdloven § 5-22. Skattyter kan etter denne bestemmelsen få dekket 90 prosent av utgiftene til legemidler på hvit resept over 1 600 kroner. Ligningsmyndighetene vil ikke ha opplysninger om at skattyter har mottatt et slik bidrag, og må derfor legge til grunn at skattyter selv har trukket fra bidraget ved beregningen av sitt krav.

9.2.6 Utgifter ved behandling mv. utenfor offentlig norsk helse- eller sosialvesen

I saker hvor kravet om særfradrag gjelder utgifter til behandling, pleie eller opphold i institusjon eller hos privatpraktiserende helsepersonell utenfor offentlig norsk helse- og sosialvesen er avgjørelsesmyndigheten delt mellom ligningsmyndighetene og helsemyndighetene. Når skattyter krever fradrag for behandlingsutgifter mv. må derfor ligningsmyndighetene først ta stilling til om grunnvilkårene for særfradrag er oppfylt, det vil si om skattyter har en sykdom eller annen varig svakhet, om utgiftene skyldes skattyters helsetilstand og om utgiftene minst utgjør 9 180 kroner. Er disse vilkårene oppfylt, må ligningsmyndighetene også vurdere om den aktuelle behandlingen er å anse som behandling i skattelovens forstand. Hvis dette er tilfelle, og ligningsmyndighetene mener at den aktuelle behandlingen mv. har skjedd utenfor offentlig norsk helse- eller sosialvesen, kan ligningsmyndighetene enten godta skattyters krav dersom vilkårene i § 6-83 annet ledd er oppfylt, avslå skattyters krav om særfradrag dersom vilkårene i skatteloven § 6-83 annet ledd ikke anses oppfylt, eller oversende saken til fylkesmannen. Dersom saken ikke har vært forelagt fylkesmannen, og ligningsmyndighetene har sendt skattyter et varsel om at særfradrag ikke vil bli innrømmet, eller når særfradrag ikke er innrømmet ved ligningen, kan skattyter kreve at ligningsmyndigheten sender saken til fylkesmannen. Skattyter kan bare kreve dette når ligningsmyndighetenes begrunnelse for å nekte særfradrag er at tilleggsvilkårene i annet ledd ikke er oppfylt.

Ligningsmyndighetene skal også oversende saken til fylkesmannen av eget tiltak hvis de er i tvil om behandlingen mv. er utført utenfor eller innenfor offentlig norsk helse- eller sosialvesen eller om de øvrige vilkårene i annet ledd er oppfylt. I praksis vurderer ofte ligningsmyndighetene selv, under ordinær ligning, om tilleggsvilkårene er oppfylt, og avgjør saken uten at helsemyndighetene har vurdert saken. Dette skjer særlig i saker hvor det er klart at skattyters krav ikke vil føre fram.

Når en sak oversendes helsemyndighetene er det viktig at den er godt nok opplyst. I mange saker må derfor ligningsmyndighetene innhente mer dokumentasjon før saken oversendes. Dette vil ofte være tids- og arbeidskrevende.

Som nevnt ovenfor er det ligningsmyndighetene som avgjør om det oppsøkte tilbudet er en behandling i skatterettslig forstand. Dette er det ofte vanskelig å ta stilling til, blant annet fordi behandlingsbegrepet stadig utvides. Et praktisk eksempel er krav om særfradrag for utgifter til bassengtrening. Saksbehandler må da avgjøre om bassengtrening i det konkrete tilfellet er en behandling av skattyters sykdom eller svakhet, eller om bassengtrening er et forebyggende tiltak mot framtidig lidelse. Tilsvarende problemstillinger oppstår i tilfeller der skattyter krever fradrag for utgifter til ridning og hestehold. I slike saker er spørsmålet ofte om ridningen er å anse som terapiridning.

9.2.7 Utfordringer knyttet til de mest vanlige utgiftstypene

Merutgifter til kost

For merutgifter til kost er ligningsmyndighetenes utfordringer først og fremst knyttet til dokumentasjonskravet, kravet til årsakssammenheng og beregningen av merutgiftene. Eksempler på diagnoser og tilstander som skattytere oppgir som kostholdsregulerte, er diabetes, familiær hyperkolesterolemi, diverse matallergier, fibromyalgi, ME, Sjøgrens syndrom og kreft. I tillegg kommer skattytere som er stomioperert eller fedmeoperert.

Skattyter skal i utgangspunktet dokumentere merutgiftene med kvitteringer for én måneds forbruk. Ved fastsetting av merutgiftene samlet for hele inntektsåret tar ligningsmyndighetene utgangspunkt i SIFOs standardbudsjett for forbruksutgifter til matvarer og alkoholfrie drikkevarer for det aktuelle året. Mange skattytere bruker skjema som er utarbeidet av en pasient- eller interesseorganisasjon, som dokumentasjon for merutgifter til kost. Et slikt skjema vil ikke i seg selv være tilstrekkelig som dokumentasjon eller sannsynliggjøring av merutgifter til kost. Derimot kan det gi en viss veiledning ved vurdering av årsakssammenhengen mellom utgifter og sykdommen.

Selv om merutgiftene beregnes etter den ovennevnte metoden, er kravene ofte svært høye. Krav om fradrag for merutgifter til kost på 40 000 til 70 000 kroner er ikke uvanlig. Dette skyldes blant annet at mange skattytere har normalutgifter til kost som langt overstiger SIFOs standardbudsjett, uavhengig av diagnose eller ikke. Fradragsretten gjelder imidlertid bare nødvendige merutgifter til kost. I dette ligger at skattyter ikke kan få fradrag for merutgifter til et urimelig dyrt kosthold. Ligningsmyndighetene må derfor vurdere hva som totalt sett kan aksepteres som merutgifter. Beregningen av merutgifter ved kostholdsregulerte sykdommer blir derfor lite nøyaktig, noe som oppleves som vanskelig både for den enkelte skattyter og saksbehandler. I tillegg kan årsakssammenhengen mellom utgiftene og sykdommen være vag.

Det er i mange tilfeller vanskelig for ligningsmyndighetene å vurdere hvilke sykdommer som er kostholdsregulerte. I praksis ser man at stadig flere leger viser til at syndromer og lidelser kan kureres eller bedres ved å endre kostholdet. Saksbehandlerne har ikke

kompetanse til å vurdere hver enkelt diagnose, og må derfor stole på opplysningene fra skattyter og lege. I en konkret sak opplyste for eksempel en spesialist at skattyter burde få fradrag for utgifter til kosttilskudd, fordi det over tid hadde vist seg å ha god effekt for å stabilisere en psykisk lidelse.

Merutgifter til klær og slitasje på klær og madrass

Utfordringene ved krav om fradrag for merutgifter til klær og slitasje på klær mv. er ofte de samme som ved krav om fradrag for merutgifter til kost. Kravene kan være svært høye. Spesielt vanskelig er saker som gjelder merutgifter på grunn av ADHD og etter fedmeoperasjoner. Merutgifter knyttet til barn med ADHD gjelder ofte store innkjøp av klær, på grunn av stor slitasje eller fordi klærne kommer på avveie. For saksbehandlere er det svært vanskelig å vurdere slike krav. Blant annet vil graden av hvor hardt et barn er rammet av ADHD kunne ha betydning ved vurderingen av størrelsen på kravet opp mot barns normalforbruk av klær.

Fedmeopererte krever også særfradrag for merutgifter til klær. I disse sakene er det vanskelig å vurdere hvor lenge en slankeoperasjon har betydning for klesforbruket. Dette vil variere fra skattyter til skattyter. I mange saker er dessuten dokumentasjonen mangelfull. Mange skattytere setter bare opp en skjønnsmessig oversikt over utgiftene uten nærmere spesifikasjon. For saksbehandlerne er det derfor utfordrende både å fastslå tilstrekkelig årsakssammenheng mellom merutgiftene og skattyters helsetilstand, og å fastsette et riktig fradragnivå.

Også skattytere med andre diagnoser krever særfradrag for merutgifter til klær, for eksempel på grunn av slitasje på klær og sko ved bruk av rullestol. Noen krever også fradrag for utgifter til støttekorsett, støttebandasjer og spesialtilpassede klær og sko. I tillegg opplyser enkelte at avkledningsprosedyre og inkontinens forkorter klærnes levetid. Enkelte skattytere hevder at bytte av madrass eller overmadrass er en nødvendig merutgift som følge av sykdommen, og krever fradrag for dette.

Merutgifter til ombygging av bolig

Krav om særfradrag for utgifter til ombygging av bolig er blant de mest utfordrende sakene på særfradragområdet. Utgiftene gjelder ofte store og omfattende ombygginger av gamle boliger. For saksbehandlerne er det vanskelig å skille mellom hva som er alminnelig vedlikehold og verdistigning, og hva som er nødvendig ombygging av hensyn til skattyters helsetilstand. Dette er tidkrevende arbeid, og kravene er ofte svært store. Som eksempel kan nevnes at det høyeste kravet for inntektsåret 2007 når det gjaldt merutgifter til ombygging av bolig, var om lag 3,4 mill. kroner, mens det høyeste fradraget som ble gitt, var om lag 950 000 kroner.

Spesifisert dokumentasjon er nødvendig, men sjelden nok til å kunne treffe en avgjørelse. Saksbehandlerne må derfor innhente mer utfyllende opplysninger om hva

ombyggingen består i. Det kreves ofte særfradrag for alle utgifter til ombyggingen, for eksempel også til hvitevarer ved ombygging av kjøkken.

Ved vurderingen av krav om særfradrag for merutgifter til ombygging av bolig må skattekontoret først vurdere om utgiftene har en direkte årsakssammenheng med skattyters sykdom. Hvis det er tilstrekkelig sannsynliggjort at kravet til årsakssammenheng er oppfylt, må skattekontoret ta stilling til om utgiften er oppofret, eller om skattyter må antas å kunne få pengene tilbake som økt salgssum ved senere salg av boligen. Utgifter til ombygging av bolig skal med andre ord bare anses som sykdomsutgifter i den utstrekning det er sannsynlig at ombyggingen eller utbedringen ikke fører til at boligen øker i verdi. I dette ligger at saksbehandler må foreta en vurdering av markedsverdien på boligen før og etter ombyggingen. I tillegg må det vurderes om det er sannsynlig at skattyter vil nyte godt av denne verdiøkningen ved et senere salg av boligen. Dette er en særskilt vanskelig vurdering. Spesielt i de tilfellene skattyter har en slik sykdom eller tilstand som medfører at behovet for de aktuelle ombyggingstiltakene er mer eller mindre permanent, for eksempel ved vesentlig nedsatt funksjonsevne som ikke kan antas å endre seg vesentlig over tid. I den grad markedsverdien har økt etter ombyggingen, og det er sannsynlig at skattyter vil kunne realisere denne verdiøkningen på et senere tidspunkt, skal den økte markedsverdien redusere utgiftens størrelse.

Som illustrasjon kan nevnes en sak der skattyter på grunn av vesentlig nedsatt funksjonsevne krevde særfradrag på om lag 60 000 kroner for utgifter til ombygging og utbedring av bolig. Skattyters anslag over merutgiftene var satt til om lag 40 prosent av materialutgiftene ved ombyggingen. Både under ordinær ligning og ved klagebehandlingen på skattekontoret ble skattyter nektet særfradrag for utgifter til ombygging av bolig. Utgiftene til ombyggingen og utbedringen av boligen i form av påbygg ble ikke ansett som en sykdomsutgift, da påkostningen medførte en verdiøkning på eiendommen. Begrunnelsen for ikke å gi fradrag var at utgiften ikke kunne anses oppofret, da det aktuelle påbygget med ekstra rom måtte antas å gi en betydelig merverdi ved et eventuelt senere salg. Dette til tross for at skattekontoret la til grunn at skattyter selv aldri ville kunne realisere den ekstra markedsverdien som ombyggingen medførte. Vedtaket er påklaget til Skatteklagenemnda.

I praksis ser ligningsmyndighetene en ny gruppe skattytere som krever særfradrag for ombygging av bolig under henvisning til e-overømfintlighet. I slike saker krever skattyter særfradrag for utgifter til å bygge om boligen for å gjøre den mest mulig strømfri.

Utgifter til tannlege

Ved vurderingen av krav om særfradrag for utgifter til tannbehandling kan det være vanskelig å ta stilling til om skattyters tilstand kan anses som en sykdom eller annen

varig svakhet. Dokumentasjonen fra tannlegene kan være mangelfull på dette punktet, og saksbehandlerne må derfor innhente journalutskrift mv. for å få nok opplysninger til å vurdere spørsmålet. Se nærmere om denne problemstillingen ovenfor under 9.2.2. om sykdom og annen varig svakhet.

For behandling av nærmere angitte diagnoser og tilstander gis det refusjon etter folketrygdloven. Ved fastsetting av særfradragets størrelse skal slik refusjon trekkes fra. I mange tilfeller mangler dokumentasjonen fra tannlege om skattyter har fått refusjon fra folketrygden. Å innhente opplysninger om dette er ressurskrevende for ligningsmyndighetene. Det vises for øvrig til omtalen av gjeldende rett i avsnitt 4.6.

Utgifter til operasjon

Antall krav om særfradrag for utgifter til operasjoner har økt de siste årene. Særlig gjelder dette krav i forbindelse med øyeoperasjoner og fedmeoperasjoner utført i private klinikker eller av privatpraktiserende helsepersonell.

Ved vurderingen av krav om fradrag for utgifter til øyeoperasjoner må ligningsmyndighetene først ta stilling til om synshemmingen kan anses som en sykdom eller varig svakhet. Vilkåret er at synshemmingen, av medisinske eller yrkesmessige grunner, ikke kan avhjelpest med briller eller kontaktlinser. For ligningsmyndighetene kan det blant annet være vanskelig å ta stilling til om kriteriet yrkesmessige grunner er oppfylt i det enkelte tilfellet, og slike saker blir ofte oversendt fylkesmannen for vurdering av tilleggsvilkårene i § 6-83 annet ledd.

Merutgifter til bruk av bil

Mange skattytere krever særfradrag for merutgifter til bilkjøring på grunn av sykdom. I slike saker kan det være vanskelig for ligningsmyndighetene å fastsette fradragets størrelse. Dette kan illustreres med et eksempel fra en konkret sak:

Skattyter, som hadde sterkt nedsatt funksjonsevne, opplyste at om lag 50 prosent av samlet kjørelengde i løpet av året skyldtes sykdommen. Begrunnelsen var at han ikke hadde mulighet til å gå på besøk til familie og venner, langt mindre gå for å handle. Bilen måtte derfor benyttes selv ved korte turer. Skattyter viste også til et vedtak fra NAV om tilskudd til trygdebil, hvor en av betingelsene var at han skulle bryte en isolert tilværelse. Skattyter argumenterte derfor blant annet med at bilen var vesentlig viktigere for ham enn hva som er vanlig, og at bilen i denne sammenheng var å regne som et hjelpemiddel på grunn av sykdommen. Som dokumentasjon for kravets størrelse la skattyter fram en beregning av gjennomsnittspris per liter bensin og en uttalelse fra bilforhandler om bensinforbruket per mil. I en slik sak må saksbehandler konkret og skjønnsmessig vurdere hva som kan godtas som ekstra bilkjøring som skyldes en varig sykdom eller svakhet. Å avgjøre hva som objektivt sett er vanlige bilutgifter, og hva som er merutgifter på grunn av sykdom er svært vanskelig.

Utgifter til medisiner

Ved krav om særfradrag for utgifter til medisiner må saksbehandlerne vurdere hvilke produkter som inngår i behandlingen av skattyters sykdom. Dette har de imidlertid sjelden kompetanse til. Det er derfor vanskelig å avgjøre om det er tilstrekkelig årsakssammenheng mellom utgiftene og skattyters sykdom. I tillegg kan det være vanskelig å skille mellom naturprodukter, kosttilskudd og medisiner. I de fleste tilfeller godtas derfor skattyters krav.

Utgifter til pleie og tilsyn

Krav om fradrag for utgifter til privat hjelp i hjemmet gjelder blant annet utgifter til snømåking og gressklipping, vask og vedlikehold av hus og dekkskift. I slike saker må saksbehandlerne ta stilling til hva som er normalutgifter og hva som er sykdomsutgifter. I tillegg er dokumentasjonen ofte mangelfull da tjenestene er utført av privatpersoner, og beløpene er lave.

I tillegg til de kommunale ordningene, dekkes utgifter til privat pleie og tilsyn gjennom folketrygdens hjelpestønad. Ved ligningsbehandlingen har saksbehandlerne bare opplysninger om samlet utbetalt grunn- eller hjelpestønad til den enkelte skattyter. De må derfor ofte be skattyter eller NAV om dokumentasjon for hvor stor andel av utbetalt stønad som gjelder hjelpestønad. Dette er nødvendig fordi særfradrag ikke skal gis for de samme utgiftene som er dekket ved offentlige stønader. I mange saker som gjelder fradrag for utgifter til behandling og pleie i hjemmet, oppstår også spørsmålet om saken skal eller bør oversendes helsemyndighetene.

Utgifter til hjelpemidler

Ved krav om særfradrag for utgifter til hjelpemidler må saksbehandlerne først og fremst kartlegge om skattyter har fått hel eller delvis støtte til hjelpemiddelet etter sosial- og helselovgivningen. Slik støtte kan enten gis som utlån av hjelpemiddel som for eksempel krykker og rullestol, eller som økonomisk bidrag til selv å kjøpe hjelpemidlet.

Definisjonen av hjelpemidler er langt videre i særfradragsordningen. Eksempler på hva skattytere krever særfradrag for i denne sammenheng er utgifter til kjøp av ergometersykel, elektrisk garasjeåpner, treningstøy, medlemskap på treningssenter, snøfreser, TV, DVD kamera, ekstra ovn, varmepumpe, steamdusj og infrarødbadstue. På grunn av den generelle velstandsutviklingen i samfunnet har slike anskaffelser imidlertid blitt mer vanlig blant folk flest. Det er derfor ofte vanskelig for ligningsmyndighetene å avgjøre hva som i det konkrete tilfellet er en ordinær privatutgift, og hva som er en merutgift på grunn av sykdommen.

9.3 Utfordringer for helsemyndighetene

9.3.1 Innledning

Når krav om særfradrag gjelder utgifter ved behandling, pleie eller opphold i institusjon eller hos privatpraktiserende helsepersonell utenfor offentlig norsk helse- og sosialvesen, og ligningsmyndighetene finner at de alminnelige vilkår for særfradrag er oppfylt, kan saken oversendes fylkesmannen. Det er i første omgang opp til skattekontoret å avgjøre om saken skal oversendes fylkesmannen for avgjørelse, jf. forskrift 5. februar 1988 nr. 121 om ligningsbehandlingen ved særfradrag etter skatteloven § 6-82 og § 6-83. Dersom skattekontoret ikke finner det nødvendig, kan krav om særfradrag avgjøres uten at saken oversendes helsemyndighetene. Det er først når særfradrag ikke innrømmes ved ligningen, eller ligningsmyndighetene sender varsel til skattyter om at særfradrag ikke vil bli innrømmet, at skattyter kan kreve saken forelagt fylkesmannen. Fylkesmannens kompetanse i saker om særfradrag er nærmere regulert i forskrift 14. april 1988 nr. 295 om vilkår for særfradrag på grunn av store sykdomsutgifter ved behandling m.v. i institusjon eller hos privatpraktiserende helsepersonell utenfor offentlig norsk helse- og sosialvesen § 2, jf. ovenfor i avsnitt 4.4.

9.3.2 Om behandling mv. har skjedd innenfor eller utenfor offentlig norsk helse- og sosialvesen

Når saken er oversendt fylkesmannen, er det opp til helsemyndighetene (med fylkesmannen som første instans og eventuelt Helsedirektoratet som klageinstans) å avgjøre om den aktuelle behandlingen mv. er skjedd innenfor eller utenfor offentlig norsk helse- og sosialvesen. I praksis har imidlertid ligningsmyndighetene allerede vurdert om den aktuelle behandlingen er foretatt innenfor eller utenfor det offentlige helse- eller sosialvesen i forbindelse med oversendelse av saken til helsemyndighetene.

Hva som skal anses som behandling mv. utenfor offentlig helse- og sosialvesen er nærmere regulert i forskrift 14. april 1988 nr. 295 (forskriften) § 3. Etter bestemmelsen vil behandling mv. gitt ved private helseinstitusjoner som ikke er drevet av det offentlige, og som heller ikke er tatt opp på det offentliges helseplaner eller på annen måte er drevet for det offentliges regning, anses utenfor offentlig helse- og sosialvesen. Det samme gjelder behandling mv. gitt av privatpraktiserende helsepersonell som ikke har avtale med fylkeskommune eller kommune. At en behandling gir rett til refusjon (stykkprisrefusjon) er ikke tilstrekkelig til å si at institusjonen eller privatpraktiserende helsepersonell som utfører behandlingen, faller innenfor det offentlige helsevesen. Dette innebærer blant annet at tjenester som gis ved private medisinske røntgeninstitutter og laboratorier som ikke står i offentlig helseplan, anses utenfor offentlig helse- og sosialvesen. Også behandling gitt i utlandet uten offentlig bidrag etter folketrygdloven eller direkte fra kommune eller stat faller utenfor offentlig helse- og sosialvesen. Derimot anses en behandling å ha skjedd innenfor det offentlige helse- eller sosialvesen i de tilfeller skattyter har fått bidrag etter folketrygdloven til behandling andre steder

enn i offentlig institusjon eller hos offentlig helsepersonell, for eksempel ved støtte til fysioterapibehandling i utlandet.

Beskrivelsen av når en behandling har skjedd utenfor offentlig norsk helse- og sosialvesen kan synes relativt klar etter forskriften. Helsedirektoratets erfaring fra behandling av krav om særfradrag i slike saker, er imidlertid at dette spørsmålet kan være vanskelig å ta stilling til. Særlig gjelder dette når behandlingen har skjedd i institusjoner eller hos helsepersonell som driver todelt praksis. Med todelt praksis menes i denne sammenheng at deler av institusjonens eller behandleres virksomhet faller innenfor offentlig norsk helse- eller sosialvesen, mens den øvrige delen av virksomhetens behandlingstilbud faller utenfor offentlig helse- eller sosialvesen.

Fra helsemyndighetenes praksis kan det nevnes en konkret sak hvor en fysioterapeut hadde inngått driftstilskuddsavtale med kommunen. Ordinær fysioterapibehandling av kommunens innbyggere ble da ansett foretatt innenfor det offentlige helsevesenet. Samtidig hadde fysioterapeuten et annet behandlingstilbud som omfattet diagnostisering og behandling med spesialutstyr av en bestemt type lidelse. Behandlingen var kostbar og faglig omstridt. Driftsavtalen med kommunen omfattet ikke den eksperimentelle behandlingsformen med spesialutstyret. Denne behandlingen ble derfor foretatt utenfor det offentlige helsevesenet.

I denne konkrete saken krevde et stort antall personer med samme symptombilde særfradrag for utgifter til den eksperimentelle behandlingen. Mange fikk avslag med den begrunnelse at det offentlige helsevesenet hadde et tilsvarende behandlingstilbud for den aktuelle lidelsen. Flere skattytere påklaget fylkesmannens avgjørelse til Helsedirektoratet og anførte at behandlingen hadde foregått innenfor det offentlige helsevesenet fordi vedkommende behandler hadde avtale med det offentlige. Det fremgikk ikke av dokumentasjonen som var forelagt helsemyndighetene, hva slags behandling utgiftene refererte seg til. Ved forespørsel til den aktuelle kommunen hvor behandlingen hadde skjedd, ble det opplyst at vedkommende behandler hadde avtale med det offentlige og derfor var en del av den offentlige helsetjenesten. Helsedirektoratet returnerte da sakene til de aktuelle skattekontorene med beskjed om at behandlingen hadde foregått innenfor det offentlige helsevesenet og derfor skulle avgjøres av ligningsmyndighetene. Senere viste det seg altså at avtalen med kommunen bare omfattet en del av praksisen, mens den andre delen ble drevet utenfor det offentlige helsevesenet.

I en annen sak oppdaget helsemyndighetene at en behandler drev etter avtale med kommunen på dagtid og privat praksis på kveldstid. Dette skillet var vanskelig å oppdage av dokumentasjonen som ble fremlagt. Ved vurderingen av slike saker kreves det god kunnskap om hvordan den aktuelle helsetjenesten er organisert og hva slags behandling utgiftene gjelder. Det kan være en fare for at like saker behandles forskjellig.

Tilsvarende situasjoner oppstår der avtaleterapeuten, i tillegg til ordinær fysioterapibehandling, benytter behandlingsmetoder som ikke omfattes av avtalen med det offentlige, for eksempel akupunktur.

Kommunen kan også inngå driftsavtale med deltidshjemmel med privatpraktiserende helsepersonell. Også i slike saker kan det oppstå vanskelige grensdragninger. Som eksempel kan nevnes en konkret sak der en fysioterapeut med 40 prosent driftstilskudd hadde innrettet seg slik at han drev virksomhet etter driftstilskuddsavtalen to dager i uken. De resterende tre dagene drev fysioterapeuten privat virksomhet uten driftstilskudd. Både den offentlige og den private virksomheten ble drevet i de samme lokalene, og behandlingsmåtene var i all hovedsak ordinær fysioterapibehandling. Flere skattytere som hadde fått behandling hos den aktuelle fysioterapeuten, krevde særfradrag for utgifter til behandlingen. Resultatet ble at noen skattytere fikk medhold i sitt krav, mens andre ble nektet særfradrag, avhengig av hvilke dag behandlingen var utført. De dagene fysioterapeuten drev virksomheten under driftstilskuddsavtalen ble behandlingen ansett som innenfor offentlig helsevesen, og skattytere fikk medhold i krav om særfradrag for egenbetalinger til behandlingen. Behandlingen som ble gitt de dagene fysioterapeuten drev privat virksomhet, ble derimot ansett foretatt utenfor offentlig helsevesen, og særfradrag ble nektet med den begrunnelse at tilleggsvilkårene for fradrag ikke var oppfylt.

Helsemyndighetene har erfart at enkelte tilbydere av behandling utenfor det offentlige helse- eller sosialvesen driver misvisende markedsføring med hensyn til offentlig godkjenning og rett til særfradrag for behandlingsutgifter. Blant annet har de sett flere eksempler på at tilbydere av alternativ behandling bruker betegnelsen helsesenter eller helseforetak på en slik måte at publikum kan forledes til å tro at tilbudet er anerkjent av det offentlige eller er en del av den offentlige helsetjenesten. Det forekommer også enkelte tilfeller der behandler i sin markedsføring aktivt villeder pasienten ved å opplyse at vilkårene for særfradrag i skatteloven er oppfylt, gjerne med henvisninger til loven og begrunnelse for hvorfor vilkårene er oppfylt. Dette har skjedd til tross for at Helsedirektoratet har gjort behandleren oppmerksom på at det aktuelle tilbudet ikke gir rett til særfradrag.

9.3.3 Om det offentlige har et tilsvarende tilbud

Når behandling, pleie eller opphold er foretatt utenfor offentlig helse- og sosialvesen, må to tilleggsvilkår være oppfylt for rett til særfradrag. Det ene er at tilsvarende behandling ikke tilbys av det offentlige helse- og sosialvesen. Det andre vilkåret er at helsemyndighetene vurderer det oppsøkte tilbudet som faglig forsvarlig.

Ved vurderingen av om det offentlige har et tilsvarende tilbud, er det ikke avgjørende at metodene som benyttes, er identiske. For eksempel legger helsemyndighetene til grunn

at utgifter til behandling hos kiropraktor (som er utenfor offentlig helse- og sosialvesen) ikke gir rett til særfradrag, fordi det offentlige har et tilbud om behandling hos fysioterapeut eller fysioterapeut med tilleggsutdanning innen manuellterapi (manuellterapeut) for tilsvarende lidelser.

Det offentlige anses å ha et tilsvarende tilbud også i de tilfeller de bare tilbyr symptomatisk behandling. Dette vil typisk være tilfelle for pasienter som har en uhelbredelig sykdom, og det derfor ikke finnes noen behandling som kan bedre eller kurere pasientens tilstand. Når helsemyndighetene skal vurdere om det offentlige har en tilsvarende behandling, legger de derfor i første rekke vekt på om det foreligger en "indikasjon for behandling". Som eksempel kan nevnes en skattyter som har fått diagnosen "uhelbredelig kreft". Behandlingen som tilbys av offentlig helsevesen vil da normalt være begrenset til symptomatisk og lindrende behandling. Når det offentlige tilbyr symptomatisk behandling anses det offentlige å ha et tilbud til skattyter.

Svært mange pasienter og pårørende vil i en slik situasjon gjøre alt de kan for å finne en behandling som kan kurere lidelsen. Det har opp gjennom årene kommet mange ulike behandlingstilbud for disse pasientene, blant annet ved behandlingstilbud i utlandet. Felles for disse institusjonene er at behandlingen ikke har dokumentert effekt og er relativt dyre. Helsemyndighetene anser ikke slik behandling som faglig forsvarlig. Hvis skattyter oppsøker et såkalt alternativt behandlingstilbud på en privat institusjon, gis det ikke særfradrag.

Etter Helsedirektoratets oppfatning har det offentlige helsevesenet et tilbud om behandling for de aller fleste sykdommer og lidelser, forutsatt at det foreligger indikasjon for behandling. I de tilfeller hvor det ikke er et behandlingstilbud fordi det skyldes manglende kapasitet eller kompetanse, er pasientenes rett til behandling likevel sikret gjennom pasientrettighetsloven.¹⁵

Om en pasient har en materiell rettighet til helsehjelp fra helsetjenesten avgjøres etter en konkret, individuell vurdering av vedkommende pasients tilstand basert på alvorlighetsgrad, pasientens lidelse, utsikt til bedring og behandlingens effekt. Dessuten må de forventede resultatene stå i et akseptabelt forhold til kostnadene. Vilklårene for å ha rett til nødvendig helsehjelp er nærmere regulert i forskrift 1. desember 2000 nr. 1208 om prioritering av helsetjenester, rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, rett til behandling i utlandet og om klagenemnd (prioriteringsforskriften). Prioriteringsforskriften § 2 annet ledd annet punktum begrenser retten til nødvendig helsehjelp, ved at retten til helsehjelp bare gjelder dersom pasienten kan ha forventet nytte av helsehjelpen, og kostnadene står i et rimelig

¹⁵ Se lov 2. juli 1999 nr. 63 om pasientrettigheter.

forhold til tiltakets effekt. Pasienten er også gitt retten til fornyet vurdering (second opinion), jf. pasientrettighetsloven § 2-1.

Etter Helsedirektoratets oppfatning vil det som følge av ovennevnte rettigheter sjelden forekomme tilfeller der det offentlige ikke har et tilsvarende behandlingstilbud som det private tilbudet skattyter har oppsøkt. Forutsetningen er imidlertid at det er tale om et helseprioritert område. For behandling mv. som ikke er helsepolitisk prioritert, kan spørsmålet om offentlig helse- og sosialvesen har et tilsvarende tilbud komme på spissen.

Et eksempel på dette er tannbehandling. Den klare hovedregel er at staten ikke dekker behandling hos tannlege for personer over 20 år. Unntak gjøres for enkelte typer tilstander som omfattes av refusjonsordningen i folketrygdloven § 5-6 med tilhørende forskrift. Etter gjeldende rett er refusjon etter folketrygdloven ikke tilstrekkelig for å anse en behandling som foretatt innenfor offentlig helsevesen, jf. forskrift 14. april 1988 nr. 295 § 3 bokstav d. For tannbehandling vil det derfor (i all hovedsak) heller ikke kunne sies å foreligge noe behandlingstilbud innenfor offentlig norsk helsevesen. Spørsmål om særfradrag for utgifter til behandling hos tannlege blir derfor normalt avgjort etter en vurdering av vilkårene i skatteloven § 6-83 første ledd. Skatteloven § 6-83 annet ledd vil imidlertid kunne komme inn som en skranke, dersom det oppsøkte tilbudet ikke anses faglig forsvarlig.

I forskrift 14. april 1988 nr. 295 (forskriften) § 4 annet ledd framgår det at dersom ventetiden har vært urimelig lang *"vurdert i forhold til hvor alvorlig sykdommen er, og dette har eller kunne ha påført pasienten store lidelser eller betydelig forverring i ventetiden, kan forutsetningen for å kreve fradrag likevel anses å være til stede selv om det offentlige på lang sikt ville ha kunnet gi tilsvarende tilbud"*. Helsemyndighetene mottar svært få krav om særfradrag hvor det hevdes eller kan dokumenteres at ventetiden har vært for lang. Dette kan skyldes prioriteringsforskriften § 4 som sier at *"det fastsettes en frist for når faglig forsvarlighet krever at spesialisthelsetjenesten senest må yte helsehjelp til vedkommende pasient for å oppfylle pasientens rettighet"*. Det vil derfor sjelden forekomme at en skattyter kan påberope seg at ventetiden har vært urimelig lang vurdert i forhold til sykdommens alvorlighetsgrad.

I praksis har skattyter i enkelte saker fått særfradrag for utgifter til blant annet kirurgiske inngrep for vektreduksjon (fedmeoperasjoner) og øyeoperasjoner, fordi skattyter har kunnet dokumentere urimelig lang ventetid. Det antas at dette dreier seg om tilfeller der skattyter ikke er blitt ansett som en rettighetspasient og derfor heller ikke har fått tildelt en tidsfrist for når han eller hun kan forvente behandling. Hva som i det enkelte tilfellet anses som urimelig lang ventetid, blir da en skjønnsmessig vurdering som foretas av fylkesmannen eller Helsedirektoratet i vurderingen av kravet om særfradrag.

Helsedirektoratet har påpekt at behandling av overvekt ikke er begrenset til kirurgisk inngrep. Svært mange synes å være av den oppfatning at kirurgi er førstevalget. Også andre tiltak for å redusere sykkelig overvekt vil kunne anses som et tilbud fra det offentlige. Helsemyndighetene er av den oppfatning at det er en rekke tiltak som skal være forsøkt før en går til et så alvorlig inngrep som en fedmeoperasjon. I dag gis det tilbud om fedmeoperasjon når personer har en BMI over 40, når det anses som medisinsk forsvarlig og andre vektreduserende tiltak er prøvd uten hell. Ved spesielle livstruende tilleggslidelser er indikasjonsgrensen satt til BMI over 35.

Helsemyndighetene er kjent med at det private tilbudet til denne pasientgruppen er stigende, noe som øker antall krav om særfradrag. Det framgår i mange av disse sakene at skattyter ikke har henvendt seg til det offentlige, men gått rett til et privat tilbud. Helsedirektoratet har også sett eksempler på saker der det er gjort kirurgiske inngrep under de anerkjente indikasjonsgrenser.

9.3.4 Om det oppsøkte helsetilbudet er faglig forsvarlig

Hva som ligger i kravet til faglig forsvarlig behandlingstilbud er nærmere regulert i forskrift 14. april 1988 nr. 295 (forskriften) § 5. Etter denne bestemmelsen må det aktuelle tilbudet bygge på metoder som er anerkjent av norske helsemyndigheter. I de fleste sakene som er til behandling hos helsemyndighetene, blir imidlertid krav om særfradrag avvist fordi det offentlige helsevesenet har et tilsvarende tilbud. Avslag er sjelden begrunnet med at det oppsøkte tilbudet ikke er faglig forsvarlig.

Helsedirektoratet har i sin fortolkning av uttrykket faglig forsvarlig lagt til grunn at den aktuelle behandlingen må bygge på anerkjente prinsipper og metoder.

Behandlingsformene må være vitenskapelig dokumentert og anerkjent av norske helsemyndigheter. Særfradragsordningen har ikke til hensikt å finansiere norske pasienters deltakelse i nasjonal eller internasjonal utprøving av nye medikamenter eller annen behandling. Eksperimentell eller utprøvende behandling omfattes derfor ikke av særfradragsordningen.

I praksis legger Helsedirektoratet til grunn at det må foreligge minst to kontrollerte studier som viser effekt av behandlingen. Disse studiene må være publisert i et større tidsskrift og være mulig å gjenta. Det at studien er publisert, sikrer at studien blir vurdert av flere fagpersoner. Det forutsettes også at det ikke finnes et tilsvarende antall studier som viser at behandlingen ikke har effekt eller påfører pasientene skader.

Flere av de sakene som oversendes Helsedirektoratet som klageinstans, hvor behandling ikke anses faglig forsvarlig, dreier seg om ulike former for alternativ medisin. Dette er behandlinger som for eksempel er basert på vitaminer og mineraler, og som omfatter til dels dyre analyser ved utenlandske laboratorier. Analysene inneholder måleresultater som det ikke er vitenskapelig dokumentasjon for.

Behandlingen kan også innebære bruk av medikamenter som ikke er registrert i Norge, og som må spesialimporteres. Andre behandlingstilbud bygger på en tenkning om helhetsmedisin, eller at pasientene behandles av personell med ulike utdanninger med og uten offentlig autorisasjon. Etter Helsedirektoratets vurdering foreligger det ikke tilstrekkelig vitenskapelig dokumentasjon som viser effekten av disse behandlingene.

Helsedirektoratet har også behandlet flere saker som dreier seg om behandling av langtkommen kreftsykdom og operasjon av kjeveledd, nakke og rygg ved utenlandske klinikker. I noen saker er legespesialister ved universitetssykehusene (eller Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten) konsultert, og de har vist til at behandlingsmetoden ikke er tilstrekkelig vitenskapelig dokumentert. I noen tilfeller dreier det seg også om behandlingsmetoder som er omstridt. Dette er kostbare behandlinger som pasienter i utgangspunktet velger å dekke selv, og som de i etterkant krever særfradrag for. Dette er behandling som ikke tilbys i Norge, og som Helsedirektoratet ikke finner er dokumentert som faglig forsvarlig.

Skattytere som oppsøker behandlingstilbud i utlandet, kan enten være henvist dit av norske leger eller selv tatt kontakt med behandlingsstedet. Helsedirektoratet er gjennom behandling av skattesaker blitt oppmerksomme på at utenlandske behandlingsinstitusjoner synes å ha etablert et kontaktnett blant noen norske behandlere, eller selv mottar pasienter for vurdering i Norge. Behandlingen som blir tilbudt norske pasienter i utlandet, har vist seg å være varierende både i kvalitet og innhold. Mange av de sakene som er forelagt helsemyndighetene, gjelder kostbar og omstridt behandling som mangler dokumentasjon av effekt. I disse sakene blir krav om særfradrag avvist fordi det oppsøkte behandlingstilbudet ikke anses faglig forsvarlig.

9.3.5 Pasientens egen opplevelse av effekt

I mange saker krever skattyterne særfradrag fordi de opplever at den aktuelle behandlingen fører til bedring av helsetilstanden. En slik subjektiv opplevelse av bedring påberopes uavhengig av om det finnes vitenskapelig dokumentasjon for en slik sammenheng. Sivilombudsmannen har tatt dette forholdet opp med Helsedirektoratet, og gitt uttrykk for at en slik sammenheng bør vektlegges. Helsemyndighetene finner det imidlertid svært vanskelig å vektlegge skattyters subjektive opplevelse av bedring ved vurderingen av om det oppsøkte tilbudet er faglig forsvarlig.

Subjektiv opplevelse av bedring er en vanskelig størrelse å forholde seg til i forvaltningen av lov- og regelverk. Den lar seg ikke måle, og helsemyndighetene har derfor lagt den generelle effekten til grunn slik den kommer fram i vitenskapelig dokumentasjon i medisinske miljøer. Retten til særfradrag er for øvrig ikke avhengig av at behandlingen har ført til at pasienten er blitt bedre eller helt frisk.

9.3.6 Utfordringer ved delt kompetanse mellom lignings- og helsemyndighetene

Utgifter ved behandling, pleie og opphold utenfor offentlig norsk helse- og sosialvesen er bare fradragberettiget dersom vilkårene i skatteloven § 6-83 annet ledd er oppfylt. Disse vilkårene kommer i tillegg til de generelle vilkårene som følger av bestemmelsens første ledd. Dette innebærer at ligningsmyndighetene, før de oversender en sak til helsemyndighetene, må ta stilling til om de generelle vilkårene for særfradrag er oppfylt. Helsemyndighetene erfarer ofte at ligningsmyndighetene ikke har gjort dette, og de må derfor returnere saken. I andre tilfeller opplever de at ligningsmyndighetene oversender saker til behandling hos helsemyndighetene selv om de ikke faller inn under annet ledd. Slike situasjoner kan delvis tilskrives et komplisert regelverk, og fører til at saksbehandlingen av denne typen saker kan ta uforholdsmessig lang tid.

For at helsemyndighetene skal kunne vurdere om vilkårene i skatteloven § 6-83 annet ledd er oppfylt, må sakene være godt opplyst. Som grunnlag for sin vurdering må helsemyndighetene derfor ha dokumentasjon av diagnose og behandling (legeerklæring eller journalkopi), opplysninger om hvem som har utført behandlingen, og hvem som har henvist til eller anbefalt den aktuelle behandlingen, en beskrivelse av søkers sykdomsforløp og den kontakten og det tilbudet vedkommende eventuelt har mottatt fra offentlige helsetjeneste og eventuelle andre opplysninger som kan ha betydning for saken.

Helsemyndighetene forutsetter at skatteetaten sørger for å innhente slik dokumentasjon fra skattyter før saken oversendes, men erfarer ofte at den vedlagte dokumentasjonen er mangelfull. Særlig gjelder dette dokumentasjon fra lege som beskriver skattyters diagnose og hvilken behandling som er gitt. Helsemyndighetene er avhengig av slik dokumentasjon for å kunne vurdere om det offentlige har et tilbud om behandling for den aktuelle lidelsen, og om den behandlingen som er gitt kan anses faglig forsvarlig. Hvis skattyter forut for den aktuelle behandlingen har vært til undersøkelse eller behandling i det offentlige helsevesenet, kan det også være behov for å vite hvorfor skattyter ikke ble behandlet, eller hvorfor behandlingen ikke har gitt resultater. I mange saker må derfor helsemyndighetene innhente mer dokumentasjon, noe som forlenger og vanskeliggjør saksbehandlingstiden.

I de sakene som blir påklaget til Helsedirektoratet, krever skattyter relativt ofte likebehandling med henvisning til at andre skattytere i samme situasjon har fått særfradrag. Helsemyndighetene legger vekt på at hver sak skal vurderes individuelt. Selv om flere skattytere har vært hos samme behandler og fått behandling for samme lidelse, er det ikke gitt at alle har samme sykdomshistorie eller har samme henvisningsgrunn. I tillegg må helsemyndighetene legge til grunn den dokumentasjonen som skattyter har lagt fram i saken. Det er derfor ikke uvanlig at resultatet kan bli forskjellig i to saker, selv om utgangspunktet kan synes likt. Fordi det er ligningsmyndighetene som i utgangspunktet avgjør om en sak skal oversendes

helsemyndighetene, vil det også kunne forekomme tilfeller hvor ligningsmyndighetene avgjør saken selv, men vurderer den annerledes enn det helsemyndighetene ville ha gjort. Som følge av systemet med påstandsligning, vil det også kunne oppstå situasjoner hvor to skattytere med samme type krav får forskjellig resultat, avhengig av om selvangivelsen er påstandslignet eller plukket ut til kontroll og oversendt fylkesmannen. Se nærmere om dette i avsnitt 8.2.

9.4 Skattyters erfaringer og praktiske vanskeligheter med dagens særfradragsordning

Arbeidsgruppen har fra pasient- og interesseorganisasjonene fått mange innspill om at dagens ordning med særfradrag for store sykdomsutgifter ikke fungerer tilfredsstillende. Gruppen har også mottatt opplysninger fra ligningsmyndighetene om hva som etter deres oppfatning er de største problemene for skattyterne. I tillegg har mange skattytere, på eget initiativ, i skriftlige og muntlige henvendelser til Finansdepartementet og Skattedirektoratet, gitt uttrykk for sine erfaringer med ordningen. Felles for alle er en klar oppfatning om at dagens regelverk fører til stor usikkerhet for skattyterne, både med hensyn til hvilke helsetilstander som gir rett til særfradrag, hvilke utgifter det kan kreves særfradrag for og hvordan utgiftene skal dokumenteres. I tillegg har mange framhevet at det skjønnsmessige regelverket og selve ligningssystemet fører til forskjellsbehandling. Beskrivelsen nedenfor av skattyternes erfaringer og vanskeligheter med særfradragsordningen bygger på disse innspillene.

Skattyternes praktiske vanskeligheter med dagens særfradragsordning synes i stor grad å sammenfalle med ligningsmyndighetenes utfordringer. Beskrivelsen av ligningsmyndighetenes utfordringer i avsnitt 9.2 illustrerer derfor også hvilke vanskeligheter ordningen kan medføre for skattyterne.

For å ha rett til særfradrag må skattyter enten ha en varig sykdom eller en annen varig svakhet. Mange skattytere opplyser at ligningsmyndighetenes overprøving av skattyters, og eventuelt behandlers, vurdering av helsetilstanden føles urettmessig. Varig sykdom er en medisinsk betegnelse, og når skattyter fremlegger legeattest medfører dette kriteriet sjelden noen vanskeligheter for skattyter. Lovens uttrykk varig svakhet er derimot et juridisk begrep. Om dette kriteriet er oppfylt må vurderes konkret, og er blant annet avhengig av hvor mye skattyters tilstand avviker fra det "normale". For skattyterne kan denne vurderingen være forbundet med stor usikkerhet.

I utgangspunktet har skattyter fradragsrett for alle utgifter som direkte eller indirekte er påløpt som følge av sykdommen. Det må imidlertid være en tilstrekkelig nærhet mellom utgiftene og skattyters sykdom. Dagens skjønnsmessige regelverk medfører at det ofte er vanskelig å avgjøre hvilke sykdomsutgifter den enkelte skattyter kan få fradrag for. Noen sykdommer, som for eksempel diabetes, kan arte seg svært forskjellig fra person

til person. Mange skattytere opplever å få forskjellig informasjon fra skattekontoret om hvilke utgifter de kan føre til fradrag. Det er også påpekt at mange har problemer med å få konkrete svar ved henvendelse til ligningsmyndighetene. Mange skattytere opplyser også at de ikke når fram når de viser til at utgifter som er privatutgifter for friske personer, kan være en sykdomsutgift for dem. Eksempler på dette er utgifter til ergometersykkel.

Enkelte skattytere har opplyst at de opplever det som ubehagelig at en saksbehandler i skatteetaten etterprøver for eksempel krav knyttet til tilstander som gir økt slitasje på klær og sengetøy. Etersom ligningsmyndighetene ikke har helserelatert kompetanse føler av og til skattyterne at ligningsmyndighetenes vurderinger er uprofesjonelle og tilfeldige. Mange skattytere har opplyst at de føler seg misforstått og dårlig behandlet fra ligningsmyndighetenes side. I tillegg føler mange det som en ekstra belastning å måtte gi opplysninger av svært personlige karakter til en saksbehandler på skattekontoret. Enkelte skattytere synes også det er belastende å måtte legge fram sin livshistorie hver gang man snakker med en ny saksbehandler.

For mange skattytere er det vanskelig å anslå hvor stor andel av utgiftene som kan anses som merutgifter på grunn av sykdommen. Dette gjelder særlig utgifter til formål som også friske personer har, men hvor utgiftene er høyere for den syke. Et eksempel på dette er merutgifter til strøm ved behov for ekstra oppvarming av boligen på grunn av revmatisme. Andre eksempler er merutgifter til kost, fuktighetskremer, badetøy, treningsklær, kjøp av seng, pollennett rundt vinduer, pollenfilter til bil og merutgifter til transport.

De pasient- og interesseorganisasjonene som arbeidsgruppen har vært i kontakt med, har påpekt at det er en stor utfordring for mange skattytere å dokumentere eller sannsynliggjøre sine sykdomsutgifter. Dette gjelder både utgiftene som sådan, årsakssammenhengen mellom utgiftene og sykdommen og utgiftenes størrelse. Dokumentasjonskravene er vage og skjønnsmessige, og flere skattytere opplever derfor at saksbehandlere kan vurdere det samme spørsmålet forskjellig. Organisasjonene opplyser at mange skattytere føler at fradragsretten avhenger av hvor godt man klarer å begrunne utgiften. Dette oppleves som svært uheldig. For mange skattytere er det også krevende å skulle ta vare på alle kvitteringer gjennom et helt år, til bruk inntil ett og et halvt år senere dersom ligningsmyndighetene ber om det. For tilbakevendende merutgifter som er vanskelig å dokumentere, er det i praksis akseptert at kvitteringer for en sammenhengende, representativ måned kan være tilstrekkelig som sannsynliggjøring av utgiftene for hele inntektsåret. For noen skattytere er det likevel krevende å skulle samle på kvitteringer for matinnkjøp for én måned. Ved krav om fradrag for merutgifter til kost, for eksempel på grunn av diabetes, familiær hyperkolesterolemi eller matallergi, er det ofte vanskelig for skattyter å sannsynliggjøre hvor stor del av de samlede matutgiftene som skyldes sykdommen.

Dersom skattyter ikke kan dokumentere utgiftene med kvittering må vedkommende på annen måte forsøke å sannsynliggjøre at han eller hun har hatt utgiftene og utgiftenes størrelse. Skattyter skal ikke nektes fradrag for utgifter som det er overveiende sannsynlig at vedkommende har hatt. Den enkelte skattyter og ligningsmyndighetene har ofte forskjellig oppfatning av hva som legges i kravet til dokumentasjon eller sannsynliggjøring, og mange skattytere opplever at det er vanskelig å lage en oversikt eller beskrivelse som tilfredsstillende ligningsmyndighetenes krav. Dessuten mener flere at informasjonen om hva som kreves ikke er tilstrekkelig, og at saksbehandlere ofte etterspør mer dokumentasjon enn det som etter skattyters oppfatning burde være tilstrekkelig. Enkelte skattytere vedlegger omfattende epikriser fra legen, selv om de føler et sterkt ubehag ved å utlevere seg på en slik måte overfor ligningsmyndighetene.

Vurderingen av om en konkret behandling har skjedd innfor eller utenfor offentlig norsk helse- og sosialvesen er også vanskelig for skattyterne. Flere skattytere får avslag på krav for særfradrag med den begrunnelse at behandlingen er foretatt utenfor offentlig norsk helse- og sosialvesen. I noen tilfeller er dette ikke riktig, da institusjonen har en driftsavtale med det offentlige, og derfor skal anses som en del av offentlig norsk helse- og sosialvesen. Enkelte har derfor påpekt at ligningsmyndighetene i større utstrekning enn i dag bør undersøke om en institusjon eller behandler har driftsavtale med kommunen, før de treffer vedtak. For øvrig har Norsk Revmatikerforbund framhevet at gjeldende regler om behandlingsreiser og helsereiser er særdeles krevende.

Alle pasient- og interesseorganisasjonene som arbeidsgruppen har hatt kontakt med, har påpekt at det er uheldig at særfradragsordningen bare tilgodeser skattytere som har økonomi til å pådra seg utgiftene, og som har tilstrekkelig inntekt til å kunne nyttiggjøre seg fradraget. Konsekvensen er blant annet at uføre- og alderspensjonister med så lav inntekt at de skattlegges etter skattebegrensningsregelen, ikke får særfradrag for store sykdomsutgifter. Skattytere med liten eller ingen skatteevne nyter dermed ikke godt av særfradragsordningen. Også mange skattytere påpeker at dette er svært urimelig og urettferdig.

10. OPPSUMMERING AV ARBEIDSGRUPPENS UNDERSØKELSE

10.1 Innledning

Sommeren og høsten 2009 gjennomførte arbeidsgruppen, med hjelp fra skattekontorene, tre undersøkelser om ordningen med særfradrag for store sykdomsutgifter. Én undersøkelse skulle kartlegge særfradragsordningen som sådan, og denne undersøkelsen kalles her utvalgsundersøkelsen. Her var vi interessert i hvilke pasientgrupper som benytter seg av fradraget, og hvilke typer utgifter de krever fradrag for. Størrelsen på kravene og i hvilken grad kravene ble godkjent, var også av interesse, sammen med skattyternes øvrige inntekts- og formuesforhold. I de to andre undersøkelsene ble de største kravene og de største innrømmede fradragene (heretter omtalt som "stor påstand" og "stor ligning") plukket ut, for å studere nærmere hvilke utgiftstyper disse fradragene gjaldt.

Utvalgsundersøkelsen ble gjennomført ved at Skattedirektoratet plukket ut selvangivelsen til 1 250 skattytere med krav om særfradrag for store sykdomsutgifter, fordelt på henholdsvis 250 tilfeldig utplukkede skattytere i hver av de fem regionene. Utplukket ble gjort på denne måten delvis av praktiske hensyn, slik at arbeidet med å fylle ut skjemaene skulle fordeles noenlunde jevnt på de ulike regionene, og delvis for å gjenspeile eventuelle forskjeller mellom de fem regionene, for eksempel med hensyn til saksbehandlingspraksis. I den grad det finnes regionale forskjeller i helse, helseatferd eller i bruk av særfradragsordningen, vil dette i noen grad kunne virke inn på resultatene i undersøkelsen.

Skattekontorene har detaljert informasjon om de fradragskravene som har blitt kontrollert under ligningen, men ofte svært lite informasjon der en skattyter har blitt påstandslignet. Skattekontorenes kontroller utføres etter årlige fastsatte kontrollkriterier, som innebærer at både store og små krav blir kontrollert i varierende omfang. Kontrollen omfatter i tillegg skattytere som fikk redusert eller strøket sitt krav foregående år, dersom samme skattyter også krever særfradrag året etter. En god del av selvangivelsene som ble plukket ut til undersøkelsen har blitt påstandslignet, og for disse selvangivelsene gir ikke undersøkelsen nødvendigvis god informasjon. Det er dermed en risiko for at den varierende kvaliteten på resultatene som har kommet inn, har hatt betydning for resultatene i undersøkelsen. Den eneste måten å sikre seg korrekte opplysninger på, ville ha vært å be de enkelte skattyterne om mer informasjon, men dette har ikke vært aktuelt i denne sammenhengen.

Legger man utlignet fradrag for alle skattyterne i undersøkelsen sammen, utgjør dette om lag to prosent av det totale fradragsbeløpet for inntektsåret 2007. Antall endelige

skattytere i undersøkelsen er 1 116¹⁶, som også utgjør om lag to prosent av antall skattytere med fradraget i 2007 (59 938 personer). Dette betyr at de skattyterne som har kommet med i utvalget, verken har vesentlig høyere eller lavere fradrag sammenlignet med hele populasjonen.

I skjemaet som ble brukt i undersøkelsen, var inndelingen i utgiftstyper og diagnoser basert på arbeidsgruppens og Skattedirektoratets erfaringer med hva som er de vanligste utgiftstypene og diagnosene under dagens særfradragsordning. Inndelingen var ikke ment å gjenspeile for eksempel de ulike diagnosenes forekomst i befolkningen. Derfor ble mange vanlige diagnoser utelatt, for eksempel hjerte- og karsykdommer, siden dette ikke er vanlige diagnoser for dem som krever særfradrag. Skattekontorene hadde dessuten muligheten til å spesifisere diagnosen i et eget felt hvis ingen av de foreslåtte diagnosene passet, og tilbakemeldingene her tyder på at det ikke var viktige diagnoser som manglet i skjemaet. Andre diagnoser som var tatt med i skjemaet, viste seg å ha en lav forekomst, slik som ME, eller ingen forekomst (demens).

Når det gjelder utgiftstyper, er posten "Annet" blitt relativt stor, noe som delvis kan gjenspeile at utgiftstypene i skjemaet ikke var uttømmende nok, og delvis at mange av selvangivelsene som ble trukket ut til undersøkelsen, manglet tilstrekkelig opplysninger til at skattekontorene kunne fylle ut hva fradragskravet gjaldt.

Hensikten med de to undersøkelsene om stor påstand og stor ligning var å undersøke hva de høyeste kravene under ordningen gjelder, både med hensyn til utgiftstyper og diagnoser. Siden kravene er store, er de fleste sakene blitt kontrollert av ligningsmyndighetene under ligningsbehandlingen, og informasjonen om disse er derfor god. Det hefter dermed ikke like stor usikkerhet til disse undersøkelsene. Undersøkelsene har likevel en noe begrenset informasjonsverdi om særfradragsordningen som sådan, siden den bare studerer de aller høyeste kravene. Sammensetningen av både diagnoser og utgiftstyper vil være helt forskjellig i disse undersøkelsene sammenlignet med i ordningen som helhet.

Med forbeholdene nevnt over, presenterer vi her noen resultater fra de tre undersøkelsene.

¹⁶ En del skattytere er fjernet fra undersøkelsen på grunn av for mangelfull utfylling eller åpenbare feil i utfyllingen.

10.2 Utvalgsundersøkelsen

10.2.1 Diagnoser

I undersøkelsen hadde vi forhåndsdefinert en del diagnoser som skattekontorene kunne velge blant, og på den måten knytte de enkelte fradragskravene til inntil tre diagnoser per skattyter. Henholdsvis fem og to prosent av skattyterne i undersøkelsen er oppført med to eller tre diagnoser.

I tabellen nedenfor gjengir vi antallet skattytere i undersøkelsen etter hvilken av de forhåndsdefinerte diagnosene som er oppgitt (for dem med flere diagnoser er den første diagnosen valgt), rangert med de hyppigste diagnosene først. Midterste kolonne viser hvor stor andel dette utgjør av alle skattyterne. Siste kolonne viser andelen av samlet krav i kroner. Sammenligner man de ulike diagnosenes andeler av henholdsvis skattytere og samlet krav, er det relativt store avvik. Blant annet utgjør tannkjøttssykdommer og funksjonshemninger en større andel av det samlede kravet i kroner enn av antallet skattytere med dette som hoveddiagnose. Forklaringen er at fradragskravene fra dem med tannkjøttssykdommer og funksjonshemninger er høyere enn gjennomsnittet. Dette framgår også av tabell 10.7 nedenfor.

Tabell 10.1: Oppsummering fra undersøkelsen: Antallet skattytere etter hoveddiagnose

	Antall skattytere i undersøkelsen, etter hoveddiagnose	Andel av skattyterne i undersøkelsen, etter hoveddiagnose	Andel av samlet krav i kroner ¹
Tannkjøttssykdommer	241	22 %	28 %
Diabetes	169	15 %	9 %
Muskel- og skjelettlidelser	113	10 %	10 %
Hudsykdommer	45	4 %	3 %
Revmatisme	43	4 %	3 %
Astma og allergi	42	4 %	3 %
Funksjonshemninger	42	4 %	10 %
Kreft	27	2 %	2 %
Svekket syn eller hørsel	22	2 %	2 %
Psykiske lidelser	22	2 %	2 %
Ulike spiseforstyrrelser	12	1 %	2 %
Rusrelaterte tilstander	8	1 %	2 %
ME og utmattelse	8	1 %	1 %
Familiær hyperkolesterolemi	7	1 %	0 %
Andre sykdommer eller svakheter	315	28 %	23 %
SUM	1116	100 %	100 %

Kilde: Finansdepartementet.

¹ Til forskjell fra de to første kolonnene er denne kolonnen basert på alle med den gitte diagnosen, ikke bare de som har denne diagnosen som hoveddiagnose.

Der hvor skattekontoret har valgt kategorien ”andre sykdommer eller svakheter”, kunne den reelle diagnosen oppgis i et spesifikasjonsfelt. Dette ble gjort i 32 tilfeller. Langt fra alle skattekontorene har gitt nærmere opplysninger i dette spesifikasjonsfeltet, men blant de diagnosene som ble oppført, finner vi skader (trafikkskade og lignende), bruksisme, mage- og tarmsykdommer, hjerte- og karsykdommer, ADHD, epilepsi, luftveissykdommer, nyresvikt, dysleksi samt flere sjeldne diagnoser slik som cystisk fibrose eller sjøgrens syndrom.

Siden disse kategoriene ikke var forhåndsdefinert, og ikke alle skattekontorene benyttet anledningen til å spesifisere nærmere, er det større usikkerhet knyttet til dem enn til de øvrige diagnosene. Gruppene er uansett for små til å generalisere ut fra dem. Vi bruker derfor ikke disse diagnosene til å anslå størrelser som gjelder hele populasjonen, for eksempel antallet med disse diagnosene i særfradragsordningen som helhet. Oversikten tjener likevel som en illustrasjon av hvilke diagnoser annet-kategorien *kan* inneholde.

Siden ”spesifiser”-feltet bare ble benyttet ved 32 av de drøyt 300 forekomstene av ”andre sykdommer eller svakheter”, forklares bare ti prosent av ”andre sykdommer eller svakheter” gjennom dette. En langt høyere andel av ”andre sykdommer eller svakheter” kan forklares med at skattekontorene, da de fylte ut skjemaene, ikke hadde dokumentasjon knyttet til de selvangivelsene som var trukket ut i undersøkelsen. Ofte vil det være slik at dersom et fradragskrav ikke blir plukket ut til kontroll under ligningsbehandlingen, blir det ikke sendt inn dokumentasjon av kravet, og skattekontoret vil heller ikke nødvendigvis vite hvilken diagnose eller hva slags utgifter kravet gjelder. Dette er altså krav som har blitt påstandslignet. I mange tilfeller framgår det tydelig av skjemaene at så er tilfelle, for eksempel ved at skattekontoret har markert skjemaene med ”diagnose ukjent” eller ”mangler opplysninger”. Dette gjelder 134 selvangivelser, det vil si om lag 43 prosent av dem med ”andre sykdommer eller svakheter”. Det er naturlig å tenke seg at disse observasjonene fordeler seg omtrent som de øvrige svarene, men vi har ikke foretatt en slik skjønnsmessig omfordeling av svarene her.

10.2.2 Utgiftstyper

I undersøkelsen skulle skattekontorene oppgi hvilke typer utgifter det var krevd fradrag for i de aktuelle selvangivelsene. En kunne føre opp inntil seks ulike utgiftstyper per diagnose. Her var det bare forhåndsdefinerte valg, og ingen muligheter for å spesifisere utgiften. Resultatene er oppsummert i tabell 10.2 nedenfor.

Tabell 10.2: Oppsummering av undersøkelsen. Utgiftstyper

Hyppigste utgiftstyper – fradragsundersøkelsen	Antall krav	Andel av skattyterne i undersøkelsen med krav om denne utgiften	Andel av utgiftspostene i undersøkelsen som gjelder denne utgiften	Utgiftstypens andel av samlet ligning
Tannlege	304	27 %	17 %	34 %
Medisiner	230	21 %	13 %	7 %
Egenandeler	190	17 %	10 %	3 %
Kosthold	168	15 %	9 %	6 %
Transport	145	13 %	8 %	5 %
Alternativ behandling	95	9 %	5 %	5 %
Hjelpemidler	76	7 %	4 %	3 %
Klær	74	7 %	4 %	2 %
Bolig	51	5 %	3 %	6 %
Pleie og tilsyn	32	3 %	2 %	1 %
Helsereiser	22	2 %	1 %	1 %
Operasjoner	13	1 %	1 %	3 %
Annet	424	38 %	23 %	23 %
I alt ¹⁷	1824/1116		100 %	100 %

Kilde: Finansdepartementet.

Mens den første kolonnen viser hvor stor andel av alle *utgiftspostene* som er av en gitt type, viser den andre kolonnen hvor stor andel av *skattyterne* som har en gitt utgift. Summen av antall utgiftsposter er langt høyere enn antallet skattytere i undersøkelsen. Dette kommer av at mange skattytere i undersøkelsen krever fradrag for flere ulike typer utgifter. Derfor er utgiftstypenes andeler av alle utgiftspostene gjennomgående lavere enn andelen skattytere som har det aktuelle kravet. Den videre omtalen av undersøkelsen gjelder i hovedsak hvor mange eller hvor stor andel av *skattyterne* som krever fradrag for en gitt utgiftstype. I siste kolonne vises hvor stor andel den aktuelle utgiftstypen utgjør av ligningen.

”Annet” er den hyppigst forekommende utgiftstypen. Dette har flere forklaringer. For det første er som nevnt mange fradragskrav dårlig dokumentert eller ikke dokumentert i det hele tatt. Da har skattekontorene ofte gitt kravet merkelappen ”annet”. For det andre har de fradragskravene som er godt dokumentert, ofte en restpost etter at beløpene som knytter seg til bolig, medisiner mv. er ført opp. Dette er trolig utgifter som ikke passer inn i noen av de andre kategoriene, altså reelt ”andre utgifter”. Skjemaet som ble brukt i undersøkelsen, ga ikke mulighet for å spesifisere hva man mente med ”annet”. Noen tilbakemeldinger fra skattekontorene kan likevel tyde på at oppvarming av bolig og hjelp

¹⁷ Det var i alt 1 116 skattytere med i undersøkelsen, og hver skattyter hadde fremmet krav som gjerne omfattet flere ulike typer utgifter. Regner man sammen alle enkeltpostene, får man i alt 1824 ulike krav inndelt etter utgiftstype.

i hjemmet er typiske kategorier under "annet". Ut fra datamaterialet er det ikke mulig å avgjøre nøyaktig når "annet" er brukt som "vet ikke", og når det er brukt som "annet". Til enkelte framstillinger og anslag, blant annet anslag over fordelingen av skatteutgiften, har det vært ønskelig å skjønnsmessig nedjustere annet-posten, fordi noe i annet-posten trolig hører hjemme i de andre kategoriene. Vi har derfor sett hen til annet-andelen i undersøkelsene "stor påstand" og "stor ligning", der så godt som alle de utplukkede selvangivelsene hadde dokumentasjon av sykdom og utgiftstype. Vi fant da at "annet" utgjorde om lag 15 prosent av utgiftstypene i "stor ligning" og "stor påstand"-undersøkelsene, mot 23 prosent i utvalgsundersøkelsen. Dermed er "annet" i anslagene satt til 15 prosent også der utvalgsundersøkelsen brukes som grunnlag for anslagene, mens resten er fordelt på de andre utgiftstypene, slik som tannlegeutgifter, boligutgifter mv. Se ellers kapittel 13 for anslag over andelene av de ulike utgiftstypene av den totale skatteutgiften i 2010.

Ser en bort fra "annet", er det tannlegeutgifter som dominerer. Tannlegeutgifter er med andre ord den hyppigst forekommende utgiftstypen som er identifisert, og utgjør dessuten mest i proveny. Svært mange har også utgifter til medisiner og egenandeler.

10.2.3 Størrelsen på kravene

I tabellen nedenfor har vi skilt ut beløpene fra de enkelte kravene som gjelder ulike formål, og tabellen gjengir den gjennomsnittlige størrelsen på kravene i ulike kategorier, rangert med de høyeste kravene øverst. Gjennomsnittlig ligning for ulike typer krav og gjennomsnittlig nedsettelse i prosent er også angitt.

Tabell 10.3: Gjennomsnittlig krav, ligning og nedsettelse i prosent. Ulike utgiftsformål

	Gjennomsnittlig krav (kroner)	Gjennomsnittlig ligning (kroner)	Gjennomsnittlig nedsettelse (prosent)
Operasjoner	47 011	47 011	0 %
Bolig	36 728	26 400	28 %
Tannlege	26 685	26 330	1 %
Helsereiser	23 564	11 142	53 %
Alternativ behandling	12 401	12 633	-2 % ¹
Transport	10 292	8 012	22 %
Hjelpemidler	10 284	9 724	5 %
Kosthold	9 784	8 706	11 %
Pleie og tilsyn	8 640	8 515	1 %
Klær	8 508	7 673	10 %
Medisiner	7 885	7 623	3 %
Egenandeler	4 015	3 880	3 %
Annet	14 270	12 994	9 %
I alt	14 114	12 944	8 %

Kilde: Finansdepartementet.

¹ Høyere innrømmet fradrag enn krav kan bety at skattyter har fått et høyere fradrag enn han selv har fremmet krav om i forbindelse med klagebehandling.

Den gjennomsnittlige nedsettelsen av krav ved ligningen i prosent kan gi en viss indikasjon på hvor problemområdene til skattekontorene er. Krav som gjelder bolig, helsereiser¹⁸ og transport blir satt ned relativt mye. Bare 22 av kravene i undersøkelsen gjelder helsereiser, slik at tallene for helsereiser er noe usikre. Det samme gjelder posten "operasjoner". Den hyppigste utgiftstypen, tannlegeutgifter, blir i gjennomsnitt satt ned med bare én prosent.

I ett tilfelle er gjennomsnittlig ligning høyere enn gjennomsnittlig påstand. Normalt vil slike forhold skyldes at det har kommet til nye eller høyere krav i løpet av en klagebehandling. I undersøkelsen kan slike avvik også skyldes utfyllingsfeil, for eksempel ved at tallene for påstand og ligning er byttet om.

Ellers viser undersøkelsen at 13,7 prosent av alle skattyterne i undersøkelsen krever nøyaktig 9 180 kroner i fradrag.

I tabellen nedenfor har vi vist størrelsen på kravene ordnet etter diagnose.

Tabell 10.4: Oppsummering av undersøkelsen. Gjennomsnittlig krav. Fradrag og nedsettelse i prosent etter diagnose

Diagnose	Gjennomsnittlig krav (kroner)	Gjennomsnittlig fradrag (kroner)	Gjennomsnittlig nedsettelse (prosent)
Funksjonshemminger	63 304	47 221	25 %
Rusrelaterte tilstander	54 452	50 583	7 %
Ulike spiseforstyrrelser	42 191	39 817	6 %
Tannkjøttssykdommer	30 683	30 520	1 %
ME og utmattelse	22 968	16 494	28 %
Psykiske lidelser	21 519	18 633	13 %
Muskel- og skjelettlidelser	20 718	18 436	11 %
Svekket syn eller hørsel	20 472	19 312	6 %
Revmatisme	20 059	17 693	12 %
Kreft	18 649	17 580	6 %
Astma og allergi	17 022	15 831	7 %
Diabetes	14 184	13 113	8 %
Hudsykdommer	13 307	12 761	4 %
Familiær hyperkolesterolemi	11 456	11 456	0 %
Andre sykdommer eller svakheter	18 029	15 647	9 %
I alt	22 675	20 891	8 %

Kilde: Finansdepartementet.

¹⁸ Helsereiser er positivt unntatt fra loven og skal dermed ikke kunne gi grunnlag for fradrag. Dette gjelder imidlertid bare selve reisen, mens det kan gis fradrag for merutgifter til slike reiser, blant annet utgifter til ledsager eller til spesialtilpasning på reise. Det er videre adgang til å få fradrag for visse kostnader i forbindelse med behandlingsreiser til utlandet i regi av Rikshospitalet (Statens behandlingsreiser), og disse utgiftene regner vi med er ført under rubrikken "helsereiser" her. Se for øvrig omtalen av helsereiser i kapittel 13.

10.2.4 Inntekt og formue

Undersøkelsen gir også informasjon om inntekt og formue for skattytere som krever særfradrag for store sykdomsutgifter. Gjennomsnittlig bruttoinntekt er om lag 366 000 kroner, og gjennomsnittlig nettoformue 304 500 kroner. Medianen for bruttoinntekt er om lag 305 300, og 78 000 kroner for nettoformue. Gjennomsnittstallet for nettoformue er så høyt fordi en del skattytere i undersøkelsen har svært høy formue, den høyeste på over 100 mill. kroner. En oversikt over fordelingen av personer med særfradrag etter inntekt finnes for øvrig i kapittel 5, tabell 5.2.

10.2.5 Grunn- eller hjelpestønad

Utvalgsundersøkelsen viser at om lag 16 prosent av skattyterne hadde mottatt grunn- eller hjelpestønad. Det gjennomsnittlige beløpet for grunn- eller hjelpestønad var om lag 18 800 kroner.

Tabell 10.5 viser andelen med grunn- eller hjelpestønad blant særfradragsbrukerne i undersøkelsen, inndelt etter type utgift. Tallene er usikre, siden skattekontorene mangler en del opplysninger om hvorvidt skattyter har grunn- eller hjelpestønad. Arbeidsgruppen gjør også oppmerksom på at siden mange skattytere krever fradrag for flere forskjellige typer utgifter, vil de gå igjen i flere av gruppene under. Det er heller ikke kjent på hvilket grunnlag grunn- eller hjelpestønad eventuelt er innvilget.

Tabell 10.5: Andelen med grunn- eller hjelpestønad blant skattytere med ulike utgiftstyper

Type utgift	Andel med grunn- eller hjelpestønad
Helsereiser	50 %
Bolig	50 %
Klær	32 %
Pleie og tilsyn	31 %
Transport	27 %
Hjelpemidler	24 %
Medisiner	25 %
Egenandeler	25 %
Alternativ behandling	19 %
Kosthold	15 %
Tannlege	7 %
Operasjoner	0 %
I alt	16 %

Kilde: Finansdepartementet.

10.2.6 Tidsbruk

Utvalgsundersøkelsen inneholdt et spørsmål om tidsbruk ved ligningsbehandlingen på de enkelte sakene. Ikke alle skattekontorene fylte ut opplysninger om tidsbruken, og

undersøkelsen gir derfor et svært usikkert grunnlag for å anslå den totale bruken av ressurser i skatteetaten på særfradraget for store sykdomsutgifter.

De svarene som kom inn, kan gi grunnlag for et svært usikkert anslag på om lag 30 årsverk. Det er imidlertid flere forhold som gir grunn til å tvile på dette tallet. For det første omfatter tallet bare tidsbruk ved ordinær ligning. Mange av sakene blir påklaget, og det brukes ressurser i forbindelse med klagebehandlingen i første instans og ved forberedelse av saker som skal legges fram for skatteklagenemnda, noe som ikke er med i det ovennevnte anslaget. For det andre vil ikke all tiden som brukes på særfradraget være knyttet til konkrete saker. Det som brukes til faglig oppdatering, veiledningsarbeid av så vel skattytere som saksbehandlere, administrasjon og lignende, må også telle med. Den tredje, og trolig viktigste, årsaken til at tallet antakelig er for lavt, er at det ble trukket et tilfeldig¹⁹ utvalg av selvangivelser til utvalgsundersøkelsen, mens utvelgelsen av selvangivelser til kontroll *ikke* er tilfeldig. Skattekontorene utfører sine kontroller etter fastsatte kontrollkriterier, hvor målet blant annet er en høy sannsynlighet for å oppdage avvik. Derfor vil vi forvente at andelen endringssaker (altså der skattyter ikke har fått innvilget hele eller deler av sitt krav om fradrag) skal være lavere i utvalgsundersøkelsen enn totalt. Og dette stemmer; i utvalgsundersøkelsen har om lag 10 prosent av sakene blitt endret ved ligningen, mens om lag 25 prosent av sakene totalt blir endret (jf. omtalen i avsnitt 8.3). Det er rimelig å anta at tidsbruken er høyere der hvor skattekontoret finner grunn til å avvise eller sette ned skattyterens påstand, og derfor også rimelig å forvente et forholdsvis lavt anslag på tidsbruken ut fra utvalgsundersøkelsen.

Dersom vi ikke kan bruke opplysninger fra utvalgsundersøkelsen til å anslå tidsbruken, kan vi i stedet se hen til undersøkelsen av de store påstandene og ligningene. På bakgrunn av undersøkelsen "stor påstand" kan tidsbruken anslås til om lag 100 årsverk, og på bakgrunn av undersøkelsen "stor ligning" til om lag 70 årsverk. I disse undersøkelsene må vi imidlertid ta høyde for at det kan være en overopphopning av saker der det er brukt mer tid enn gjennomsnittlig²⁰.

Likevel finner vi at anslagene fra undersøkelsene "stor påstand" og "stor ligning" stemmer nokså bra med hva skatteetaten selv opplyser. Skatteetaten opplyser at om lag 130 saksbehandlere i hovedsak, det vil si store deler av året, arbeider bare med saker

¹⁹ Utvalget var tilfeldig når det gjaldt blant annet størrelsen på kravene og andre kjennetegn ved selvangivelsene. Utvalget var ikke tilfeldig når det gjaldt geografisk fordeling, men det antas at dette har nokså liten betydning i denne sammenhengen. Se ellers i innledningen til dette kapitlet om metoden som ble brukt ved utvelgelsen av selvangivelser til undersøkelsen.

²⁰ For eksempel finner vi at andelen av sakene som har blitt endret ved ligningen, er 23 prosent i "stor ligning", altså om lag som for alle skattytere, men hele 57 prosent i "stor påstand" – langt over andelen på 25 prosent for alle skattytere.

som gjelder særfradrag for store sykdomsutgifter (dette er også omtalt i avsnitt 8.3). Avhengig av hvor mye tid disse saksbehandlerne bruker på andre typer saker, møter mv., kan et grovt anslag på tidsbruken på mellom 70 og 130 årsverk vise seg å stemme. Arbeidsgruppens punktanslag på ressursbruken i skatteetaten er derfor i størrelsesorden 100 årsverk, men vi understreker at dette er et usikkert anslag.

Regner vi med et nøkternt anslag på kostnaden per årsverk på 500 000 kroner, kan vi dermed anslå totalkostnaden til 50 mill. kroner. Tatt i betraktning at ressursene som brukes i skatteklagenemnda, hos fylkesmennene og i Helsedirektoratet ikke er medregnet her, og at skatteutgiften av fradraget er om lag 350 mill. kroner, er dette oppsiktsvekkende høye tall.

10.3 Undersøkelsene ”stor påstand” og ”stor ligning”

10.3.1 Diagnoser

I tabell 10.6 under sammenligner vi hvilke diagnoser som oppgis som grunnlag for fradrag i de tre undersøkelsene. I forhold til utvalgsundersøkelsen er særlig tannkjøtt sykdommer, funksjonshemminger og spiseforstyrrelser overrepresentert i undersøkelsen ”stor ligning”, mens funksjonshemminger er overrepresentert i ”stor påstand”. Diabetes er underrepresentert i både ”stor ligning” og ”stor påstand”.

Disse resultatene gjenspeiler ganske enkelt at kravene knyttet til tannkjøtt sykdommer, funksjonshemminger og spiseforstyrrelser (her: fedme) ofte er store, mens kravene knyttet til diabetes sjelden er store.

Tabell 10.6: Fordeling av skattytere på diagnose i de tre undersøkelsene ”stor ligning”, ”stor påstand” og utvalgsundersøkelsen

Diagnose	Stor ligning	Stor påstand	Utvalgsundersøkelsen
Diabetes	3 %	3 %	15 %
Familær hyperkolesterolemi	0 %	0 %	1 %
Revmatisme	1 %	3 %	4 %
Astma og allergi	1 %	1 %	4 %
Tannkjøtt sykdommer	35 %	16 %	20 %
Svekket syn eller hørsel	0 %	1 %	2 %
Funksjonshemminger	23 %	40 %	4 %
Muskel- og skjelettlidelser	11 %	16 %	11 %
Kreft	4 %	4 %	2 %
Psykiske lidelser	1 %	1 %	2 %
Hudsykdommer	1 %	1 %	5 %
Rusrelaterte tilstander	0 %	0 %	1 %
Ulike spiseforstyrrelser	6 %	3 %	1 %
Demens	1 %	0 %	1 %
ME og utmattelse	2 %	1 %	15 %
Andre sykdommer eller svakheter	9 %	10 %	27 %

Kilde: Finansdepartementet.

10.3.2 Utgiftstyper

Tabell 10.7 viser skattyterne i undersøkelsen ”stor påstand” fordelt på hvilke utgiftstyper de hadde oppgitt som grunnlag for kravet. Vi ser at 43 prosent av skattyterne i denne undersøkelsen krever fradrag for boligutgifter. Dette er langt høyere enn andelen som hadde krav om boligutgifter i utvalgsundersøkelsen, som var 5 prosent, jf. tabell 10.2. Ellers viser den siste kolonnen i tabell 10.7 påstandene i undersøkelsen ”stor påstand”

blir satt mye ned, for øvrig en del mer enn de som er med i undersøkelsen "stor ligning" (neste tabell).

Tabell 10.7: Undersøkelsen "stor påstand". Skattytere fordelt etter utgiftstype, samt nedsettelse i prosent

	Antall krav	Andel av skattyterne med denne utgiftstypen	Gjennomsnittlig nedsettelse i prosent
Kosthold	11	5 %	58 %
Medisiner	26	11 %	65 %
Egenandeler	19	8 %	19 %
Helsereiser	10	4 %	5 %
Klær	14	6 %	48 %
Transport	34	15 %	35 %
Alternativ behandling	19	8 %	62 %
Tannlege	40	18 %	36 %
Bolig	99	43 %	37 %
Operasjoner	11	5 %	22 %
Pleie og tilsyn	9	4 %	56 %
Hjelpemidler	22	10 %	32 %
Annet	65	29 %	33 %

Kilde: Finansdepartementet.

Tabell 10.8 viser skattyterne i undersøkelsen "stor ligning" fordelt etter utgiftstyper:

Tabell 10.8: Undersøkelsen "stor ligning". Skattytere fordelt etter utgiftstype, samt nedsettelse i prosent

	Antall krav	Andel av skattyterne	Gjennomsnittlig nedsettelse
Kosthold	13	8 %	18 %
Medisiner	21	13 %	1 %
Egenandeler	14	9 %	6 %
Helsereiser	6	4 %	48 %
Klær	12	8 %	20 %
Transport	26	17 %	11 %
Alternativ behandling	8	5 %	21 %
Tannlege	57	37 %	-2 %
Bolig	51	33 %	18 %
Operasjoner	14	9 %	13 %
Pleie og tilsyn	5	3 %	29 %
Hjelpemidler	12	8 %	-5 %
Annet	32	21 %	10 %

Kilde: Finansdepartementet.

DEL II

11. ARBEIDSGRUPPENS VURDERING AV DAGENS SÆRFRADRAGSORDNING

I dette kapitlet trekker arbeidsgruppen fram svakheter og utfordringer ved dagens særfradragsordning, og vurderer generelt om støtte til sykdomsutgifter bør gis gjennom et inntektsfradrag.

11.1 Generelt om regelverket og utviklingen av ordningen

Ordningen med særfradrag ble innført i skatteloven i 1970, og erstattet da de tidligere reglene om ekstra klassefradrag på grunn av sykdomsutgifter. Det offentlige helsevesenet var på den tiden vesentlig mindre utbygget, og særfradrag ble blant annet gitt for merutgifter ved opphold i aldershjem, for utgifter til behandling som skattyter betalte selv, og for økte leveomkostninger som følge av sykdom eller varig svakhet, når disse ikke ble dekket av stønader eller tilskudd som skattyteren mottok. I 1987 ble retten til særfradrag begrenset for utgifter til behandling, pleie eller opphold utenfor offentlig norsk helse- og sosialvesen. Bakgrunnen var den stadig økende etableringen av private kommersielle helsetilbud, og hensikten var å hindre at det offentlige, gjennom bortfall av skatteinntekter, indirekte skulle betale for helsetjenester som det var forutsatt at det offentlige ikke skulle betale for. Ordningen ble dessuten strammet noe inn fra 2004, slik at skattyters merutgifter på grunn av sykdom mv. nå må utgjøre minst 9 180 kroner for å få særfradrag. Tidligere var det tilstrekkelig at skattyter kunne dokumentere at merutgiftene utgjorde minst 2/3 av standard fradrag. Arbeidsgruppen vil peke på at disse endringene er de eneste som har skjedd ved lovendring, og dermed de eneste som har vært gjenstand for en grundig vurdering av lovgiver. Utvikling av fradragsordningen har for øvrig skjedd gjennom ligningspraksis.

Som det fremgår i kapittel 9, medfører dagens særfradragsordning store utfordringer for både ligningsmyndighetene og skattyterne. Utfordringene knytter seg i første rekke til hvilke utgifter som kan gi grunnlag for fradrag. Slik arbeidsgruppen ser det, skyldes dette særlig to forhold. For det første er kriteriene for å innrømme særfradrag vage og skjønnsmessige. Etter lovens ordlyd er det tilstrekkelig at skattyter har hatt store utgifter på grunn av sykdom eller annen varig svakhet. Hva som kan anses som sykdomsutgifter kan være et vanskelig vurderingstema. Særlig vanskelig er det når merutgiftene gjelder varer og tjenester som også er vanlige i befolkningen ellers. Et eksempel på dette er utgifter til medlemskap på treningssenter, som mange skattytere krever fradrag for med den begrunnelse at de ikke ville hatt disse utgiftene hvis de ikke, på grunn av sykdommen, var anbefalt å trene. Etter retningslinjene i Skattedirektoratets Lignings-ABC er utgifter til fysisk trening i utgangspunktet ikke en sykdomsutgift. Det

kan likevel gis fradrag for merutgifter begrenset til særskilt tilrettelagt treningsopplegg som følge av sykdommen eller svakheten, hvis dette er foreskrevet av lege.

Et annet forhold som har hatt betydning for særfradragsordningen, og som har medvirket til de utfordringer som er nevnt ovenfor, er den generelle velstandsutviklingen i samfunnet. Både bedringen i folks privatøkonomi og økningen i tilbudet av private helsetjenester i inn- og utland har ført til at nye kravstyper har kommet inn i ordningen. Dette innebærer at særfradragsordningen er blitt vesentlig utvidet de siste tiårene ved at ligningsmyndighetene gradvis har innrømmet fradrag for utgifter til langt flere formål enn tidligere. Basert på innspill fra ligningsmyndighetene og de konkrete sakene som er omtalt i kapittel 9, har arbeidsgruppen inntrykk av at særfradragsordningen, i enkelte tilfeller, også bidrar til dekning av utgifter som må karakteriseres som privatutgifter, og ikke sykdomsutgifter.

Et annet utviklingstrekk er at mange pasient- og interesseorganisasjoner driver utstrakt informasjons- og veiledningsvirksomhet overfor sine medlemmer. Flere organisasjoner utarbeider blant annet skjema som kan legges ved selvangivelsen ved krav om særfradrag. En positiv side ved dette er at flere skattytere blir klar over sine rettigheter. Arbeidsgruppen har likevel inntrykk av at slik informasjon *kan* bidra til å skape forventninger hos medlemmene om fradrag som ikke er i tråd med regelverket.

For å lette saksbehandlingen for ligningsmyndighetene blir særfradragsordningen nærmere regulert blant annet gjennom retningslinjer i Skattedirektoratets Lignings-ABC og felles rutinebeskrivelser for skattekontorene. Konsekvensen av vage og skjønnsmessige vilkår i lovbestemmelsen og ovennevnte utvikling er dermed at retningslinjene har blitt stadig mer detaljert. Omtalen i Lignings-ABC kan likevel ikke være så detaljert at den omfatter alle mulige kravstyper. Dette, i kombinasjon med at ligningsmyndighetene ofte mangler nødvendig kompetanse til å vurdere helsefaglige og medisinske spørsmål, kan føre til forskjellsbehandling.

Ordningen med særfradrag for store sykdomsutgifter er utviklet hovedsaklig gjennom ligningsmyndighetens behandling av enkeltsaker. Dette har medført at området for fradrag har blitt stadig større. Derimot er det ikke fra lovgiversiden foretatt noen generell eller overordnet vurdering av formålet med selve særfradragsordningen. Ordningen er heller ikke revidert ved at utgiftsformål er løpende vurdert, slik som offentlige stønads- og tilskuddsordninger. Disse har et klart formål og revideres jevnlig. Blant annet tas gjenstander som tidligere ble regnet som hjelpemidler, ut av slike ordninger etter hvert som det blir mer vanlig i befolkningen å anskaffe seg slike. Et eksempel på dette er elektrisk garasjeportåpner som tidligere ble ansett som et hjelpemiddel for funksjonshemmede. Resultatet av at tilsvarende opprydding ikke skjer i særfradragsordningen, er at skattytere som ikke lenger får offentlig støtte til slike hjelpemidler, krever særfradrag for utgiftene.

Regelverket for når behandling, pleie eller opphold anses å være foretatt utenfor offentlig norsk helse- og sosialvesen, har heller ikke blitt løpende revidert. Her ble det gitt relativt detaljerte regler i forskrift i 1988, men disse er ikke senere endret. Reglene er derfor ikke tilpasset dagens organisering og finansiering av det offentlige helsetilbudet.

Etter arbeidsgruppens syn er det grunn til å endre dagens ordning med særfradrag for store sykdomsutgifter. En mulighet er å avvikle fradragsordningen i skattesystemet og overføre midlene til offentlige stønads- og tilskuddsordninger på statsbudsjettets utgiftsside. Alternativet er å revidere og stramme inn dagens særfradragsordning. Forslag til endringer er nærmere drøftet i kapitlene 12-15.

11.2 Generelle vurderinger knyttet til å gi støtte til sykdomsutgifter gjennom et inntektsfradrag

11.2.1 Arbeidsdelingen mellom utgiftssiden og inntektssiden på statsbudsjettet

I Norge har vi i stor grad universelle velferdsordninger. Helsetjenestene er til for alle, og inntektssikringsordningene gjelder i utgangspunktet alle²¹. Tankegangen bak den universelle utformingen er at de tjenestene som produseres der, skal fordeles etter medisinske behov, ikke etter betalingsevne. Denne organiseringen forutsetter at det skjer en *prioritering* ut fra de medisinske behovene, siden pasientenes etterspørsel etter helsetjenester ikke nødvendigvis vil være dimensjonert ut fra medisinske behov eller begrensninger i offentlige budsjetter.

Visse grupper eller formål kan behøve mer spesialtilpassede støtteordninger enn det som gis gjennom universelt utformede velferdstjenester eller inntektssikringsordninger. Støtte til slike spesifikke grupper og formål organiseres som hovedregel gjennom egne ordninger som finansieres gjennom Stortingets bevilgninger over statsbudsjettet medregnet folketrygden (statsbudsjettets utgiftsside). Eksempler på dette er grunnstønad og støtte til transportutgifter for funksjonshemmede.

Skattesystemet sørger for inntektene på statsbudsjettet. For å finansiere en såpass omfattende velferdsstat som i Norge, trengs store skatteinntekter. Skattlegging skaper imidlertid effektivitetstap i økonomien, i form av at både produksjon og forbruk blir lavere enn i en situasjon uten skatter. Effektivitetstapet kan begrenses hvis en holder skattesatsene så lave som mulig. Dette betinger at *skattegrunnlagene* er så brede som mulig. Effektiv skattlegging med minst mulig skadelig virkning for økonomien for øvrig gjør at vi totalt sett kan finansiere en større velferdsstat.

²¹ I noen av dem må man ha tjent opp rettigheter, og i de fleste av inntektssikringsordningene vil utbetalingene avhenge av tidligere opptjent grunnlag.

Hensynet til å holde brede skattegrunnlag tilsier at en i utgangspunktet bare bør gi fradrag for utgifter til inntekts erverv, og at en generelt bør være tilbakeholden med å lage særordninger for spesielle grupper i skattesystemet. For det første vil slike særordninger gjerne ikke bli særlig treffsikre, fordi man blant annet må ha skattbar inntekt for å få glede av dem. Fordelingspolitiske hensyn taler dermed for i større grad å bruke direkte stønads- og tilskuddsordninger framfor ordninger som gir skattefordeler (eller *skatteutgifter*, som er et mer generelt begrep). For det andre er skattesystemets primære oppgaver blant annet å skaffe staten inntekter og å bidra til inntektsutjevning gjennom en progressiv sats- og bunnfradragsstruktur. Tillegges skattesystemet for mange mål, vil det kunne gå ut over oppfyllelsen av de primære målene.

I NOU 2003:9 Skatteutvalget framheves det at støtte til spesifikke grupper på generelt grunnlag ikke bør gjøres via skatteordninger, og det pekes på særlige vanskeligheter med særfradraget for store sykdomsutgifter. Uten å ta stilling til om en bør ha en generell subsidiering av private helseutgifter, anbefalte utvalget at særfradraget avvikles.

Kraan (2004)²² hevder at skatteutgifter *kan* være egnet som virkemiddel under visse betingelser, men ikke i programmer der skattekontoret må foreta en individuell vurdering av om en skattyter er berettiget til støtte. Skattekontorene vil ikke ha kapasitet eller kompetanse til å foreta slike vurderinger. Derimot kan skatteutgifter brukes der kriteriene lar seg gjenkjenne mer eller mindre automatisk, som ut fra inntekt, adresse, antallet husholdningsmedlemmer eller liknende²³. Med andre ord, dersom man synes skatteutgifter for å fremme ulike formål er ønskelig, kan det likevel være uheldig å utforme dem slik det norske særfradraget for store sykdomsutgifter er utformet. Kraan peker også på at bruk av skatteutgifter kan ha virkninger for budsjettstyringen. Generelt er skatter mindre fleksible enn utgifter, og i en stram finanspolitisk situasjon kan det være enklere å kutte i utgiftene enn å stramme inn i skattleggingen. Overforbruk på utgiftssiden vil også normalt bli slått ned på, mens sviktende skatteinntekter ikke blir det.

11.2.2 Fordelingspolitiske hensyn

Som nevnt tilfaller fordelen av særfradraget for store sykdomsutgifter bare dem som har tilstrekkelig skattbar inntekt til å kunne benytte ordningen. Som vist i kapittel 5, kan blant annet ikke lønnsstakere med inntekt under om lag 75 000 kroner benytte ordningen, og ikke personer med bare minstepensjon. Videre er det de med størst betalingsevne, og som har mulighet til å legge ut for de største utgiftene, som også får

²² Kraan, Dirk-Jan: "Off-budget and Tax Expenditures", OECD Journal of budgeting, volume 4, no. 1. OECD, 2004.

²³ Den regionalt differensierte arbeidsgiveravgiften og redusert skatt på alminnelig inntekt i Nord-Troms og Finnmark er eksempler på slike automatiske, skattebaserte distriktpolitiske virkemidler i Norge.

mest støtte. Dette taler imot å organisere støtten til personer med store sykdomsutgifter som et inntektsfradrag.

11.2.3 Utfordringer ved prioritering

I særfradragsordningen er det ingen mulighet for eksplisitt prioritering mellom ulike formål eller ulike grupper. Tvert imot styres ordningen av hvilke utgifter skattytere krever fradrag for og av ligningsbehandlingen (der en stor andel påstandslignes, jf. kapittel 8). Dette utgjør en "implisitt" prioritering. En sterk og raskt økende bruk av ordningen til enkelte formål har heller ikke ført til økt oppmerksomhet med hensyn til om regelverket er hensiktsmessig eller om det er nødvendig med spesielle begrensninger. Slike tiltak er derimot vanlig å vurdere når det gjelder sosial- og helsepolitisk motiverte formål som ivaretas på budsjettets utgiftsside, både på statlig og kommunalt forvaltningsnivå.

Særfradraget kan dermed føre til at aktiviteten innenfor en bestemt del av helsetjenesten kan øke uten at faglige eller politiske instanser har vurdert disse endringene. Dermed overprøver særfradragsordningen til en viss grad de prioriteringene av midler som er foretatt på helse-, omsorgs- og trygdeområdene på statsbudsjettets utgiftsside. Overprøving av prioriteringer er uheldig fordi hensikten med prioriteringene til en viss grad ikke blir oppfylt; det blir gitt støtte til noe det er forutsatt at det offentlige ikke skal gi støtte til. I særlig grad kan det være uheldig at *behandling* som ikke dekkes av det offentlige, oppnår støtte via særfradragsordningen. Av særfradragskrav som gjelder behandling, er øyeoperasjoner og fedmeoperasjoner trolig de vanligste (når vi ser bort fra tannhelsefeltet, som er i en særstilling i det offentlige helsevesenet i dag). En fedmeoperasjon er et stort inngrep, det kan være risikofullt og den opererte trenger oppfølging og behandling resten av livet. Behandlingen gjøres bare hvis fordelene vurderes som større enn (de relativt store) ulempene. Det er her særlig viktig at én beslutningsmyndighet har det overordnede ansvaret for å prioritere det offentliges ressursinnsats på dette feltet. Helsedirektoratet har også uttalt at utgifter til *behandling* ikke bør omfattes av særfradraget for store sykdomsutgifter.

Særfradraget gir videre støtte til utgifter som ikke gjelder behandling, på tilgrensede områder som har med skattyters hverdagsliv å gjøre. Dette kan være merutgifter til vanlige forbruksgoder som mat og klær, merutgifter på reise og utgifter til mer spesielle hjelpemidler som spesialutstyr til bil mv. Det gis også fradrag for utgifter til hjelp til daglige gjøremål, slik som renhold.

Staten har påtatt seg et visst ansvar for å hjelpe personer med høye utgifter til forbruksgoder og hjelpemidler på grunn av sykdom. Det benyttes flere virkemidler, hvorav følgende to er særlig viktige: *Grunnstønad* gir støtte til personer med ekstrautgifter til blant annet mat, klær og transport på grunn av varig sykdom. Det er nøye avgrenset hva det gis støtte til, og hva som skal til for å kvalifisere til støtte. Det

foretas en individuell vurdering av søkerne. Videre gis det *gratis hjelpemidler* til blant annet funksjonshemmede. Dette er også strengt regulert, blant annet må behovet for og valget av hjelpemiddel begrunnes. Flere goder som før ble ansett som hjelpemidler, blir ikke lenger ansett som hjelpemidler fordi den alminnelige velstandsutviklingen har gjort at stadig flere friske også anskaffer disse godene – dette gjelder blant annet ergometersykkel. Det foretas altså en vurdering av hvor vanlig gjenstanden eller hjelpemidlet er ellers i befolkningen. Det stilles også krav til selve behovet, for eksempel må man ha en *vesentlig og varig* funksjonsnedsettelse for å få hjelpemidler i boligen.

Det kan være gode grunner til at det offentlige har valgt å bidra ved særlig høye utgifter som skyldes sykdom. Men gitt at slike bidrag er ønskelige, er det også nødvendig å prioritere hvilke formål som skal støttes og hvor mye støtte som skal gis.

I særfradragsordningen derimot, er alvorlighetsgraden av det medisinske behovet ikke et tema så lenge grunnvilkårene er oppfylt. Det har heller ikke blitt stilt krav til at behovet skal oppfylles på billigst mulig måte, eller til at varen eller tjenesten som anskaffes, er *nødvendig* for å avhjelpe vedkommende skattyters behov.²⁴

I særfradragsordningen gir i utgangspunktet alle utgiftstyper grunnlag for fradrag, så lenge skattyter kan dokumentere eller sannsynliggjøre at utgiften er pådratt som følge av en varig sykdom eller svakhet. Dessuten har det i praksis vist seg at avgrensningen mellom vanlige privatutgifter og sykdomsutgifter har vært mindre streng enn for eksempel på hjelpemiddelområdet.

Det er mange praktiske vanskeligheter med å trekke grensen mellom sykdomsutgifter og alminnelige privatutgifter. Grensedragningen må dessuten oppdateres løpende i tråd med blant annet endrede forbruksmønstre. Disse grensedragningene er trolig også utfordrende for helsemyndighetene, ikke bare for skatteetaten. Men på *prinsipielt* grunnlag mener arbeidsgruppen det kan argumenteres for at én myndighet bør stå for prioriteringene på disse områdene. Praktiske hensyn, som måten ligningsbehandlingen foregår på (med begrenset kontroll snarere enn individuell behandling), og at saksbehandlerne i skatteetaten ikke har helserelatert kompetanse, tilsier at ligningsmyndighetene ikke bør ha denne rollen.

²⁴ Det kan virke uklart om det finnes utgifter som er pådratt som følge av sykdom eller svakhet, men som ikke er "nødvendige" for å avhjelpe skattyters behov. Et mulig eksempel på et slikt tilfelle er imidlertid utgifter til ekstra tv på soverommet for person som – på grunn av sykdom – enkelte dager er sengeliggende. Anskaffelsen av en ekstra tv kan da sies å ha klar sammenheng med sykdommen, men det er et diskusjonsspørsmål om dette er et tilstrekkelig nødvendig formål til at det offentlige burde gi bidrag, eller om det er en rent privat prioritering.

11.2.4 Administrative hensyn

En del inkonsekvenser og uklarheter i dagens regelverk er omtalt i avsnitt 11.1. Uklarhetene fører til at ordningen er vanskelig å administrere.

Som nevnt under 11.2.1, bør ikke ordninger som etter sin art krever individuell vurdering, plasseres i skattesystemet. Måten ligningsbehandlingen foregår på, gjør at det heller ikke er mulig å gi en individuell vurdering av hver enkelt sak. Kombinasjonen av et uklart regelverk og systemet for ligningsbehandling er uheldig. Ligningsbehandlingen er nærmere omtalt i kapittel 8.

Skatteetatens medarbeidere har ingen spesiell medisinsk kompetanse eller kunnskaper om hvilken behandling eller hvilke produkter som kan utgjøre aktuelle utgifter for ulike pasientgrupper. De har dermed mangelfullt grunnlag for å avgjøre hvilke krav om fradrag som er i tråd med regelverket, og hvilke som ikke er det. Dette svekker forutberegneligheten for dem som faller inn under ordningen.

11.2.5 Vanskeligheter for skattyterne

Som det fremgår i avsnitt 9.4, er særfradragsordningen krevende å forholde seg til for skattyterne. Dette kan medføre at det er de med mest ressurser som krever fradrag, og som klarer å dokumentere kravet på en tilfredsstillende måte, mens det oppleves som vanskeligere for svake grupper å fremme rettmessige krav. Dette forsterker den sosiale skjevheten i ordningen.

En slik effekt vil en antakelig også kunne finne i ordninger med direkte støtte på helse-, omsorgs- eller trygdeområdet. Også her vil det kunne være de mest ressurssterke som i størst grad søker om og får innvilget støtte.

Det ligger likevel en forskjell i de administrative systemene som kan tilsi at effekten er større på skattesiden. På områdene for direkte støtte har de myndighetene som administrerer ordningene, et selvstendig ansvar for å sørge for at saken er tilstrekkelig opplyst, jf. forvaltningsloven § 17. På skatteområdet er utgangspunktet det motsatte. Det er den enkelte skattyter som har det rettslige hovedansvaret for at ligningsmyndighetene har et tilstrekkelig grunnlag for en riktig ligning, jf. ligningsloven § 4-1. Ligningsmyndighetene har ikke en slik utredningsplikt som følger av forvaltningsloven, bare en mye mer begrenset plikt til å veilede skattyterne ved forespørsel, jf. ligningsloven § 3-1. Bestemmelsen gir en viss veiledningsplikt, men bare så langt arbeidssituasjonen til ligningsmyndighetene tillater det, og ingen selvstendig plikt til å sørge for sakens opplysning. Det kan derfor være grunn til å tro at det er enda vanskeligere for svake grupper å fremme krav om særfradrag enn å søke om direkte støtte.

11.2.6 Hensynet til personer med sammensatte utgifter

Særfradraget for store sykdomsutgifter gir muligheter for å samle ulike typer utgifter, og dermed få fradrag hvis den samlede utgiften utgjør minst 9 180 kroner i inntektsåret. Dermed kan personer som har isolert sett små, men flere ulike typer utgifter, få fradrag. En person som for eksempel har utgifter til konsultasjon hos lege som er lavere enn egenandelstak 1, merutgifter til transport under den laveste satsen for å få grunnstønad for dette og utgifter til medisiner på hvit resept, kan få fradrag, selv om ingen av utgiftene hver for seg på de ulike områdene er så store at skjermingstiltakene på utgiftssiden trer inn (egenandelstak 1, grunnstønadens laveste sats eller utgiftstaket i bidragsordningen). Det finnes ikke en slik ordning på helse-, sosial- og trygdeområdet.

11.2.7 Særfradraget som sikkerhetsventil

Særfradraget for store sykdomsutgifter trer inn som en "sikkerhetsventil" for tilbud eller helsehjelp som ikke dekkes av det offentlige. Sen innføring av nye behandlingsmetoder eller styringssvikt kan gjøre at enkeltpersoner ikke får et tilbud, eller at viktige, høyt prioriterte områder ikke blir støttet.

Arbeidsgruppens flertallet, medlemmene fra Finansdepartementet, Arbeidsdepartementet og Skattedirektoratet, vil imidlertid trekke fram at en mot dette kan hevde at dersom det er områder der viktige velferdsbehov ikke blir oppfylt, bør dette vurderes av de ansvarlige myndighetene, og ikke løses i skattesystemet. Som anført ovenfor mener arbeidsgruppen at det er viktig å sørge for en god arbeidsdeling mellom utgiftssiden og inntektssiden på statsbudsjettet. I tillegg gjelder "sikkerhetsventilen" uansett bare dem med tilstrekkelig høy inntekt til å benytte særfradraget, og får størst betydning for dem som har god nok økonomi til å foreta kostbare anskaffelser.

11.2.8 Hensynet til å ivareta arbeidsincentivene til personer med høye sykdomsutgifter

Særfradraget virker grunnleggende på en annen måte enn de fleste direkte tilskuddsordninger, i og med at det bare er de som har skattbar inntekt som kan gjøre seg nytte av ordningen. Som vi har påpekt ovenfor, har dette uheldige fordelingsvirkninger. En annen virkning er at ordningen gir støtte til personer som er i arbeid, mens mange trygde- eller støtteordninger enten er inntektsuavhengige (som grunnstønaden) eller økonomisk behovsprøvd (som bilstønad og Husbankens boligtilskuddsordninger). Fjernes særfradragsordningen, fjernes dermed også en støtteordning som tilfaller dem som er i arbeid, mens støtten til personer utenfor arbeid i og for seg kan være mer omfattende. Sett i lys av at det er et mål å inkludere flere fra utsatte grupper i yrkeslivet, kan dette synes uheldig.

Særfradraget for store sykdomsutgifter, slik ordningen er utformet i dag, har imidlertid en svært indirekte virkning på arbeidsincentivene. Den er bare knyttet til at man har

tilstrekkelig skattbar inntekt, uavhengig av om inntektskilden er pensjon, lønn eller kapitalinntekt. Få ville trolig gå inn for en ekte arbeidsretting²⁵ av sykdomsfradraget, gitt formålet med ordningen. Fordelingshensyn vil her normalt veie tyngre. Det er trolig heller ikke slik at dette fradraget er et vesentlig incitament til å holde seg i yrkeslivet eller øke arbeidstiden. Dersom målet er å øke arbeidsdeltakelsen blant personer med sykdom, finnes det andre virkemidler som er langt mer effektive.

11.2.9 Skatteevne

Ett av argumentene som har vært trukket fram i favør av særfradragsordningen, er at sykdomsutgifter reduserer skatteevnen, noe som bør tas hensyn til i skatteklasseringen. I et skattesystem som legger stor vekt på skatteevnevurderinger, kan man ta hensyn til denne typen utgifter. En lignende begrunnelse gjelder skattelettelse for personer med stort forsørgeransvar, siden forsørgeransvar også kan gi høye utgifter. På denne måten er det ikke bare skattyters inntekter, men også utgifter, som teller med ved fastsettingen av hvor mye skatt man skal betale.

På den annen side kan ikke *alle* utgifter kvalifisere til nedsatt skatt. Skattyternes økonomiske disposisjoner kan ikke fullt ut påvirke hvor stor skatt de skal betale. I land²⁶ som har sterkt innslag av skatteevneprinsippet, er det derfor gjerne forsørgerbyrde, alder og sykdom som blir hensyntatt i slike skatteevnevurderinger. Utgifter knyttet til forsørgelse, alder og sykdom blir kanskje sett på som særlig viktige, eller av en slik karakter at de ikke kan unngås. På prinsipielt grunnlag er det imidlertid ikke helt lett å avgjøre hvilke utgifter som er viktige nok eller uunngåelige nok til at man kan si at de reduserer skatteevnen. Når det gjelder sykdomsutgifter, har ligningspraksis vist at behovene som skyldes sykdom kan oppfylles på svært mange ulike måter og til svært ulik pris, for eksempel når det gjelder ombygging av bolig. I en viss utstrekning må en kunne si at sykdomsutgifter, selv om noen av dem er uunngåelige og dessuten viktige for den det gjelder, også kan ha en selvvalgt komponent. Videre har *alle* personer utgifter som de ikke kan velge bort, og som er rene privatutgifter. Eksempler på dette er mat, bolig, oppvarming mv. Hvor grensen går mellom det som er nødvendig for alle, og det som er nødvendig for en person med en gitt sykdom, er uklart.

I Norge har en gradvis beveget seg noe bort fra skatteevne som prinsipp. Eksempler på at dette har fått mindre betydning er blant annet avviklingen av flere skatteklasser, mindre fordel av skatteklasse 2, avskaffelsen av særfradraget for forsørgelse og forsørgerfradraget for barn samt nominell videreføring av særfradraget for alder og uførhet gjennom flere år.

²⁵ "Ekte" arbeidsretting kunne for eksempel innebære at fradraget bare skal føres i arbeidsinntekt.

²⁶ Blant annet Tyskland legger sterk vekt på forsørgelse av familie i sitt skattesystem. Slike prinsipper var også viktigere i Norge tidligere.

12. ALTERNATIVE LØSNINGER TIL DAGENS SÆRFRADRAGSORDNING – GENERELLE AVGRENSNINGER

12.1 Innledning

Etter gjennomgangen i kapittel 11 synes det klart at visse endringer i dagens ordning er nødvendig. Mandatet ber om at arbeidsgruppen utreder (minst) to modeller, én hvor særfradraget avvikles og én hvor det beholdes, eventuelt med endringer. Gruppen har også mandat til å se på kombinasjoner av modellene. Beskrivelse av to mulige modeller følger i kapitlene 13 og 14. I dette kapitlet behandler arbeidsgruppen enkelte forslag som den har vurdert, men ikke anser som aktuelle.

12.2 Dersom ordningen med særfradraget for store sykdomsutgifter avvikles

Ved en eventuell avvikling av særfradragets ordning i skattesystemet kan en legge opp til at midlene som frigjøres, disponeres fritt til prioriterte formål innenfor for eksempel helse-, sosial eller omsorgsområdene. Arbeidsgruppen har ikke vurdert nærmere hvordan en slik løsning kan innrettes, da dette ligger utenfor gruppens mandat. I mandatet er det forutsatt at særfradragets ordning skal "erstattes av mer praktikable og treffsikre ordninger", blant annet skal det vurderes å "forbedre eller utvide eksisterende ordninger på utgiftssiden". Utgiftssiden henviser til utgiftssiden på statsbudsjettet, hvor vi blant annet finner gjeldende trygdeordninger.

Arbeidsgruppen har heller ikke utredet en *nøyaktig kompensasjonsordning*. Særfradragets ordning er en svært generelt utformet ordning, der i prinsippet alle utgiftstyper (som ikke er eksplisitt unntatt) kan gi grunnlag for fradrag så lenge skattyter kan sannsynliggjøre at utgiften er pådratt som følge av en varig sykdom eller svakhet. Selv om vi i dag har en del kunnskap om hvilke utgiftstyper som går igjen blant dem som krever særfradrag, vet vi på langt nær alt. En del skattytere fremmer dessuten fradragsskrav som ikke faller inn under gjeldende regelverk i fradragets ordning. En eventuell kompensasjonsordning vil av naturlige årsaker ikke kunne – eller skulle – treffe alle som har særfradrag i dag. Det finnes ikke ordninger på utgiftssiden som egner seg for å endres på en slik måte at det treffer det som særfradragets ordning er ment å treffe, nemlig i prinsippet alle (usedvanlig store) utgifter i forbindelse med sykdom. Dersom en skulle laget en nøyaktig kompensasjon (for dem som i dag har berettigede krav etter gjeldende regler), måtte man trolig flyttet hele særfradragets ordning over til utgiftssiden, og satt for eksempel Helsedirektoratet ved HELFO til å forvalte den. En slik løsning vil kunne sies å gi en mer ryddig arbeidsfordeling mellom utgiftssiden og inntektssiden på statsbudsjettet, og en mer sosialt rettferdig profil ved at også personer med lav eller ingen skattepliktig inntekt ville kunne nyttiggjøre seg ordningen. Behovet for individuell behandling ville også i større grad bli ivaretatt enn hva som er tilfellet så lenge ordningen består i skattesystemet. På den annen side ville man i praksis i stor grad flytte de øvrige problemene som i dag knytter seg til særfradragets ordning, over til en annen etat, og den samme parallelle behandlingen mellom ordninger som eksisterer i

dag, ville ha blitt videreført. De uklare og skjønnsmessige reglene i særfradragsordningen vil egne seg dårlig som en rettighetsbasert ordning. Dersom siktemålet er en mer praktikabel ordning, er derfor ikke dette en egnet løsning. En slik ordning på utgiftssiden vil i tillegg kreve mye større administrative ressurser enn man bruker på ordningen i dag under skatteetaten. En slik ordning ville også gitt langt høyere kostnader, fordi også de uten skattbar inntekt da ville vært berettiget til støtte.

Etter arbeidsgruppens syn er det på denne bakgrunn mest aktuelt å kombinere en eventuell avvikling av særfradragsordningen med flytting av midlene, så langt det er praktisk mulig, til allerede eksisterende støtteordninger på utgiftssiden. Det er en slik løsning som drøftes i kapittel 13.

12.3 Dersom et inntektsfradrag for sykdomsutgifter beholdes i skattesystemet

I forbindelse med vurderingen av en ordning hvor subsidiering av utgifter knyttet til sykdom fortsatt skal gjøres gjennom et inntektsfradrag, er det etter arbeidsgruppens syn hensiktsmessig å først klargjøre enkelte grunnleggende forutsetninger.

Som det fremgår i kapittel 8 om ligningsbehandlingen, er det ikke mulig for ligningsmyndighetene å kontrollere alle krav om særfradrag for store sykdomsutgifter like grundig. Dette gjelder imidlertid generelt for alle fradragsposter som skatteetaten ikke mottar tredjepartsopplysninger om.²⁷ Det ligger utenfor arbeidsgruppens mandat å foreslå endringer i lignings- og kontrollsystemet. Skattyters opplevelse av forskjellsbehandling, som følge av at enkelte krav tas ut til kontroll mens andre påstandslignes, vil derfor ikke kunne avhjelpes ved endringer i regelverket for særfradrag for store sykdomsutgifter.

Enkelte pasient- og interesseorganisasjoner og skattytere har foreslått å endre fradragsordningen slik at skattytere som har for lav inntekt til å få særfradrag, skal få utbetalt et beløp tilsvarende skatteverdien av det "ubenyttede" fradraget (28 prosent av utgiften) – såkalt negativ skatt. Det er også foreslått at "ubenyttede" fradrag bør kunne fremføres til senere inntektsår. I tillegg har arbeidsgruppen mottatt forslag om å innføre standardiserte fradragsregler knyttet til enkelte diagnoser. Etter arbeidsgruppens vurdering er slike endringer uforenelig med gjeldende skattesystem. Forslagene drøftes nærmere nedenfor.

²⁷ Etter bestemmelser i ligningsloven kapittel 6 med tilhørende forskrifter har en rekke parter, blant annet arbeidsgivere, banker og forsikringsselskap, opplysningsplikt til skatteetaten om andres forhold. Slike tredjepartsopplysninger brukes ved skatteetatens forhåndsutfilling av selvangivelsen, og innebærer at de fleste inntekts- og fradragsposter er forhåndsutfylt i selvangivelsen. Enkelte fradragsposter er det ikke tredjepartsopplysninger for, og skattyter må selv føre utgiften til fradrag. Dette gjelder blant annet særfradrag for store sykdomsutgifter, som føres i selvangivelsens post 3.5.4.

12.3.1 Utbetaling av ”negativ skatt” og fremføring av underskudd

Negativ skatt vil si at fradrag som ikke kan benyttes på grunn av at skattyter har for lav inntekt, blir utbetalt. For å ha nytte av særfradraget for store sykdomsutgifter, må man ha lønnsinntekt over om lag 75 000 kroner (2010-skatteregler). For pensjonister gjelder en høyere grense, se avsnitt 5.2. Personer med inntekter under disse grensene vil derfor kunne ha nytte av en eventuell adgang til å få utbetalt ”ubenyttet” særfradrag, eventuelt å få fremført det ubenyttede fradraget til senere år.

Utbetaling av negativ skatt

I kapittel 11 peker vi på at den universelle utformingen av den norske velferdsstaten og arbeidsfordelingen mellom utgiftssiden og inntektssiden på statsbudsjettet prinsipielt sett taler mot at skattesystemet bør inneholde ordninger som særfradraget for store sykdomsutgifter. Det vanlige i Norge er at ytelser til sosiale formål gis som direkte tilskudd, ikke via skattesystemet. Utbetaling av negativ skatt vil gjøre om særfradragsordningen til en reell tilskuddsordning. Dette gir liten mening så lenge det ikke er andre fordeler ved å administrere ordningen via skattesiden – og i dette tilfellet forholder det seg trolig motsatt. En ulempe ved å ha tilskuddsordninger på skattesiden istedenfor på utgiftssiden, er dessuten at ordningene ikke blir synliggjort eller gjort til gjenstand for samme kontroll og prioritering som tilskuddsordninger administrert over budsjettets utgiftsside.

Saker som gjelder særfradrag for store sykdomsutgifter forutsetter i utgangspunktet konkrete vurderinger av om vilkårene er oppfylt i hver enkelt sak. Videre krever sakene i utgangspunktet at saksbehandlerne har visse kunnskaper om diagnoser og behandlinger. Som omtalt i kapittel 8 om ligningsbehandlingen, er det ikke mulig innenfor systemet for ligningsbehandling å behandle alle saker individuelt. Dessuten mangler ligningsmyndighetene medisinsk kompetanse. Dersom en åpner for at det skal kunne utbetales negativ skatt, vil antallet saker i ordningen trolig øke betydelig. Dette vil dermed forsterke de administrative problemene med ordningen. Arbeidsgruppen foreslår på dette grunnlag ikke å innføre regler om utbetaling av negativ skatt.

Fremføring av fradrag

Skatteloven åpner til en viss grad for at fradragsberettigede kostnader skal kunne fremføres til senere år. Dette gjelder imidlertid som hovedregel bare utgifter knyttet til erverv av inntekt eller fradragsberettigede tap, og fremføringsadgangen gjelder bare dersom skattyter står igjen med underskudd etter at de fradragsberettigede kostnadene har redusert inntekter fra den tilknyttede inntektskilden og andre inntektskilder. Fremføringsadgangen er begrunnet i at det ofte vil være tidsforskyvning mellom investeringer som kan gi tap i enkelte inntektsår, og inntektene som følger av disse investeringene.

Særfradrag for store sykdomsutgifter er ikke direkte knyttet til en inntektskilde. Det kan derfor ikke gis en tilsvarende begrunnelse for at "ubenyttede" særfradrag skal kunne fremføres, som for fremførbart underskudd.

Det er et prinsipp at *årets* fradrag trekkes fra i *årets* inntekt. Utgangspunktet er at man identifiserer den inntekten som kan ilegges skatt, og ulike fradrag som kan redusere denne inntekten i samme inntektsår. Etter en slik tankegang kan særfradraget for store sykdomsutgifter forsvares med at sykdomsutgifter reduserer skattyters skatteevne det enkelte året. Men utgifter som er pådratt ett år, vil ikke nødvendigvis redusere skatteevnen i påfølgende år.

Arbeidsgruppen vil på denne bakgrunn ikke anbefale at det åpnes for en adgang til å få fremført "ubenyttede" særfradrag for store sykdomsutgifter.

12.3.2 Standardisering av særfradragsordningen - standardfradrag uten krav om dokumentasjon eller sannsynliggjøring av sykdomsutgifter

Som arbeidsgruppen har argumentert for i kapittel 11, er særfradraget for store sykdomsutgifter svært vanskelig å håndheve og kontrollere for ligningsmyndighetene. Disse sakene krever en individuell skjønnsmessig vurdering av forhold som ligger utenfor ligningsmyndighetenes vanlige kompetanseområde. Som argumentert for i avsnitt 11.2, bør støtteordninger som hovedregel ikke organiseres via skattesystemet, men på statsbudsjettets utgiftsside.

Dersom en til tross for dette skal gi støtte til sykdomsutgifter via skattesystemet, kan det vurderes tiltak for å begrense de ovennevnte problemene. En mulighet som arbeidsgruppen har vurdert, er å gjøre adgangen til fradrag mer skjematisk. Et svært generelt utformet forslag i så måte er å gi et standardfradrag på et bestemt beløp til skattytere som kan dokumentere at de enten oppfyller grunnvilkåret for retten til særfradrag, dvs. varig sykdom eller svakhet, eller til skattytere som har bestemte diagnoser.

Ved innføring av slike standardfradrag må presumpsjonen være at alle som kan dokumentere at de oppfyller grunnvilkåret, har visse utgifter knyttet til sykdommen. Uten å ta nærmere stilling til utgiftenes størrelse, vil da alle disse skattyterne få samme fradrag. Eventuelt kan fradraget differensieres ut fra diagnose for å ta hensyn til at ulike diagnoser eller tilstander trolig medfører ulike sykdomsutgifter. En slik regel vil ikke ta hensyn til individuelle forskjeller, og vil derfor trolig føre med seg krav om en sikkerhetsventil som åpner for at skattyter kan kreve fradrag for sine faktiske utgifter når han eller hun kan dokumentere eller sannsynliggjøre at det faktiske utgiftene er høyere enn standardfradraget. I så fall er det fare for at eventuelle administrative fordeler ved standardiseringen likevel ikke oppnås.

Dessuten vil differensierte standardfradrag *etter diagnose* trolig innebære et stort arbeid når reglene skal utformes og vedlikeholdes. Ulike diagnoser og det tilhørende utgiftsbildet må utredes. For at en slik "diagnose-fradragsliste" skal fungere, bør listen i utgangspunktet være mest mulig uttømmende, og den må oppdateres med jevne mellomrom både på diagnosesiden og utgiftssiden. Det finnes imidlertid et svært stort antall diagnoser, og det er en uoverkommelig oppgave å vurdere utgiftsbildet knyttet til alle disse. I praksis vil man måtte ta utgangspunkt i grove samlekategorier, med tilhørende lavere treffsikkerhet.

Standardfradrag for diagnoser vil bety at særfradraget utformes etter mønster av det automatiske særfradraget som diabetikere fikk til og med inntektsåret 2004. Bakgrunnen for at denne automatiske fradragsretten ble endret, var blant annet at diabetikere er en lite ensartet gruppe, og at det av den grunn ikke er riktig å gi alle det samme fradraget. Videre var kostholdsanbefalingene for diabetikere endret, slik at det ikke lenger var generelt anbefalt for diabetikere å følge en spesialdiett. Myndighetene mente derfor at diabetikere måtte dokumentere sine fradragskrav på samme måte som andre pasientgrupper. Av flere grunner har denne endringen vært omstridt. Dette viser at når utgiftsbildet, behandlingsmetoder eller annet endres, kan det være svært krevende å endre denne typen standardfradrag. Det samme vil trolig gjelde, og i tilsvarende større skala, dersom en hadde standardfradrag for mange diagnoser.

En ordning der standardfradraget er knyttet til diagnoser, vil dessuten medføre at det bare er diagnosen som utløser rettigheter. Dette er uheldig. Enkelte pasient- og interesseorganisasjoner som arbeidsgruppen har vært i kontakt med, har også fremhevet at det ikke er ønskelig at en diagnose i seg selv skal utløse rettigheter. Siden fastsetting av standardfradragene nødvendigvis vil måtte baseres på grove inndelinger og ikke kan bli presise, og siden sykdomsforløp, alvorlighetsgrad mv. varierer svært mye innenfor mange diagnoser, vil fradraget for noen være for høyt i forhold til de faktiske utgiftene, og for lavt for andre. Dette vil derfor være en mer urettferdig ordning. I tillegg kan en slik ordning gi rom for uønsket press mot leger til å attestere bestemte diagnoser framfor andre.

Endelig taler kostnadsaspektet sterkt mot en løsning med standardfradrag. En betydelig andel av befolkningen vil kunne dokumentere at de som følge av en eller annen diagnose oppfyller grunnvilkåret i særfradragsordningen. Automatisk rett til særfradrag på grunnlag av dokumentasjon av diagnose vil etter alt å dømme derfor bli svært kostnadskrevende. Skal en holde seg innenfor samme provenyramme som i dag, må standardfradragene i tilfelle settes svært lavt.

På denne bakgrunn kan arbeidsgruppen ikke anbefale den typen standardisering av særfradraget for store sykdomsutgifter som er beskrevet ovenfor.

13. FJERNING AV FRADRAGSRETTEEN FOR DE ENKELTE UTGIFTSTYPENE

I dette kapitlet er det forutsatt at særfradragsordningen avvikles. Vi går gjennom de ulike utgiftstypene og drøfter konsekvensene gitt at fradragsadgangen for de enkelte utgiftstypene fjernes. Forslagene som er omtalt her, er ikke nødvendigvis å oppfatte som en pakke, da det også er mulig å avvikle enkeltformål i fradragsordningen. Vi diskuterer mulighetene for å flytte midlene som i dag går til de forskjellige formålene i særfradragsordningen, til alternative ordninger som finansieres gjennom Stortingets bevilgninger over statsbudsjettet medregnet folketrygden²⁸. Det er forutsatt at dette gjøres innenfor en provenynøytral ramme. Vi drøfter ikke eventuell videreføring av de enkelte formålene i særfradragsordningen – det er tema i neste kapittel.

13.1 Generelt

I kapittel 10 om arbeidsgruppens undersøkelser vedrørende særfradragsordningen blir det gitt en beskrivelse av hvilke formål som tilgodeses, det vil si hvilke typer utgifter skattyterne krever fradrag for under særfradragsordningen. På bakgrunn av denne undersøkelsen har vi utarbeidet anslag på hvor mye de enkelte utgiftstypene utgjør av den totale *skatteutgiften*, som i 2010 er anslått til om lag 363 mill. kroner. Undersøkelsen er basert på 2007-tall. Når vi har laget 2010-anslagene, er det derfor forutsatt at forholdet mellom ulike utgiftstyper og diagnoser ikke har endret seg fra 2007 til 2010.

Begrepet *skatteutgift* betegner bortfallet av skatteinntekter som følger av at en har avvik fra de ordinære skattereglene, i dette tilfellet en fradragsordning som ikke er knyttet til erverv av inntekt. Se ellers kapittel 11 for en beskrivelse av mål og prinsipper i skattleggingen.

²⁸ Vedr. ordninger som i denne utredningen sies å være finansiert "på statsbudsjettets utgiftsside" skilles det i alminnelighet ikke mellom bevilgninger til formål som er hjemlet i folketrygden (folketrygdloven og noen mindre enkeltlover) i forhold til andre lovhjemler eller vedtak. Alle utgiftsbevilgningsforslag som regjeringen fremmer for Stortinget hver høst er opplistet og omtalt i Stortingsproposisjon nr. 1 (for vedkommende sesjon) v/Finansdepartementet for hvert (kommende) budsjettår. Stortinget utgir en tilsvarende samlet oversikt for (det *vedtatte* budsjett, for følgende år, jf. for eksempel "Statsbudsjettet for (2010) Saldert budsjett vedtatt i Stortinget høsten (2009)"). Skatte- og avgiftsdelen av statsbudsjettet – dvs. "inntektssiden" – behandles (og offentliggjøres) på samme måte.

Tabell 13.1: Anslag på skatteutgift og fordeling av skatteutgift. 2010

Utgiftstype	Anslag på skatteutgift, mill. kroner ¹	Anslag på andel av total skatteutgift
Tannlege	137	38 %
Medisiner	30	8 %
Kosthold	25	7 %
Bolig	23	6 %
Alternativ behandling	21	6 %
Transport	20	5 %
Hjelpemidler	13	3 %
Egenandeler	12	3 %
Operasjoner	10	3 %
Klær	10	3 %
Pleie og tilsyn	5	1 %
Helsereiser	4	1 %
Annet	54	15 %
I alt	363	100 %

Kilde: Finansdepartementet

¹Tallene er rundet av til nærmeste hele million.

Ser vi bort fra posten ”annet”, utgjør utgifter til tannlege, medisiner, kosthold og ombygging og tilrettelegging av bolig de største delene av skatteutgiften. Posten ”annet” antar vi inneholder en del utgifter til oppvarming av bolig og hjelp til daglige gjøremål. Den inneholder trolig også utgifter til forhøyet forsikringspremie og flere andre typer utgifter. Det er skjønsmessig justert for at annet-posten antakelig ble noe for stor i utvalgsundersøkelsen. En nærmere omtale av dette finnes i kapittel 10.

I dette avsnittet går vi gjennom de ulike utgiftstypene og hvilket omfang de har under særfradragsordningen. Dette danner grunnlaget for å anslå hvilke beløp det eventuelt kan være aktuelt å flytte til poster på budsjettets utgiftsside. Gjennomgangen viser også konsekvensene av en eventuell fjerning av fradragsretten for de ulike utgiftstypene. Kapitlene 4 (gjeldende rett) og 6 (helse- og sosialtjenester) viser at det er en viss grad av overlapping mellom bidrag til dekning av utgifter i forbindelse med sykdom over trygdeordninger mv. på den ene siden, og over særfradragsordningen på den andre siden. På enkelte områder mener arbeidsgruppen derfor at det ligger til rette for en opprydding på den måten at midler til visse formål under særfradragsordningen i stedet kan flyttes til eksisterende ordninger på statsbudsjettets utgiftsside.

I de ulike delavsnittene nedenfor går vi gjennom den gjennomsnittlige skatteskjerpelsen det ville gi å fjerne de enkelte utgiftstypene fra fradragsordningen. Vi gjør oppmerksom på at en ikke kan summere de ulike innstrammingene, fordi anslagene også inkluderer

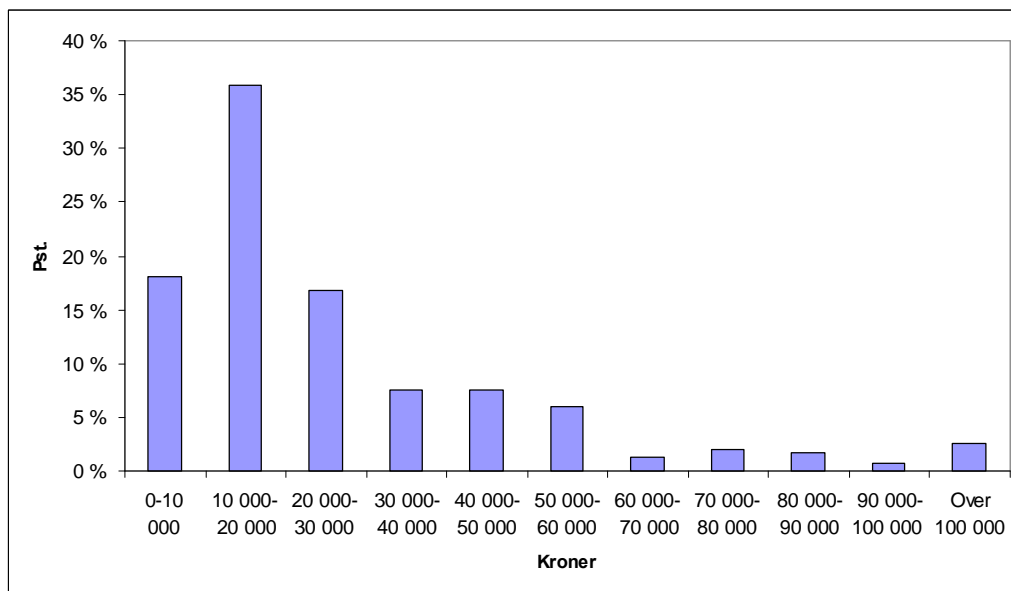
virksomheten av at skattytere kan miste hele fradraget dersom fradragsretten for én isolert utgiftstype fjernes. Dersom for eksempel fradragsretten for kost faller bort, og en skattyter krever fradrag for 10 000 kroner, hvorav 4 000 kroner er merutgifter til kost, vil skattyterens krav komme under grensen på 9 180 kroner. Skattyteren vil dermed også miste fradragsretten for de 6 000 kronene som ikke skriver seg fra utgifter til kost. For den enkelte skattyter kan en altså ikke regne den samlede, forventede innstramningen ved at vedkommende for eksempel mister både fradrag for utgifter til kosthold og fradrag for utgifter til ombygging eller tilpasning av bolig ved å summere de gjennomsnittlige innstramningene knyttet til å fjerne fradragsretten for utgifter til kosthold og bolig. Den samlede, gjennomsnittlige skatteskjerpelsen av å avvikle hele særfradragsordningen er anslått til om lag 6 400 kroner per person med særfradrag (anslaget gjelder for 2010 og er basert på beregninger i SSBs skattemodell LOTTE).

I dette kapitlet presenteres også anslag på antall personer som berøres dersom retten til å kreve fradrag for en gitt utgiftstype fjernes. Grunnlaget for anslagene er hentet fra undersøkelsene arbeidsgruppen har gjennomført, der mange av de gjennomgåtte selvangivelsene mangler opplysninger om hvilke utgifter kravet dreier seg om. Anslagene på antall skattytere med ulike typer fradrag er basert på tilfeller der vi faktisk har fått inn relevante opplysninger, og er minimumsanslag.

13.2 Tannlegeutgifter

Utgifter til behandling hos tannlege er den største fradragsposten under særfradragsordningen, og utgjør anslagsvis 38 prosent av skatteutgiften. Et minimumsanslag på antall personer med særfradrag for tannlegeutgifter er 15 600. Beløpene er forholdsvis store, gjennomsnittlig krav er om lag 26 700 kroner. Det er også stor spredning i størrelsen på kravene, som vist i figur 13.1.

Figur 13.1: Fordelingen av fradragkrav som gjelder tannlegeutgifter, etter størrelsen på kravet



Kilde: Finansdepartementet

Om lag 78 prosent av personene som krever særfradrag for tannlegeutgifter, oppgir tannkjøtt sykdom som hoveddiagnose. Også skattytere med blant annet diabetes og muskel- og skjelettlidelser krever fradrag for tannlegeutgifter. Undersøkelsen viser også at de med tannkjøtt sykdommer har de høyeste tannlegeutgiftene. Derfor utgjør tannlegeutgiftene til dem med tannkjøtt sykdommer hele 94 prosent av alle tannlegeutgiftene det kreves særfradrag for.

Denne delen av særfradragsordningen er problematisk av mange grunner, og det er dermed naturlig å vurdere en full avvikling av fradragsretten for tannlegeutgifter. Gjennomsnittlig skatteskjerpelse for dem med fradrag for tannlegeutgifter blir anslagsvis 7 500 kroner dersom fradragsmuligheten for tannlegeutgifter fjernes helt.

I neste avsnitt identifiserer vi hvilke grupper som kan ha rett til særfradrag for tannlegeutgifter i dag, og i tilfelle om de samme gruppene har krav på refusjon for disse utgiftene etter folketrygdloven § 5-6. Dette gir et grunnlag for å vurdere et helhetlig tiltak hvor særfradraget for tannlegeutgifter på den ene siden fjernes, mens folketrygdordningen styrkes. Folketrygdordningene er såkalte regelstyrte ordninger hvor omfanget av de faktiske utgiftene til formålet over statsbudsjettet følger av regelverket. Slike overslagsbevilgninger kan ikke "styrkes" krone for krone, men gjennom økte rettigheter, som igjen må anslås og eventuelt sammenholdes med de skatteutgifter som vil bortfalle dersom tannlegeutgifter tas ut av særfradragsordningen.

Om rekkevidden av særfradragordningen på tannfeltet og refusjon etter folketrygdloven § 5-6.

Hovedregelen er at man ikke får særfradrag for alminnelige tannlegeutgifter, selv om utgiftene skulle være svært høye. Likevel kan det gis fradrag dersom tannlegeutgiftene skyldes *sykdom* eller *svakhet*, slik regelen er for andre sykdomsutgifter. Vurderingen av om det foreligger en varig sykdom eller svakhet er i utgangspunktet uavhengig av om den aktuelle skattyteren kan få refusjon, altså om tilstanden eller sykdommen i de aktuelle tilfellene omfattes av oppregningen i folketrygdloven § 5-6 med tilhørende forskrift. Helse- og omsorgsdepartementet har presisert at folketrygdloven § 5-6 må ses i sammenheng med folketrygdloven § 5-1, hvor det blant annet fremkommer at formålet med stønad etter folketrygdloven kapittel 5 er å gi hel eller delvis kompensasjon for nødvendige utgifter til helsetjenester ved sykdom, skade og lyte. Det er derfor viktig å være oppmerksom på at oppregningen i forskriftens § 1 omfatter både sykdom, skade og lyte i folketrygdens forstand. Oppregningen er dermed ikke nødvendigvis uttømmende med henhold til hva som kan anses å være en sykdom eller svakhet i særfradragordningen, og spesielt kan en ikke gå ut fra at "*varig svakhet*" er sammenfallende med "*skade og lyte*". Dermed kan også andre tilstander og tilfeller som ikke er med i oppregningen i gitte tilfeller anses som varig sykdom eller svakhet. Det kan også være tilfeller hvor særfradrag innvilges uten at det gis refusjon. På den annen side finnes det tilstander som ikke anses som en sykdom eller svakhet i skatterettslig forstand, selv om tilstanden faller inn under refusjonsordningen i folketrygdloven § 5-6 (det vil si at det finnes tilfeller hvor personen har krav på refusjon etter folketrygdordningen, mens det ikke gis særfradrag).

Etter de tilbakemeldingene arbeidsgruppen har fått fra skatteetaten, dreier særfradragkravene på tannhelseområdet seg i praksis oftest om marginal periodontitt og patologisk tap av tannsubstans ved attrisjon (tanngnissing) eller erosjon (tannslitasje som skyldes syrer). Disse tilstandene regnes vanligvis som sykdommer, og vilkåret i skatteloven § 6-83 første ledd vil være oppfylt. Samtidig gir tilstandene som hovedregel rett til refusjon etter folketrygdloven § 5-6 med tilhørende forskrift. I tillegg kan også tannlegeutgifter som har oppstått på grunn av en *annen* diagnose, for eksempel diabetes, gi rett til særfradrag. I undersøkelsen arbeidsgruppen har gjennomført, er mange særfradragkrav oppført med tannlegeutgifter og diabetes som hoveddiagnose, jf. ovenfor. Hvis pasienter med diabetes, eller eventuelt en annen sykdom, *som følge av* denne sykdommen, eller medisiner som er forskrevet for denne sykdommen, får munntørrhet (hyposalivasjon) og dermed økt kariesaktivitet, ytes det nemlig stønad etter § 5-6 med tilhørende forskrift. Munntørrhet på grunn av medisiner må dokumenteres ved kliniske funn som underbygger at personen har tilstanden, og at dette har medført økt kariesaktivitet. Poenget er altså at en på grunn av en annen diagnose kan ha fått en av de sykdommene som gir rett til refusjon etter folketrygdloven § 5-6.

De to ordningene, særfradragsordningen og refusjonsordningen, er altså i stor grad overlappende når det gjelder utgifter til tannbehandling. Men det finnes noen unntak:

Når det gjelder marginal periodontitt er det i refusjonsreglene skilt mellom behandling og rehabilitering ved tanntap. Stønad til sistnevnte ytes bare i de tilfeller tenner er tapt etter 1. mai 2002. For tenner tapt før dette, kan det tenkes tilfeller hvor sykdomskriteriet er oppfylt, og særfradrag er da den eneste støtten som gis. Jo lengre tid det går etter 2002, desto mindre aktuell blir imidlertid denne problemstillingen.

Ellers kan det tenkes tilfeller der en pasient ikke oppfyller kravene til refusjon etter forskriftene til folketrygdloven § 5-6, for eksempel fordi tilstanden ikke er alvorlig nok til å oppfylle sykdomskriteriet, men likevel kan oppfylle kriteriet om varig svakhet i skatteloven. Ett eksempel kan være pasienter som har attrisjon eller erosjon uten at tilfellet er så alvorlig at det gir rett til refusjon etter folketrygdlovens regler (attrisjonen eller erosjonen er ikke å anse som *patologisk*, dvs. som ikke klart kan anses som sykdom). Ved behandling på et tidlig tidspunkt kan en unngå at tilstanden forverres, eller attrisjonen eller erosjonen kan gå over. Det kan derfor ha formodningen mot seg at en slik tilstand (attrisjon eller erosjon bekreftet fra tannlege uten at det er gitt refusjon) varig hemmer skattyteren direkte i den daglige livsutfoldelsen. Det må imidlertid foretas en konkret vurdering av hvert enkelt tilfelle, og det kan tenkes at kriteriet "varig svakhet" er oppfylt, og at vedkommende kan ha rett til særfradrag uten å ha rett til refusjon. Lignende eksempler kan trolig tenkes også for andre av de oppregnede tilstandene i forskriften til § 5-6, slik som "manglende egenomsorg ved varig sykdom eller ved varig nedsatt funksjonsevne".

Etter arbeidsgruppens vurdering er det trolig bare en mindre andel av skattyterne med særfradrag for tannlegeutgifter som ikke samtidig kvalifiserer til refusjon etter folketrygdloven § 5-6. Denne andelen er trolig betydelig under 20 prosent.

Drøfting

Som beskrevet ovenfor, er det relativt stort sammenfall mellom praktiseringen av særfradragsordningen og refusjon for tannbehandling etter folketrygdloven § 5-6. Det kan derfor ligge til rette for å fjerne adgangen til å kreve særfradrag for tannlegeutgifter, mens man styrker refusjonsordningen for tannbehandling, for eksempel ved å øke refusjonssatsene. Arbeidsgruppen tar ikke stilling til hvordan refusjonsordningen i tilfelle bør styrkes. Denne provenyrammen kan fastsettes ut fra forventet provenyøkning av å avvikle fradragsretten for tannlegeutgifter, og det legges til grunn at dette gjennomføres innenfor en provenynøytral ramme samlet sett.

Argumenter *for* en slik omlegging er at en på dette området har mulighet til å spare ressurser for både skattyterne og det offentlige ved å unngå dobbeltbehandling av det samme formålet gjennom to ordninger. Det er dessuten et generelt argument at én

myndighet bør ha det overordnede prioriteringsansvaret. At tannhelsetjenesten avhenger av skattesystemet, er klart uhensiktsmessig. Videre er det utvilsomt at skatteetaten her er tildelt en oppgave som de vanskelig kan skjøtte på en tilfredsstillende måte.

Videre vil en flytting av midlene til refusjonsordningen være positivt for dem med for lav inntekt til å kunne benytte særfradraget. Omleggingen vil også utvilsomt gi bedre etterlevelse og kontroll. Saksbehandlere på skattekontorene har i utgangspunktet ikke den nødvendige helsefaglige kompetansen til å vurdere hva som kan anses som sykdom eller svakhet i de særlig vanskelige tilfellene, og heller ikke praktisk mulighet til å sikre god etterlevelse av regelverket gjennom veiledning og kontroll.

Argumenter *mot* omleggingen er at dette nødvendigvis vil slå ulikt ut for ulike skattytere – noen vil tjene på omleggingen, andre vil tape. Det er vanskelig å få full oversikt over alle slike effekter på forhånd, og omleggingen kan også gi utilsiktede virkninger. Tannbehandling må likevel sies å være ett av de områdene innenfor særfradraget som egner seg best for flytting til utgiftssiden, ettersom vi har to nokså parallelle ordninger rettet mot samme gruppe pasienter, og siden refusjonsordningen kan styrkes uten vesentlige systemendringer.

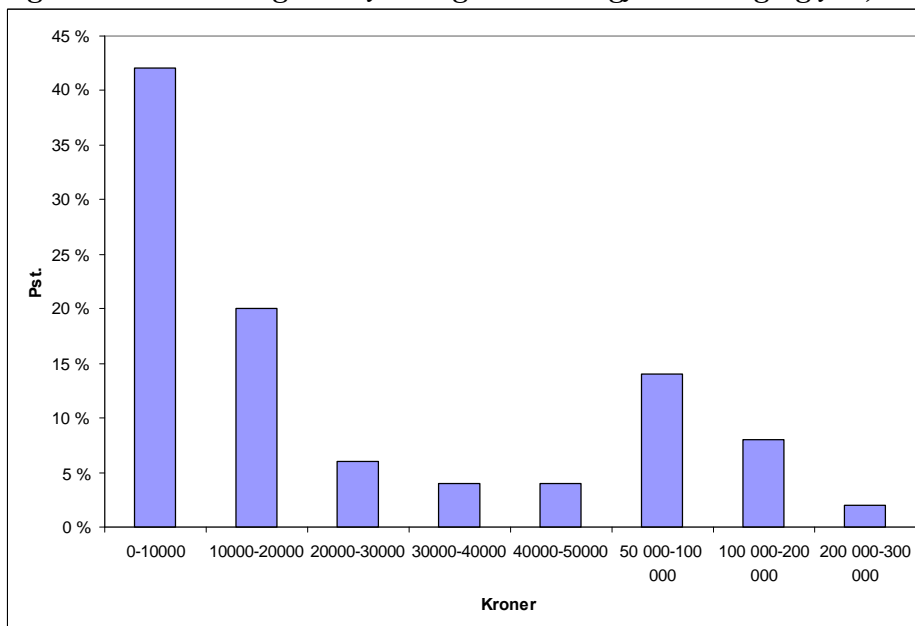
Konklusjon

Dersom fradragsretten for tannlegeutgifter fjernes, foreslår arbeidsgruppen at refusjonsordningen for tannbehandling etter folketrygdloven § 5-6 styrkes med om lag 137 mill. kroner, for eksempel ved at refusjonssatsene til tannbehandling økes. I 2009 ble det utbetalt om lag 1,28 mrd. kroner i refusjon for tannbehandling.

13.3 Bolig

Forholdsvis få krever særfradrag for store sykdomsutgifter på grunn av utgifter til bolig, 5 prosent av personene i utvalget og anslagsvis minst 2 600 personer totalt. Boligkravene utgjør anslagsvis 6 prosent av skatteutgiften totalt. Noen av beløpene er svært høye, de høyeste er på flere hundre tusen kroner. Blant de 250 største særfradragsskravene i 2007, var boligkrav den hyppigste kravstypen (se også kapittel 10). Kravene knytter seg gjerne til ombygging og tilpasning av boligen, slik at den blir mer egnet for personer med for eksempel bevegelseshemminger. Figuren nedenfor viser størrelsen på kravene i undersøkelsen:

Figur 13.2: Fordelingen av fradragkrav som gjelder boligutgifter, etter størrelsen på kravet



Kilde: Finansdepartementet

Gjennomsnittlig krav blant alle med fradrag for boligutgifter var om lag 37 200 kroner, mens gjennomsnittlig innrømmet fradrag var om lag 26 600 kroner. De største pasientgruppene som krever fradrag for boligutgifter, er personer med funksjonshemninger, muskel- og skjelettlidelser og revmatisme.

Undersøkelsen viste også at disse kravene blir satt ned relativt mye ved ligningsbehandlingen, jf. også omtalen i kapittel 10. Siden kravene gjennomgående er store, er det større sannsynlighet for at de blir tatt ut til kontroll. I tillegg kommer avgrensingsproblemene som oppstår der boligutgiften også gir standardheving eller verdiøkning på boligen.

Dersom adgangen til å kreve fradrag for boligutgifter fjernes, vil det gi en gjennomsnittlig innstramming for den berørte gruppen på om lag 7 800 kroner.

Drøfting

På utgiftssiden er formålet dekket gjennom to forskjellige ordninger. For det første ytes det stønad fra folketrygden til tekniske hjelpemidler og tilrettelegging for å bedre funksjonsevnen i hjemmet, herunder blant annet stønad til tilrettelegging av boligen. Eksempler her er stønad til løftehjelpemidler, hjelpemidler til boligtilpasning, løfteplattformer, trappeheis mv. I 2008 var folketrygdens utgifter til husholdning og bolig 729,2 mill. kroner. For det andre kan Husbanken gi lån og tilskudd til "tilgjengelighetstiltak i eksisterende boliger for eldre, funksjonshemmede og sosialt vanskeligstilte". Disse tilskuddene er inntektsprøvd, og det er kommunene som forvalter og tildeler tilpasningstilskuddene. Det samlede tilpasningstilskuddet (inkludert

prosjekteringstilskudd) fra Husbanken var om lag 110 mill. kroner i 2008. Det vises til nærmere omtale av disse ordningene i kapittel 6.

En eventuell avvikling av fradragsretten for utgifter til ombygging og tilpasning av bolig kan ut i fra dette begrunnes med at formålet er ivaretatt gjennom hjelpemiddelområdet og Husbankens låne- og tilskuddsordning.

Den mest nærliggende ordningen på utgiftssiden som kan styrkes dersom særfradrag for dette området fjernes, er Husbankens låne- og tilskuddsordning for vanskeligstilte på boligmarkedet. Dette er en rammestyrte ordning, og en økning i rammene vil føre til at flere søkere får tilskudd, eller at det kan gis større tilskudd. Ordningen i folketrygden er derimot regelstyrt, og en flytting av midlene til denne ordningen er derfor ikke hensiktsmessig.

De som krever særfradrag for store sykdomsutgifter for utgifter til ombygging eller tilpasning av bolig, er trolig personer som ikke kjenner til folketrygdens stønadsordning og Husbankens tilskuddsordning, personer som ikke oppfyller vilkårene i de to ordningene, og trolig også noen som krever fradrag for utgifter som overstiger det de har fått gjennom disse ordningene.

Siden Husbankens ordninger ser ut til å være strengt praktisert og strengt økonomisk behovsprøvd, er det grunn til å tro at denne ordningen bare i liten grad overlapper med særfradragsordningen. En avvikling av fradragsretten for denne typen utgifter kombinert med økte bevilgninger til Husbanken, vil derfor uansett innebære en omfordeling fra noen grupper til andre. Det er heller ikke sikkert at øremerking til akkurat denne typen tiltak er å foretrekke – kanskje er det andre vanskeligstilte på boligmarkedet Husbanken eller kommunene finner det mer riktig å prioritere. Personer med inntekt over de definerte inntektsgrensene eller som ellers ikke regnes som vanskeligstilte nok for å få støtte fra Husbanken, vil miste den støtten de i dag får gjennom særfradragsordningen. På den annen side understrekes det at folketrygdens stønadsordning ikke er inntektsbasert, og stønad kan ytes også til personer med høy inntekt. Personer som i dag får særfradrag for tilpassing av bolig, vil derfor kunne få stønad til dette gjennom folketrygden, dersom de for øvrig oppfyller vilkårene for stønad etter dette regelverket.

Et annet argument for å fjerne retten til fradragsretten for utgifter til tilpasning eller ombygging av bolig, er at disse kravene gjennomgående er svært vanskelige å vurdere for skattekontorene. Mange av kravene dreier seg om ombygginger som, i tillegg til økt tilgjengelighet, klart innebærer standardheving og verdiøkning av boligen. Dette er omtalt i kapittel 9. Vanskelighetene med grensdragningen mellom alminnelige privatutgifter og sykdomsutgifter generelt er også omtalt i kapittel 11 (arbeidsgruppens vurderinger) og i kapittel 14 om videreføring av særfradragsordningen. Generelt vil de som foretar (og selv betaler 72 prosent av) svært kostbare ombygginger, være de mer

velstående i målgruppen. Det er derfor liten tvil om at det å overføre midlene til Husbanken vil innebære en klar fordelingspolitisk endring, i retning av at støtten målrettes til dem med lavest inntekt.

Konklusjon

Dersom en fjerner retten til fradrag for utgifter knyttet til bolig, foreslår arbeidsgruppen å øke bevilgningene til Husbanken. Dette frigjør anslagsvis 23 mill. kroner til Husbanken.

13.4 Merutgifter til kost

Om lag 6 prosent av skatteutgiften til særfradrag for store sykdomsutgifter, det vil si om lag 25 mill. kroner, kan tilskrives krav om fradrag for merutgifter til kost. Et minimumsanslag på antallet personer som fremmer krav om særfradrag for merutgifter til kost er om lag 8 600 personer, hvorav et flertall antas å være diabetikere (trolig over 60 prosent av disse, dette utgjør da minst 5 200 personer). Andre grupper med fradrag for kost er personer med astma og allergi, spiseforstyrrelser og familiær hyperkolesterolemi. I gjennomsnitt er kravene om fradrag for merutgifter til kost om lag 9 800 kroner.

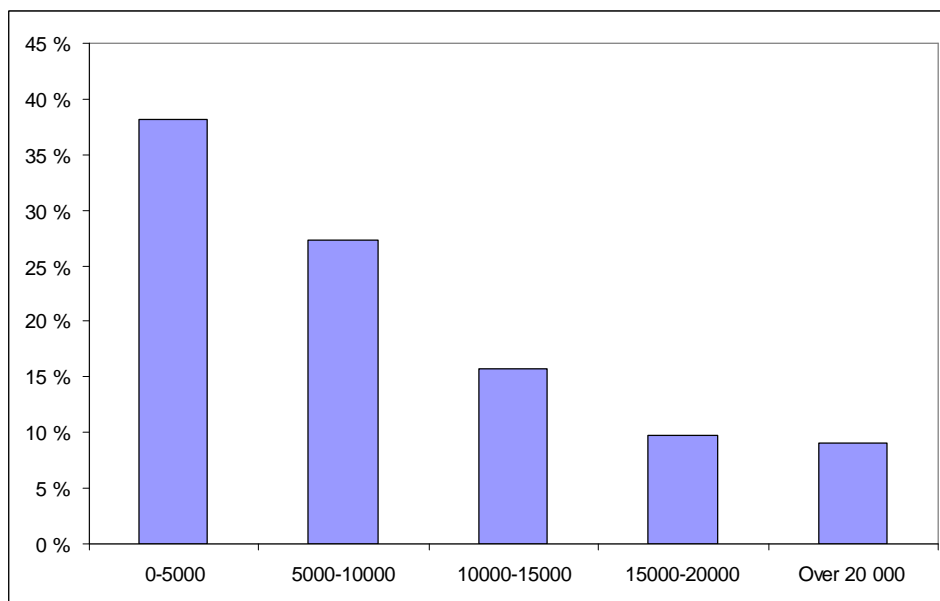
Som omtalt i kapittel 6, skal grunnstønad fra folketrygden gi støtte til personer med fordyret kosthold på grunn av varig sykdom. Særfradraget for store sykdomsutgifter er derfor aktuelt der NAV har avslått søknad om grunnstønad, eller der vedkommendes faktiske merutgifter til kost overstiger det som gis i grunnstønad. Som også forklart i kapittel 6, gis grunnstønad etter fastsatte satser, der den høyeste satsen utgjør 36 564 kroner per år (satsen gjelder fra 1. januar 2010). Ved merutgifter mellom to satser, eventuelt over den høyeste satsen, kan man trekke fra det som overstiger mottatt grunnstønad.

Av arbeidsgruppens undersøkelse framgår det at 14 prosent av dem som har krevd fradrag for merutgifter til kost under særfradragsordningen, har mottatt grunnstønad. Vi kjenner ikke til hva som er bakgrunnen for at de har mottatt grunnstønad – det kan godt være for andre utgifter enn til kosthold. Blant de 86 prosent av skattyterne med merutgifter til kost som ikke har grunnstønad, kan det være at enkelte ville ha fått grunnstønad dersom de hadde søkt, men som en hovedregel må vi gå ut fra at grunnstønaden ikke automatisk vil komme inn og kompensere for bortfall av særfradraget for disse personene.

Hvis en avskjærer muligheten til å trekke fra merutgifter til kost i særfradragsordningen, vil trolig mange diabetikere, som i liten grad mottar grunnstønad, rammes. Ut fra resultatene i undersøkelsen har vi anslått den gjennomsnittlige innstrammingen av å fjerne fradragsmuligheten for merutgifter til kost til i underkant av 3 000 kroner per person som berøres.

Figur 13.3 viser fordelingen av kostholdskravene etter størrelsen på beløpene. Den største gruppen fradrag er under 5 000 kroner, og av disse igjen er et stort flertall nøyaktig 4 000 kroner.

Figur 13.3: Fordelingen av fradragskrav som gjelder merutgifter til kost, etter størrelsen på kravet



Kilde: Finansdepartementet

Drøfting

Et argument for å fjerne fradragsadgangen for merutgifter til kost, er at grunnstønadene gis til samme formål – fordyret kosthold ved diett.

Grunnstønadene er en regelstyrt ordning. Grunnstønad for merutgifter til kost gis til personer som følger spesiell diett, og det må sannsynliggjøres at dietten er alminnelig anerkjent i medisinsk praksis og avhjelper den aktuelle lidelsen. Visse diagnoser er forhåndsgodkjent, se nærmere beskrivelse i kapittel 6. Siden grunnstønadene er en rettighetsbasert ordning, er det ikke uten videre og med enkle grep mulig å endre ordningen slik at de som i dag får særfradrag for merutgifter til kost kompenseres. Det betinger i tilfelle trolig endring av kriteriene i grunnstønadene, noe som kan bryte med de prinsippene som ligger til grunn for dagens grunnstønad, blant annet kravet til at effekten av spesiell diett skal være anerkjent i medisinsk praksis. Størrelsesforholdet mellom grunnstønadene (budsjettert med om lag 1,7 mrd. kroner i 2010) og det som frigjøres ved å eventuelt fjerne særfradrag for merutgifter til kost (25 mill. kroner) tilsier også at en flytting av midlene er lite hensiktsmessig. Et tosporet system er dessuten krevende å forholde seg til for brukerne.

Arbeidsgruppen ser ulikt på om grunnstønaden og særfradragsordningen fanger opp samme formål. *Flertallet, medlemmene fra Finansdepartementet, Skattedirektoratet, Helsedirektoratet og Arbeidsdepartementet*, mener det er sammenfall mellom *formålet* med å gi særfradrag til personer med fordyret kosthold på den ene siden, og formålet med grunnstønadens dekning av fordyret kosthold på den andre siden. *Mindretallet, medlemmet fra Helse- og omsorgsdepartementet*, anser grunnstønaden for å sette strengere vilkår enn særfradragsordningen, og viser til at grunnstønaden blant annet stiller krav til diett og det stilles strengere dokumentasjonskrav enn det man har praktisert i særfradragsordningen, med dagens sjablonsats på 4000 kroner for diabetikere.

Arbeidsgruppen er enig om at det ikke er fullt sammenfall mellom *personene* som er dekket i de to ordningene. Delvis skyldes dette at det har blitt utøvd ulikt skjønn når det gjelder hva slags kosthold som er å regne som "fordyret". Grunnstønadsordningen har i praksis også strengere krav til dokumentasjon av om dietten faktisk avhjelper den aktuelle lidelsen.

En konsekvens av å fjerne fradragsretten for merutgifter til kost er at flertallet av dem som i dag får dette særfradraget, for eksempel trolig godt over 5 000 diabetikere, ikke vil kvalifisere til kravene i grunnstønaden og dermed mister den støtten de har i dag.

Konklusjon

Dersom fradragsretten for merutgifter til kost fjernes, foreslår arbeidsgruppen at midlene som frigjøres, om lag 25 mill. kroner, fristilles til bruk på prioriterte helse- eller sosialformål.

Arbeidsgruppens mindretall, medlemmet fra Helse- og omsorgsdepartementet, viser til at det er en ytterligere mulighet å utvide vilkårene i grunnstønaden for å fange opp personer som i dag ikke innvilges grunnstønad for merutgifter til kost, men som oppnår særfradrag. De frigjorte midlene på om lag 25 mill. kroner kan i så fall gå til å styrke grunnstønaden.

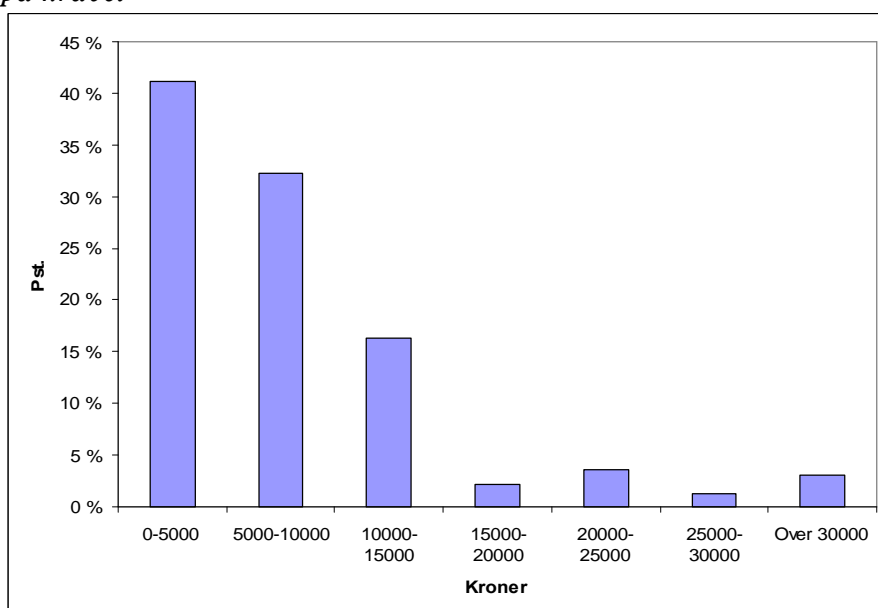
13.5 Medisiner

Om lag 7 prosent av skatteutgiften for særfradraget for store sykdomsutgifter anslås å være knyttet til medisiner. Anslagsvis 21 prosent av skattyterne krever fradrag for utgifter til medisiner. I kapittel 6 beskriver vi finansieringen av legemidler over ordningene med blå resept og bidragsordningen i folketrygdloven § 5-22, som etter nærmere kriterier kan gi støtte til visse legemidler på hvit resept. Det som faller utenfor blåreseptordningen og bidragsordningen, samt egenbetalingen og egenandelen i de to ordningene (egenandelstak 1 for blå resept, det vil si 1 840 kroner i 2010, og som hovedregel 1 600 kroner + 10 prosent av overskytende utgift for formål i bidragsordningen), gis det etter dagens regler særfradrag for, dersom vilkårene for

fradrag for øvrig er oppfylt. Endelig vil mye av dette også være *reseptfrie* legemidler. Noen få, gjerne nyere, legemidler er ikke godkjent i verken blåreseptordningen eller bidragsordningen, og slike medisiner vil i tilfelle gjerne ende opp under særfradragsordningen. Tilbakemeldingene fra skattekontorene tyder på at også en del kosttilskudd og naturmedisinske produkter blir ført til fradrag.

Også flertallet av kravene om fradrag for utgifter til medisiner er relativt små:

Figur 13.4: Fordelingen av fradragsskrav som gjelder utgifter til medisiner, etter størrelsen på kravet



Kilde: Finansdepartementet

Det gjennomsnittlige kravet er på om lag 8 000 kroner. De fleste pasientgruppene krever fradrag for medisiner, og hyppigst oppgis diagnosene muskel- og skjelettlidelser, diabetes, revmatisme og hudsykdommer.

Dersom fradragsmuligheten for utgifter til medisiner fjernes, vil anslagsvis 11 800 skattytere få skatteskjerpelser. Den gjennomsnittlige innstramningen blir om lag 2 600 kroner.

Drøfting

Ordningene med blå resept og egenandelstak 1 og bidragsordningen skal ivareta hensynet til personer med høye utgifter til medisiner. Vi ser at svært mange med særfradrag trolig benytter blåreseptordningen, ettersom beløpene som er oppført under medisiner i særfradragsundersøkelsen i stor grad samsvarer med nivået på egenandelstak 1. Blåreseptordningen, herunder hvilke diagnoser og preparater som inngår i den, er under løpende vurdering. Det at noen pasienter i tillegg benytter

særfradraget for store sykdomsutgifter til å dekke utgifter til medisiner, er trolig ikke et moment som vurderes når egenandelene eller omfanget av hva som kan skrives ut på blå resept, vurderes. Utgifter til blå resept inngår dessuten i den nasjonale skjermingsordningen egenandelstak 1. Arbeidsgruppen legger derfor til grunn at omfanget av det som dekkes på blå resept, er i tråd med de helsepolitiske prioriteringene.

Å fjerne fradragsretten for utgifter til medisiner rammer derfor i første rekke dem som ikke faller inn under blåreseptordningen, de som har svært høye utgifter til legemidler på hvit resept og legemidler som ikke innfrir kravene i ordningene under folketrygden, samt de som har utgifter til reseptfrie legemidler som langt overstiger det som må betraktes som et normalt forbruk. Disse personene vil få skatteskjerpelser dersom fradragsmuligheten fjernes. Utgifter til reseptfrie legemidler dekkes ikke gjennom noen annen støtteordning. Visse utgifter til reseptfrie legemidler er imidlertid vanlig i befolkningen generelt og det kan argumenteres for at forbruk av reseptfrie legemidler ikke bør gi inntektsfradrag. Undersøkelsen arbeidsgruppen har gjennomført, tyder dessuten på at det er relativt få krav med svært høye medisinerutgifter.

En konsekvens av å fjerne adgangen til å trekke fra utgifter til medisiner, er at relativt mange personer vil bli berørt.

Konklusjon

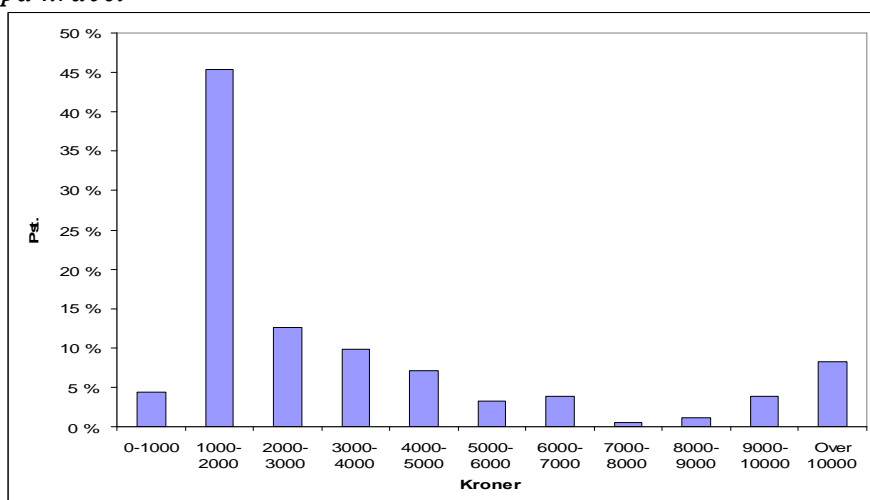
Dersom fradragsretten for medisinerutgifter fjernes, foreslår arbeidsgruppen at de frigjorte midlene, anslagsvis 30 mill. kroner, fristilles til bruk på prioriterte helse- eller sosialformål.

13.6 Egenandeler

17 prosent av kravene i undersøkelsen inneholder krav om egenandeler. Overført til alle med særfradrag, betyr det at anslagsvis 9 700 personer krever fradrag for utgifter til egenandeler. Dette er et minimumsanslag. Egenandeler utgjør imidlertid anslagsvis bare 3 prosent av skatteutgiften til særfradraget for store sykdomsutgifter. Krav om fradrag for egenandeler forekommer hos de fleste diagnosene som er med i undersøkelsen, og de hyppigste diagnosene (når vi ser bort fra "andre sykdommer eller svakheter") er diabetes, muskel- og skjelettlidelser og revmatisme. I undersøkelsen har ingen av kravene om fradrag for egenandeler knyttet til hoveddiagnosen blitt avvist eller satt ned.

Undersøkelsen viser ikke hvilke former for egenandeler det er snakk om. En forholdsvis stor andel av kravene om fradrag for egenandeler tilsvarer nivået på egenandelstak 1. Fordelingen av kravene etter størrelse ses i figur 13.5:

Figur 13.5: Fordelingen av fradragkrav som gjelder utgifter til egenandeler, etter størrelsen på kravet



Kilde: Finansdepartementet

De store kravene (over 10 000 kroner) kan ikke være egenandeler i tradisjonell forstand, det vil si betalinger under egenandelstakene. Enkelte av kravene kan dreie seg om enkelte dyre legemidler under bidragsordningen, slik at 10 prosent av utgiften over 1 600 kroner utgjør et forholdsvis stort beløp. Noe kan også dreie seg om egenbetalinger til laserkorreksjon av synet (som kanskje heller burde vært ført under operasjoner, se avsnitt 13.11) eller avrusning på privat avrusningsklinikk (som av andre respondenter er ført under alternativ behandling, se avsnitt 13.10).

I særfradragsordningen gis det i praksis fradrag for ulike former for egenbetaling. I noen tilfeller må man anta at egenbetaling på tjenester som ikke kommer inn under de nasjonale skjermingsordningene, også føres opp. Hva respondentene i undersøkelsen har definert som "egenandeler", er ikke helt klart, men man må gå ut fra at dette kan omfatte mer enn egenandeler som er dekket av de nasjonale skjermingsordningene for helsetjenester.

Gjennomsnittlig innstramming per person med krav knyttet til egenandeler er anslått til om lag 1 500 kroner.

Drøfting

Arbeidsgruppen viser til at det eksisterer flere skjermingsordninger – egenandelstak 1, egenandelstak 2, samt bidragsordningen. Gjennom disse ordningene har en etablert en skjerming mot høye helseutgifter på en rekke ulike tjenester. Egenandelstakene skal gi den ønskede beskyttelsen mot høye sykdomsutgifter på de aktuelle områdene. Takordningene har svært mange brukere.

En eventuell flytting av midlene som frigjøres av å fjerne retten til fradrag for egenandeler, anslagsvis 12 mill. kroner, vil ikke gi merkbar effekt gitt størrelsen på bevilgningene til egenandelstakene (anslag for 2010 er 4 mrd. kroner). Folketrygdens utgifter til egenandelstak 1 og 2, samt bidragsordningen, er for øvrig overslagsbevilgninger, og det har liten hensikt å flytte midler til slike budsjettposter.

Flertallet i arbeidsgruppen, medlemmene fra Finansdepartementet, Skattedirektoratet og Arbeidsdepartementet, vil i tillegg peke på at dagens nivå på statlig fastsatte egenandeler i helsevesenet er i tråd med helsepolitiske prioriteringer, og at særfradragsordningen ikke bør overstyre disse prioriteringene. Egenandeler gir en viss terskel for å oppsøke et ellers sterkt subsidiert helsetilbud. Det er ønskelig å opprettholde denne terskelen for å hindre overforbruk. Når egenandelene inngår i det beløpet man kan trekke fra under særfradraget for store sykdomsutgifter, senkes denne terskelen for en liten del av brukerne. Dette er uheldig, både ressursmessig og fordelingsmessig.

Konklusjon

Dersom fradragsretten for egenandeler fjernes, foreslår arbeidsgruppen at de frigjorte midlene, anslagsvis 12 mill. kroner, fristilles til bruk på prioriterte helse- og sosialformål.

13.7 Helsereiser og behandlingsreiser

Få av skattyterne i undersøkelsen har fremmet krav om fradrag for utgifter til helsereiser eller behandlingsreiser, 22 personer av i alt 1 116, med andre ord bare 2 prosent av skattyterne i undersøkelsen. Denne fradragstypen utgjør også bare om lag 1 prosent av den totale skatteutgiften. Omtrent halvparten av de aktuelle skattyterne hadde grunn- eller hjelpestønad. Det gjennomsnittlige kravet til helse- og behandlingsreiser i undersøkelsen var 23 600 kroner, og kravene ble i gjennomsnitt satt ned med 53 prosent.

På grunn av det lave antallet saker som gjelder helse- og behandlingsreiser, er tallene lite representative, og det er stor usikkerhet knyttet til å splitte opp gruppen for å se på sammensetningen. Men blant de personene i undersøkelsen som er oppført med krav om helse- og behandlingsreiser, finner vi diagnosene muskel- og skjelettlidelser, revmatisme og funksjonshemminger. Da har vi sett bort fra posten "andre sykdommer eller svakheter". Dette rimer bra med hvilke diagnoser vi ville forvente.

Behandlingsreiser til utlandet for revmatikere dekkes gjennom en egen tilskuddsordning som krever forhåndsgodkjennelse av Statens behandlingsreiser, som administreres av Oslo universitetssykehus. Utgifter i forbindelse med slike forhåndsgodkjente behandlingsreiser er i all hovedsak dekket av staten. Det er adgang til å kreve fradrag for utgifter i forbindelse med slike reiser som eventuelt ikke er dekket, og dette skal etter alt å dømme være mindre utgifter. Reiser til varmere strøk som ikke dekkes av Statens behandlingsreiser blir ofte kalt helsereiser, og utgifter til

slike helsereiser er i seg selv ikke fradragberettiget. Derimot kan det gis fradrag for *merutgifter* ved helsereiser og også ved vanlige ferieturer, for eksempel utgifter til ledsager eller merutgifter til dyrere hotellrom, sykkelgar mv. I enkelte tilfeller gis det i dag også fradrag for egenbetaling ved behandling i utlandet som det er gitt bidrag til etter folketrygdloven § 5-22 (for eksempel til fysioterapi). Vi må ellers regne med at noen av kravene om fradrag for utgifter til helsereiser kan være urettmessige krav, ettersom avslagsprosenten ser ut til å være høy for akkurat denne typen krav.

Frdrag for utgifter til behandlingsreiser til utlandet er for øvrig også omtalt i avsnitt 4.5.

Dersom en fjerner adgangen til å trekke fra utgifter knyttet til helsereiser og behandlingsreiser, vil skattyterne med slikt fradrag i undersøkelsen få en gjennomsnittlig innstramming på om lag 3 300 kroner. Vel å merke ser en del av innstrammingen ut til å ramme krav som ikke er i tråd med regelverket, slik at det er tvilsomt om man kan kalle dette en innstramming.

Drøfting

Få skattytere ser ut til å rammes dersom retten til å trekke fra utgifter til behandlingsreiser eller helsereiser fjernes. Det aller meste av de utgiftene skattyterne ser ut til å pådra seg på dette området, er enten allerede dekket av andre ordninger eller ikke fradragberettiget i dag. Unntaket er *merutgifter* på vanlige ferieturer, som ikke dekkes av noen annen ordning arbeidsgruppen kjenner til.

Hensynet til enkelhet og å unngå dobbelbehandling av samme formål gjennom flere ordninger, tilsier at de gjenværende fradragsmulighetene for utgifter til *behandlingsreiser* fjernes fra særfradraget. Dette fører til at enkelte må dekke en noe større del av et ellers statlig subsidiert tilbud. Som et alternativ kan en flytte de frigjorte midlene til ordningen med dekning av behandlingsreiser gjennom Statens behandlingsreiser, og dette er arbeidsgruppens forslag, jf. konklusjonen under. Konsekvensen av en slik flytting av midler er at personer som har merutgifter på egenfinansierte helsereiser og ferieturer, og som ikke kan få dette dekket gjennom Statens behandlingsreiser, mister det bidraget de får gjennom særfradragsordningen i dag.

Konklusjon

Dersom adgangen til å trekke fra (mer)utgifter i forbindelse med behandlingsreiser, helsereiser og ferieturer fjernes, foreslår arbeidsgruppen at de frigjorte midlene, anslagsvis 4 mill. kroner, flyttes til Statens behandlingsreiser, slik at flere kan få støtte til slike reiser. Til sammenligning er det for 2010 bevilget om lag 100 mill. kroner til slike behandlingsreiser.

13.8 Merutgifter til klær

Frdrag for merutgifter til klær utgjør bare 2 prosent av den totale skatteutgiften under fradragsordningen. Et minimumsanslag på antallet skattytere som fremmer krav om fradrag for merutgifter til klær er 3 800. Av disse har flest skattytere diagnosene diabetes, hudsykdommer og funksjonshemminger. Det er også enkelte med muskel- og skjelettlidelser og astma og allergi som krever fradrag for merutgifter til klær. Det gjennomsnittlige fradragskravet for klær i undersøkelsen er om lag 8 500 kroner.

Merutgifter til klær kan også dekkes over grunnstønaden. Vilkårene for å få grunnstønad er beskrevet i kapittel 6. Grensedragningene og definisjonene av hva som godtas som merutgifter til klær, er noe ulike i grunnstønadsordningen og i særfradragsordningen. For å få grunnstønad for merutgifter til klær kreves det at merutgiften skyldes slitasje. Det gis derfor ikke grunnstønad i tilfeller der merutgiftene skyldes tap av klær, noe som for eksempel kan gjelde personer med ADHD, eller hvis merutgiftene skyldes at personen må bruke spesialsydd klær. Det gis heller ikke grunnstønad til fedmeopererte, som på grunn av vekttape i en periode må fornye garderoben oftere enn det som er vanlig. De som har krevd særfradrag med slike begrunnelser, kan derimot i utgangspunktet få særfradrag dersom kriteriene ellers er oppfylt. De vil altså miste denne skattelettelsen dersom ordningen blir opphevet.

En avvikling av retten til å trekke fra merutgifter til klær i særfradragsordningen vil gi en gjennomsnittlig, isolert skatteskjerpelse per person som har slikt fradrag, på om lag 2 700 kroner. Effekten av at noen faller under grensen på 9 180 kroner når fradraget for klær fjernes, er tatt med i anslaget.

Drøfting

Utgifter til klær er i utgangspunktet en alminnelig privatutgift. Videre taler vanskelighetene for skattekontorene med å fastsette fradraget for eventuelle merutgifter til klær, for å fjerne fradragsretten.

Om lag 30 prosent av dem med krav om fradrag for merutgifter til klær har samtidig grunnstønad (vi vet ikke om de har grunnstønad for klær, eller for en annen utgift). I disse tilfellene dekker særfradraget mellomlegget mellom to satser i grunnstønaden.

Arbeidsgruppen mener formålet om å gi støtte til personer med merutgifter til klær er ivaretatt gjennom grunnstønaden. I den grad det er vanskelige avgrensninger med hensyn til hvem som har og hvem som ikke har merutgifter til klær, og eventuelt om mer enn bare slitasje på klær burde omfattes, hører vurderingene av dette hjemme i grunnstønadsordningen.

Konklusjon

Dersom adgangen til å trekke fra merutgifter til klær blir borte, foreslår arbeidsgruppen at de frigjorte midlene, anslagsvis 10 mill. kroner, fristilles til bruk på prioriterte helse- og sosialformål.

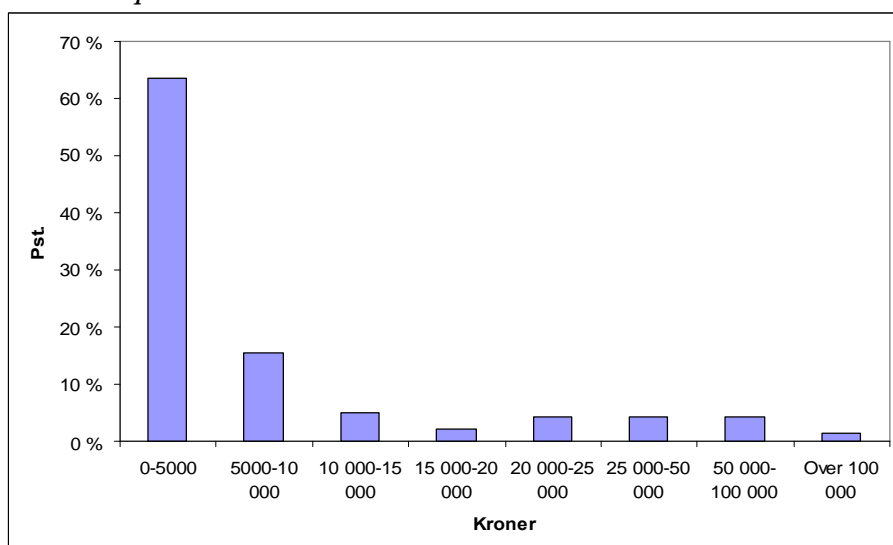
13.9 Merutgifter til transport

Fradrag for transportutgifter utgjør 5 prosent av skatteutgiften for særfradragssystemet, og 13 prosent av skattyterne i undersøkelsen krever fradrag for slike utgifter. Anslagsvis minst 7 400 personer totalt krever fradrag for transportutgifter. Mange ulike pasientgrupper ser ut til å kreve fradrag for merutgifter til transport. De hyppigste diagnosene under utgifter til transport er muskel- og skjelettlidelser, diabetes og funksjonshemminger, men også diagnosene kreft, revmatisme, astma og allergi og hudsykdommer forekommer.

I kategorien "transport" føres flere ulike typer utgifter. Blant annet kan skattytere i visse tilfeller få særfradrag for utgiften til å kjøpe bil. Det kan også gis fradrag for utgifter til transport til og fra behandling mv., det vil si egenandeler ved pasientreiser. Merbruk av transportmidler på grunn av sykdommen er en vanlig fradragstype. I noen grad gis det trolig også fradrag for merutgifter til drift av bil for personer med varig sykdom eller svakhet; dette kan være hjelp til skifte av dekk, vask av bil eller merutgifter til service og reparasjoner. I noen tilfeller kan skattytere ha andre stønader til samme formål, for eksempel grunnstønad, og da vil særfradraget typisk dekke det som overstiger grunnstønaden. Anslagsvis 27 prosent av dem med særfradrag for transportutgifter har grunn- eller hjelpestønad.

Kravene varierer mye i størrelse, som figuren nedenfor illustrerer:

Figur 13.6: Fordelingen av fradragskrav som gjelder merutgifter til transport, etter størrelsen på kravet



Kilde: Finansdepartementet

De fleste kravene er på under 5 000 kroner, men vi finner krav helt opp i 180 000 kroner. I gjennomsnitt er kravene om lag 10 300 kroner.

Det vil anslagsvis ramme minst 7 400 personer å fjerne retten til særfradrag for transportutgifter. Den gjennomsnittlige innstrammingen per person som i dag får fradrag for denne typen utgifter, er anslått til om lag 2 400 kroner.

Drøfting

Dekningen av transportutgifter på utgiftssiden er omfattende. Både grunnstønaden, bilstønad, TT-kortordninger (kommunale) og direkte refusjon av reiser til og fra behandling (pasientreiser) er aktuelle stønader.

Dersom fradragsretten for transportutgifter fjernes, kan blant annet personer som har trukket fra utgifter til kjøp av bil, få store skatteskjerpelser. I dag krever skattytere fradrag for utgifter til kjøp av bil hvis de har fått avslag på bilstønad eller ikke har søkt om bilstønad. I tillegg kan skattytere kreve fradrag for utgifter som overstiger tildelt bilstønad. Tildeling av bilstønad skjer etter både en helsemessig og økonomisk behovsprøving, slik at de som faller utenfor etter en slik vurdering, bare har særfradrag som aktuell støttemulighet.

Det kan også være enkelte merutgifter til drift av bil som det kreves særfradrag for, men som ikke regnes med i grunnstønaden. Vi gjør oppmerksom på at grunnstønad for merutgifter til transport ikke gis til personer over 70 år. På den annen side finnes det oftest kommunale ordninger for å ivareta transportbehovene for disse. Tilbudet av kommunale ordninger kan imidlertid variere.

På samme måte som for andre formål under grunnstønaden, viser arbeidsgruppen til at vurderingen av hvilke merutgifter det offentlige bør gi støtte til, hører hjemme i grunnstønadsordningen.

En eventuell avvikling av fradragsadgangen for transportutgifter kan ut fra dette begrunnes med at

- Grunnstønaden (og til en viss grad kommunale ordninger) ivaretar formålet om å gi støtte til personer med merutgifter til transport, herunder drift av medlemmets bil.
- Bilstønaden skal ivareta behovene til personer med særlige transportbehov (blant annet funksjonshemmede).
- I den grad særfradraget dekker egenandeler i ordningen for pasienttransport er dette uheldig, blant annet fordi beskyttelse mot høye utgifter til egenandeler allerede finnes gjennom egenandelstakordningene.
- I den grad særfradraget dekker utgifter til bil og transport for personer som faller utenfor for eksempel bilstønaden på grunn av behovsprøvingen i denne, bidrar

særfradraget til ”omvendte” fordelingsvirkninger, i og med at det bare er de med inntekt over visse grenser som får denne støtten.

Ettersom området er så sammensatt, ligger det ikke umiddelbart til rette for en flytting av utgiftsformålet på en slik måte at noenlunde det samme formålet dekkes som i særfradragsordningen i dag. Det er trolig heller ikke ønskelig med en slik nøyaktig kompensasjon, jf. argumentasjonen ovenfor. Ett alternativ er å styrke én eller flere av de relevante alternative ordningene. Det har ligget utenfor rammene av dette arbeidet å utrede slike løsninger, og eventuelle forslag må derfor i tilfelle utredes nærmere. I stor grad vil det også være en politisk vurdering hvilke av de alternative ordningene som i tilfelle skal styrkes.

En omlegging til andre ordninger vil føre til nokså store omfordelinger mellom ulike pasientgrupper og inntektsgrupper. Størrelsen på beløpene som brukes på utgiftssiden til ulike transportformål (bare bilstøtten utgjør om lag 930 mill. kroner), sammenlignet med det lave beløpet som frigjøres ved en avvikling av fradragsretten (om lag 20 mill. kroner), taler for at det vil ha liten effekt å flytte midlene.

Det mest aktuelle alternativet er dermed å fjerne fradragsretten for transportutgifter og bruke midlene på andre prioriterte helse- og sosialformål.

Konklusjon

Dersom fradragsretten for transportutgifter fjernes, foreslår arbeidsgruppen at de frigjorte midlene, anslagsvis 20 mill. kroner, fristilles til bruk på prioriterte helse- eller sosialformål.

13.10 Alternativ behandling

Alternativ behandling er behandlingsformål som det offentlige ikke tilbyr. De fleste slike former for behandling gis det ikke særfradrag for, eller særfradrag gis bare i spesielle tilfeller. Noe av det som i arbeidsgruppens undersøkelse faller inn under kategorien alternativ behandling, er i utgangspunktet ikke behandlingsutgifter, men kostholdsrelaterte utgifter (kosttilskudd og naturpreparater).

I arbeidsgruppens undersøkelse kommer det fram en del opplysninger om fradragskrav for utgifter til alternativ behandling. Grunnen til at vi ser en så vidt utstrakt bruk av fradragsordningen til alternativ behandling, kan blant annet være:

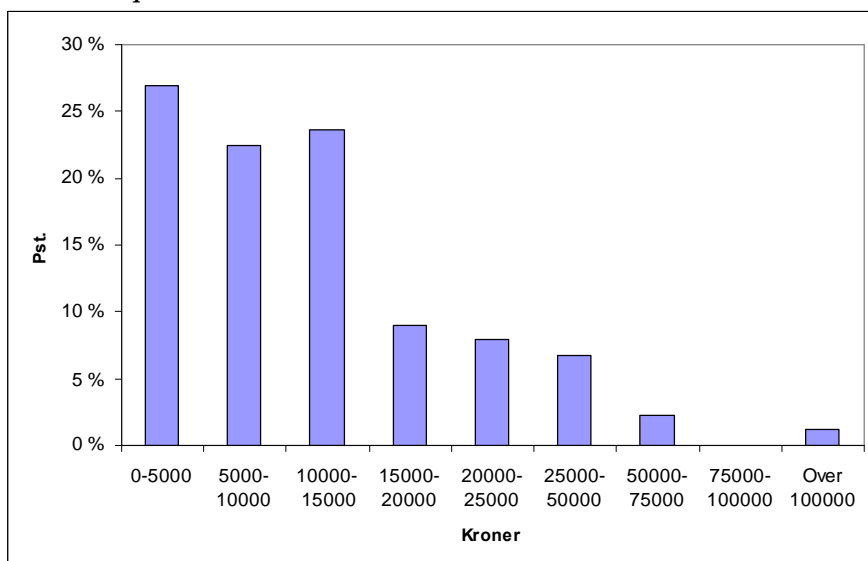
- Mange skattytere blir påstandslignet og får dermed innrømmet fradrag for behandling mv. de ikke skulle hatt. Dette kan blant annet gjelde behandling hos kiropraktor²⁹ eller naprapat.
- Det kan gis fradrag for utgifter til alternativ behandling dersom det offentlige tilbud til vedkommende ikke blir sett på som tilstrekkelig, og behandlingen anses som faglig forsvarlig. Et eksempel er behandling av alkoholisme etter Minnesota-modellen og i noen tilfeller akupunktur.
- Bruk av kosttilskudd og naturpreparater anses normalt ikke som behandling, men kan i enkelte tilfeller gi grunnlag for særfradrag etter skatteloven § 6-83 første ledd. I praksis er det imidlertid vist til at kosttilskudd, naturpreparater og lignende kan anses som en del av et helhetlig behandlingsopplegg når det er forordnet av lege.

Alternativ behandling utgjør etter undersøkelsen å dømme anslagsvis 6 prosent av skatteutgiften knyttet til særfradraget. Et minimumsanslag på antallet personer med slikt fradrag er 4 900 personer.

Kravene varierer i størrelse. Mange krav er relativt små, under 5 000 kroner. De høyeste er på over 100 000 kroner. De høyeste kravene dreier seg om behandling av rusmiddelavhengighet, for eksempel behandling av alkoholisme. En kan tenke seg at opphold på rusavvenningsklinikker i noen tilfeller er blitt ført som alternativ behandling (I andre tilfeller har omtrent like store utgifter for rusavhengige blitt ført under egenandeler. Siden det i undersøkelsen ikke var en egen kategori for avrusning, kan det være litt ulikt hvordan skattekontorene har klassifisert slike opphold.)

²⁹ Behandling hos kiropraktor har en noe uvanlig status når man sammenlikner ordninger på utgiftssiden og særfradraget på skattesiden. Kiropraktorer anses som helsepersonell og dermed *ikke* som alternative behandlere (i helse- og trygdeforstand), og behandling hos kiropraktor gir også rett til refusjon etter folketrygdloven § 5-9. Derimot betraktes behandling hos kiropraktor fortsatt som utenfor offentlig norsk helsevesen under særfradragsordningen, og utgifter til slik behandling er dermed ikke fradragsberettiget. I særfradragsordningen har dermed kiropraktikk status som alternativ behandling, i motsetning til i helse- og trygdeordninger for øvrig.

Figur 13.7: Fordelingen av fradragkrav som gjelder utgifter til alternativ behandling, etter størrelsen på kravet



Kilde: Finansdepartementet

De mest vanlige diagnosene under alternativ behandling er muskel- og skjelettlidelser og psykiske lidelser, mens flere andre diagnoser er representert i mindre grad, blant annet astma og allergi, og diabetes. Vi har da sett bort fra gruppen ”andre sykdommer eller svakheter”.

Gjennomsnittlig innstramming per person av å fjerne adgangen til å trekke fra utgifter til alternativ behandling er om lag 4 000 kroner.

Drøfting

I utgangspunktet skal det være nokså vanskelig å få særfradrag for utgifter til alternativ behandling.

Flere av de formene for behandling som her betegnes som alternative, er ikke helsepolitisk prioriterte områder. Det finnes dermed heller ingen relevante ordninger på utgiftssiden å eventuelt flytte midler til. Det som ytes under særfradragsordningen under kategorien alternativ behandling, er videre nokså sammensatt. Det er dessuten uklart om noen av områdene på utgiftssiden som er høyere prioritert, på noen realistisk måte kan bedres av de relativt beskjedne midlene som stilles til rådighet ved en fjerning av fradragsretten. Arbeidsgruppen har dermed kommet til at midlene, ved en eventuell avvikling, bør brukes på andre prioriterte helse- og sosialformål. Se for øvrig omtale av kiropraktikk og rusomsorg under avsnitt 13.15 nedenfor.

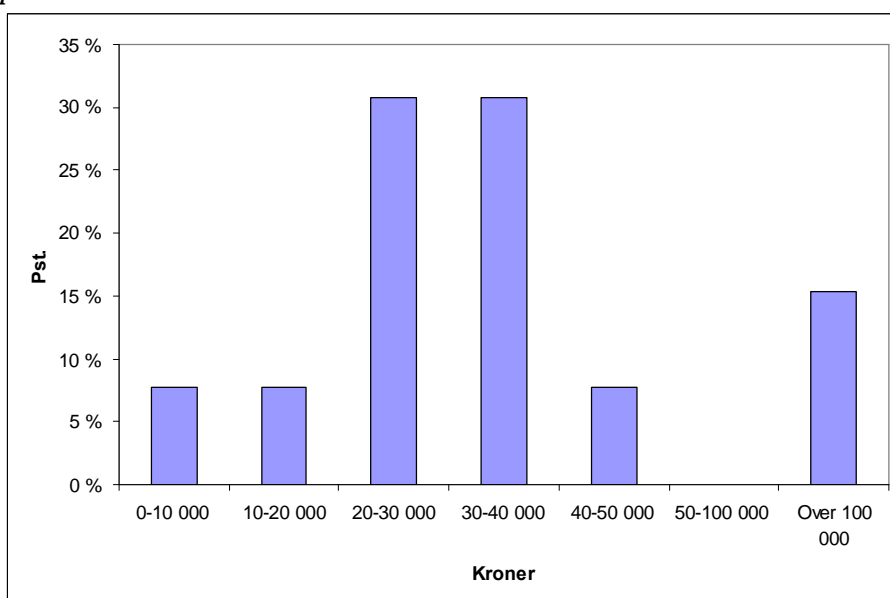
Konklusjon

Dersom adgangen til å trekke fra utgifter til visse former for alternativ behandling, naturpreparater mv. faller bort, frigjøres anslagsvis 21 mill. kroner. Arbeidsgruppen foreslår at disse midlene fristilles til bruk på prioriterte helse- og sosialformål.

13.11 Operasjoner

Datamaterialet inneholder bare 13 krav som er oppgitt å gjelde utgifter til operasjoner. Enkelte av disse kravene er svært høye, se figur 13.8. Trolig gjelder de to høyeste kravene (på over 100 000 kroner) fedmeoperasjoner. Diagnosen "ulike spiseforstyrrelser" er valgt for disse observasjonene. Videre gjelder fem av kravene svekket syn eller hørsel. Disse kravene gjelder trolig synskorreksjon med laser.

Figur 13.8: Fordelingen av fradragkrav som gjelder utgifter til operasjoner, etter størrelsen på kravet



Kilde: Finansdepartementet

Siden antallet skattytere i undersøkelsen som krever fradrag for utgifter til operasjoner er såpass lavt, må vi anta at omfanget av denne typen krav foreløpig er nokså lite. Fra Helsedirektoratet meldes det imidlertid om en sterk økning i antallet krav knyttet til fedmeoperasjoner.

Drøfting

I utgangspunktet skal det være vanskelig å få fradrag for utgifter til både fedmeoperasjon og synsoperasjon som er foretatt utenfor offentlig norsk helsevesen (det vil si i private klinikker og sykehus). Enkelte fylkesmenn har likevel innvilget fradrag for

utgifter til slike operasjoner under henvisning til at det offentlige ikke har et tilsvarende tilbud (gjelder så vidt vi har fått kjennskap til både syns- og fedmeoperasjoner).

Ved kirurgisk fedmebehandling i offentlig helsevesen er flere vurderinger relevante: For det første om det foreligger indikasjon for behandling (dvs. at personen har en BMI over en viss grense, for voksne normalt over 40), for det andre om pasienten egner seg for operasjon (blant annet om pasienten vil tåle operasjonen), og for det tredje om pasienten skal *prioriteres*. Alt i alt er dette individuelle, medisinske vurderinger. Arbeidsgruppen kjenner ikke til om private sykehus har andre kriterier enn de offentlige sykehusene. I teorien kan det tenkes tilfeller der private sykehus tar imot pasienter som ikke får operasjon i det offentlige fordi 1) pasienten ikke oppfyller kriteriene til å kunne behandles i utgangspunktet (det foreligger ikke indikasjon for behandling), 2) pasienten vurderes uegnet for operasjon av helsemessige grunner, eller 3) pasienten har indikasjon for behandling og egner seg, men ikke prioriteres tilstrekkelig raskt. I begge de to første tilfellene, i den grad de forekommer, framstår det som åpenbart urimelig og i verste fall direkte skadelig at behandlingen støttes gjennom særfradrag for store sykdomsutgifter. Det er altså bare i tilfelle 3 at dekning gjennom særfradragsordningen vil kunne forsvares medisinsk. På den annen side kan det mot dette igjen hevdes at det er i det offentlige helsevesenet slike prioriteringer bør skje, ikke gjennom skattelettelser.

Vi gjør også oppmerksom på at i de tilfellene fedmeoperasjoner er utført i utlandet, vil norske myndigheter ha liten kontroll med om behandlingen, utvelgelsen av pasienter og oppfølgingen etter behandling er faglig forsvarlig. I tilfelle det blir krevd særfradrag i slike saker, har skattekontorene trolig enda mindre grunnlag for å kunne skille mellom hvilken behandling som er faglig forsvarlig og hvilken som ikke er det.

Synskorleksjoner prioriteres, etter det vi har fått kjennskap til, strengt i det offentlige helsevesenet. De samme vurderingene om at prioriteringer i helsevesenet må få gjennomslag og ikke undergraves gjennom skattesystemet, gjelder her. Vi kjenner imidlertid ikke til om det er medisinske eller etiske gråsoner når det gjelder synskorleksjoner, og som gir ytterligere argumenter for at dette bør være opp til helsemyndighetene å avgjøre.

Arbeidsgruppen mener at det ikke vil være ønskelig å videreføre den støtten som særfradragsordningen gir til ulike kirurgiske behandlinger i privat regi, gjennom andre ordninger. Arbeidsgruppen legger til grunn at helsetjenesten og helsemyndighetene bør ha ansvaret for at prioriteringen av pasienter til ulike operasjoner er faglig forsvarlige og i tråd med helsepolitiske prioriteringer for øvrig, og at pasientrettighetsloven og prioriteringsforskriften er tilstrekkelige virkemidler. Arbeidsgruppen viser for øvrig til kapittel 14, der det drøftes om behandlingsutgifter bør tas ut av en eventuelt videreført særfradragsordning.

Konklusjon

Dersom fradragretten for utgifter til operasjoner fjernes, foreslår arbeidsgruppen at de frigjorte midlene, anslagsvis 10 mill. kroner, fristilles til bruk på prioriterte helse- og sosialformål.

13.12 Pleie og tilsyn

Datamaterialet inneholder også få observasjoner der skattyter krever fradrag for utgifter til pleie og tilsyn (32 slike observasjoner). De fleste av disse kravene er under 10 000 kroner. Flertallet av dem som krever fradrag for dette har muskel- og skjelettlidelser eller funksjonshemminger. Det gjennomsnittlige kravet for utgifter til pleie og tilsyn i undersøkelsen er 8 600 kroner.

Vi har grunn til å tro at en del av det som er ført som "pleie og tilsyn" i undersøkelsen dreier seg om hjelp i hjemmet. Noen skattekontor har derimot ført hjelp i hjemmet under "annet".

Drøfting

I utgangspunktet er det mange ordninger som skal dekke behovet for pleie og tilsyn. En del vil trolig dekkes av det kommunale omsorgstilbudet, herunder hjemmehjelp og hjemmesykepleie. Hjelpetønad, og i noen tilfeller sosialtønad, er også aktuelle ordninger. I de tilfellene der fradraget gjelder hjelp i hjemmet, snømåking mv., er det vanskelig å skille mellom normalutgifter og sykdomsutgifter. Vi må anta at ønsket om å få utført slike tjenester er større enn det offentlige kan tilby, og at tilbudet av ulike private tjenester på dette området er økende.

Skatteutgiften knyttet til denne posten er så liten at en flytting av midlene ikke vil gi synlige utslag på de relevante alternativene på utgiftssiden. Å fjerne fradragretten er derfor det mest praktikable alternativet, og arbeidsgruppen foreslår derfor å fristille midlene til bruk på andre prioriterte helse- og sosialformål.

Konklusjon

Dersom adgangen til å trekke fra utgifter til pleie og tilsyn fjernes, mener arbeidsgruppen at de frigjorte midlene, anslagsvis 5 mill. kroner, bør fristilles til bruk på prioriterte helse- og sosialformål.

13.13 Hjelpemidler

Minimumsanslaget på antallet personer som krever fradrag for utgifter til hjelpemidler, er ut fra arbeidsgruppens undersøkelse om lag 3 900 personer. Posten legger beslag på anslagsvis 3 prosent av skatteutgiften. De største gruppene er diabetikere, muskel- og skjelettlidelser og funksjonshemminger. Det er også enkelte med svekket syn eller hørsel. I gjennomsnitt er kravene om lag 10 300 kroner. Den gjennomsnittlige

innstrammingen av å fjerne retten til å trekke fra utgifter til hjelpemidler er om lag 3 300 kroner.

Drøfting

Tilsvarende som for transportområdet, eksisterer det en lang rekke ulike tiltak og virkemidler på hjelpemiddelområdet. Arbeidsgruppen legger til grunn at de prioriteringene og valgene som gjøres der, er i tråd med helsepolitiske prioriteringer. Størrelsen på midlene som frigjøres ved å eventuelt fjerne fradragsadgangen for hjelpemidler (om lag 13 mill. kroner), står på langt nær i forhold til de ressursene som brukes på hjelpemidler for øvrig. Det vil derfor gi liten eller ingen merkbar effekt å flytte disse midlene over på utgiftssiden.

Konklusjon

Dersom adgangen til å trekke fra utgifter til hjelpemidler fjernes, foreslår arbeidsgruppen at de frigjorte midlene, anslagsvis 13 mill. kroner, fristilles til bruk på prioriterte helse- og sosialformål.

13.14 Annet

Oppstillingen over ulike fradragstyper her følger inndelingen i den undersøkelsen arbeidsgruppen foretok, og er ikke uttømmende. Noen eksempler på utgiftstyper som ikke er oppført som egne kategorier i undersøkelsen, og som vi derfor kanskje ikke har tilstrekkelige opplysninger om, er utgifter til strøm, i noen grad utgifter til hjelp i hjemmet (vaskehjelp og lignende) og forhøyet forsikringspremie. Det kan ellers være en lang rekke utgifter som ikke fanges opp av undersøkelsen, gitt det store mangfoldet av gjenstander og tjenester som kan falle inn under fradragsordningen (jf. drøftingene blant annet i kapittel 9 og kapittel 14).

Arbeidsgruppen ser ingen umiddelbare løsninger for eventuelt å gi støtte til blant annet strømutfgifter, utgifter til vaskehjelp eller forhøyet forsikringspremie over trygde- eller stønadsordninger. Ved en avvikling av fradragsordningen, bør disse midlene også gå inn i en generell satsing på prioriterte formål.

13.15 Oppsummering, alternativ bruk av skatteutgiften på 363 mill. kroner

Ovenfor er det påpekt at den delen av skatteutgiften under særfradragsordningen som går til henholdsvis tannlegeutgifter, boligutgifter og helse- og behandlingsreiser, kan flyttes over til eksisterende ordninger på statsbudsjettets utgiftsside, som vist nedenfor. I tillegg frigjøres om lag 198 mill. kroner som arbeidsgruppen ikke foreslår en konkret bruk av, men som kan nyttes til prioriterte helse- og sosialformål. Dette kan omfatte formål som på en eller annen måte er knyttet til sykdomsutgifter for pasientene, som for eksempel refusjonstakster, bilstønad, kiropraktorrefusjon mv., men kan også være behandling eller helsetjenester generelt, slik som rusomsorg. De 198 mill. kronene som

det ikke er foreslått en konkret bruk av, kan også brukes på de spesifiserte formålene, slik som tannlegerefusjon.

- Tannlegerefusjon: 137 mill. kroner
- Husbanken: 23 mill. kroner
- Statens behandlingsreiser: 4 mill. kroner
- Til generell bruk på prioriterte helse- og sosialformål: 198 mill. kroner.

Arbeidsgruppens mindretall, medlemmet fra Helse- og omsorgsdepartementet, foreslår at 25 mill. kroner av dette beløpet kan brukes til å utvide vilkårene for å dekke merutgifter til kost under grunnstønadsordningen.

13.16 Økonomiske og administrative konsekvenser

Dersom særfradragsordningen for store sykdomsutgifter fjernes helt, gir dette en isolert provenyøkning på skattesiden på anslagsvis 363 mill. kroner i 2010. Det er imidlertid lagt til grunn at en slik avvikling skal kombineres med satsinger på budsjettets utgiftsside på en slik måte at totalopplegget blir provenynøytralt. Forslagene i dette kapitlet er i den forstand provenynøytrale.

Forslagene har likevel andre økonomiske og administrative konsekvenser. For det første vil et visst antall årsverk i skatteetaten frigjøres, og for det andre vil et visst antall årsverk også kunne frigjøres både hos fylkesmennene og i Helsedirektoratet. Antallet årsverk skatteetaten bruker på særfradraget, er på usikkert grunnlag anslått til i størrelsesorden 100 årsverk. Avhengig av hvordan midlene brukes på utgiftssiden, kan endringen medføre en viss økt arbeidsmengde i forvaltningen av de ordningene midlene eventuelt flyttes til. Generelt kan det sies å kreve mindre administrative ressurser hvis midlene brukes på å øke eksisterende satser i eksisterende ordninger (slik det er mulig for eksempel i tannlegerefusjonsordningen), enn hvis de brukes på søknadsbaserte ordninger (som Husbankens tilskuddsordninger og statens behandlingsreiser).

Arbeidsgruppen vil imidlertid understreke at dersom Husbanken og Statens behandlingsreiser i dag får inn mange søknader som blir avslått, vil det trolig ikke kreve mye mer ressurser dersom de økte rammene bare medfører at en større del av søknadene blir innvilget.

14. FORTSATT FRADRAG FOR SYKDOMSUTGIFTER I SKATTESYSTEMET

14.1 Innledning

Etter arbeidsgruppens mandat skal gruppen skissere og vurdere en ordning hvor subsidiering av utgifter knyttet til sykdom fortsatt skal gjøres gjennom et inntektsfradrag. Det understrekes i mandatet at det er viktig at kriteriene for hvilke utgifter som gir rett til fradrag i en slik ordning, blir langt mer presise og praktikable enn de vage skjønnsmessige kriteriene som gjelder i dag. Det må også være enkelt for skattyterne å gjøre seg kjent med hvilke utgifter det gis fradrag for. Videre skal arbeidsgruppen vurdere om en slik ordning kan administreres av skatteetaten alene, eller om det forutsettes et samarbeid med helsemyndighetene. I fall ordningen forutsetter et samarbeid, skal arbeidsgruppen også skissere hvordan dette skal gjennomføres.

I dette kapitlet drøfter arbeidsgruppen hvilke endringer som bør gjøres i særfradragsordningen, forutsatt en fortsatt fradragsordning i skattesystemet. Arbeidsgruppen har funnet det naturlig å ta utgangspunkt i dagens ordning og vurdert hvordan ordningen kan endres, slik at den i størst mulig grad oppfyller forutsetningene i mandatet.

14.2 Grunnvilkår for særfradrag

For å ha krav på særfradrag etter dagens regler er det et grunnvilkår at skattyter har en sykdom eller annen varig svakhet. Dette vilkåret kom inn i skatteloven allerede i 1930, og er ikke senere vurdert endret. I Skattedirektoratets Lignings-ABC er sykdom definert som en medisinsk betegnelse som refererer til alt vår helsetjeneste skal ta seg av. Svakhhet er imidlertid et juridisk begrep som omfatter noe mer enn sykdom. Sykdom eller annen svakhet anses å være varig dersom tilstanden har vart i minst to år eller må antas å vare i minst to år.

Arbeidsgruppen har vurdert om innholdet i grunnvilkåret bør endres dersom særfradragsordningen videreføres. En slik endring vil i tilfelle innebære at ordningens virkeområde utvides eller innskrenkes med hensyn til hvilke tilstander som kvalifiserer til særfradrag. Gruppen finner ikke grunn til en slik endring. Etter arbeidsgruppens oppfatning er det heller ikke grunn til å endre varighetskravet.

Videre har arbeidsgruppen vurdert om det er behov for gjøre noen språklige endringer i grunnvilkåret. Gruppen har i denne sammenheng vurdert om betegnelsen svakhet bør erstattes med en annen betegnelse, eventuelt tas ut av grunnvilkåret. Bakgrunnen for dette er at uttrykket svakhet, etter arbeidsgruppens oppfatning, kan gi uheldige og stigmatiserende assosiasjoner. I tillegg er uttrykket noe gammelmodig og dels utdatert i helsefaglig terminologi.

En mulighet er å erstatte svakhet med et annet helsefaglig uttrykk. Alternativer arbeidsgruppen har vurdert er lidelse, skade, lyte og nedsatt funksjonsevne. Arbeidsgruppen mener at lidelse vil være det mest aktuelle alternativet, da de andre uttrykkene ikke bare vil medføre en endring i terminologi, men også en endring av innholdet i grunnvilkåret. Lidelse brukes ofte synonymt med uttrykket sykdom, men antas, i likhet med svakhet, å ha en videre rekkevidde enn de rene sykdomstilfellene. Arbeidsgruppen er av den oppfatning at lidelse er et mer moderne og håndgripelig uttrykk enn svakhet. På den annen side er også lidelse et uttrykk som i likhet med svakhet synes å gi litt uheldige assosiasjoner. Videre er uttrykket noe vagt og forutsetter en skjønnsmessig vurdering. Etter gruppens kjennskap er dessuten dette et uttrykk som i begrenset utstrekning brukes i de helsefaglige miljøene. Arbeidsgruppen har derfor kommet til at det ikke er grunn til å erstatte svakhet med lidelse i grunnvilkåret for særfradrag.

En annen mulighet arbeidsgruppen har vurdert, er å ta svakhet ut av grunnvilkåret, slik at bare sykdom står igjen. Dersom en slik løsning velges, bør grunnvilkåret lyde varig sykdom, slik at varighetskriteriet, som etter gjeldende rett også gjelder for sykdom, fremgår av lovens ordlyd. Isolert sett kan en slik endring medføre en innholdsmessig endring i grunnvilkåret. Dersom ikke adgangen til å kreve særfradrag skal snevres inn, må alle tilstander som i dag faller inn under uttrykket varig svakhet, innfortolkes i uttrykket sykdom. Etter gruppens oppfatning vil det være uheldig å legge opp til en slik utvidet fortolkning av et innarbeidet uttrykk. I tillegg kan en slik endring på sikt kunne føre til utilsiktede endringer i virkeområdet for særfradragsordningen. Arbeidsgruppen foreslår derfor at svakhet beholdes som en del av grunnvilkåret. For at lovteksten skal avspeile gjeldende praksis bør imidlertid *varig* flyttes foran sykdom, og *annen* tas ut av teksten. Grunnvilkåret vil da lyde *varig sykdom eller svakhet*. En slik språklig endring vil ikke innebære noen endring i gjeldende rett.

14.3 Krav til dokumentasjon av skattyters helsetilstand

Etter gjeldende regler plikter skattyter i utgangspunktet å legge ved selvangivelsen en ny legeattest hvert år, som dokumenterer at skattyter har en sykdom eller annen varig svakhet, jf. § 3 første ledd i forskrift 5. mars 1984 nr. 1255 om plikt til å gi ytterligere opplysninger og legitimasjoner for bestemte poster i vedlegg til selvangivelsen. Unntak gjelder for skattyter som tidligere har lagt fram en legeattest hvor det fremgår at sykdommen eller svakheten er kronisk, jf. forskriften § 3 annet ledd. Med kronisk sykdom menes i denne sammenheng en vedvarende sykdom som man ikke blir helt frisk av, som for eksempel diabetes og revmatisme. Slik dette uttrykket er brukt i skattemessig sammenheng vil sykdommen alltid vare i mer enn to år. Arbeidsgruppen legger denne forståelsen av betegnelsen kronisk til grunn i den videre drøftelsen.

Det stilles få krav til innholdet i legeattesten, ut over at den må bekrefte at skattyter har en varig sykdom eller annen svakhet, og eventuelt også bekrefte at sykdommen er kronisk. For diabetikere som krever særfradrag for merutgifter til kost, må det også framgå av legeattesten at sykdommen er kostholdsregulert. Dersom saken gjelder krav om fradrag for utgifter til behandling mv. etter skatteloven § 6-83 annet ledd, og ligningsmyndighetene oversender saken til fylkesmannen for vurdering, stilles det i praksis ytterligere krav til dokumentasjon, se avsnitt 9.3.6.

Gjeldende dokumentasjonsregler medfører et visst økonomisk utlegg for skattyter. Enkelte skattytere kan i tillegg oppleve det som belastende å måtte fremlegge dokumentasjon om personlige helseforhold for ligningsmyndighetene. Krav om legeattest legger også beslag på ressurser hos legene. Samtidig er det nødvendig at ligningsmyndighetene kan fastlegge det faktiske grunnlaget for en korrekt ligning på en tilstrekkelig verifiserbar måte.

At skattyter må dokumentere sin helsemessige tilstand for ligningsmyndighetene, er en nødvendig følge av en ordning hvor støtte til utgifter knyttet til sykdom mv. gis gjennom skattesystemet. Arbeidsgruppen legger derfor til grunn at det fortsatt vil være behov for dokumentasjon av helsetilstanden gjennom legeattest hvis særfradragsordningen videreføres. Det vises i denne forbindelse til at ligningsmyndighetene er underlagt en streng taushetsplikt og plikter å hindre at informasjon de får kjennskap til gjennom sitt arbeid, blir kjent for uvedkommende, jf. ligningsloven § 3-13 nr. 1. Arbeidsgruppen har imidlertid vurdert om dagens regler om dokumentasjon bør endres. Dette gjelder både med hensyn til hvor ofte legeattest skal fremlegges og innholdet i legeattesten.

14.3.1 Hvor ofte skattyter skal dokumentere helsetilstanden

Etter gjeldende regler om hvor ofte legeattest skal fremlegges, skilles det mellom kroniske sykdommer og andre sykdommer og svakheter som oppfyller varighetsvilkåret. Etter arbeidsgruppens vurdering er dette et hensiktsmessig skille som bør opprettholdes. Arbeidsgruppens vurderinger nedenfor tar derfor utgangspunkt i denne inndelingen.

Varig sykdom mv. som ikke er kronisk

For sykdom mv. som ikke er kronisk, er det som nevnt et krav at skattyter må legge ved selvangivelsen en ny legeattest hvert år. Arbeidsgruppen har vurdert om dette kravet bør lempes, slik at det er tilstrekkelig å vedlegge legeattest det første året en krever særfradrag, og deretter med lengre tidsintervall enn ett år, for eksempel hvert annet eller tredje år. Ett alternativ kan være at skattyter må levere legeattest det første året han eller hun krever særfradrag, og deretter bare etter uttrykkelig krav fra ligningsmyndighetene.

For at en sykdom skal være varig i skatterettslig forstand og dermed kunne gi grunnlag for særfradrag, må sykdommen ha vart eller antas å vare i minst to år. Det innebærer at også tilstander av begrenset varighet kan gi grunnlag for særfradrag. Dette tilsier at det er behov for jevnlig bekreftelse fra lege om at skattyter (fortsatt) har en tilstand som gir grunnlag for å kreve særfradrag. Om dette innebærer at det må kreves attest hvert år, eller om behovet for dokumentasjon vil være tilstrekkelig oppfylt ved mindre hyppig attestasjon, vil avhenge av hvilken sykdom mv. det gjelder. For enkelte tilstander vil det være nødvendig å kreve attestasjon hvert år, for andre vil en mindre hyppig attestasjon være tilstrekkelig. Etter arbeidsgruppens vurdering er det lite tjenlig å fastsette særlige regler for ulike sykdommer. Dette taler for å fastholde dagens krav om årlig legeattest for sykdommer som ikke er kroniske. En slik fast regel er også forutberegnlig for skattyterne.

En ordning hvor legeattest bare skal leveres første året skattyter krever fradrag og deretter bare etter særskilt krav fra ligningsmyndighetene, er etter arbeidsgruppens oppfatning heller ikke egnet som dokumentasjonskrav. For det første vil dette i en viss utstrekning kreve en medisinsk vurdering fra ligningsmyndighetenes side for å kunne ta stilling til når det er nødvendig å kreve en ny legeattest. Ligningsmyndighetene har begrensede forutsetninger for å vurdere dette. Dessuten vil krav om ny attest i praksis måtte komme som et ledd i skattetatens kontrollarbeid med de innleverte selvangivelsene. Kravet om legeattest vil dermed komme en god stund etter utløpet av det inntektsåret skattyter har hatt sykdommen og er pådratt merutgifter. Dersom legeattest fremlegges hvert år, vil ligningsmyndighetene i de fleste tilfeller ha tilstrekkelig og nødvendig dokumentasjon for å kunne fastsette ligningen uten å pålegge skattyter å gi flere opplysninger, forutsatt at selvangivelsen ikke fravikes. Dette er en fordel både for ligningsmyndighetene og skattyter.

Arbeidsgruppen har på denne bakgrunn kommet til at reglene om dokumentasjon av varig sykdom mv. som ikke er kronisk, ikke bør endres.

Kroniske sykdommer

Som nevnt ovenfor er en kronisk sykdom i skatterettslig forstand en vedvarende tilstand som man ikke blir helt frisk av. Plager som skyldes en kronisk sykdom kan imidlertid lindres, og pasienten kan i perioder være helt symptomfri. Sykdomsbildet kan dermed endre seg over tid.

Dagens regler fritar kronisk syke fra plikten til å levere legeattest hvert år, men gir ingen rett til å levere legeattest bare én gang. Unntaket fra plikten til å levere legeattest hvert år ble innført i 2007, jf. forskrift 19. desember 2007 nr. 1598 om endring i forskrift om plikt til å gi ytterligere opplysninger og legitimasjon for bestemte poster i vedlegg til selvangivelsen. Bakgrunnen var at Skattedirektoratet anså det unødvendig å stille krav om dokumentasjon av slike langvarige tilstander hvert år.

Enkelte pasient- og interesseorganisasjoner har påpekt overfor arbeidsgruppen at kravet til innlevering av legeattest håndheves forskjellig, avhengig av skattekontorenes interne praksis, og at flere skattytere med kroniske lidelser har måttet levere legeattest årlig også etter at unntaket ble innført, dvs. for inntektsårene 2007 og 2008. En forklaring på dette er at skatteetaten ble reorganisert i 2008. Enkelte skattekontor måtte derfor innhente dokumentasjon og grunnlagsdata på nytt, blant annet legeattest for kronisk syke. Fra 2010, dvs. for inntektsåret 2009, bør en kunne forvente at det ikke lenger er behov for å innhente legeattest årlig fra kronisk syke som allerede har levert slik attest. Arbeidsgruppen vil imidlertid vise til at ligningsmyndighetene i enkelte tilfeller kan ha behov for flere opplysninger for å kunne fastsette riktig ligning. De kan da pålegge skattyter å gi slike opplysninger med hjemmel i de alminnelige bestemmelsene om opplysningsplikt i ligningsloven, uavhengig av reglene i § 3 i den ovennevnte forskriften.

Fordi enkelte skattytere har måttet dokumentere den kroniske tilstanden sin ofte, har enkelte pasient- og interesseorganisasjoner foreslått at skattytere med kroniske tilstander bare skal fremlegge legeattest hvert femte år. Forslaget synes å være ment som en lemping av dagens praksis. Arbeidsgruppen forstår at de senere års praksis kan ha virket urimelig for mange, men som redegjort for over, har disse problemene trolig vært midlertidige. Gjeldende regler skal virke fullt ut fra og med 2010, dvs. fra og med inntektsåret 2009, og arbeidsgruppen ser derfor ikke behov for å endre dokumentasjonsreglene for kronisk syke.

14.3.2 Innholdsmessige krav til legeattesten

I dag stilles det krav om at legeattesten må konkludere med at skattyter har en sykdom eller annen varig svakhet, og eventuelt at sykdommen er kronisk. Legeattestens primære formål er altså å dokumentere skattyters helsetilstand. I tillegg må diabetikere som krever særfradrag for merutgifter til kost, kunne dokumentere med legeattest at sykdommen er kostholdsregulert.

Arbeidsgruppen har vurdert om kravet til innhold i legeattesten bør endres, blant annet om legeattesten bør gi en mer detaljert beskrivelse av skattyters tilstand, og om attesten bør gi nærmere informasjon om anbefalt behandling av tilstanden med tilknyttede utgifter.

Dokumentasjon av helsetilstanden

Arbeidsgruppen er av den oppfatning at legeattesten fortsatt må bekrefte at skattyter har en sykdom eller annen varig svakhet, og eventuelt at sykdommen er kronisk. Etter gruppens vurdering er det lite hensiktsmessig å fastsette spesifikke regler om innholdet i legeattesten. Gruppen viser i den forbindelse til at ligningsmyndighetene ikke skal overprøve legens faglige vurderinger med hensyn til skattyters helsetilstand. Arbeidsgruppen vil likevel presisere at legeattesten må gi tilstrekkelig informasjon om

skattyters helsetilstand til at ligningsmyndighetene kan ta stilling til om lovens vilkår er oppfylt. Dette vil i praksis si at legeattesten bør inneholde en diagnose eller beskrivelse av sykdomsbildet eller symptomene.

Dokumentasjon av anbefalt behandling med tilknyttede utgifter

Arbeidsgruppen har vurdert om det bør stilles krav om at legeattesten skal inneholde informasjon om anbefalt behandling, eventuelt presisere nødvendig behandling for pasienten, for at skattyter skal kunne kreve særfradrag for utgifter knyttet til behandlingen. Som nevnt ovenfor, stilles det i dag et slikt krav til legeattesten for diabetikere som krever fradrag for merutgifter til kost. Legeattesten må i disse tilfellene bekrefte at sykdommen er kostholdsregulert, dvs. at kosten er en del av behandlingen.

Dersom legeattesten i større utstrekning enn i dag skal inneholde en nærmere beskrivelse av anbefalt behandling og behandlingsmåter, kan dette føre til at kravet til årsakssammenheng mellom sykdommen og utgifter blir lettere å avgjøre. I tillegg vil en muligens kunne lempe på kravene til dokumentasjon av utgiftene. En slik regel vil dermed kunne gjøre saksbehandlingen enklere for ligningsmyndighetene.

På den annen side vil strenge innholdsmessige krav til legeattesten medføre at legene pålegges flere plikter enn hva som er tilfellet etter dagens ordning. Etter arbeidsgruppens syn er dette lite heldig. I tillegg vil et slikt krav føre til at en konkret diagnose med tilhørende behandlingsmåte i praksis vil utløse rettigheter etter særfradragsordningen. Enkelte pasient- og interesseorganisasjoner som arbeidsgruppen har vært i kontakt med, har fremhevet at det ikke er ønskelig at en diagnose i seg selv skal utløse rettigheter. Strengere innholdsmessige krav til legeattesten, som muliggjør mindre strenge krav til dokumentasjon av faktiske utgifter, vil pålegge legen et større ansvar for at vilkårene for fradragsrett er oppfylt. I tillegg vil en slik regel forutsette at ligningsmyndighetene, til en viss grad, har mulighet til å overprøve, eventuelt få en ny vurdering av, legens anbefalinger. Legene vil heller ikke nødvendigvis ha kjennskap til hvilke eller hvor høye utgifter pasientene pådrar seg som følge av en sykdom. Arbeidsgruppen mener på denne bakgrunn at det ikke er grunn til å pålegge legene å gi opplysninger i legeattesten om anbefalt behandling og behandlingsmåte med tilknyttede utgifter.

14.4 Utgiftens størrelse som vilkår for rett til særfradrag – nedre beløpsgrense

Formålet med dagens særfradragsordning er å gi økonomisk støtte til personer som har usedvanlig store utgifter på grunn av sin helsetilstand. Dette formålet er kommet til uttrykk ved at loven stiller som vilkår at skattyters samlede sykdomsutgifter minst må utgjøre 9 180 kroner i inntektsåret. Dersom skattyters samlede sykdomsutgifter overstiger dette minimumsbeløpet, gis det fradrag fra første krone.

Arbeidsgruppen har vurdert om det bør gjøres endringer i reglene om minimumsbeløp for rett til særfradrag. Arbeidsgruppen har både vurdert om det bør gjøre endringer i regelen om at det gis fradrag fra første krone, og om beløpsgrensen for når skattyters utgifter skal anses usedvanlig store bør endres, herunder om den nedre beløpsgrensen bør knyttes opp mot skattyters betalingsevne.

Den nedre beløpsgrensen i dagens særfradragsregler er en terskel eller et innslagspunkt for når det samlede utgiftsnivået skal anses usedvanlig stort. En slikt terskel betyr at lønnsomheten av å pådra seg ”de siste” utgiftene før terskelen nås, er stor. Den skaper også forskjellsbehandling mellom skattytere som har sykdomsutgifter rett over og rett under grensen, der de førstnevnte får fradrag for alle utgiftene sine, mens de sistnevnte må dekke hele utgiften selv.

Dersom en erstatter gjeldende beløpsgrense med et bunnbeløp, vil det bare gis fradrag for sykdomsutgifter over bunnbeløpet. Utgifter under dette beløpet kan da anses som ”ordinære helseutgifter” som den enkelte må dekke selv. Det gis med andre ord bare fradrag for den delen av sykdomsutgiftene som anses usedvanlig store.

En nedre beløpsgrense i form av et bunnbeløp, der skattyter bare får fradrag for overskytende utgifter, vil fjerne den terskeleffekten som oppstår etter dagens særfradragsregler. Dette kan isolert sett tilsi at dagens beløpsgrense bør erstattes med et bunnbeløp. En slik endring vil imidlertid medføre en vesentlig innsnevring av dagens regler, og gruppen har, etter en helhetlig vurdering, kommet til at den ikke vil foreslå en slik endring. Dette må ses i sammenheng med de øvrige, nokså betydelige endringene gruppens samlede forslag innebærer.

Arbeidsgruppen har videre vurdert om reglene om en nedre beløpsgrense bør knyttes opp mot skattyters inntekt og/eller formue. En kobling mellom skattyters inntekt og formue og den nedre beløpsgrensen vil gi særfradragsordningen et preg av behovsprøving. En slik regulering bygger på hensynet til skattyters betalingsevne eller skatteevne. I Tyskland, Finland og Nederland er fradragsordningen knyttet opp mot slike skatteevnevurderinger.

Det finnes imidlertid allerede en rekke inntektsavhengige støtteordninger blant annet i trygdesystemet. Når flere inntektsavhengige ordninger virker sammen, kan det skapes ”stønadsfeller” hvor lønnsomheten av å øke inntekten blir svært lav eller endog negativ. Hensynet til fordeling av inntekter er allerede tatt hensyn til i den generelle progressiviteten i skattesystemet, og en egen inntektsprøving av særfradraget for store sykdomsutgifter vil føre til at skattleggingen blir ekstra progressiv for skattytere med store sykdomsutgifter. Dette er lite hensiktsmessig. En særfradragsordning som knyttes opp mot skattyters inntekt, kan også være uheldig fordi det vil gjøre det vanskeligere for skattyter å anslå eller beregne fradraget. Skattyter vil ofte ikke vite hvor høy den

skattepliktige inntekten er før på slutten av året, og en slik ordning vil derfor svekke forutberegneligheten for skattyter. På denne bakgrunn vil arbeidsgruppen fraråde å innføre inntektsprøving i særfradraget.

Arbeidsgruppen mener det er rimelig å beholde dagens nedre beløpsgrense på 9 180 kroner. Særfradragsordningen er innrettet mot store sykdomsutgifter, og arbeidsgruppen mener dette er en praktisk grense for hva som skal regnes som "store sykdomsutgifter".

14.5 Regulering av fradragets størrelse – øvre beløpsgrense

Etter gjeldende regler gis det fradrag for skattyters faktiske utgifter. Det er ingen øvre grense for fradragets størrelse. I praksis ser man flere eksempler på svært høye krav om særfradrag. Som illustrasjon kan det nevnes at den høyeste påstanden med krav om særfradrag i 2007 var om lag 3,4 mill. kroner, mens det største faktiske fradraget som ble gitt etter ligningsbehandlingen var, om lag 950 000 kroner. Under særfradragsordningen er det i stor grad opp til skattyter selv å regulere utgiftsnivået. Under enkelte av de offentlige støtteordningene er utgiftsnivået regulert for eksempel ved fastsatte refusjonstakster eller at det bare ytes støtte til det billigste alternativet som vil avhjelpe pasientens behov. Dette gjelder blant annet for hjelpemidler, behandlingshjelpemidler og legemidler på blå resept. Etter arbeidsgruppens vurdering vil imidlertid tilsvarende regler under særfradragsordningen være u håndterlig å administrere for ligningsmyndighetene.

Arbeidsgruppen mener likevel at det kan være behov for å vurdere en øvre, årlig beløpsgrense ved en eventuell videreføring av særfradragsordningen.

En øvre beløpsgrense vil kunne gjøre kontrollen av særfradragsordningen noe mer komplisert. Siden en beløpsgrense i praksis må gjelde for hvert inntektsår, vil den også kunne gi skattyterne et insitament til å fordele store utgifter over flere år, for å sikre fradragrett for en større andel av utgiften.

De tilbakemeldingene arbeidsgruppen har fått, kan tyde på at saker med høye krav om særfradrag ofte kan være særlig utfordrende for ligningsmyndighetene å ta stilling til. Mange av disse sakene er svært omfattende og har et meget komplekst saksforhold. I utgangspunktet krever også mange av disse sakene en særskilt kompetanse hos saksbehandlerne.

Ut fra undersøkelsen av skattytere med "stor ligning" og "stor påstand", se avsnitt 10.3, er krav om særfradrag for utgifter til tannbehandling og ombygging og tilpasning av bolig de mest vanlige (oftest anført) blant de høyeste kravene. Etter undersøkelsen "stor påstand" er gjennomsnittlig fradrag for utgifter til ombygging av bolig om lag 138 500 kroner, mens gjennomsnittlig fradrag for utgifter til tannbehandling er om lag 161 000 kroner. I undersøkelsen "stor ligning" er imidlertid tallene for utgifter til ombygging av

bolig gjennomsnittlig 208 500 kroner, og om lag 178 700 kroner for utgifter til tannbehandling. I avsnitt 14.7 foreslår arbeidsgruppens flertall at disse utgiftsformålene tas ut av særfradragsordningen. Dersom disse utgiftsformålene tas ut av særfradragsordningen vil behovet for en øvre beløpsgrense neppe være like stort. Arbeidsgruppen mener likevel at gode grunner taler for å innføre en øvre beløpsgrense. Etter arbeidsgruppens vurdering vil en slik øvre beløpsgrense være hensiktsmessig for å hindre at det gis fradrag for urimelig høye utgifter.

Innføring av en øvre beløpsgrense vil i praksis kunne medføre at fradragsretten blir redusert dersom kravet er urimelig høyt. I utgangspunktet vil ofte skattytere med god betalingsevne normalt ha høyere utgifter, og en reduksjon av de aller høyeste kravene vil derfor i første rekke ramme denne gruppen.

Arbeidsgruppen mener på denne bakgrunn at en bør vurdere å innføre en øvre, årlig grense for hvor stort særfradrag den enkelte skattyter kan få, avhengig av hvilke formål som blir værende igjen i en eventuelt videreført særfradragsordning, for dermed å kunne avskjære urimelig høye krav fra enkeltpersoner. *Arbeidsgruppens flertall, medlemmene fra Finansdepartementet, Skattedirektoratet og Arbeidsdepartementet*, vil i tillegg peke på at det kan være behov for en øvre, årlig grense også for å føre bedre kontroll med utgiftsnivået under særfradragsordningen.

14.6 Kravet til dokumentasjon eller sannsynliggjøring av utgiftene

Det er etter gjeldende rett ikke gitt egne dokumentasjonsregler for rett til særfradrag, og de alminnelige prinsippene for dokumentasjon og sannsynliggjøring som gjelder generelt under ligningsbehandlingen, skal derfor legges til grunn, jf. ligningsloven § 8-1. Etter disse er det i utgangspunkt tilstrekkelig med alminnelig sannsynlighetsovervekt. Det er skattyter som har det rettslige ansvaret for at ligningsmyndighetene har det nødvendige grunnlaget for å foreta en riktig ligning.

Kravet til dokumentasjon eller sannsynliggjøring gjelder både for utgiftene som sådan, herunder fastsettelsen av utgiftens størrelse, og for årsakssammenheng mellom utgiftene og skattyters helsetilstand.

Det er ligningsmyndighetene som avgjør om skattyter har oppfylt kravet til dokumentasjon eller sannsynliggjøring etter en konkret helhetsvurdering, hvor de blant annet tar hensyn til hva utgiftene gjelder, størrelsen på utgiftene, hvor enkelt utgiftene lar seg dokumentere, hvilken forutsetning skattyter har hatt for å ta vare på dokumentasjon (kvitteringer og lignende) og hvilke oppfordringer skattyter har hatt til dette. Standardskjemaer utarbeidet av pasient- eller interesseorganisasjoner er ikke uten videre tilstrekkelig som dokumentasjon eller sannsynliggjøring av merutgifter ved sykdommen. Slike skjemaer kan likevel gi ligningsmyndighetene en viss veiledning ved avgjørelsen av om utgiftene direkte eller indirekte kan knyttes til en sykdom.

For merutgifter som påløper jevnlig og som er vanskelige å dokumentere, er det i praksis gitt et unntak fra det alminnelige kravet til dokumentasjon eller sannsynliggjøring. For slike merutgifter er det tilstrekkelig at skattyter kan dokumentere eller sannsynliggjøre merutgifter for en sammenhengende, representativ periode på minst én måned i løpet av inntektsåret.

Arbeidsgruppen har vurdert om kravet til dokumentasjon eller sannsynliggjøring av utgiften bør endres. Det er imidlertid store individuelle forskjeller mellom skattyterne, og særfradragsordningen omfatter en rekke ulike typer utgifter. Etter gruppens vurdering kommer en ikke utenom å måtte foreta en konkret vurdering i hvert enkelt tilfelle av om en utgift kan anses som tilstrekkelig dokumentert eller sannsynliggjort.

Arbeidsgruppen vil imidlertid presisere at i de tilfeller hvor kvitteringer eller annen skriftlig dokumentasjon over utgiften lett lar seg fremskaffe, må skattyter være forberedt på å legge fram dette ved forespørsel fra ligningsmyndighetene. Dette vil for eksempel typisk gjelde for utgifter til medisiner på hvit resept, samt kvitteringer som dokumenterer merutgiften ved kjøp av reseptfrie medisiner, og andre utgiftstyper som enkelt kan dokumenteres. Det forutsettes at skattyter tar vare på slik dokumentasjon. Ligningsmyndighetene bør etter arbeidsgruppens oppfatning også vurdere mulighetene for å utarbeide felles retningslinjer til bruk ved vurderingen av om kravet til dokumentasjon eller sannsynliggjøring av utgiften kan anses oppfylt, herunder fastsettelsen av merutgiftens størrelse, som for eksempel merutgifter til strøm og oppvarming.

14.7 Utgiftsformål i særfradragsordningen

14.7.1 Innledning

Særfradragsordningen har i dag ingen begrensninger i hvilke utgiftsformål som kan gi rett til fradrag med unntak av særreglene for behandlingsutgifter. I prinsippet kan derfor alle (usedvanlig store) utgifter i forbindelse med varig sykdom og svakhet gi rett til særfradrag.

I den videre framstillingen vurderer arbeidsgruppen hvilke formål som bør være tilgodesett ved en eventuell videreføring av en særfradragsordning. I avsnitt 14.7.2 gir arbeidsgruppen først en generell fremstilling av grensedragningen mellom det som her omtales som alminnelige privatutgifter og sykdomsutgifter, og søker å klargjøre hvor denne grensen bør trekkes. I avsnitt 14.7.3 gjør arbeidsgruppen rede for hvilke utgiftsformål som etter gruppens vurdering bør tas ut av særfradragsordning ved en eventuell videreføring. Til slutt, i avsnitt 14.7.4 omtales særfradrag for behandlingsutgifter mv. etter skatteloven § 6-83 annet ledd.

14.7.2 Generelt om utgiftsformål i særfradragsordningen

Hvorvidt en utgift skal anses som en sykdomsutgift eller ikke er et vanskelig vurderingstema. I den videre framstillingen her benyttes uttrykkene *alminnelig privatutgift og sykdomsutgift* for å skille mellom ordinære private utgifter som ikke er fradragsberettigede på den ene siden, og fradragsberettigede sykdomsutgifter på den andre. Avgrensning av hvilke typer utgifter som skattyter etter gjeldende regler kan kreve fradrag for, ligger først og fremst i kravet til årsakssammenheng mellom utgiften og skattyters tilstand. Om kravet til dokumentasjon eller sannsynliggjøring av utgiften, se avsnitt 14.6.

Det er i utgangspunktet fradragsrett for alle utgifter som direkte eller indirekte er påført skattyter på grunn av sykdommen eller svakheten. Etter dagens ordning kan derfor alle utgiftsformål i prinsippet gi rett til særfradrag, så lenge skattyter kan dokumentere eller sannsynliggjøre at det foreligger en (mer)utgift som følge av varig sykdom eller svakhet. I kravet til årsakssammenheng ligger det også et krav om at utgiften skal ha en tilstrekkelig nærhet til sykdommen. Dette er et vagt og skjønnsmessige kriterium, som kan føre til at det kan bli forskjellige vurderinger av om kravet til årsakssammenheng er oppfylt fra sak til sak.

Det er ikke mulig å gi detaljerte regler om alle utgiftsformål som kan tenkes å gi rett til særfradrag. Et viktig, prinsipielt utgangspunkt er likevel at utgifter som skattyter ville ha pådratt seg uavhengig av sykdommen, anses som alminnelige privatutgifter og gir ikke grunnlag for fradrag. Etter gruppens oppfatning må det først og fremst avgrenses mot utgifter til varer og tjenester som også er vanlige i befolkningen ellers. På folketrygdens område gis det for eksempel ikke lenger stønad til kjøp av sportsutstyr og konkurranseutstyr, hvitevarer, brunevarer og alminnelig kjøkkenutstyr og vanlige møbler, fordi den alminnelige velstandsutviklingen har medført at dette er utgifter til varer og tjenester som er vanlige, og av den grunn ikke lenger anses som hjelpemidler.

En tilsvarende vurdering bør etter gruppens oppfatning også gjøres fortløpende på særfradragsområdet. Også her vil vurderingen måtte ta utgangspunkt i hva som til enhver tid kan anses som vanlige anskaffelser i befolkningen som helhet. Når utgiften anses *vanlig* i befolkningen som helhet, kan utgiften etter gruppens oppfatning ikke lenger anses som en sykdomsutgift, og er dermed ikke fradragsberettiget.

Ligningsmyndighetens praksis viser at skattytere blant annet krever særfradrag for utgifter til kjøp av PC, kamera (video og foto), TV, bil, ekstraustyr til bil som for eksempel ryggesensor, automatgir og klimaanlegg, varmepumpe, snøfreser og lignende. Etter gruppens oppfatning må slike anskaffelser anses som vanlige anskaffelser i befolkningen som helhet, og bør derfor ikke gi rett til særfradrag. Listen ovenfor er imidlertid bare eksempler, og er på ingen måte uttømmende.

Merutgifter til eventuelle spesialtilpasninger for at skattyter skal kunne ta vanlige ting i bruk, vil imidlertid etter gruppens oppfatning måtte anses som sykdomsutgifter, forutsatt at de øvrige vilkårene for fradrag er oppfylt.

Andre anskaffelser kan være mindre vanlige i befolkningen som helhet. Arbeidsgruppen har vurdert om det bør innføres et nødvendighetsvilkår ved vurderingen av om utgifter til slike anskaffelser skal anses som en sykdomsutgift. Vurderingen av hva som vil være en nødvendig sykdomsutgift vil imidlertid bli svært skjønnsmessig, og etter gruppens oppfatning vil innføringen av et slikt vilkår skape en ny uklar avgrensing.

Arbeidsgruppen foreslår derfor ikke å innføre et slikt nødvendighetskriterium.

Arbeidsgruppen vil imidlertid presisere at ved vurderingen av om det foreligger en sykdomsutgift, bør det blant annet legges vekt på om utgiften kan sies å *avhjelpe følgene av skattyters sykdomstilstand i det daglige*. Utgifter til for eksempel ombygging av fritidsbåt og fritidsbolig vil etter gruppens oppfatning ikke være en typisk sykdomsutgift som avhjelper følgene av skattyters sykdom eller svakhet i det daglige. Tilsvarende vurdering bør legges til grunn når det gjelder krav om særfradrag for utgifter tilknyttet ledsager på feriereise og helsereise.

Det presiseres at utgifter som det må antas at skattyter ville ha hatt om han eller hun hadde vært frisk, bare inngår i grunnlaget for særfradrag i den utstrekning sykdommen eller svakheten fører til at utgiften blir større enn den ellers ville ha vært. Det er bare merutgiften som skyldes sykdommen som anses som en sykdomsutgift.

Gruppen har vurdert muligheten for å gi en forskriftshjemmel for å kunne utarbeide en liste over utgifter som ikke kan anses som sykdomsutgifter. Dette kunne gjort ordningen mer presis og praktikabel, både for skattyterne og for ligningsmyndighetene. Det er imidlertid store individuelle forskjeller mellom skattytere, og vurderingen av om en utgift er en sykdomsutgift for den enkelte må i utgangspunktet avgjøres i hvert enkelt tilfelle. En eventuell særfradragsordning i skattesystemet vil fortsatt omfatte svært mange forskjellige utgiftsformål, og hva som skal anses som en vanlig utgift vil også variere over tid og i takt med den alminnelige velstandsutviklingen. Det ikke er mulig å gi gode kriterier som på en klar og presis måte avgrenser hva som kan anses som sykdomsutgifter og hva som er alminnelige privatutgifter. Arbeidsgruppen anser det derfor ikke hensiktsmessig at dette forskriftsreguleres. Ligningsmyndighetene bør imidlertid vurdere om det er mulig å utarbeide felles retningslinjer til bruk for slike vurderinger.

14.7.3 Utgiftsformål som foreslås tatt ut av særfradragsordningen

Etter arbeidsgruppens vurdering er det enkelte utgiftsformål som bør tas ut av særfradragsordningen dersom ordningen videreføres. Dette er utgiftsformål som allerede inngår i andre offentlige stønadsordninger.

Egenandeler

For helsetjenesten finnes det i dag to nasjonale skjermingsordninger:

- egenandelstak 1
- egenandelstak 2

Formålet med disse ordningene er å skjerme storbrukere av helsetjenesten mot høye utgifter til egenandeler til de helsetjenestene og utgiftsformålene som inngår i egenandelstakene. Med egenandeler menes i denne sammenheng statlig fastsatte egenandeler.

Etter arbeidsgruppens oppfatning er det rimelig å avvikle særfradrag for egenandeler der staten har fastsatt nasjonale skjermingsordninger gjennom egenandelstak. Arbeidsgruppen foreslår derfor at statlig fastsatte egenandeler som kommer inn under egenandelstak 1 og 2, tas ut av en eventuell fortsatt særfradragsordning. Begrunnelsen er at disse takene er nasjonale skjermingsordninger som er innført for å ivareta hensynet til å skjerme storbrukere av helsetjenester mot høye utgifter. Det vises for øvrig til en nærmere omtale av dette i kapittel 13.

Utgifter under minstebeløpet i bidragsordningen etter folketrygdloven

Etter folketrygdloven § 5-22 kan det gis bidrag til dekning av utgifter til helsetjenester når utgiftene ikke ellers dekkes etter folketrygdloven eller andre lover. Som hovedregel dekkes 90 prosent av utgiftene som overstiger et minstebeløp på 1 600 kroner. Ordningen fungerer som en skjermingsordning mot høye utgifter til helsetjenester, i likhet med egenandelstak 1 og 2.

Arbeidsgruppen viser til at man også gjennom denne ordningen har en skjerming mot høye utgifter, med en minstegrense som gir uttrykk for helsepolitiske prioriteringer. Arbeidsgruppen foreslår at utgifter opp til minstebeløpet på 1 600 kroner tas ut av særfradragsordningen i de tilfeller skattyter mottar bidrag etter folketrygdloven § 5-22.

Utgiftsformål under grunnstønadsordningen

Som nevnt ovenfor foreslår arbeidsgruppen å fjerne adgangen til å kreve særfradrag for formål som omfattes av andre støtteordninger. Forslaget innebærer at formål som inngår i grunnstønadsordningen etter folketrygdloven § 6-3, fjernes fra særfradragsordningen i skattesystemet. Grunnstønaden gir støtte til følgende formål:

- drift av tekniske hjelpemidler

- transport, herunder drift av medlemmets bil
- hold av førerhund
- teksttelefon og i særlige tilfeller vanlig telefon
- bruk av proteser, støttebandasjer og lignende
- fordyret kosthold ved diett
- slitasje på klær og sengetøy

Formålet med grunnstønaden er å gi økonomisk kompensasjon til den som etter hensiktsmessig behandling fortsatt har en varig sykdom, skade eller lyte som medfører nødvendige og varige merutgifter. Det er merutgifter som følger direkte av den medisinske tilstanden som kan kompenseres. Det må være årsakssammenheng mellom lidelsen og de utgiftene det kreves grunnstønad for. Se kapittel 6 for nærmere omtale av grunnstønadsordningen.

Det er i praksis til dels betydelig overlapping mellom de ovennevnte utgiftsformål som er tilgodesett gjennom grunnstønadsordningen og de utgiftstypene skattyterne krever særfradrag for. Overlappingen skjer i praksis ved at skattyter krever særfradrag for den delen av utgiften som går ut over det som er dekket av grunnstønaden, eller ved at skattyter krever særfradrag for tilsvarende utgifter uten å ha søkt om grunnstønad, eller etter å ha fått avslag på søknad om grunnstønad.

Grunnstønaden er en rettighetsbasert ordning og viser myndighetenes prioriteringer på dette området. Det er etter arbeidsgruppens oppfatning ikke hensiktsmessig at samme formål ivaretas gjennom både grunnstønadsordningen og særfradragsordningen. Dagens tosporede system er etter arbeidsgruppens vurdering uheldig, og gruppen forslår derfor at de utgiftsformål som inngår i grunnstønadsordningen, tas ut av særfradragsordningen. Arbeidsgruppens forslag vil i praksis medføre at det ikke lenger gis særfradrag for merutgifter til drift av tekniske hjelpemidler, merutgifter til transport, herunder drift av bil, som for eksempel service, vask, skifte av dekk og forhøyet bilforsikringspremie mv., utgifter til hold av førerhund, merutgifter til telefon, merutgifter ved bruk av proteser, støttebandasjer og lignende, merutgifter ved slitasje på klær og sengetøy og merutgifter til kost.

Forslaget om å nekte særfradrag for merutgifter til kost omfatter også kosttilskudd og andre naturpreparater som ikke er naturlegemidler. Med naturlegemidler menes her naturlegemidler som har markedsføringstillatelse og som er godkjent som legemiddel av Statens legemiddelverk.³⁰

³⁰ En oversikt over godkjente naturlegemidler med markedsføringstillatelse finnes på hjemmesidene til Statens legemiddelverk. Se http://www.legemiddelverket.no/templates/InterPage____16198.aspx?filterBy=CopyToIndustry

Forslaget om å nekte særfradrag for merutgifter til kost er nærmere omtalt i avsnitt 13.4. Her fremholdes det at selv om det er sammenfall mellom *formålet* med å gi særfradrag for personer med fordyret kosthold på den ene siden, og formålet med grunnstønadens dekning av fordyret kosthold på den andre siden, er det ikke fullt sammenfall mellom *personene* som får støtte gjennom de to ordningene. Forslaget om å nekte særfradrag for merutgifter til kost vil derfor trolig medføre at mange skattytere ikke vil få noe støtte til kosthold, fordi de ikke oppfyller vilkårene for grunnstønad. I praksis vil dette trolig gjelde mange diabetikere, som i liten grad mottar grunnstønad.

Arbeidsgruppens flertall, medlemmene fra Finansdepartementet, Skattedirektoratet, Helsedirektoratet og Arbeidsdepartementet, mener at hensynet til personer med fordyret kosthold er svært lite egnet til å ivaretas gjennom særfradragsordningen. Fra skattyternes side har det gjentatte ganger vært fremhevet at merutgifter til kost er særlig vanskelig å dokumentere. For ligningsmyndighetene er det også vanskelig å avgjøre om kravet til årsakssammenheng er oppfylt, og å beregne merutgiftens størrelse. Dette er nærmere omtalt i kapittel 9.

Flertallet mener at formålet å gi bidrag til personer med fordyret kosthold bør ivaretas gjennom grunnstønadsordningen. Særfradragsordningen er et lite egnet instrument for å ivareta dette formålet. *Arbeidsgruppens flertall* påpeker at det er full overlapping mellom formålet med å gi særfradrag for personer med fordyret kosthold, og formålet med grunnstønadens dekning av fordyret kosthold. Når det ikke er fullt sammenfall mellom personene som får støtte gjennom de to ordningene, skyldes dette trolig at det er utøvd ulikt skjønn når det gjelder hva slags kosthold som er å regne som "fordyret". Grunnstønadsordningen har i praksis også et strengere krav til sannsynliggjøring av at dietten faktisk avhjelper den aktuelle lidelsen. *Flertallet* mener at det bør være opp til kompetente myndigheter å avgjøre om en person har et fordyret kosthold på grunn av sin helsetilstand. *Flertallet* mener derfor at støtte til fordyret kosthold på grunn av sykdom mv. bør ivaretas gjennom grunnstønadsordningen alene.

Arbeidsgruppens mindretall, medlemmet fra Helse- og omsorgsdepartementet, viser til at grunnstønaden stiller krav til diett og dermed setter strengere krav til merutgifter til kost enn det særfradragsordningen setter. En logisk konsekvens av å avvikle særfradraget på dette området, burde derfor være å utvide vilkårene i grunn- og hjelpestønaden. Uten en slik utvidelse av vilkårene i grunnstønaden, innebærer flertallets forslag i realiteten at store grupper, blant annet de fleste diabetikere, mister en skattemessig fordel uten at de vil kunne oppnå grunnstønad med dagens vilkår.

Ombygging og tilpasning av bolig

Vurderingen av krav om fradrag for utgifter til ombygging og tilpasning av bolig forutsetter byggeteknisk erfaring og kunnskap. Ligningsmyndighetenes saksbehandlere har normalt ikke slik kompetanse, og vurderingen i slike saker vil derfor bli sterkt

skjønnspreget. Det er videre svært vanskelig å skille mellom hva som er alminnelig vedlikehold og påkostning, og hvilken del av ombyggingen eller tilpasningen som er utført på grunn av skattyters sykdom eller svakhet. Utfordringer knyttet til dette er omtalt i kapittel 9.

Som beskrevet i avsnitt 13.1, er formålet dekket gjennom to forskjellige ordninger på budsjettets utgiftsside. Dette er et argument for at det ikke bør være en tredje ordning i skattesystemet som dekker utgifter til boligformål. For det første ytes det stønad gjennom folketrygden til tekniske hjelpemidler ved tilrettelegging for å bedre funksjonsevnen i dagliglivet, herunder blant annet tilrettelegging av boligen. For det andre kan Husbanken gi lån og tilskudd til "tilgjengelighetstiltak i eksisterende boliger for eldre, funksjonshemmede og sosialt vanskeligstilte". Husbankens tilskudd er inntektsprøvde, og det er kommunene som forvalter og tildeler tilpasningstilskuddene. Arbeidsgruppen antar at det i liten grad er overlapping mellom Husbankens ordning og særfradragsordningen når det gjelder hvilke personer som kan nyttegjøre seg ordningene, da Husbankens vilkår er strenge og trolig treffer andre brukere enn dem som tilgodeses gjennom særfradragsordningen. I kapittel 13 viser gruppen imidlertid til at personer som etter inntektsprøving ikke faller inn under Husbankens tilskuddsordning, kan få offentlig støtte til tekniske hjelpemidler til tilpasning av bolig gjennom folketrygdens stønadsordning, dersom vilkårene for stønad for øvrig er oppfylt. Etter arbeidsgruppens vurdering er det mest hensiktsmessig å flytte midlene som frigjøres ved å fjerne dette utgiftsformålet fra særfradragsordningen, til Husbankens låne- og tilskuddsordning. Dette er en rammestyrte ordning, som innebærer at en flytting av midlene vil føre til at flere får tilskudd, eller at de enkelte tilskuddene som gis blir større. Arbeidsgruppen mener også at denne ordningen er bedre egnet til å ivareta en rettferdig og sosialpolitisk fordelingsprofil.

Arbeidsgruppen foreslår på denne bakgrunn at utgifter til tilrettelegging eller ombygging av bolig tas ut av særfradragsordningen, samtidig som Husbankens tilskuddsordning styrkes. Det vises til kapittel 13 for en nærmere omtale.

Arbeidsgruppens mindretall, medlemmene fra Helse- og omsorgsdepartementet og Helsedirektoratet, mener det er en forutsetning at Husbankens tilskuddsordning til tilpasning av bolig styrkes for å støtte forslaget om å fjerne ombygging og tilpasning av bolig fra særfradragsordningen. Uten en slik styrking, bør området fortsatt beholdes i særfradragsordningen.

14.7.4 Særlig om behandlingsutgifter

Etter dagens særfradragsordning er fradragsretten for utgifter til behandling, pleie eller opphold i institusjon eller hos privatpraktiserende helsepersonell utenfor offentlig norsk helse- og sosialvesen begrenset etter reglene i skatteloven § 6-83 annet ledd. Dette er nærmere omtalt i kapittel 4. Som det fremgår i kapittel 9 om ligningsmyndighetenes og

helsemyndighetenes utfordringer, kan det være vanskelig å avgjøre om en konkret behandling har skjedd utenfor offentlig norsk helse- eller sosialvesen, slik at tilleggsvilkårene er oppfylt. I praksis har det oppstått et lite naturlig skille for når behandling mv. anses å være foretatt innenfor og utenfor offentlig norsk helse- og sosialvesen. Dette er nærmere omtalt i avsnitt 11.1.

Arbeidsgruppen har vurdert hvordan fradrag for behandlingsutgifter bør reguleres ved en eventuell videreføring av særfradragsordningen. I denne sammenheng har arbeidsgruppen både vurdert om behandlingsutgifter bør være fradragsberettiget overhodet, og hvordan en eventuell fradragsrett for behandlingsutgifter bør reguleres. Ved sistnevnte vurdering har arbeidsgruppen blant annet vurdert å erstatte dagens tilleggskriterier med en regel om at det bare gis fradrag for utgifter til helsehjelp som det offentlige, i en eller annen form, har ytt stønad til. Fordelen ved å regulere fradragsretten på denne måten er at det ikke vil være nødvendig å skille mellom behandling foretatt innenfor og utenfor offentlig helse- og sosialvesen. Videre vil det ikke være nødvendig å vurdere om det offentlige har et tilsvarende tilbud. Etter arbeidsgruppens vurdering vil imidlertid en slik endring i praksis medføre at man bare erstatter de vage og skjønnspregede vilkårene i dagens regelverk med nye vilkår som vil være like vage og skjønnspregede. Arbeidsgruppen mener derfor at en slik regulering bare i begrenset grad vil fjerne uklarhetene og ulempene ved dagens regelverk ettersom det ikke vil være mulig å finne kriterier som på en tilstrekkelig klar og presis måte avgrenser hvilke typer behandlingsutgifter mv. som i så fall skal falle inn under særfradragsordningen.

Arbeidsgruppen har, som nevnt ovenfor, også vurdert om retten til særfradrag for utgifter til behandling, pleie og opphold bør fjernes helt dersom særfradragsordningen videreføres i skattesystemet. I den videre fremstillingen finner gruppen det hensiktsmessig å først gi en kort oversikt over det offentliges støtte til behandling mv. og fradragsretten for utgifter til slik behandling i dagens særfradragsordning.

Som det fremgår av gjennomgangen i kapittel 6, dekkes mange helsetjenester fullt ut av det offentlige, slik som for eksempel innleggelse i sykehus. For andre helsetjenester er det imidlertid fastsatt egenandeler. Slike egenandeler kommer i mange tilfeller inn under de nasjonale skjermingsordningene egenandelstak 1 og 2 (frikortordningene). En tredje skjermingsordning er bidragsordningen etter folketrygdloven § 5-22. Bidragsordningen gir blant annet økonomisk støtte til kurs og opphold ved Montebellosenteret (kreftbehandling), avlastningsopphold for blinde og svaksynte på særskilte institusjoner og forhåndsgodkjente behandlingsreiser. Som hovedregel ytes bidrag med dekning av 90 prosent av utgiftene som overstiger 1 600 kroner i løpet av et kalenderår.

Etter gjeldende rett gis det særfradrag etter skatteloven § 6-83 første ledd for egenandeler som kommer inn under egenandelstak 1 og 2, og egenbetaling for helsehjelp som det er ytt bidrag til, forutsatt at de øvrige vilkårene for fradrag er oppfylt.

Enkelte helseutgifter kommer i en mellomstilling fordi de ikke inngår i noen nasjonal skjermingsordning, selv om tjenesten finansieres delvis gjennom refusjoner fra folketrygden. Dette gjelder blant annet tannbehandling til voksne og kiropraktorbehandling. Innenfor begge disse tjenestene er det etablert refusjoner fra folketrygden, jf. folketrygdloven §§ 5-6 og 5-9. Det er ikke stilt krav om at behandler må ha driftsavtale med kommunen, og det er fri prissetting for tjenestene.

I en siste kategori kommer helseutgifter som er utenfor rammene av kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Konsultasjoner hos private aktører uten avtale med det offentlige – for eksempel allmennlege uten fastlegeavtale, legespesialist, psykolog og psykiater uten (drifts)avtale med kommune eller helseforetak, behandling i institusjoner som ikke har (drifts)avtale med regionalt helseforetak og behandling hos fysioterapeut uten driftsavtale, dekkes ikke av det offentlige. Det gjør heller ikke alternativ behandling, som for eksempel homøopati.

Retten til særfradrag for utgifter til behandling mv. utenfor offentlige helse- og sosialvesen forutsetter at tilleggsvilkårene i skatteloven § 6-83 annet ledd er oppfylt. Etter disse reglene gis det bare særfradrag for utgifter til behandling, pleie eller opphold i institusjon eller hos privatpraktiserende helsepersonell utenfor offentlig norsk helse- og sosialvesen dersom offentlig norsk helse- eller sosialvesen ikke har et tilsvarende tilbud. I tillegg må helsemyndighetene vurdere det oppsøkte helsetilbudet som faglig forsvarlig. Har ventetiden for behandling innenfor det offentlige vært urimelig lang, kan det på nærmere vilkår gis særfradrag, selv om det offentlige på sikt kunne ha gitt et tilsvarende tilbud.

Bestemmelsen om særfradrag for behandlingsutgifter mv. utenfor offentlig norsk helse- og sosialvesen i skatteloven § 6-83 annet ledd trådte i kraft 1. januar 1987. Bakgrunnen var den stadig økende etableringen av private kommersielle helsetilbud, og hensikten var å hindre at det offentlige, gjennom bortfall av skatteinntekter, indirekte skulle betale for helsetjenester som det var forutsatt at det offentlige ikke skulle betale for.

I praksis er fradragsretten for slike behandlingsutgifter mv. i dag sterkt begrenset. Dette skyldes både at det offentlige behandlingstilbudet er bedre utbygget i dag enn den gang regelen ble innført (slik at det sjelden vil være slik at det offentlige ikke har et tilbud), og at pasienters rett til nødvendig helsehjelp fra det offentlige er sikret gjennom pasientrettighetsloven og prioriteringsforskriften. Pasientrettighetsloven og prioriteringsforskriften skal ivareta de intensjonene som skatteloven § 6-83 annet ledd bygger på. Pasientrettighetslovens formål er å bidra til å sikre befolkningen lik tilgang til

helsehjelp av god kvalitet ved å gi pasienter rettigheter overfor helsetjenesten. Etter dette regelverket er regionale helseforetak forpliktet til å skaffe helsehjelp i egen helseregion eller i andre helseregioner, eventuelt privat eller i utlandet, dersom de ikke selv kan gi nødvendig helsehjelp. Særfradrag gis derfor hovedsakelig for utgifter til tannbehandling hos voksne, da det offentlige som oftest ikke har noe tilsvarende tilbud til denne gruppen. Praksis viser imidlertid at det også i enkelte saker er gitt særfradrag for utgifter til fedmeoperasjoner og øyeoperasjoner, med den begrunnelse at det offentlige ikke har noe tilsvarende tilbud, eventuelt at ventetiden for behandling innenfor det offentlige helsevesenet har vært urimelig lang. Dette har likevel trolig ikke vært i tråd med regelverket for særfradragsordningen.

Som arbeidsgruppen peker på i avsnitt 11.2.2, overprøver særfradragsordningen til en viss grad de prioriteringene av midler som er foretatt på helse-, omsorgs og trykdeområdet. Overprøving av disse prioriteringene er uheldig fordi hensikten med prioriteringene til en viss grad ikke blir oppfylt ved at det gis støtte til noe det er forutsatt at det offentlige ikke skal gi støtte til. Særlig kan det være uheldig at behandling som ikke dekkes av det offentlige, oppnår støtte via særfradragsordningen.

Arbeidsgruppens flertall, medlemmene fra Finansdepartementet, Skattedirektoratet, Helse- og omsorgsdepartementet og Arbeidsdepartementet, foreslår på denne bakgrunn at utgifter til behandling, pleie og opphold i institusjon eller hos privatpraktiserende helsepersonell tas ut av en eventuell fortsatt særfradragsordning. I praksis vil en slik løsning få størst betydning når det gjelder utgifter til tannbehandling. Som omtalt i avsnitt 13.2 er det imidlertid trolig bare en liten andel av skattytere med særfradrag for utgifter til tannbehandling som ikke samtidig kvalifiserer til refusjon etter folketrygdloven § 5-6. Flertallet foreslår derfor å anvende de frigjorte midlene til å styrke refusjonsordningen for tannbehandling. Som følge av at alle utgifter til behandling, pleie og opphold tas ut av en eventuell fortsatt særfradragsordning, vil en slik ordning kunne administreres av skatteetaten alene, og en unngår dagens administrativt uheldige saksbehandling med delt avgjørelsesmyndighet mellom skatteetaten og helsemyndighetene.

Arbeidsgruppens mindretall, medlemmet fra Helse- og omsorgsdepartementet, mener at to tjenester skiller seg ut: tannbehandling og kiropraktorbehandling. I motsetning til andre helsetjenester som det offentlige finansierer, er det ingen nasjonale skjermingsordninger som setter et tak for hvor store utgifter den enkelte har til disse to tjenestene. Folketrygden gir i dag refusjon for disse tjenestene, men det er fri prisfastsetting og ingen krav til driftsavtaler. Brukerne har derfor i mange tilfeller betydelige utgifter. Mindretallet støtter flertallets forslag om å fjerne muligheten til å få dekket private behandlingsutgifter gjennom særfradragsordningens annet ledd, men anbefaler at tannbehandling beholdes i særfradragsordningen og at kiropraktorbehandling innlemmes i særfradragsordningen.

14.8 Administrative og økonomiske konsekvenser

Arbeidsgruppens forslag til endringer i særfradragsordningen vil ha økonomiske og administrative konsekvenser for ligningsmyndighetene og helsemyndighetene. Forslaget vil også ha økonomiske konsekvenser for enkelte skattytere. I tillegg vil forslaget ha provenymessige konsekvenser.

Når det gjelder utgiftsformålene som fremdeles skal omfattes av særfradragsordningen, foreslår gruppen i avsnitt 14.7.2 at kriteriene for hva som skal anses som en sykdomsutgift, snevres noe inn. Gruppen antar at de foreslåtte avgrensingskriteriene vil kunne lette ligningsmyndighetenes vurderinger noe, men vurderingene vil fremdeles være skjønsmessige og dermed relativt ressurskrevende.

I avsnitt 14.7.3 foreslår arbeidsgruppen at en rekke utgiftsformål tas ut av særfradragsordningen, herunder utgifter til ombygging av bolig og merutgifter til kost og transport. Som det fremgår av beskrivelsen av ligningsmyndighetenes utfordringer i kapittel 9, er saksbehandlingen av krav vedrørende disse utgiftstypene spesielt krevende. Arbeidsgruppen legger derfor til grunn at dette forslaget vil innebære en forenkling av ligningsmyndighetenes arbeidsoppgaver på dette området.

Arbeidsgruppen foreslår videre i avsnitt 14.7.4 at utgifter til behandling, pleie og opphold i institusjon eller hos privatpraktiserende helsepersonell ikke lenger skal være fradragsberettiget i en videreført særfradragsordning. For ligningsmyndighetene vil dette innebære en klar administrativ forenkling, da dagens regelverk er uoversiktlig og vanskelig å praktisere. I tillegg må det antas å medføre administrative lettelser for helsemyndighetene da avgjørelseskompetansen ved krav om fradrag for utgifter til behandling mv. foretatt *utenfor* offentlig norsk helse- og sosialvesen i dag er delt mellom helse- og ligningsmyndighetene. Arbeidsgruppen har imidlertid ikke kunnskap om hvor mye ressurser fylkesmennene og Helsedirektoratet bruker på denne ordningen i dag. Det er derfor ikke mulig å anslå nærmere hvilke administrative og økonomiske konsekvenser forslaget vil få for disse.

For ligningsmyndighetene må det antas at forslagene til endringer i dagens særfradragsordning samlet sett vil innebære en forenkling av saksbehandlingen. Forslagene vil på sikt derfor kunne frigjøre ressurser i skatteetaten. Arbeidsgruppen har anslått at skatteetatens ressursbruk knyttet til særfradragsordningen kan være i størrelsesordenen rundt 100 årsverk. Gruppen har imidlertid ikke grunnlag for å vurdere hvor mye ressurser som vil kunne frigjøres som følge av de foreslåtte endringene.

Arbeidsgruppens forslag i dette kapitlet til endringer i særfradragsordningen vil gi provenymessige konsekvenser. Blant annet har gruppen i avsnitt 14.5 foreslått at det bør vurderes å innføre en øvre beløpsgrense for fradrag dersom særfradragsordningen

videreføres. Det antas at dette forslaget også vil kunne gi provenymessige konsekvenser. Imidlertid har ikke gruppen utarbeidet anslag på provenyvirkningene av ulike øvre grenser, da et eventuelt konkret forslag uansett må utformes etter at det er bestemt hvilke utgiftstyper fradragsordningen skal omfatte.

Forslagene om å fjerne fradragsretten for formål under grunnstønad, egenandeler og utgifter til behandling, pleie og opphold i institusjon eller hos privatpraktiserende helsepersonell vil isolert sett kunne gi en besparelse tilsvarende om lag 3/4 av dagens skatteutgift knyttet til særfradragsordningen (som totalt sett er anslått til 363 mill. kroner jf, avsnitt 13.15). Anslaget avhenger sterkt av at adgangen til å kreve fradrag for behandlingsutgifter, i praksis tannlegeutgifter, fjernes fra særfradragsordningen. Dersom tannlegeutgifter fortsatt skal kunne gi grunnlag for fradrag, synker besparelsen til om lag 1/3 av dagens nivå på skatteutgiften. Videre, dersom behandling hos kiropraktor tas inn i ordningen, må det antas at dette vil spise opp en del av besparelsen. Vi understreker at anslagene er skjønnsmessige og usikre. Arbeidsgruppen legger for øvrig opp til at forslaget skal være provenynøytralt ved at besparelser knyttet til redusert skatteutgift overføres til utgiftssiden i tråd med vurderingene knyttet til de enkelte utgiftsformål i kapittel 13.

15. OPPSUMMERING OG TILRÅDNINGER

15.1 Oppsummering av arbeidsgruppens vurderinger og forslag i kapitlene 11, 12, 13 og 14

I kapittel 11 går arbeidsgruppen gjennom en del svakheter ved gjeldende ordning for særfradrag for store sykdomsutgifter. Det fremgår av vurderingen der at dagens særfradragsordning fungerer lite tilfredsstillende, ut fra både praktiske og mer prinsipielle hensyn. Det er derfor etter arbeidsgruppens vurderinger et klart behov for endringer. I kapitlene 12, 13 og 14 har arbeidsgruppen vurdert mulige endringer i særfradragsordningen.

I kapittel 12 behandler arbeidsgruppen enkelte forslag som den har vurdert, men ikke anser som aktuelle. Arbeidsgruppen ser det blant annet ikke som aktuelt å innføre en støtteordning i form av utbetaling av negativ skatt, dvs. at skattytere som ikke har tilstrekkelig inntekt til å ha glede av et eventuelt fradrag får utbetalt skatteverdien av dette ved ligningen. Arbeidsgruppen anbefaler heller ikke at det åpnes for en adgang til å fremføre "ubenyttede" særfradrag for store sykdomsutgifter. Endelig finner gruppen det ikke riktig å gi særfradrag bare på grunnlag av at skattyter har fått en bestemt diagnose, dvs. uten krav til dokumentasjon av konkrete utgifter.

I kapittel 13 vurderer arbeidsgruppen alternativer hvor særfradragsordningen utvikles helt. Gruppen går her gjennom de ulike formålene som er tilgodesett i særfradragsordningen, basert på undersøkelsen av dagens særfradragsordning i kapittel 10, og vurderer i hvilken grad de samme formålene kan ivaretas gjennom eksisterende støtteordninger, basert på omtalen i kapittel 6. Summen av fradragsverdien av eksisterende særfradragsordning (skatteutgiften) er til sammen anslått til 363 mill. kroner i 2010. Gruppen foreslår at ved en oppheving av særfradragsordningen kan disse midlene brukes til å styrke eksisterende støtteordninger der det finnes hensiktsmessige ordninger som fanger opp tilsvarende formål, og at midlene for øvrig anvendes til prioriterte helse- og sosialformål. Dette kan gi følgende anvendelse:

- 137 mill. kroner til økt tannlegerefusjon.
- 23 mill. kroner til å styrke Husbankens tilskuddsordning for boligtilpasning.
- 4 mill. kroner til å øke rammene for Statens behandlingsreiser.
- Dette gir 198 mill. kroner som kan brukes på prioriterte helse- og sosialformål, herunder eventuelt merbruk på formålene nevnt i denne listen.

Arbeidsgruppens mindretall, medlemmet fra Helse- og omsorgsdepartementet, foreslår at 25 mill. kroner av disse kan brukes til å utvide vilkårene for å dekke merutgifter til kost under grunnstønadsordningen.

I kapittel 14 vurderer arbeidsgruppen hvilke endringer som bør gjøres dersom en velger å beholde særfradrag for store sykdomsutgifter i skattesystemet. Arbeidsgruppen foreslår i begrenset grad endringer i de generelle vilkårene for å få særfradrag, men

foreslår at visse utgiftsformål tas ut også om en velger å beholde en ordning med inntektsfradrag for sykdomsutgifter:

- Gruppen foreslår i hovedsak å beholde dagens grunnvilkår for å kreve fradrag, men foreslår å endre formuleringen til "varig sykdom eller svakhet" for å få klarere fram i ordlyden at varighetskravet også gjelder sykdom.
- Det foreslås ikke endringer i kravet til dokumentasjon av sykdom eller svakhet. Utgangspunktet vil fortsatt være at det kreves legeattest hvert år, med unntak for kroniske sykdommer.
- Arbeidsgruppen mener det er rimelig å beholde dagens nedre beløpsgrense på 9 180 kroner. Særfradragsordningen er innrettet mot store sykdomsutgifter, og arbeidsgruppen mener dette er en praktisk grense for hva som skal regnes som "usedvanlig store sykdomsutgifter".
- En bør vurdere å innføre en øvre, årlig grense for hvor stort særfradrag den enkelte skattyter kan få, avhengig av hvilke formål som blir værende igjen i særfradragsordningen.
- Gruppen foreslår ikke endringer i kravet til dokumentasjon eller sannsynliggjøring av fradragsberettigede utgifter.
- Arbeidsgruppen har sett nærmere på grensen mellom hva som anses som alminnelige privatutgifter og fradragsberettigede sykdomsutgifter. Gruppen foreslår her ikke konkrete regelendringer, men peker på at utgifter som er blitt vanlige i befolkningen som helhet, ikke kan karakteriseres som sykdomsutgifter, og at det ellers ved vurderingen av om en anskaffelse skal anses som en sykdomsutgift, bør legges vekt på om den avhjelper følgene av skattyters sykdomstilstand i det daglige.
- Arbeidsgruppen foreslår at det ryddes opp i særfradragsordningen, ved at enkelte utgiftsformål tas ut av ordningen. Dette er formål som i dag er fradragsberettigede, men som arbeidsgruppen mener ikke bør gi rett til særfradrag ved en eventuell videreføring av særfradragsordningen:
 - Egenandeler: Etter arbeidsgruppens vurdering er det rimelig å avvikle særfradrag for egenandeler der staten har fastsatt nasjonale skjermingsordninger gjennom egenandelstak.
 - Egenbetalinger under minstebeløpet i bidragsordningen: Denne ordningen fungerer som en skjermingsordning ved at staten som hovedregel dekker 90 prosent av utgiftene over 1600 kroner til bestemte formål. Etter arbeidsgruppens vurdering er det også rimelig å avvikle fradragsretten for slike egenbetalinger i de tilfeller skattyter mottar bidrag etter folketrygdloven § 5-22.
 - Formål som dekkes gjennom grunnstønad: Gruppen foreslår også at formål som inngår i grunnstønaden etter folketrygdloven § 6-3 fjernes fra særfradragsordningen i skattesystemet. Arbeidsgruppens forslag medfører i praksis at det ikke gis fradrag for følgende utgifter:
 - merutgifter til drift av tekniske hjelpemidler

- merutgifter til transport, herunder drift av bil
- utgifter til hold av førerhund
- merutgifter til telefon
- merutgifter ved bruk av proteser, støttebandasjer og lignende
- merutgifter ved slitasje på klær og sengetøy, og
- merutgifter til kost. Forslaget om å nekte fradrag for merutgifter til kost omfatter også kosttilskudd og andre naturpreparater som ikke er naturlegemidler.

Arbeidsgruppens mindretall, medlemmet fra Helse- og omsorgsdepartementet, viser til at grunnstønaden stiller krav til diett og dermed setter strengere krav til merutgifter til kost enn det særfradragsordningen setter. En logisk konsekvens av å avvikle særfradraget på dette området, burde derfor være å utvide vilkårene i grunn- og hjelpestønaden. Uten en slik utvidelse av vilkårene i grunnstønaden, innebærer flertallets forslag i realiteten at store grupper, blant annet de fleste diabetikere, mister en skattemessig fordel uten at de vil kunne oppnå grunnstønad med dagens vilkår.

- *Boligformål:* Utgifter til tilrettelegging eller ombygging av bolig inngår i dagens særfradragsordning. På dette området har Husbanken en behovsprøvd tilskuddsordning, hvor det gis støtte til ombygginger og tilpasninger av bolig. I tillegg ytes det gjennom folketrygden stønad til tekniske hjelpemidler ved tilrettelegging for å bedre funksjonsevnen i dagliglivet, herunder blant annet stønad til tilrettelegging i boligen. Siden dette formålet dermed dekkes gjennom to andre ordninger, mener arbeidsgruppen at tilrettelegging eller ombygging av bolig bør tas ut av særfradragsordningen, samtidig som midlene som frigjøres på skattesiden brukes til å styrke Husbankens tilskuddsordning. Arbeidsgruppen påpeker imidlertid at Husbankens tilskuddsordning trolig vil andre personer til gode enn de som i dag får særfradrag for utgifter til boligformål. Dette er fordi Husbankens ordning er behovsprøvd, mens skattytere som får særfradrag vil måtte ha tilstrekkelig økonomi til å dekke utgiften selv. Arbeidsgruppen understreker samtidig at stønad gjennom ovennevnte ordning i folketrygden gis uavhengig av inntekt, slik at personer som ikke får tilskudd av Husbanken vil kunne få stønad gjennom denne ordningen, dersom de øvrige vilkårene er oppfylt. *Arbeidsgruppens mindretall, medlemmene fra Helse- og omsorgsdepartementet og Helsedirektoratet,* mener det er en forutsetning at Husbankens tilskuddsordning til tilpasning av bolig styrkes for å støtte forslaget om å fjerne ombygging og tilpasning av bolig fra særfradragsordningen. Uten en slik styrking, bør området etter *mindretallets* syn fortsatt beholdes i særfradragsordningen.

- *Behandlingsutgifter:* Arbeidsgruppen mener at dagens mulighet til å få dekket enkelte behandlingsutgifter gjennom særfradragsordningen, bør fjernes. Arbeidsgruppen viser til at behandling i all hovedsak finansieres av det offentlige helsevesenet, og at alle pasienter skal ivaretas i samsvar med pasientrettighetslovens bestemmelser om rett til nødvendig helsehjelp. Ved fristbrudd vil det offentlige måtte kjøpe behandling i det private markedet eller i utlandet om det finnes et tilbud der. Dette er også lagt til grunn av Helsedirektoratet som øverste ankemyndighet i saker hvor det er uklart om vilkårene for særfradrag for utgifter til behandling mv. er oppfylt. *Arbeidsgruppens mindretall, medlemmet fra Helse- og omsorgsdepartementet,* mener imidlertid at det bør gjøres unntak for tannbehandling, og at kiropraktorbehandling bør innlemmes i særfradragsordningen. *Arbeidsgruppens flertall, medlemmene fra Finansdepartementet, Skattedirektoratet, Helsedirektoratet og Arbeidsdepartementet,* mener at også fradrag for tannbehandling bør fjernes fra særfradragsordningen på lik linje med andre behandlingsutgifter, og foreslår å anvende de frigjorte midlene som følger av dette, til å styrke refusjonsordningen for tannbehandling. En full oppheving av fradragsretten for behandlingsutgifter vil forenkle en videreført ordning ved at den kan administreres av skatteetaten alene.

15.2 Arbeidsgruppens tilrådning

I dette avsnittet vil arbeidsgruppen foreta en oppsummerende vurdering av de ulike alternativene, og komme med tilrådninger med hensyn til hvilke endringer som er ønskelige. I denne vurderingen er det mest sentrale spørsmålet om en fortsatt skal ha et særfradrag for sykdomsutgifter i skattesystemet, eller om fradraget bør erstattes med andre tiltak, i form av at eksisterende støtteordninger med overlappende formål styrkes. Arbeidsgruppen tar utgangspunkt i vurderingene i avsnitt 11.2, der generelle argumenter for og imot en fradragsordning for sykdomsutgifter i skattesystemet er drøftet nærmere.

Arbeidsgruppens flertall, medlemmene fra Finansdepartementet, Skattedirektoratet og Arbeidsdepartementet, mener at hensynet til å ha en ryddig arbeidsdeling mellom utgiftssiden og inntektssiden på statsbudsjettet taler klart mot å kanalisere støtte til personer med store sykdomsutgifter gjennom skattesystemet. Særfradragsordningen overprøver i praksis de prioriteringene av offentlige midler som er foretatt på helse-, omsorgs- og trygdeområdene. Dessuten blir støtten gjennom særfradraget ikke gjort til gjenstand for prioritering på samme måte som det offentliges øvrige helse-, omsorgs- og trygdebevilgninger. *Flertallet* viser til den nærmere drøftelsen av dette i avsnitt 11.2.2.

Som nevnt i avsnitt 11.2.1 vil også skattesystemet fungere mindre effektivt dersom det belastes med for mange mål.

Videre er særfradragordningen krevende å forholde seg til for skattyterne. Dette kan medføre at det er de med mest ressurser som krever fradrag, og som klarer å dokumentere kravet på en tilfredsstillende måte, mens det oppleves som vanskeligere for svake grupper å fremme rettmessige krav. Dette forsterker den sosiale skjevheten i ordningen.

Også administrative hensyn taler etter *flertallets* vurdering klart for å oppheve ordningen med særfradrag for store sykdomsutgifter. De administrative problemene vil bare i meget begrenset grad kunne løses gjennom endringer i reglene om særfradrag. Gjeldende ordning har mange uklare avgrensninger, særlig med hensyn til hvilke utgifter som kan gi grunnlag for fradrag. De uklare avgrensningene medfører store utfordringer for både skattyterne og ligningsmyndighetene, med hensyn til å fastlegge hvilke utgifter som er fradragsberettigede, hvordan disse skal avgrenses mot ordinære ikke fradragsberettigede privatutgifter og hvordan utgiftene skal dokumenteres eller sannsynliggjøres. Dette gir et stort potensial for forskjellsbehandling og konflikter mellom skattyterne og ligningsmyndighetene.

Frdraget er også svært dårlig tilpasset grunnprinsippet for ligning, som bygger på at skatteetaten fyller ut selvangivelsen og fastsetter skattepliktig inntekt blant annet ved hjelp av grunnlagsopplysninger fra tredjeparter (arbeidsgivere, pensjonsinnehavere, banker mv.). Videre vil en ordning i skattesystemet måtte baseres på at ligningsmyndighetene bare kontrollerer en begrenset andel av dem som har krevd særfradrag. En fradragordning skiller seg dermed vesentlig fra ordninger for direkte støtte, som baseres på individuelle forvaltningsvedtak etter en prøving av vilkårene i hver enkelt sak. Etter *flertallets* mening bør ikke støtteordninger som i utgangspunktet krever individuell behandling av hver enkelt sak, plasseres i skattesystemet.

I avsnitt 11.2.4 drøfter arbeidsgruppen særfradragets funksjon som en "sikkerhetsventil" som fanger opp tilbud eller utgifter som ikke fanges opp i helse-, omsorgs- eller trygdesystemene. Dersom det er områder der viktige velferdsbehov ikke blir oppfylt, bør dette vurderes av de ansvarlige myndighetene, og ikke løses i skattesystemet. Som anført ovenfor mener *flertallet* at det er viktig å sørge for en god arbeidsdeling mellom utgiftssiden og inntektssiden på statsbudsjettet. *Flertallet* ønsker ikke å uttrykke synspunkter på hvorvidt de offentlige helse- eller trygdeordningene er "gode nok", eller om alle borgere får sine behov for helse- og omsorgstjenester oppfylt. Etterspørselen etter velferdstjenester vil alltid være stor, og langt større enn hva det offentlige rent faktisk kan tilby. Blant annet vokser etterspørselen etter helsetjenester i takt med at medisinsk forskning fører til at stadig nye behandlingsmetoder kan tilbys. Det er derfor nødvendig å trekke opp grensene for hva det offentlige skal dekke og ikke dekke.

Prinsipielle argumenter taler for at disse grensene bør trekkes opp av de ansvarlige myndighetene på de ulike områdene, og ikke av ligningsmyndighetene. I den grad særfradragsordningen fungerer som en "sikkerhetsventil" vil denne uansett bare gjelde dem med tilstrekkelig høy inntekt til å benytte særfradraget, og får størst betydning for dem som har god nok økonomi til å foreta kostbare anskaffelser. *Flertallet* vil derfor ikke legge vekt på særfradragets eventuelle funksjon som sikkerhetsventil.

Hensynet til personer med sammensatte utgifter kan tale for en særfradragsordning, fordi særfradraget gis på bakgrunn av samlede utgifter på grunn av sykdom. Ordningen kan dermed fange opp også de tilfellene hvor hver enkelt utgift er for liten til å fanges opp av ulike støttetiltak, men hvor summen av utgiftene er tilstrekkelig til å kvalifisere for særfradrag, jf. omtalen i avsnitt 11.2.3. På den annen side gjelder imidlertid skjermingen mot høye utgifter gjennom særfradraget bare personer med tilstrekkelig skattbar inntekt til å få nytte av særfradragsordningen. Lavinntektsgrupper og personer med lave og middels pensjonsinntekter kan ikke få økonomisk støtte gjennom særfradraget. Videre vil arbeidsgruppen peke på at det offentliges dekningsgrad av utgifter i forbindelse med sykdom mv. i Norge er svært høy. Støtteordningene gjennom trygde-, omsorgs- eller helsesystemene betinger heller ikke at vedkommende har skattepliktig inntekt av en viss størrelse. Fradragsretten avhenger også av at vedkommende skattyter har tilstrekkelig økonomi til å finansiere tiltaket på egen hånd. Dette blir særlig fremtredende der utgiftene er betydelige, slik de kan være ved for eksempel ombygging av bolig eller privat finansierte operasjoner. Fordelingshensyn taler derfor etter *flertallets* vurdering mot å gi støtte til personer med høye sykdomsutgifter gjennom en fradragsordning.

I kapittel 14 er det beskrevet nærmere mulige endringer dersom en fortsatt skal ha en ordning med støtte til sykdomsutgifter gjennom skattesystemet. Det er der foreslått å fjerne adgangen til skattefradrag for enkelte utgiftstyper under henvisning til at tilsvarende formål allerede er ivare tatt gjennom offentlige velferdstjenester og særskilte støtteordninger, samtidig som de frigjorte midlene flyttes til disse ordningene. Videre foreslås visse justeringer i ordningen for øvrig. Dersom en beholder en særfradragsordning, er dette strengt nødvendige tiltak, og *flertallet* viser til drøftelsene i dette kapitlet. Som nevnt vil imidlertid en slik endret særfradragsordning bare i begrenset grad redusere svakhetene ved ordningen og gjøre den enklere for skattyterne. Etter *flertallets* vurdering bør derfor særfradragsordningen oppheves helt.

Flertallets konklusjon:

Etter en samlet vurdering av de hensynene det er redegjort for ovenfor, finner *flertallet* i arbeidsgruppen at den beste løsningen vil være å oppheve ordningen med særfradrag. I tråd med beskrivelsen i kapittel 13, foreslår *flertallet* at de midlene som i dag gis i form av skattelette, til sammen anslått til 363 mill. kroner, anvendes enten til å styrke eksisterende ordninger som ivaretar enkelte av de aktuelle formålene, eller til helse- og

sosialformål en ellers ønsker å prioritere. Det legges til grunn at flyttingen av de frigjorte midlene ved bortfall av skatteutgift til ordninger på statsbudsjettets utgiftsside, gjennomføres innenfor en provenynøytral ramme.

Flertallet viser til kapittel 13, der følgende anvendelse er skissert:

- 137 mill kroner til økt tannlegerefusjon
- 23 mill kroner til å styrke Husbankens tilskuddsordning for boligtilpasning
- 4 mill. kroner til å øke rammene for Statens behandlingsreiser
- 198 mill kroner til generell bruk på helseformål

Arbeidsgruppens mindretall, medlemmene fra Helse- og omsorgsdepartementet og Helsedirektoratet, tar ikke stilling til om særfradragsordningen bør avvikles eller beholdes, og viser til at denne vurderingen må tas i en politisk beslutningsprosess. I arbeidsgruppens rapport er imidlertid ulike alternativer belyst, og gruppen har omtalt svakheter ved ordningen og foreslått mulige endringer. Særfradragsordningen er ment å være en sikkerhetsventil fordi den fanger opp brukere med sammensatte utgifter til mange ulike formål som hver for seg ikke ivaretas fullt ut gjennom dagens støtteordninger eller bevilgninger på helse- og sosialområdet. Denne rollen begrenses imidlertid sterkt av at svake grupper med liten eller ingen inntekt faller utenfor. *Mindretallet* er også opptatt av at mange personer vil komme dårligere ut dersom særfradragsordningen avvikles, selv om man overfører midler til statsbudsjettets utgiftsside. Dette skyldes at man for en stor del vil nå andre brukere enn dem som nås gjennom dagens særfradragsordning.