

Rapport

Förslag till framtida utformning av
sjukdomskostnadsavdrag samt
högkostnadsskydd och
patientavgifter
inom Ålands hälso- och sjukvård

Rapport om förslag till framtida utformning av sjukdomskostnadsavdrag samt högkostnadsskydd och patientavgifter inom Ålands hälso- och sjukvård

INNEHÅLL

Uppdrag.....	3
Sammanfattning	3
Ändring av sjukdomskostnadsavdraget	4
1. Bakgrund	4
1.1. Sjukdomskostnadsavdraget.....	4
1.2. Grundavdraget	5
1.3. Finansieringen av avdragen.....	6
2. Utvärdering av sjukdomskostnadsavdraget	7
2.1. Avdragets syfte.....	7
2.2. Tillämpning av avdraget.....	8
2.3. Avdragets effektivitet	8
3. Förslag	9
4. Förslagets effekter	11
Högkostnadsskydd	12
1. Nuvarande högkostnadsskydd	12
2. Erfarenheter från tidigare system med så kallat låginkomstskydd.....	12
3. Generellt om högkostnadsskyddets konstruktion.....	13
4. Alternativa system för högkostnadsskydd.....	13
4.1 Högkostnadsskydd för familjer.....	13
4.2 Högkostnadsskydd baserat på inkomstnivå	13
5. Patientavgifter - jämförelser med Norden.....	14
6. Förslag	15

Uppdrag

Landskapsregeringen beslöt den 15 mars 2013 att tillsätta en arbetsgrupp med uppgift att ta fram förslag till framtida utformning av sjukdomskostnadsavdrag samt, högkostnadsskydd och avgifter inom Ålands hälso- och sjukvård med beaktande av fördelningspolitiska och administrativa effekter.

Till medlemmar i arbetsgruppen utsågs landskapsläkare Axel Hansson, avdelningsjurist Ida Hellgren, lagberedare Diana Lönngren, ekonomichef vid ÅHS Marie Lövgren och avdelningschef Carina Strand.

Arbetsgruppen ålades att lägga fram ett förslag i form av en rapport före den 15 juni 2013.

Arbetsgruppen har hållit fem möten.

Sammanfattning

Arbetsgruppen föreslår att:

- Sjukdomskostnadsavdraget i sin nuvarande form avskaffas och ersätts av ett tandvårdsavdrag, samtidigt som de negativa effekterna för låginkomsttagarna dämpas i viss mån genom att grundavdraget höjs
- I syfte att bland annat kompensera för avskaffandet av sjukdomskostnadsavdraget behålls högkostnadsskydden på oförändrad nivå
- Ett låginkomstskydd inte införs på grund av administrativt merarbete och tidigare svårigheter att administrera ett sådant skydd på ett ändamålsenligt och rättssäkert sätt
- Högkostnadsskyddets nuvarande konstruktion bibehålls

Ändring av sjukdomskostnadsavdraget

1. Bakgrund

1.1. Sjukdomskostnadsavdraget

Sjukdomskostnadsavdraget infördes ursprungligen i beskattningen 1947. Syftet med avdraget var då att utjämna sjukdomskostnaderna i en situation då andra stödsystem för hälsovården var bristfälliga. Kostnaderna fick dras av i både stats- och kommunalbeskattningen.

Sjukdomskostnadsavdraget infördes ursprungligen i landskapslagstiftningen i form av ett undantag från bestämmelserna om avdraget i riket. Undantaget innebar att det maximibelopp som fanns för avdraget inte skulle tillämpas vid kommunalbeskattningen i landskapet.

I början av 1990-talet avskaffades avdraget i riket, bland annat med följande motiveringar:

- Sjukdomskostnaderna komparerades på andra sätt, bland annat via den offentliga hälsovården.
- Avdraget ansågs vara missriktat eftersom dess skattereducerande verkan var större ju högre de beskattningsbara inkomsterna var. Pensionärer med låga inkomster kunde inte alls dra nytta av avdraget, åtminstone inte vid statsbeskattningen.
- Ett avdrag som måste styrkas genom verifikat var arbetsdrygt både för den skattskyldige och för förvaltningen. Det försvårade också strävandena att slopa deklARATIONSSKYLDIGHETEN och utveckla beskattningsförfarandet.
- Det ansågs mer ändamålsenligt att utjämna sjukdomskostnaderna inom hälsovårdssystemet snarare än inom beskattningen eftersom utjämningen då blev tydligare både för den enskilde och för förvaltningen.

Ett flertal åtgärder föreslogs för att kompensera att sjukdomskostnadsavdraget slopades. Alla åtgärder genomfördes dock inte trots att avdraget avskaffades. De åtgärder som föreslogs var följande:

- Avdraget för nedsatt skattebetalningsförmåga skulle utvecklas.
- Den allmänna tandvården skulle utvecklas till att omfatta hela den vuxna befolkningen. Utgifter för protetisk tandvård skulle börja ersättas.
- Nivån på sjukförsäkringens ersättningstaxor för läkararvoden samt för undersökning och vård skulle justeras. Ersättningen för höga läkemedelskostnader skulle utvecklas. Sjukförsäkringsersättningarna skulle utvidgas i vissa hänseenden.
- Kostnader för glasögon skulle börja ersättas genom sjukförsäkringen. Rätten att i vissa fall få glasögon helt ersatta av kommunen skulle utvidgas från att gälla dem som var under 10 år till att gälla alla under 18 år.
- Avgifter inom den offentliga hälsovården skulle avskaffas för personer under 18 år.
- Mentalvårdstjänsterna inom den kommunala hälsovården skulle utvecklas.

När avdraget avskaffades i riket verkar man i landskapet inte ens ha övervägt att slopa det. Genom en ändring av den då gällande kommunal-skattelagen (1988:70) för landskapet Åland infördes avdraget i landskapslagstiftningen. I förarbetena till ändringen (framst. nr 18/1991–1992) anges ingen särskild motivering, bara att kommunal-skattelagen bör ”ändras så att där klart framgår att möjligheten till sjukdomskostnadsavdrag vid kommunalbeskattningen finns kvar.” Därefter har det i princip varit oförändrat, den

enda ändring som gjorts är en anpassning till övergången till euro (2002/46).

Inför 2013 var dock avsikten att sjukdomskostnadsavdraget skulle slopas helt, men i stället beslöts att det skulle ändras. Ändringen innebar att självriskbeloppet höjdes och en inkomstgräns infördes. Som avdraget ser ut nu innebär det att sjukdomskostnader får dras av från nettoförvärvsinkomsten. Det gäller inte bara den skattskyldiges egna utan även familjemedlemmars kostnader får dras av. I avdragsrätten finns dock en viss självrisk, så att bara sjukdomskostnader som överstiger 100 euro för enskilda respektive 200 euro för makar är avdragsgilla. Dessutom finns en inkomstgräns på 15 000 euro som innebär att bara den som har en nettoförvärvsinkomst som understiger gränsen får göra avdrag för hela kostnaden. Den som har en nettoförvärvsinkomst som överstiger gränsen får endast göra avdrag för halva kostnaden. För makar gäller en gemensam inkomstgräns på 22 500 euro. Med nettoförvärvsinkomsten menas i detta sammanhang den beskattningsbara förvärvsinkomsten vid kommunalbeskattningen efter att de naturliga avdragen har gjorts. Särskilda bestämmelser gäller för avdrag för kostnader för sjukhusvistelse utanför Europeiska ekonomiska samarbetsområdet (EES) utan remiss från en inhemsk läkare. Där anges att maximibeloppet som får avdras är 300 euro för enskilda och 600 euro för makar samt en förhöjning av dessa belopp med 70 euro per barn som den skattskyldige har försörjt under året. Resekostnader till behandling utanför EES får endast avdras om resan sker med remiss från en inhemsk läkare.

Den ändring som gjordes för 2013 var avsedd att vara tillfällig. Orsaken till det var att beredningen av ändringen inte gavs särskilt mycket tid, eftersom beslutet att behålla avdraget kom sent. Därmed var föresatsen redan från början att avdraget skulle revideras igen till 2014, och då med en grundligare beredning.

1.2. Grundavdraget

Grundavdraget regleras i 23 § kommunalskattelagen och är det avdrag som görs sist av alla avdrag vid kommunalbeskattningen. För närvarande (skatteåret 2013) är grundavdraget högst 2 880 euro. Det betyder att den som har en nettoförvärvsinkomst som efter att alla andra avdrag har gjorts inte överstiger 2 880 euro får dra av det beloppet från inkomsten. Om nettoförvärvsinkomsten är högre än 2 880 euro minskas grundavdraget med 20 % av det överstigande beloppet. Det innebär att grundavdraget för närvarande slutar att ha effekt vid en nettoförvärvsinkomst på 17 280 euro.

Grundavdragets maximibelopp har på senare tid ändrats varje år. Mellan 2002 och 2009 var avdragets maximibelopp 1 480 euro, därefter har beloppet höjts årsvis så att det var 2 200 euro år 2010, 2 250 euro år 2011, 2 850 euro år 2012 och 2013 är det alltså 2 880 euro.

Grundavdraget är inget avdrag som man behöver yrka på utan det beviljas automatiskt av skatteförvaltningen om villkoren för det uppfylls. Det finns inga särskilda regler för makar utan avdraget beviljas individuellt för varje skattskyldig. Vid uträkningen av grundavdraget beaktas alla skattepliktiga förvärvsinkomster vid kommunalbeskattningen, även utlandsinkomster beaktas. Kapitalinkomsterna inverkar däremot inte på grundavdraget.

Grundavdraget räknas ut efter att alla andra avdrag från förvärvsinkomsten har gjorts. Här bör kanske påpekas att det inte är samma nettoförvärvsinkomst som utgör gränsen för fullt sjukdomskostnadsavdrag som är grund för beräkningen av grundavdraget. När det gäller sjukdomskostnadsavdraget beaktas nettoförvärvsinkomsten efter att de naturliga avdragen har gjorts. Dit räknas förutom avdrag för sådana utgifter för inkomstens förvärvande som anges i 9 § kommunalskattelagen, resekostnadsavdrag (10 §),

avdrag för bostad på arbetsorten (11 §), motorsågs- och skogsarbetaravdrag (12 §) samt avdrag för inkomstens förvärvande (13 §). Om nettoförvärvsinkomsten efter dessa avdrag är 15 000 euro eller lägre får sjukdomskostnader dras av i sin helhet, om den överstiger 15 000 euro får endast hälften av kostnaderna dras av. Innan grundavdraget sen beräknas ska förutom sjukdomskostnadsavdraget även följande avdrag göras: avdrag för obligatoriska försäkringspremier (14 §), avdrag för premier för kollektivt tilläggs-pensionsskydd (15 §), avdrag för sjöarbetsinkomst (16 §), avdrag för ned-satt skattebetalningsförmåga (17 §), pensionsinkomstavdrag (19 §), invalidavdrag (20 §), studiepenning- och studieavdrag (21 §) samt förvärvsin-komstavdrag (22 §). Den nettoförvärvsinkomst som finns kvar efter dessa avdrag utgör grund för beräkning av grundavdraget.

Att grundavdraget görs sist av avdragen medför att dess storlek påverkas av till exempel sjukdomskostnadsavdraget. Den som gör avdrag för höga sjukdomskostnader får en lägre nettoförvärvsinkomst kvar som grund för beräkning av grundavdraget, vilket leder till att ett högre grundavdrag beviljas. Och tvärtom naturligtvis, om sjukdomskostnadsavdraget är lägre blir nettoförvärvsinkomsten högre och därmed blir grundavdraget lägre.

1.3. Finansieringen av avdragen

Sjukdomskostnadsavdraget är ett avdrag vid kommunalbeskattningen och fram till och med skatteåret 2007 finansierades det också av kommunerna. Sedan 2008 har det dock helt och hållet finansierats av landskapet. Kommunerna har med stöd av landskapslagen (2007:14) om kompensation för förlust av skatteintäkter fått kompensation, i form av ett kalkylerat förskott som sedan har avräknats enligt beskattningens verkliga utfall. Lagen om kompensation tillkom i samband med att det allmänna avdraget återinfördes i kommunalbeskattningen från och med skatteåret 2007. Eftersom avdraget inte skulle drabba kommunerna ekonomiskt utan helt och hållet finansieras av landskapet angavs i lagen att kommunerna hade rätt till kompensation enligt det verkliga beskattningsutfallet. Ett år senare utvidgades lagens tillämpningsområde som ett led i landskapsandelsreformen så att den från och med skatteåret 2008 kom att gälla kompensation för alla de avdrag som finns i landskapets men inte i rikets kommunalbeskattning. Bakgrunden till utvidgningen var kommunernas krav på att lagtinget genom egna aktiva lagstiftningsåtgärder skulle ta ställning till kommunernas helhetsfinansiering vid förändringar i den kommunala skattebasen. För att uppnå detta skulle blankettlagstiftningen på skatteområdet frångås och en egen aktiv kommunalskattelagstiftning antas. Vid den här tiden tillämpades den tidigare kommunalskattelagen (1993:37) för landskapet Åland som till skillnad från den nu gällande kommunalskattelagen var en mer renodlad blankettlag. När landskapsandelsreformen genomfördes fanns emellertid inte resurser till att samtidigt utarbeta en ny kommunalskattelag. För att på något sätt tillmötesgå kommunernas krav på att frågan om kompensation ska behandlas vid förändringar av avdrag infördes bestämmelserna om kompensation till kommunerna i lag.

I samband med att sjukdomskostnadsavdraget skulle slopas från och med år 2013 avsåg landskapsregeringen även att helt och hållet slopa de övriga kompensationerna till kommunerna enligt den ovan nämnda landskapslagen. Det skulle således inte heller göras någon slutjustering av kompensationen för skatteåret 2012 efter att beskattningen har slutförts. Kommunerna skulle därmed enbart få en delvis kompensation för det året, det vill säga det som hade betalats ut som förskott. När sjukdomskostnadsavdraget sedan sänktes i stället för att slopas helt skulle det ha inneburit ytterligare en minskning av skatteinkomsterna för kommunerna. För att undvika det beslöts att kommunerna skulle kompenseras för förlusten av skat-

teinkomster som skatteåret 2013 uppstår genom sjukdomskostnadsavdraget. Samtidigt var det ändå logiskt att upphäva landskapslagen om kompensation för förlust av skatteintäkter, med hänvisning till att den kommunalskattelag som nu gäller inte är en blankettlag vad avdragen beträffar. Lagen upphävdes genom en landskapslag (2012:87) som trädde ikraft den 1 januari 2013, men den tillämpas ändå tills slutjusteringen för 2012 har gjorts. Bestämmelsen om kompensationen till kommunerna för skatteåret 2013 togs i stället in i ikraftträdelsebestämmelsen till ändringen av kommunalskattelagen (2012/86). Eftersom avsikten var att ändringen av sjukdomskostnadsavdraget enbart skulle gälla 2013 så gäller även kommunernas rätt till kompensation uttryckligen bara detta år. Grunden för kompensationen är liksom tidigare det verkliga skatteutfallet och den betalas när utfallet är känt, vilket i praktiken är i början av 2015. Kommunerna får således inget förskott, och om inga lagstiftningsåtgärder vidtas får de heller inte någon kompensation för den förlust av skatteinkomster som förorsakas av sjukdomskostnadsavdraget från och med skatteåret 2014.

Till skillnad från sjukdomskostnadsavdraget har grundavdraget alltid finansierats av kommunerna. I vissa fall har höjningar av grundavdraget indirekt kompenserats genom höjning av landskapsandelarna för socialvården. Detta har dock inte skett regelmässigt utan varit föremål för de årliga förhandlingarna mellan landskapet och Ålands kommunförbund.

2. Utvärdering av sjukdomskostnadsavdraget

2.1. Avdragets syfte

För att utvärdera om sjukdomskostnadsavdraget ger eftersträlvade effekter till rätt målgrupper borde man känna till och utgå från de principiella motiv som ligger bakom avdraget. Det har dock inte definierats några motiv till avdraget i förarbeten till landskapslagstiftning och de motiv som finns till rikslagstiftningen är som nämnts ovan i huvudsak de som framfördes då avdraget infördes 1947. Huvudsyftet var då att utjämna sjukdomskostnaderna i en situation då andra stödsystem för hälsovården fortfarande var synnerligen bristfälliga.

Med hänvisning till de ursprungliga motiven från 1947 kan konstateras, liksom gjordes i riket, att hälsovårdssystemet är mycket bättre idag än 1947 och därmed saknas möjligen skäl att behålla avdraget. Alternativet är att konstatera att sjukdomskostnadsavdraget bör behållas eftersom hälsovårdssystemet fortfarande inte, helt eller delvis, på ett tillräckligt bra sätt sörjer för befolkningens sociala rättigheter. I så fall är det viktigt att också utreda om ett avdrag inom kommunalbeskattningen är ett ändamålsenligt sätt att dämpa effekterna av höga sjukdomskostnader och därmed förbättra utsikterna för att befolkningen uppsöker vård vid sjukdom. I riket ansågs utgiftsutjämnningen för sjukdomskostnader principiellt inte lämpligt att göra via skattesystemet utan borde göras direkt genom hälso- och socialpolitiska instrument.

Samtliga åtgärder som föreslogs som kompensation för ett slopat sjukdomskostnadsavdrag i riket 1992 infördes inte, men det var dock ett antal utgiftsutjämnande åtgärder som vidtogs inom sjuk- och hälsovårdssystemet. De åtgärder som vidtogs genom ändring av sjukförsäkringslagen kom även personer bosatta på Åland tillgodo. Åtgärder, såsom justering av avgiftsnivåer och högkostnadsskyddet samt eventuella subventioneringar är inom landskapets behörighet, och därför är bilden inte densamma som i riket. En viktig skillnad mellan riket och Åland är avsaknaden av allmän tandvård för hela befolkningen. I landskapet erbjuds allmän tandvård till barn och unga i åldrarna upp till och med 27 år, patientgrupper som är prioriterade av medicinska skäl samt bastandvård till personer bosatta i skärgårdskommunerna. Övriga grupper får vända sig till den privata sektorn för tandvård.

2.2. Tillämpning av avdraget

Många personer bosatta på Åland yrkar på avdraget. År 2010 gjorde 10 057 personer avdrag för sjukdomskostnader i den åländska kommunalbeskattningen. Av dessa beviljades 9 803 personer avdraget.

Med stöd av en avstämning som gjorts med Ålands skattebyrå och det kommittébetänkande som föregick förslaget att slopa avdraget i riket, uppskattas att i huvudsak följande kostnadsgrupper ingår i de beviljade avdragen.

- Sjukhusavgifter, inklusive 25 % av institutionsavgifterna
- Avgifter till hälsovårdscentraler och polikliniker
- Avgifter för fysioterapi m.m. enligt läkarremiss
- Avgifter för läkarbesök m.m. från privat sektor
- Läkemedel, receptbelagda samt ej receptbelagda läkemedel som köpts på apotek och omfattas av 9 % momssats
- Tandvård, i huvudsak privat tandvård
- Glasögon och linser
- Resor
- Medicinska anordningar och hjälpmedel, såsom exempelvis tandproteser, hyra av rullstol och kryckor, inköp av hörapparater

Kostnader för mediciner och tandvård uppskattas vara de största kostnadsgrupperna. Enligt en grov uppskattning som ÅSUB gjort utifrån begärd ersättning från FPA avser minst 25 % av de gjorda avdragen tandvårdskostnader och minst 20 % av läkemedelskostnader. Eftersom FPA inte betalar ut ersättning för alla tandvårdskostnader, exempelvis implantat, och eftersom inte alla ersättningsberättigade begär ersättning från FPA finns skäl att anta att andelen tandvårdskostnader överstiger 25 %. FPA betalar inte heller ut ersättning för receptfria läkemedel, vilket innebär att 20 % för läkemedel möjligen är i underkant. Å andra sidan är det inte givet att de skattskyldiga alls inkluderar samtliga apotekskostnader i både ersättningsbegäran till FPA och i deklarationen.

De flesta kostnadsgrupper är direkt subventionerade eller ersättningsberättigande hos FPA. Ersättningen för de olika kostnadsgrupperna beräknas enligt olika kriterier i sjukförsäkringslagen. Den som har så höga kostnader för läkemedel att den årliga självriskandelen om 672,70 euro överskrids får ersättning för 100 % av andelen som överstiger självriskandelen, förutom 1,50 euro för varje föreskrivet läkemedel. Ersättning för tandvårdskostnader utgår med en andel om 60-75 % av FPA:s fastställda taxor. Taxorna för ett tandläkarbesök för kontroll ligger mellan 20-65 euro, vilket kan vara betydligt lägre än den verkliga tandläkarkostnaden.

Ersättning för glasögon och linser betalas inte av FPA. Arbetsgruppen anser dock att dessa kostnader är sådana privata levnadskostnader som inte bör subventioneras genom ett skatteavdrag, huvudsakligen eftersom de är vanliga kostnader för en stor del av befolkningen.

2.3. Avdragets effektivitet

Det ligger i tiden att öka effektiviteten i beskattningen och att förenkla skattesystemets struktur. I landskapets närområden strävas efter att bredda skattebasen, minska antalet avdragsmöjligheter och göra eventuella justeringar av skattesatserna. Att minska antalet avdragsmöjligheter anses leda till att både medvetna och omedvetna felaktigheter i deklarationerna minskar, vilket leder till en högre effektivitet i skatteupptaget. Det innebär även ett enklare, tydligare och därmed mer transparent skattesystem för både skatteförvaltningen och de skattskyldiga.

Avdrag liknande sjukdomskostnadsavdraget saknas idag i de flesta länder med motsvarande hälsovårdssystem som i Finland. De kostnader som ingår i avdraget anses inom den finska och svenska beskattningen utgöra privata levnadskostnader. Avdragsrätten för privata levnadskostnader minskas kategoriskt eftersom dessa avdrag är svåra att kontrollera och för att det är svårt att mäta om de fördelningspolitiska motiv som ligger bakom avdraget uppnås. Vid identifierade behov av utgiftslättande åtgärder vidtas dessa istället genom lagstiftning kopplad till sociala förmåner samt genom subventionering av hälso- och sjukvården.

Enligt uppgift från Ålands skattebyrå kontrolleras ungefär 40 % av de deklarationer som innehåller yrkanden om sjukdomskostnadsavdrag. Den andelen är särskilt utvald utifrån olika förvalda kriterier. Kontrollen bygger på att begära in kvitton och räkna igenom att avdragsbeloppet stämmer. Dessutom utreder skattebyrån om de kostnader som anges på kvittona är avdragsilla. Det är en tidödande process att kontrollera avdraget och grovt uppskattat används en helårstjänst enbart för att administrera sjukdomskostnadsavdraget.

Med anledning av att det saknas vägledning i förarbeten och eftersom det finns få domstolsavgöranden är det upp till Ålands skattebyrå att avgöra vilka kostnader som ska anses ingå i avdragets tillämpningsområde. Inom varje kostnadsgrupp finns särskilda tolkningssvårigheter. För att avgöra om olika typer av kostnader ska anses utgöra sjukdomskostnader tar Ålands skattebyrå vägledning av FPA:s praxis, men avdragets tillämpningsområde är vidare än sjukförsäkringslagen medger ersättning för. Effekten av att det saknas tydlig praxis är att avdraget inte är förutsägbart för de skattskyldiga och att kontrollen av avdraget blir ineffektiv. Om avdraget behålls finns ett behov av att definiera vilka kostnader som ska omfattas av avdraget. Arbetsgruppen har konstaterat att det är mycket svårt att definiera på ett avgränsat och rättvist sätt vilka kostnader som ska anses utgöra sjukdomskostnader. Därtill är det svårt att definiera vilka av dessa kostnader som på en relevant grund bör omfattas av sjukdomskostnadsavdraget.

En särskild brist vad gäller sjukdomskostnadsavdragets utgiftsutjämnande effekter är att utgiften måste betalas i sin helhet vid kostnadstillfället och att avdraget ger effekt först efter att skattebyrån fattat beslut om den slutliga skatten. Den dämpande effekten på sjukdomskostnaden fås därför upp till 1,5 år efter kostnadens uppkomst. Avdraget hjälper därför inte den som redan vid sjukdomstillfället har svårt att betala sina kostnader.

Sjukdomsavdraget får anses vara ett ineffektivt instrument för att uppnå en utgiftsutjämnning av sjukdomskostnader med beaktande av ovanstående.

3. Förslag

Med hänvisning till de problem som finns med sjukdomskostnadsavdraget, både vad gäller dess effektivitet och administrationen av det, är det inte längre motiverat att ha det kvar. Enligt det här förslaget ska det i stället ersättas med ett särskilt tandvårdsavdrag, samtidigt som de negativa effekterna för låginkomsttagarna dämpas genom att grundavdraget höjs. Dessutom ska den del av avdraget för nedsatt skattebetalningsförmåga som beror på sjukdom göras tillämplig vid kommunalbeskattningen i landskapet. Sedan den nu gällande kommunalskattelagen trädde i kraft har detta avdrag bara gällt vid statsbeskattningen.

Det särskilda tandvårdsavdraget är motiverat med anledning av att allmän tandvård saknas i landskapet. Tandvårdsavdraget föreslås vara tillgängligt för alla inkomsttagare, med en självrisk om 100 euro för enskilda och 200 euro för makar. Av främst ekonomiska och delvis fördelningspolitiska skäl föreslås att en inkomstgräns införs så att 100 % av kostnaderna är avdragsgilla under och 50 % över inkomstgränsen. Den nu gällande in-

komstgränsen om 15 000 euro speglar närmast avgränsningen mot relativ fattigdom. Arbetsgruppen anser att det inte har rättvisande effekter att skattskyldiga med en inkomst överstigande 15 000 euro får avdrag med 50 % av kostnaderna. Arbetsgruppen har övervägt möjligheterna att införa flera inkomstgränser så att effekterna före och efter inkomstgränserna inte skiljer sig markant. Med anledning av att det är mycket svårt att fastställa relevanta inkomstgränser väljer arbetsgruppen att ändå föreslå att endast en inkomstgräns införs. Vi föreslår att inkomstgränsen återspeglar ett ekonomiskt förhållande för en genomsnittsålänning som har stabil ekonomi. År 2010 var medianmånadsinkomsten på Åland 3 144 euro (för anställd inom kommun 2 872 euro, av landskapsregeringen 3 105 euro, av landbaserad privat näring 3 118 och sjöfartsbaserad privat näring 3 482 euro). Arbetsgruppen föreslår utifrån dessa uppgifter att inkomstgränsen fastställs till en årsinkomst om 40 000 euro. I denna inkomst ska både förvärvs- och kapitalinkomster beaktas.

För att avdraget ska bli förutsägbart och effektivt att administrera krävs en definition av vilka kostnader som ska omfattas av avdraget. En utgångspunkt för vilka kostnader som kunde vara avdragsgilla är att utgå från ersättningsberättigade kostnader i sjukförsäkringslagen. Exempelvis ersätts inte kostnader för kosmetiska och protetiska åtgärder, tandreglering och tandtekniskt arbete enligt sjukförsäkringslagen. En annan avgränsning är att avgifter för allmän tandvård inte ersätts. Mycket talar för att kostnad för allmän tandvård inte heller borde vara avdragsgill, eftersom det redan är subventionerat. Dessutom är det inte förenligt med syftet bakom det föreslagna tandvårdsavdraget att även allmän tandvård skulle ingå i avdraget. Exempelvis protetiska och andra tandtekniska åtgärder som görs inom den allmänna tandvården uppgår till samma kostnad som privat tandvård för den skattskyldige. Tandtekniska åtgärder inom den allmänna tandvården borde därmed vara avdragsilla.

En avgränsning av olika typer av kostnader riskerar att brista i ändamålsenlighet samt försvåra tillämpningen av avdraget. Med anledning av det föreslås att avdrag får göras för sådan mun- och tandvård som inte är huvudsakligen estetisk/kosmetisk mun- och tandvård, såsom tandblekning- ar och mikroabrasioner. Av praktiska skäl föreslår vi att även avdrag för allmän tandvård kan göras.

Administrationen av avdraget bör vara mer lätthanterlig då tillämpningsområdet är brett. Tandvården bör inte generera en omfattande mängd kvitton per skattskyldig person, vilket innebär att skattebyråns kontroll av avdraget bör vara mycket mer förenklad än av sjukdomskostnadsavdraget.

När sjukdomskostnadsavdraget skulle slopas 2012 framkom uppgifter om att de kostnader som avdragits var störst i förhållande till inkomsten bland låginkomsttagare. Detta tolkades som att dessa grupper skulle drabbas hårdast om avdraget slopades och uppgifterna var avgörande för att man sedan beslöt att avdraget i stället skulle begränsas. Samtidigt visar dessa uppgifter också att en högre inkomst innebär högre sjukdomskostnader per person och även att det är en högre andel som gör avdrag. Enligt statistiken från skatteåret 2010 var sjukdomskostnadsavdraget i genomsnitt 868 euro per person, sett över alla inkomstklasser. Bland dem som hade en beskattningsbar inkomst på högst 15 000 euro var avdraget i genomsnitt 804 euro per person, och 38 % av förvärvsinkomsttagarna i de inkomstklasserna gjorde avdrag för sjukdomskostnader. Om man i stället ser på höginkomsttagare kan man konstatera att de som under samma period hade en inkomst på 50 000 euro eller mer gjorde avdrag för sjukdomskostnader på i genomsnitt 1 155 euro per person, och att avdraget gjordes av 49 % av inkomsttagarna. Ser man ytterligare på inkomstklassen över 80 000 euro var det genomsnittliga sjukdomskostnadsavdraget 1 295 euro per person och 51 % gjorde avdrag.

Det är dock ett faktum att ett slopande av sjukdomskostnadsavdraget skulle drabba låginkomsttagarna som grupp. Ett sätt att motverka de negativa effekterna skulle vara att höja grundavdragets maximibelopp. En sådan skattepolitisk åtgärd skulle gynna alla låginkomsttagare och inte bara de som har sjukdomskostnader. Ett höjt grundavdrag har fler väsentliga fördelar i jämförelse med sjukdomskostnadsavdraget:

1. Eftersom grundavdraget beaktas vid förskottsuppbörden blir effekten av höjningen mer direkt än när det gäller sjukdomskostnadsavdraget, vars effekt uppkommer först i efterhand. Den skattskyldige får alltså pengarna direkt i handen istället för en justering i samband med slutskattebeskedet.
2. Den skattskyldige behöver inte yrka på grundavdrag utan det beviljas automatiskt på basen av nettoförvärvsinkomsten, vilket gör det enklare både för den enskilde och för skatteförvaltningen. Det innebär också att risken för att avdrag beviljas på felaktiga grunder minimeras.

Även om grundavdraget höjs med 200 euro kommer låginkomsttagare som grupp samt alla inkomstgrupper att drabbas av att sjukdomskostnadsavdraget slopas. Detta dämpas dock av att skattskyldiga som har sjukkostnader som överstiger 700 euro per år och 10 % av de sammanlagda kapital- och förvärvsinkomsterna får möjlighet att begära avdrag för nedsatt skattebetalningsförmåga på grund av sjukdom.

4. Förslagets effekter

Sjukdomskostnadsavdraget har hittills utgjort det klart största avdraget av de så kallade åländska avdragen som landskapet har betalat kompensation till kommunerna för. Om sjukdomskostnadsavdraget skulle slopas behöver ingen kompensation till kommunerna betalas vilket leder till att landskapets utgifter minskar.

Från att ha legat på drygt 8,5 miljoner euro beräknas sjukdomskostnadsavdraget enligt ÅSUB:s prognoser stiga till 9,6 miljoner euro år 2012 för att sedan sjunka till drygt 5,2 miljoner euro år 2013, till följd av den begränsning av avdraget som tillämpas från och med i år. Landskapets utgift för kompensation till kommunerna blir enligt prognoserna 1 639 590 euro för år 2012 och 890 160 euro för år 2013 (beräknat enligt de uppgifter som finns i ÅSUB Rapport 2012:5).

Enligt den information som finns nu kommer grundavdraget att höjas med 30 euro i riket inför 2014. Nu föreslås att grundavdraget höjs med 200 euro till 3080 euro i landskapet. Detta uppskattas uppgå till en kostnad för kommunerna om minst 266 000 euro enligt grova kalkyler. Tandvårdsavdragets kostnad är svår att uppskatta eftersom de totala tandvårdskostnader som ingår i avdraget idag inte är kända mer än att de uppgår till minst 25 %. Eftersom arbetsgruppen föreslår en högre inkomstgräns än 15 000 euro, är det även missvisande att utgå från en fjärdedel av den uppskattade kostnaden för sjukdomskostnadsavdraget för 2013. Vi kan dock uppskatta att tandvårdsavdraget kommer att kosta kommunerna minst 222 540 euro. Detta förslag kommer därför att uppskattningsvis kosta kommunerna minst 489 000 euro. Om man utgår från att kommunerna ska kompenseras för den förlust av skatteinkomster som tandvårdsavdraget och höjningen av grundavdraget medför blir det i stället en kostnad för landskapet.

Det saknas uppskattning av kostnad för att införa avdraget för nedsatt betalningsförmåga för sjukdom. Enligt Ålands skattebyrå tillämpas avdraget för nedsatt betalningsförmåga i mycket liten utsträckning. Ett skäl till detta är att det görs en individuell prövning av avdraget. Den utvidgade av-

dragsmöjligheten kan nyttjas av skattskyldiga som har drabbats av mycket höga sjukdomskostnader under året.

Möjligen kommer slopandet av sjukdomskostnadsavdraget att innebära att den privata vården, förutom privat tandvård, blir mindre attraktiv. En eventuell omfördelning av vårdtagare från privat sektor till offentlig påverkas sannolikt av hur stor andel av befolkningen som har privata sjukvårdsförsäkringar.

En positiv effekt av att slopa sjukdomskostnadsavdraget och istället införa ett mindre arbetsdrygt tandvårdsavdrag är att det frigör resurser hos skattebyrån för att granska andra områden. En vidare granskning kan leda till ökade skatteintäkter.

Högekostnadsskydd

1. Nuvarande högekostnadsskydd

Högekostnadsskyddet och grunderna för de avgifter som uppbärs av Ålands hälso- och sjukvård regleras i landskapslag (2007:23) om grunderna för avgifter till Ålands hälso- och sjukvård. Avgifternas storlek regleras i den av landskapsregeringen fastställda patientavgiftshandboken.

För att kostnadsbördan inte skall bli för stor för personer som tvingas anlita vården i stor utsträckning tillämpas ett högekostnadsskydd. Högekostnadsskyddet är högst 375 euro för tjänster som omfattas av skyddet. För personer under 18 år och över 65 år är kostnadstaket högst 120 euro för ett kalenderår. Det lägre kostnadstaket tillämpas till och med den kalendermånad då personen fyller 18 år samt från och med den kalendermånad som följer efter den månad då personen fyllt 65 år. Oavsett ålder ska det lägre kostnadstaket alltid tillämpas i fråga om personer som på heltid beviljats sjuk- eller invalidpension, eller rehabiliteringsstöd på heltid och som vid fyllda 63 år övergår till ålderspension.

Högekostnadsskyddet omfattar patientavgifter för öppenvårdsbesök, dagkirurgi, kortvarig institutionsvård, rehabilitering och fysiatri samt hyra för utlåning av hjälpmedel. När det gäller dygnsavgifter omfattas dock bara tilläggsdelen av högekostnadsskyddet. Avgifter för intyg och utlåtanden kan även omfattas av högekostnadsskyddet enligt vad landskapsregeringen bestämmer. När en person har betalat avgifter till det belopp som utgör kostnadstak är de tjänster som omfattas av högekostnadsskyddet avgiftsfria under resten av året. Det innebär i praktiken att merparten av vården är avgiftsfri för en person som uppnått kostnadstaket.

Det nu gällande regelverket kring högekostnadsskyddet upplevs fungera väl från Ålands hälso- och sjukvårds förvaltnings sida. Trots detta är administration av patientavgiftssystemet relativt stor, inte minst rättelser gällande högekostnadsskydden. Antalet kontakter med patienter som inte klarar av att betala patientavgifterna och som ansöker om avskrivning uppskattas ha minskat jämfört med för cirka 10 år sedan. Vid behov finns även möjlighet att göra upp en avbetalningsplan.

2. Erfarenheter från tidigare system med så kallat låginkomstskydd

Ett låginkomstskydd för personer med lägre beskattningsbar inkomst än 14 000 euro för ensamboende vuxna respektive 22 000 euro för sammanboende i äktenskap eller äktenskapsliknande förhållande fanns under åren 2004-2006. I en skrivelse från Ålands hälso- och sjukvård till lagtingets social- och miljöutskott konstaterades i januari 2007 följande:

Det var svårt att nå ut med information om låginkomstskyddet. Det var även svårt att få in fullständiga ansökningar trots skriftlig begäran om vilket

tilläggsmaterial som var nödvändigt. Därtill var det relativt vanligt med muntliga kontakter med den sökande eller dennes anhöriga. I praktiken ledde det till att beslutsunderlaget var bristfälligt och vissa rimlighetsbedömningar gjordes för att personer som sannolikt hade rätt till låginkomstskyddet inte skulle missa det för att man inte klarade av att lämna in ett fullständigt material. Det fanns till exempel personer helt utan anhöriga eller närmare bekanta som kunde hjälpa till.

Personer i arbetsför ålder, inte pensionärer, var mycket svåra att hantera på ett rättssäkert sätt i samband med låginkomstskyddsbeslut. Detta då inkomsten kunde variera kraftigt beroende på hur mycket personen hade arbetat, vilken sjukersättning respektive arbetslöshetsersättning samt vilket utkomststöd som varit aktuellt. Ansökan kunde göras på förhand och då krävdes en kvalificerad kalkyl och god kännedom om personens förutsättningar till framtida inkomster. Denna kategori av ansökningar var extra resurskrävande att hantera och rättsäkerheten var dålig.

Det var vidare svårt att veta om en person var ensamstående eller levde i samboförhållande och det fanns en stor risk för felaktiga bedömningar. En uppgift om att personen bodde ensam var dessutom svår att kontrollera. Många gånger upplevdes det dessutom som obehagligt att fråga personer som kanske var änka/änkemän om de var ensamstående eller sammanbodde med någon.

Sammanfattningsvis kunde konstateras att administrationen i samband med låginkomstskyddet var omfattande. Förutom svårigheter som beskrivs ovan innebar systemet många gånger att återbetalningar skulle göras, vilket innebar ytterligare en administrativ process.

3. Generellt om högkostnadsskyddets konstruktion

Högkostnadsskyddet inom hälso- och sjukvården bör utgå från varje enskild individ och därmed från personbeteckning. Detta för att familjebegreppet inte är ett entydligt begrepp. Ett system som bygger på personbeteckning möjliggör även ett datastöd för uppföljning av högkostnadsskyddet. Formellt bör det dock fortsättningsvis vara patienten som har ansvaret för uppföljningen av högkostnadsskyddet, eftersom avgifter betalda till andra hälso- och sjukvårdsorganisationer, med vissa begränsningar, ingår i högkostnadsskyddet och Ålands hälso- och sjukvård inte erhåller automatisk information om vilka avgifter patienten betalar till andra organisationer.

4. Alternativa system för högkostnadsskydd

4.1 Högkostnadsskydd för familjer

Högkostnadsskydd för familjen alternativt samtliga barn; Tanken bygger i princip på konceptet med en konventionell kärnfamilj, vilket ofta inte är fallet i praktiken. Det innebär att det är svårt att få automatik i hanteringen av en familjs högkostnadsskydd. Eventuella fel som görs, så att en patientavgift för ett barn kommer ”fel” part tillgodo, kan dessutom vara väldigt känsligt. Vårdnaden om barnet är ofta delad och kan dessutom ändra från tid till annan. En modell för högkostnadsskydd per familj som är rationell och praktiskt genomförbar har inte hittats.

4.2 Högkostnadsskydd baserat på inkomstnivå

Lägre högkostnadsskydd utgående från senast fastställda beskattning; Ett lägre högkostnadsskydd för personer med lägre beskattningsbar inkomst vid senast fastställda beskattning än ett visst fastställt belopp är formellt möjligt att genomföra. Beroende på beloppsgränsens storlek och hur den

formella handläggningen ska gå till kan arbetsmängden vara avsevärd och man kan räkna med att en enkel form av handläggning tar ca 10 min per patient (personlig kontakt, manuell registrering i datasystem, eventuell återbetalning av patientavgifter, arkivering). Till detta kommer att det även finns ett stort behov av återkommande information till allmänheten för att trygga lika tillgång till förmånen. Svaga grupper när det gäller att ta till sig informationen av den här typen är sannolikt äldre och handikappade personer, samt personer som tidigare varit friska och inte berörts av informationen men som blivit sjuka och så småningom får lägre årsinkomster.

Enligt statistik från ÅSUB uppgår antalet personer, 18 år och äldre, med en beskattningsbar förvärvsinkomst i kommunalbeskattningen som understiger 15 000 euro, år 2010 till 8304 personer. Detta innebär att med en administrationstid på 10 minuter per person uppgår handläggningstiden till cirka 1400 timmar effektiv tid, vilket motsvarar en heltidstjänst per år om man beaktar semester och annan frånvaro.

5. Patientavgifter - jämförelser med Norden

Avgifterna för vård är på Åland och i de flesta närområden påtagligt differentierade, dvs avgifterna varierar uttalat beroende på besöksorsak och vårdåtgärd. Differentieringen görs på olika sätt i olika länder och självstyrande områden och det är vanligt att några avgifter vid jämförelse mellan två områden är högre i ett område än i ett annat, medan motsatsen gäller angående vissa andra avgifter. Av dessa anledningar är det svårt att på ett exakt sätt jämföra patientavgifterna som helhet mellan olika områden.

Ålands hälso- och sjukvård har sedan 1.3.2013 en ny patientavgiftshandbok. Som ovan nämnts är vissa avgifter lägre och vissa högre vid Ålands hälso- och sjukvård än i omgivande regioner. Med hänsyn till olika patientgruppers frekvens är dock bedömningen att *genomsnittspatienten* vid Ålands hälso- och sjukvård med dagens högkostnadsskydd betalar mer för vården än i övriga Norden. Den klart vanligaste patienten inom hälso- och sjukvården, både på Åland och i övriga Norden, är patienten som uppsöker primärvården. Kostnaden för ett läkarbesök för en vuxen person vid Ålands hälso- och sjukvårds primärvårdsklinik är 25 euro, medan den i riket i dagsläget är max 13,80 euro [alt obegränsat antal besök i primärvården ett år för max 27,50 euro], i Sverige 100-250 SEK (flertalet orter <200 SEK), i Danmark 0 DKK. I Norge har man ett mycket komplicerat system där patienten återbetalas en stor del av sina kostnader från socialförsäkringssystemet (NAV), i snitt uppges patientandelen vid ett läkarbesök i Norge vara 70 NOK. På Island varierar avgiften för besök hos allmänläkare inom intervallet 500 – 3 800 ISK (3,15-24 euro). Barn betalar på Åland 12,50 euro för ett läkarbesök i primärvården, samtliga övriga länder ovan har kostnadsfri primärvård för barn.

En annan vanlig patientkategori är patienterna som uppsöker läkare på akutmottagningen. Vid Ålands hälso- och sjukvårds akutmottagning är kostnaden för ett besök för vuxna 40 euro. I riket är kostnaden cirka 30 euro, i Sverige 250-400 SEK beroende på ort, i Danmark 0 DKK och i Norge mer svårbedömt eftersom den kan variera beroende på en rad omständigheter. Barn betalar på Ålands hälso- och sjukvårds akutmottagning 20 euro, i riket 0 euro, i Sverige i allmänhet 0 SEK, men 100 SEK på enstaka (storstads)akutmottagningar, i Danmark 0 DKK och i Norge 0 NOK. Inom specialistsjukvården för övrigt varierar avgifterna stort beroende på ärende. Flera typer av besök och åtgärder debiteras lägre på Ålands hälso- och sjukvård än i Sverige och Finland, men det motsatta förhållandet ses också.

På Åland är för närvarande högkostnadstaket, dvs den maximala summa av flertalet patientavgifter inom offentlig hälso- och sjukvård som en per-

son bosatt på Åland själv behöver betala för sin vård under ett år, 375 euro för vuxna och 120 euro för barn <18 år och pensionärer. Direkta jämförelser av enbart nivån för högkostnadsskyddet med andra nordiska länder och självstyrande områden blir i viss mån missvisande då olika regioner har olika regler för vilka avgifter som räknas in i högkostnadsskyddet. Åland bedöms sammantaget inte vara mer generöst än övriga Norden avseende vilka avgifter som räknas in i högkostnadsskyddet. I riket är högkostnadsskyddet 636 euro. Dock finns flera viktiga undantag och särregler från denna nivå, till exempel är max två eller tre besök per år avgiftsbelagda i primärvården (beroende på vilket upplägg patienten väljer och förutsatt att patienten går till samma hälsocentral). I Sverige är högkostnadsskyddet 1100 SEK, i Danmark 0 DKK och i Norge 1880 NOK (det norska högkostnadsskyddet inbegriper dock mer än de övriga nordiska ländernas och självstyrande områdenas, till exempel vissa mediciner).

6. Förslag

Arbetsgruppen föreslår av motiv som redogörs för ovan och i syfte att kompensera för att sjukdomskostnadsavdraget avskaffas att högkostnadsskydden och patientavgifterna behålls på oförändrad nivå. Med hänvisning till tidigare erfarenheter av låginkomstskydd och att antalet personer med en beskattningsbar förvärvsinkomst som understiger 15 000 euro är stort, 8.300 personer, förordar arbetsgruppen inte att ett låginkomstskydd återinförs. Arbetsgruppen föreslår vidare av skäl som redovisas ovan att nuvarande konstruktion av högkostnadsskydd bibehålls.

Mariehamn den 25 juni 2013

Axel Hansson

Ida Hellgren

Diana Lönngrén

Marie Lövgren

Carina Strand