

Oslo, 31. juli 2020

Vedrørende Finansdepartementets høring om innføring av moms i estetisk kirurgi med saksnummer 19/2280, frist 3. august 2020

På vegne av Norsk forening for estetisk plastikkirurgi avgis følgende uttalelse.

- 1. Sammendrag**
- 2. Innledning**
- 3. Estetisk kirurgi er helsetjeneste**
- 4. Vår forening jobber mot kroppspress**
- 5. utfordringer ved praktisering av forslaget**

- 5.1 Praktiske utfordringer. Medisinsk vs estetisk og mva avgrensning ved offentlig finansiering
- 5.2 Avgrensninger ved mva
- 5.3 Etske utfordringer
- 5.4 Administrative utfordringer

6. Konsekvenser ved forslaget

- 6.1 Medisinturisme, reoperasjoner og infeksjoner
- 6.2 Bidrag til sosiale forskjeller
- 6.3 Potensielt tap av viktig kompetanse

7. Konklusjon

1. Sammendrag

Forslaget vil utilsiktet medføre avgiftsplikt for medisinsk begrunnede operasjoner som pasienten må betale selv. De avgrensning-, fordelingsvansker, ulikheter og konsekvenser for faget, som et unntak innenfor kirurgisk behandling vil skape, tilsier at all kirurgisk behandling rettmessig fortsatt skal anses som helsetjenester. Norsk forening for estetisk kirurgi går inn for en presisering av unntaket til helsehjelp som omfatter kirurgisk behandling.

Merverdiavgiftsloven slår fast at *«helsetjenester er unntatt fra loven, herunder tjenester som omfattes av» a. spesialisthelsetjenesteloven og c. ytes av yrkesgrupper med autorisasjon eller lisens etter helsepersonelloven.* Estetisk plastikkirurgi utøves av autoriserte medisinskfaglig spesialiserte leger.

Plastikkirurgi er en spesialitet som innbefatter estetisk (kosmetisk) og rekonstruktiv kirurgi. Overgangen mellom estetisk og generell plastikkirurgi er flytende. Finansiering av operasjon fra

det offentlige og rent kosmetisk begrunnet er avgrensningskriterier som ikke er sammenfallende. Det er derfor vanskelig og uheldig å trekke en grense for merverdiavgift basert på retningslinjer for offentlig finansiering som f.eks. ved 5 cm bukfold, eller ved et skjemmende arr som det offentlige har ferdigbehandlet, i tillegg til at merverdiavgiftsplikten avgrenses til inngrep som er rent kosmetisk begrunnet.

Verken merverdiavgiftstekniske, helsefaglige eller samfunnsøkonomiske hensyn taler for et merverdiavgiftstrettslig skille innenfor kirurgen. All forskning viser at et godt resultat av plastikkirurgi gir en markant forbedret livskvalitet. Plastikkirurgien gir helsegevinster vi ikke bør blande merverdiavgift inn i. Plastikkirurgi er ikke mote slik som tatovering, som paradoksalt anses som kroppskunst i merverdiavgiftslovens forstand. Merverdiavgiftsloven kan forbedres med færre unntak, men et unntak midt inne i helsetjenesteunntaket er på ingen måte veien å gå dersom man vil forbedre merverdiavgiftssystemet.

Høringsutkastet gir inntrykk av at man ønsker å vise politisk handlekraft i forhold til å dempe kroppspress. Vi mener det er feilaktig å framstille estetisk kirurgi som en hovedkilde til kroppspress. Mote og skjønnhetsindustrien mer generelt er tunge aktører i vårt forbrukssamfunn. Dette er også aktører som ikke opererer etter strenge etiske retningslinjer slik estetisk kirurgi gjør.

En reduksjon i vår virksomhet vil ikke bidra til reduksjon av kroppspress. Men det vil gjøre det mer utrygt og mer kostbart å være pasient med skamfølelse over eget utseende, og det vil på sikt kunne bidra til tap av viktig kompetanse innen helsevesenet. Moms vil stimulere til medisinturisme som igjen vil belaste helsevesenet grunnet infeksjoner og behov for nye inngrep. Covid 19 epidemien har understreket behovet for å unngå unødige belastninger på vårt helsevesen.

Høringsforslaget er uklart og vil på enkelte av de ovenfor beskrevne punkter bli tilnærmet umulig å praktisere. Det foreslåtte unntak fra helsetjeneste-unntaket vil dessuten representere en betydelig fare for forskjellsbehandling. Forslaget skaper, som nevnt allerede i 2001, ikke tillit til Regjeringens planer om forenkling i forvaltningen.

2. Innledning

Regjeringen og Finansdepartementet har gått ut med en høring om innføring av moms for kosmetisk kirurgi (også referert til som estetisk kirurgi) med saksnummer 19/2280 og frist 3. august.

Forslaget kommer ubeleilig midt i ferien. Norsk forening for estetisk plastikk-kirurgi er overrasket over at Regjeringen og Finansdepartementet har fremmet forslag om å innføre merverdiavgiftsplikt på omsetning og formidling av kosmetisk kirurgi *“som ikke er medisinsk begrunnet og ikke finansieres helt eller delvis av det offentlige”*. Fremskrittspartiet fremmet forslaget i 2019, og trakk deretter sitt «kirurgimoms»-forslag. Moms på kirurgi er svært vanskelig å praktisere.

Formålet med forslaget er å merverdiavgift-belegge enkelte operasjoner innenfor estetisk plastikkirurgi, de estetisk plastikkirurgiske inngrep som utelukkende er kosmetisk indisert. Arr-korreksjon i ansiktet som eksempelvis er medisinsk indisert dersom det er *«forbedringspotensial ved kirurgi»*, må vurderes av spesialisten som kan frembringe resultatet, og ikke av et byråkrati som i forslaget:

«All kosmetisk kirurgi og kosmetisk behandling utført i private klinikker uten at det er tatt stilling til rett til behandling etter pasient- og brukerrettighetsloven vil dermed være avgiftspliktig. Det må altså foreligge en beslutning fra helsetjenesten/ helsemyndighetene på at det konkrete kosmetisk kirurgiske inngrepet eller den kosmetiske behandlingen er medisinsk indisert og dekkes av det offentlige helt eller delvis».

Den eventuelle svært vanskelige avgrensningen blir dermed i tillegg en byråkratisk belastning for alle involverte.

Høringsnotatet omfatter, utover kirurgi, enkelte kosmetiske behandlinger som ikke er omfattet av den merverdiavgiftsplikten som generelt gjelder for *kosmetisk behandling* som f.eks fillere, samt «*alternativ behandling*» som ble generelt unntatt fra merverdiavgift i 2003.

Vi registrerer at vårt medisinske fagfelt med operativ kirurgisk pasientbehandling feilaktig sammenblandes med enkelte avgiftsunntatte *kosmetiske behandlinger*, og også med såkalt «*alternativ behandling*». Fra vårt ståsted er det uheldig og uriktig å behandle disse ulike områdene under ett. Vi ønsker bidra kort til oppklaring da det synes å herske uklarhet:

- Estetisk og kosmetisk kirurgi er ikke et eget fagfelt, men hører inn under spesialiteten plastikkirurgi og fordrer bred medisinsk faglig kompetanse
- Kosmetisk behandling er en samlebetegnelse for hud-/kroppsbehandling, hvor det i dag generelt er merverdiavgiftsplikt, men hvor det likevel er et begrenset avgiftsunntak (etter rettspraksis) for de tilfeller hvor det anses nødvendig at bruk av laser, fillers o.l. utføres av autorisert helsepersonell.
- Alternativ behandling er en samlebetegnelse for behandlingsformer som i hovedsak kun eksisterer utenfor evidensbasert medisin, og hvor det ikke kreves autorisert helsepersonell.

Norsk forening for estetisk plastikkirurgi (NFEP) tar ikke stilling til merverdiavgift på verken kosmetisk behandling eller på alternativ behandling.

NFEP har sterke innvendinger mot innføring av merverdiavgift på helsetjenesten estetisk plastikkirurgi, og anmoder om at forslaget trekkes tilbake som ineffektivt og byråkratiserende.

3. Estetisk kirurgi er helsetjeneste

Faget plastikkirurgi, innbefattet estetisk plastikkirurgi, er definert som helsetjenester/-hjelp etter merverdiavgiftsloven, pasientskadeloven og helsepersonelloven. Konteksten er her at dette er en medisinsk faglig yrkesutøvelse i en operasjonsstue eller en operasjonssal. Kirurgi fordrer et høyt medisinsk faglig og et høyt håndverksmessig nivå, hvor operatøren i tillegg til medisinsk embetseksamen etter mange års opplæring har en særskilt spesialistautorisasjon, noe som gir den nødvendige trygghet for pasientens helse. Det går et markant helsefaglig skille mellom kosmetisk behandling, tatovering mv. på den ene siden, og den klart helsefaglige medisinske operative behandlingen kirurgi. Uansett om et enkeltstående inngrep ikke anses medisinsk begrunnet, kan plastikkirurgi vanskelig anses som annet enn medisinsk behandling, helsetjeneste og helsehjelp. Helsehjelp-begrepet omfatter estetisk plastikkirurgi i helsepersonelloven og i pasientskade-loven, og bør også definere helsetjenester i merverdiavgiftsloven for å sikre en naturlig klar avgrensning av helsetjenester som er lik i alle sammenhenger, og som dermed naturligvis inkluderer estetisk plastikkirurgi også i merverdiavgiftssammenheng. Spesialiteten plastikkirurgi omfatter både rekonstruktive og

kosmetiske prinsipper, slik at godkjente utøvere skal kunne beherske dette i alle møter med sine pasienter.

Norsk forening for estetisk plastikkirurgi imøteser at helsetjenester i mval § 3-2(2) harmoniseres til; «*helsehjelp, herunder kirurgi, som ytes av yrkesgrupper med autorisasjon eller lisens etter helsepersonelloven*», og «*omfattes av helse- og omsorgstjenesteloven og spesialisthelsetjenesteloven*».

Norsk pasientskadeerstatning er en offentlig erstatningsordning som omfatter skade eller behandlingssvikt i helsetjenesten. Deres praksis underbygger den estetiske plastikkirurgiens plass innen helsehjelp. Plastikkirurgiske inngrep utført i offentlig eller privat regi faller inn under Norsk pasientskadeerstatning. Plastikkirurgiske inngrep utført av autorisert helsepersonell er derfor definert som helsehjelp uavhengig av om denne helsehjelpen er ansett som nødvendig helsehjelp eller ikke.

Det er flere "*helsetilbud*" i det offentlige hvor helsegevinsten har svak eller ingen vitenskapelig dokumentasjon. Et eksempel er kutting av tungebånd hos babyer som ikke ammer godt. Et annet er operativ behandling av inntåing. I tillegg har man alle behandlingene som gjøres av fysioterapeuter og kiropraktorer. Man kan ikke dokumentere helsegevinst i hvert besøk hos fastlegen heller. Når man nå forsøker med uavklarte kriterier å luke ut et fagfelt fra helsebegrepet for å momsbeskatte det, vil alle etablerte helsetjenester måtte gjennomgå samme vurdering. Man vil da også møte på de samme utfordringene når det gjelder avgrensning «*medisinsk/ikke medisinsk*». Det finnes også helsetilbud i det offentlige som i all hovedsak virker gjennom sin estetiske funksjon som for eksempel utstående ører hos barn, brystrekonstruksjon, arrforbedringer, hårtransplantasjoner etter skader, begrensnig av lengdevekst hos jenter som ligger an til å bli over 190, samt hormonbehandling for å øke lengdevekst hos kortvokste.

Dersom bekjempelse av kroppspress blir brukt som påskudd for å innsnevre helsebegrepet, vil man måtte "snu hver en stein" i det uendelige. I tillegg vil man ganske sikkert i fremtiden få enda mer vitenskapelig dokumentasjon på den estetiske funksjonens innvirkning på helsen. Når man da blir nødt til å sammenligne med alle andre helsetilbud når det gjelder effekt, vil det bli en absurd øvelse og sløsing med ressurser.

Vi må beholde helseperspektivet for våre pasienter. De er en sårbar gruppe som har behov for kirurgisk behandling av høy kvalitet. Estetisk kirurgi er kirurgi som uansett er helsetjeneste.

Estetisk kirurgi er helsehjelp etter helsepersonelloven § 3 tredje ledd. Helsehjelp er her definert som «*enhver handling som har forebyggende, diagnostisk, behandlende, helsebevarende, rehabiliterende eller pleie- og omsorgsformål og som utføres av helsepersonell*». Det er viktig å presisere at estetisk kirurgi er helsetjeneste i enhver relevant sammenheng, og derfor ikke kan tas ut av helsetjenestebegrepet i merverdiavgiftsloven uten at det får uoversiktlige uheldige konsekvenser. Merverdiavgiftsunntaket må være praktikabelt.

4. Vår forening jobber mot kroppspress

Høringsutkastet gir inntrykk av at man vil vise en form for handlekraft for å dempe kroppspress. Det har skjedd en vulgarisering av estetisk medisin. Myndighetene har nylig reagert mot

udokumenterbare kampanjer om kollagen- og proteinpulver. Det er bra. Vi har lenge påpekt behovet for regulering av den estetiske delen av bransjen, som må skilles fra kosmetisk behandling ref punkt 2. Det skjer synlige overtramp i stort omfang og myndighetenes manglende handlekraft må ta sin del av skylden for utviklingen vi har sett. Utviklingen er uheldig, men kroppspresset unge står overfor har åpenbart mer sammensatte årsaker med rot i en forbrukskultur med sterke markedsaktører. Forslaget som nå foreligger tar opp estetisk kirurgi, kosmetisk behandling og alternativ behandling under ett, og uten å nevne noe om den unntatte «*kroppsmoten*» tatovering, eller «*kroppsmoten*» kroppsbygging i avgiftsunntatte helsestudio. Det stiller vi oss undrende til.

Alle klinikker i Norge har 18 årsgrense for estetisk kirurgi, noen har 20, en grense som ikke nødvendigvis praktiseres av klinikker i utlandet. Fordi vi ikke er å betrakte som hovedkilden til kroppspress, vil en reduksjon i vår virksomhet ikke dempe dette. En innføring av moms vil også gjøre det mer utrygt og mer kostbart å være pasient med skamfølelse for eget utseende, da flere av disse vil måtte operere seg i utlandet. Vår forening har i fellesskap med Norsk Plastikkirurgisk Forening v/leder Kjersti Ausen lenge påpekt behovet for regulering av den estetiske delen av bransjen som ved fillere.

Våre regler for kosmetisk kirurgi er basert på at den behandlende lege viser spesiell varsomhet ved vurdering av indikasjon for inngrep. Pasientens beste må alltid være det overordnede hensynet for virksomheten. Den behandlende lege må aldri utføre tjenestene ut fra pasientens ønske om en spesiell behandling uten at legen ut fra en helhetsvurdering mener at dette vil være til pasientens beste. Brudd på disse reglene kan/vil medføre eksklusjon og ytterligere sanksjoner. Vedlegg 1: *Etiske regler for plastikkirurger i Norge*

5. utfordringer ved praktisering av forslaget

5.1 utfordringer – skillet medisinske og kosmetiske indikasjoner

De fleste inngrep har både medisinske og kosmetiske indikasjoner. I en operasjon er det derfor umulig, eller svært krevende, å skille mellom medisinsk og kosmetisk kirurgi. Vi utøver ikke sjelden kirurgi der indikasjonen er medisinsk, men hvor pasienten ønsker å betale selv på grunn av ventetid, eller av andre årsaker. I hvor stor grad et inngrep er kosmetisk i forhold til medisinsk, er knapt mulig å fastslå uten inngående kjennskap til hver enkelt pasients situasjon kombinert med svært erfaringsbasert kunnskap om det enkelte inngrep. Når man som lege opererer, utbedrer man en medisinsk og kosmetisk tilstand i én og samme operasjon. Det eksisterer dermed ikke én avgrenset del av inngrepet, som kan legges til grunn ved beregning av mva. for den kun kosmetiske gevinsten ved et inngrep.

Før Finansdepartementet lanserte merverdiavgiftsreformen i Ot. prop. nr. 2 (2000-2001) hadde Departementet nedlagt flere års arbeid med å finne frem til den rette avgrensningen av merverdiavgift. Det er prinsipielt viktig at flest mulig tjenesteområder inngår i merverdiavgiftssystemet, men det er enkelte områder, som helsetjenesteområdet, som konsistent og konsekvent bør holdes helt utenfor med enklest mulig avgrensning. Finansdepartementet utformet den gjeldende lovtekst i merverdiavgiftslovgivningen upåvirket av næringsinteresser, eller særskilte ønsker om å legge merverdiavgift på tjenester enkeltvis. I tiden mellom lovvedtaket og ikrafttreddelsen av merverdiavgiftsreformen, ble enkeltstående tjenester

som tatovering og helsestudioer foreslått unntatt, mens estetisk plastikkirurgi ble foreslått avgiftsbelagt. Forslaget ble nedstemt. Høringen er omtalt i Borgarting lagmannsretts dom av 8. juli 2009 (LB-2008-187928):

«Det vises for så vidt til uttalelsen fra Den norske Lægeforening 23. april 2001, der det blant annet heter at "sondringen mellom kosmetiske og medisinsk indiserte inngrep vil bli svært vanskelig å håndtere i praksis. Regelmessig vil slike inngrep ha både medisinske og kosmetiske indikasjoner." Tilsvarende innvendinger framkom i brev 16. mai 2001 fra Norsk Plastikkirurgisk Forening og Norsk Forening for Estetisk Plastikkirurgi der det blant annet heter: "Ved tilnærmet alle plastiske operasjoner er det estetiske eller kosmetiske aspekt av betydning.", og lenger ut i samme brev: "Da samme type inngrep kan ha både vesentlig medisinsk, vesentlig kosmetisk eller 50-50-kosmetisk/medisinsk fordeling, vil det være umulig å sette opp en liste over hvilke inngrep som skal klassifiseres på den ene eller andre måten." Uttalelsens konklusjon var: "Konklusjon:

Forskriftsutkastet er uklart og vil på enkelte av de ovenfor beskrevne punkter bli tilnærmet umulig å praktisere. Forskriften vil representere en betydelig fare for forskjellsbehandling. Forslaget skaper ikke tillitt til regjeringens planer om forenkling i forvaltningen. DNLF vil på denne bakgrunn kreve at helsetjenester i sin helhet må unntas fra merverdiavgiften uten de foreslåtte kompliserte avgrensningsforsøk. Legeforeningen ber Akademikerne om å følge de ovenstående synspunkter videre opp i sin høringsavtale til departementet. Med vennlig hilsen. Den norske lægeforening, Generalsekretær H.M Svabø Forhandlingssjef Øyvind Sæbø".

Forslaget som er sendt på høring vil i likhet med det forslaget som ble tilbakevist i 2001, være basert på at det for en naturlig integrert helsetjeneste, gis ekskluderende unntaksbestemmelse. Det foreslås at «som helsetjeneste etter første ledd anses ikke kosmetisk kirurgi eller kosmetisk behandling som ikke er medisinsk begrunnet og ikke finansieres helt eller delvis av det offentlige», jf. mval § 3-2(3). Bakgrunnen for at en helsetjeneste utføres og hvem som betaler, bør ikke bestemme avgiftsplikten. Dette vil være uoverprøvbare helseforvaltningskjønn.

Verken det svenske Skatteverket eller EU-kommisjonen har gått inn for at merverdiavgift skal gripe inn i deres lovgivningers unntak for merverdiavgift på helsetjenester. Et svensk selskap PFC Clinic AB, anla imidlertid sak mot det svenske Skatteverket for å oppnå fradragsrett for inngående avgift. PFC Clinic AB vant saken mot det svenske Skatteverket i den europeiske domstolen ved dom 23. mars 2013 (C-91/12). Følgen er at man ble tvunget til å innføre merverdiavgift innenfor plastikkirurgi i EU, med de avgrensings- og fordelingsproblemer det medfører, men i EU er denne, fra merverdiavgiftsmyndighetenes side, uønskede momsplikten avhjulpet av lave merverdiavgiftssatser.

Fra Skatteverkets endrings-uttalelse (dnr: 131 532863-14/111) hitsettes innledningen:

"Skatteverket har i ett ställningstagande redogjort för verkets uppfattning om när estetiska operationer och behandlingar är skattepliktiga till mervärdesskatt. Ställningstagandet innebär en ändring i sak av verkets tidigare syn på estetiska operationer och behandlingar på så sätt att vissa blir skattepliktiga.

Estetiska operationer och behandlingar som görs i rent kosmetiskt syfte utan att vara medicinskt motiverade är skattepliktiga tjänster. Utmärkande för sådana ingrepp är att de utförs uteslutande i syfte att förändra och/eller förbättra utseendet och bara utförs som en följd av patientens eget önskemål. Estetiska operationer eller behandlingar som till någon del är medicinskt motiverade är från skatteplikt undantagen sjukvård. Bedömningen av om

ingreppet är medicinskt motiverat ska göras av legitimerad personal inom hälso- och sjukvården inom ramen för deras legitimation.”

De fleste inngrep har både medisinske og kosmetiske indikasjoner. I en enkelt operasjon er det derfor ofte umulig, eller svært krevende å skille mellom henholdsvis medisinsk og estetisk plastikkirurgi. Dette illustreres i det svenske Skatteverkets uttalelse (dnr: 131 532863-14/111). Vi hitsetter fra vurderingen:

”Estetiska operationer och behandlingar som är medicinskt motiverade är från skatteplikt undantagen sjukvård. Det är legitimerad personal inom hälso- och sjukvården som ska göra bedömningen att åtgärden är medicinskt motiverad. Den legitimerade personalen ska göra bedömningen inom ramen för sin legitimation. Så länge åtgärden är medicinskt motiverad är det från skatteplikt undantagen sjukvård.

Estetiska operationer eller behandlingar kan utföras mot bakgrund av att de både är medicinskt motiverade och har ett kosmetiskt syfte. Skatteverket gör bedömningen att om ingreppet till någon del är medicinskt motiverat är det från skatteplikt undantagen sjukvård.

Rekonstruktion av kroppsdelar efter olycka eller sjukdom och åtgärdande av medfödda missbildningar är sådana åtgärder som är medicinskt motiverade. Sådana åtgärder handlar om att förbättra funktionen och att patienten utifrån en antagen normalitet bedöms vara i medicinskt behov av behandlingen. Rekonstruktiva ingrepp är således från skatteplikt undantagen sjukvård. En omständighet som talar för att det är från skatteplikt undantagen sjukvård är att åtgärden finansieras av någon av de offentliga sjukvårdshuvudmännen.

Det er verdt å merke seg at i Sverige er det avgiftsunntak for inngrep som «til någon del är medisinskt motiverat», samt at offentlig finansiering kun er en «omständighet som talar för» og absolutt ikke et særskilt vilkår for unntak, slik forslaget på høring uheldigvis er formulert. Forslaget som er på høring vil nødvendigvis medføre merverdiavgift utover det som tilsiktes.

Verken det helsefaglige miljøet i Sverige eller den svenske stat har på noen måte ønsket, eller har hatt noe å vinne på, at en vanskelig avgrensning innen kirurgi, er blitt innført i svensk merverdiavgiftslovgivning. Det skjedde mot Skatteverkets vilje, som følge av ECJ-dommen 23. mars 2013 (C-91/12), som var initiert av en enkelt aktørs ønske om fradragsrett for merverdiavgift på kostbart medisinsk teknisk utstyr for kosmetisk laserbehandling.

Det er derfor et paradoks at det i sterk kontrast til Regjeringens forenklingstiltak og i strid med merverdiavgiftssystemets tjenesteartsbestemte avgrensning likevel foreslås innført merverdiavgift på helsetjenesten estetisk plastikkirurgi. Det virker som om forslaget er tuftet på at «kroppspress» skal lede til kirurgi, hvor ideen om merverdiavgift som virkemiddel mot kroppspress har gitt en foranledning til også å foreslå merverdiavgift på tjenester hvor man i merverdiavgiftsreformen tilsiktet merverdiavgift. De avgrensings- og fordelingsproblemer som en innføring av merverdiavgift innenfor plastikkirurgi vil medføre, bør gjennomgås nærmere. Etter det vi kan se vil forslaget få utilsiktede konsekvenser også for blant annet tannlegebehandling, hvor deler av behandlingen er kosmetisk behandling «som ikke er medisinsk begrunnet og ikke finansieres helt eller delvis av det offentlige». Er det tilfelle for estetisk kirurgi er det også tilfelle for tannlegebehandling: «At denne type tjenester er unntatt fra loven innebærer en skattefavorisering og fører til kunstig lave priser i forhold til prisene på

avgiftspliktige varer og tjenester». Norsk Forening for estetisk plastikkirurgi er uenig i at den påstanden gjelder for noe av det tannlegen eller plastikkirurgen gjør.

5.2 Avgrensning av merverdiavgift på kirurgi

Forslaget som er sendt på høring vil ta inn en ny lovbestemmelse i mval § 3-2 tredje ledd. Det foreslås i lovtillegget at «som helsetjeneste etter første ledd anses ikke kosmetisk kirurgi eller kosmetisk behandling som ikke er medisinsk begrunnet og ikke finansieres helt eller delvis av det offentlige».

Avgrensningsproblemene som følger av det nye tillegget til gjeldende avgrensning av helsetjenester, er ikke kun at det skurrer når estetisk plastikkirurgi som reelt sett er helsetjenester, og klart inngår som helsetjenester etter merverdiavgiftsloven § 3-2 andre ledd, likevel ikke skal anses som helsetjenester etter merverdiavgiftsloven § 3-2 tredje ledd.

Vi stiller oss spørsmålet med hvorvidt vilkårene hhv. vilkår nr. 1: *«ikke er medisinsk begrunnet»*, og vilkår nr. 2: *«ikke finansieres helt eller delvis av det offentlige»*, er ment å være to kumulative vilkår, eller om kirurgi ikke skal anses som en helsetjeneste i merverdiavgiftslovens forstand, dersom denne helsetjenesten ikke oppfyller ett av to vilkår.

I Sverige gjelder unntaket estetiske operasjoner som for noen del er medisinsk begrunnet. Det svenske Skatteverket legger til grunn at eksempelvis bukplastikk som en pasient gjennomgår på eget initiativ og bekoster med egne midler, er avgiftsuntatt i de tilfeller hvor den utførende leges vurdering er at inngrepet i noen grad er medisinsk begrunnet. Dessuten er offentlig finansiering i Sverige kun et moment som taler for unntak, når legen vurderer om det foreligger merverdiavgiftsplikt. Merverdiavgiftvurderinger er ikke noe for leger.

Det forslaget som nå er fremlagt er ment å avgrense mellom medisinsk og estetisk indiserte inngrep, men dersom offentlig finansiering blir et vilkår, vil dermed også medisinsk indiserte inngrep bli merverdiavgiftspliktige. Som eksempel kan nevnes at bukplastikk med operasjon av en 4,5 cm omslagsfold er medisinsk indisert, men av hensyn til prioriteringer og ventelister er retningslinjene for at bukplastikken finansieres av det offentlige blitt fastsatt til 5 cm omslagsfold. Tilsvarende finansieres arkkorreksjon i ansikt og på underarm etter retningslinjene dersom det er et *«klart forbedringspotensial ved kirurgi»*. En svært dyktig plastikkirurg kan utføre en klar forbedring av arr for en pasient som har mottatt beskjed om at kirurgi ikke finansieres av det offentlige. For operasjon av øyelokk er synsinnskrenkning blitt vilkår for finansiering av det offentlige. Etersom det nesten ikke er mulig å skille ut estetisk fra medisinsk gevinst i inngrepet for eksempel for øyelokk, vil avgrensningen her etablere en styringsfunksjon for hva som enten er medisinsk eller kosmetisk indisert utfra den vurdering som den utøvende legen vil forsøke å anta at blir lagt til grunn på et gjennomsnittsykehus.

Vi vet alle at dette er helt subjektivt knyttet til vurderingen av legen som pasienten møter. Man tar ikke her en dybdevurdering for hvilken helsegevinst inngrepet vil gi for den enkelte, men bruker målbånd for å se om man faller inn under såkalt medisinsk indikasjon. Denne praksisen er ikke styrt av graden av medisinsk effekt, da det ikke finnes dokumentasjon på om f. eks forskjellen mellom 4 cm og 6 cm fold på buken utgjør noen forskjell i helsegevinst. Det er av hensyn til ventelister og ressurser man har laget disse prioriteringene.

Vi har henvist alvorlige lipødem- pasienter som knapt kan gå til det offentlige, der de har fått beskjed om at tilstanden defineres som kosmetisk. En slik standard kan ikke være grunnlaget for helsetilbudet til norske pasienter. Ofte har disse inngrepene som brystløft, armplastikk, bukplastikk etc. lang ventetid. Da opererer mange seg i det private og bekoster både inngrepet og sykemeldingsperioden selv.

Vi opererer også pasienter som er betraktet som "ferdigbehandlet" i det offentlige helsevesenet. Pasientene kan typisk komme og fortelle at de har dårlig livskvalitet etter en sykdom eller skade som opprinnelig ble behandlet som rekonstruktiv kirurgi. Etter flere revisjoner der kun den estetiske funksjonen sto i fokus, har de gitt opp. Pasienten søker da hjelp hos spesialister i estetisk kirurgi for å oppfylle mer av den integrerte estetiske funksjonen i det rekonstruktive inngrepet. Et eksempel kan være rekonstruksjon av bryst med eget vev.

Så hvem skal definere i hvilken grad den estetiske funksjonen betyr noe for pasientens helse? Det er vanskelig, og det er ikke slik at den avgjørelsen gjøres best av en lege på sykehus. Den estetiske funksjonen er tett knyttet opp mot eget kroppsbilde og selvbilde hos noen. Dersom det blir slik at man ikke liker hvordan man ser ut, vil det for noen bli slik at man ikke liker seg selv. Og da følger det med uhelse. Det er slått fast gjennom forskning av kosmetisk kirurgi at det tilfører helsegevinst i et psykososialt perspektiv.

Vår søsterorganisasjon, Svensk forening for estetisk plastikkirurgi, har lagt ned et omfattende arbeid med å avklare en tilsvarende avgrensning, som vi i Norsk forening for estetisk plastikkirurgi gjerne viderefremidler i denne sammenheng:

“Den estetiska plastikkirurgen ser tillstånd hos sina patienter som läkare inom andra specialiteter inte ser trots att de är vanligt förekommande. Det är vår uppgift att definiera genesen av dessa. En god hälsa innebär att man är fysiskt och psykiskt frisk med normal rörelseförmåga och ett utseende som inte avviker alltför mycket från det som betraktas som normalt. En avvikelse från den allmänt accepterade manliga eller kvinnliga kroppsbilden utgör ofta ett utseendehandikapp och innebär en betydande psykisk påfrestning. I sådana fall innebär en operation i syfte att minska psykiskt lidande ett skyddande av individen och är därmed sjukvård, på samma sätt som ett stödjande psykologsamtal eller medicinering vid nedstämdhet på grund av utseendemässig avvikelse.

Vid en graviditet kan det uppstå skador på bäckenbotten, underlivet och bukväggen. Kvinnokroppen utsätts för stort slitage genom den kraftiga övervikten. En viktuppgång på 20 kg hos en kvinna som väger 50 kg innebär en 40-procentig ökad risk för belastningsskador på ryggen. Livmoderns anteversion kan ge en töjningsskada med isärglidning av de raka bukmusklerna samt hudbristningar. Dessa resttillstånd efter fysiologiska skeenden uppmärksammas inte tillräckligt.

Graviditeten och amningen utsätter bröstet för stora förändringar, exempelvis körteltillväxt och atrofi efter avslutad amning. En del blir bestående, som tomma, platta eller uttöjda bröst. Att lägga in ett bröstimplantat vid kraftig bröstatrofi är ett rekonstruktivt ingrepp som ska betraktas som sjukvård. Cirka två tredjedelar av de

kvinner som søker for vad som, lite slarvigt, kallas bröstförstoring tillhör denna kategori.

Noen vanlige utfordringer som gjør det umulig å behandle pasientene etter objektive etterprøvbare kriterier, er følgende:

Eksempel 1-En pasient som plages av underutviklede bryster ønsker brystforstørrelse som gir et naturlig proporsjonalt uttrykk etter operasjonen. Er dette en operasjon som objektivt er uten psykososiale positive gevinster for pasienten?

Eksempel 2-En voksen pasient forteller at han i barne- og ungdomsårene var plaget med mobbing pga. utstående ører. Han er blitt avvist av en lege ved ØNH avdelingen med begrunnelsen at problemstillingen hovedsakelig er estetisk. Bør dette avgjøre om pasienten, i tillegg til å betale operasjonen selv, skal betale moms til staten? Det er vitenskapelig dokumentert at operasjon av voksne pasienter, i tillegg til økt psykososial helsegevinst, også gir til positive sosioøkonomiske gevinster.

Eksempel 3-En pasient kommer for brystreduksjon og brystløft, og er blitt avvist på sykehuset fordi hun ikke ønsker å fjerne så mye som 250 gram per bryst, som er den grensen som kvalifiserer for offentlig operasjon. Pasienten er 160 cm høy, og er smal over brystkassen. En offentlig reduksjon av 250 gram per bryst ville føre til unormale bryster rent estetisk. Bør pasienten håndteres som en kunde som bør betale moms på brystreduksjonen sin?

Avgrensning av merverdiavgift innenfor kirurgi er både svært vanskelig og svært betenkelig.

5.3 Etske utfordringer

Legen er pasientenes advokat, og legeetikken forplikter oss til å gi rett medisinsk og kosmetisk behandling. Det vil undergrave den nødvendige tilliten mellom lege og pasient dersom legen først anbefaler et inngrep som har både medisinske og kosmetiske gevinster, og deretter må opplyse pasienten om at det må legges mva. på den kosmetiske delen av inngrepet.

Vi som er aktører med helseperspektiv, er en forsikring om at pasientene vurderes utfra et helse- og omsorgsperspektiv. Vi har selv etablert etiske retningslinjer, og vi driver forskning på disse pasientene i et helseperspektiv. Vi vet også hva uhelse er. Dersom moms innføres vil tjenesten etableres som en konsument-tjeneste. I dag har vi visse reguleringer som markedsføringsloven. Det er kun spesialisert helsepersonell som kan utføre tjenesten. Dersom disse kirurgiske inngrepene som altså er integrerte og tett sammenvevd med rekonstruktive inngrep blir rent kommersialiserte, er det bekymringsfullt med tanke på fremtiden. Vi kan se for oss at aktørene da om 20 år har en helt annen bakgrunn f.eks. utdannet i utlandet i minimal invasive cosmetic surgery, og at pasientene våre er blitt degradert til kunder uten det omsorgsaspektet de trenger.

5.4 Administrative utfordringer

Moms vil medføre inntekter, men på utgiftssiden vil det ikke bare komme utgifter til administrasjon, men også behov for kontroll. Hva er et brystløft? Det er jo også en brystreduksjon? Alle vil tolke dette forskjellig, og kontrollfunksjonen må være altopplukende

for å bli rettferdig for pasientene. Utgifter for behandlinger av utenlandsopererte vil øke og disse operasjonene vil heller ikke gi staten skatteinntekter.

Utfordringene omtalt 5.1 og 5.2 viser at objektive, etterprøvbare kriterier er avgjørende dersom alle leger skal kunne praktisere mva.-reglene likt. Uten slik regler, ingen identisk etterlevelse av reglene. Objektive og etterprøvbare kriterier er en forutsetning for forutberegnelighet for pasientene som skatteyttere og legene som tjenesteytere.

Følgende administrative utfordring fremgår av høringsnotatet:

«All kosmetisk kirurgi og kosmetisk behandling utført i private klinikker uten at det er tatt stilling til rett til behandling etter pasient- og brukerrettighetsloven vil dermed være avgiftspliktig. Det må altså foreligge en beslutning fra helsetjenesten/helsemyndighetene på at det konkrete kosmetisk kirurgiske inngrepet eller den kosmetiske behandlingen er medisinsk indisert og dekkes av det offentlige helt eller delvis».

Pasienter henvises i dag normalt uten at det foreligger «en beslutning fra helsetjenesten/helsemyndighetene» om at det foreligger rett til behandling. Dette pålegget fremstår som byråkratisk tungvint og svært kostbart for alle involverte. Hvor er Regjeringens forenkling?

Vår søsterorganisasjon, Svensk forening for estetisk plastikkirurgi, har følgende forslag til hvordan vi som leger muligens kan klare å takle de økonomisk administrative utfordringene med å fordele inngående avgift som forslaget skaper:

”Skatteverkets ställningstagande (det vill säga att domen medför att »rättsläget har ändrats för bedömningen av vilka sjukvårdstjänster som är undantagna från skatteplikt«) har lett till en komplex situation. Ett sätt för utföraren att hantera den är att »dela upp« verksamheten; det vill säga redovisa moms för en procentuell del av verksamheten baserad på en årlig revision. Andelen sjukvård/icke sjukvård kan då variera beroende på patientklientel, geografisk variation, specialistens inriktning och läkarens bedömning av ingreppen.”

En tilsvarende oppdeling ble akseptert av Høyesterett i Rt 2002.1469, "Eksakt regnskap".

Norsk forening for estetisk plastikkirurgi vil helst unngå de vanskelige fordelingsproblemene, og den administrative byrden som forslaget om merverdiavgift på enkelte inngrep medfører.

6. Konsekvenser ved forslaget

6.1 Medisinturisme, reoperasjoner og infeksjoner

Innføring av mva kan øke omfanget av medisinsk turisme, som i betydelig grad øker faren både for MRSA-infeksjoner og for komplikasjoner, som i neste omgang nødvendiggjør medisinsk indiserte reoperasjoner, og som kan svekke en helsemessig trygghet i Norge, vi grundig har erfart nødvendigheten av. Pasientsikkerheten er dårligere i utlandet. Mens private klinikker i Norge tar ansvar ved komplikasjoner, ser man at det offentlige i Norge må tre inn når det oppstår komplikasjoner ved behandling i utlandet. Vedlegg 2: *VG Jakten på perfektjon endte galt*

Ved Ahus har man ikke registrert noen tilfeller av komplikasjoner fra private klinikker siden korona krisens utbrudd. I 2019 var det 13 innlagte pasienter med alvorlige /sykehusinnleggelses/krevende komplikasjoner etter inngrep ved private klinikker, hvorav 80% av disse var operert i utlandet. Eksempler på komplikasjoner er postoperative infeksjoner og sårrupturer, f.eks. ved brystimplantater eller bukplastikker. Faren for økning i MRSA-infeksjoner, som kan ha dødelige utfall er høyst reell.

Pasienter med svakest økonomi vil erfaringsmessig i størst grad velge billigere behandling i utlandet. Gitt at komplikasjoner ved feilbehandlinger kan medføre plager og økte kostnader for den enkelte pasient, forsterker forslaget sosiale ulikheter i helse. Innføring av moms vil favorisere aktører i utlandet. Vi vil se økt spredning av urealistiske før/etter bilder på nett og flere utenlandske konsultasjoner utført i Norge, uten at disse gjennomføres etter etiske retningslinjer gjeldende i Norge. Vedlegg 3: *VG Utenlands konsultasjoner i Oslo*

6.2 Bidrag til økte sosiale forskjeller

Grunnet ressursituasjonen i det offentlige helsevesenet, og lange ventelister, blir kosmetiske inngrep ofte behandlet ved private klinikker der pasientene selv må betale for behandlingen. Mange pasienter har ikke råd til å dekke slik kostnader, noe som fører til sosial ulikhet i helse. Kostnadene vil øke som følge av moms og det vil det øke den sosiale ulikheten i innen helse. Ressurssterke pasienter vil fortsatt ha råd til å sikre seg rett behandling.

Psykologtjenester er som hovedregel unntatt fra mva. Pasienter som oppsøker psykolog grunnet kosmetiske komplekser og lav selvtillit, betaler derfor ikke mva. At kosmetisk kirurgi har dokumentert effekt som måte å fjerne *årsaken* til en psykologisk plage, viser blant annet en solid tysk studie. Alternativet til et kosmetisk inngrep kan være svært langvarig behandling hos psykolog uten dokumentert effekt. (1 En studie av 550 pasienter - foretatt ved Ruhr-Universitaet-Bochum - viser økt livskvalitet og selvtillit etter kosmetiske inngrep. (<https://www.sciencedaily.com/releases/2013/03/130311091121.htm>) Nettside : www.nfep.no

6.3 Potensielt tap av viktig kompetanse

Kvaliteten innen estetisk kirurgi kan bli svekket. Det må den ikke. Den «gode» hensikt å redusere visse operasjoner forsvares ikke at standarden svekkes av at det blir færre operasjoner, og ved at kirurgi forsøkes utført «billigere». Våre relativt få plastikkirurgi-spesialister er avhengig av «mengdetrening» for å utføre medisinsk indiserte inngrep på høyest mulig nivå. Det er kostbart å holde dagens standard. Det er velkjent at merverdiavgift vrir forbruksmønsteret.

Forslaget vil bidra til å svekke private klinikker som gjennomfører medisinsk og kosmetisk behandling der det offentlige helsevesenet ikke har tilstrekkelig kapasitet og ventelistene er lange. Mange private klinikker har avtaler med helseforetakene, og gjennomfører operasjoner betalt av det offentlige.

7. Konklusjon

På denne bakgrunn mener vi helsetjenester i sin helhet fortsatt må unntas fra merverdiavgiften uten det foreslåtte kompliserte avgrensningsforsøk.

Med vennlig hilsen

Styret i Norsk forening for estetisk plastikkirurgi

Amin Kalaaji, overlege dr.med. leder. Email: ami.kal@online.no

Bjørn Jarle Tvedt, overlege, styremedlem

Christian Busch, overlege dr.med. styremedlem

Vedlegg 1:

Etiske regler for plastikkirurger i Norge

Vedlegg 2:

VG Jakten på perfektjon endte galt

Om medisinturisme. Belyser problematikken knyttet til manglende oppfølging ved behandling i utlandet og belastningen for det offentlige helsevesen i Norge ved komplikasjoner. Klinikker i Norge tar selv ansvar ved eventuelle komplikasjoner.

Vedlegg 3:

VG Utenlands konsultasjoner i Oslo

Om utenlandske klinikers gjennomføring av konsultasjoner i Norge uten godkjenning, samt ulovlig markedsføringsvirksomhet i Norge.