

Koncepcja regulacji kwestii podatkowych w ochronie zdrowia – streszczenie raportu



Polityczne decyzje

Adam Kozierekiewicz

Ponad 80 proc. polskich zakładów opieki zdrowotnej to placówki prywatne. Do ich kas wpływa rocznie ok. 40 proc. wszystkich wydatków przeznaczanych na cele zdrowotne. W takiej sytuacji konieczne jest stworzenie nowych regulacji podatkowych, które zapewnią efektywny rozwój prywatnych lecznic, pacjentom zagwarantują lepszą opiekę, a państwu dodatkowe przychody.

Ogólnopolski Związek Pracodawców Prywatnej Służby Zdrowia (OZPPSZ) wystąpił z propozycjami zmian ordynacji podatkowej. Należy podkreślić, że OZPPSZ nie ma własnego projektu reformy ochrony zdrowia i nie zamierza go tworzyć, zamierza jednak aktywnie włączyć się do dyskusji i popierać każdy program, wspierający rolę prywatnej opieki zdrowotnej.

Wśród różnych zagadnień, w sprawie których Związek zajmował stanowisko, znajdują się wspomniane kwestie podatkowe. Przedstawiamy streszczenie raportu, jaki na zlecenie Związku został przygotowany przez Adama Kozierekiewicza z Instytutu Zdrowia Publicznego CMUJ, we współpracy z mec. Tomaszem Michalikiem z kancelarii *Michalik Dłuska Dzie-dzic i Partnerzy sp. z o.o.*

Jak wiadomo, w programach partii nowej koalicji rządowej kwestie podatkowe traktowane są odmiennie, dlatego prezentacja niniejszych propozycji ma pozwolić na merytoryczną dyskusję na temat niektórych rozwiązań podatkowych, istotnych dla ochrony zdrowia.

Cele inicjatywy

Od lat system ochrony zdrowia w Polsce jest przykładem koegzystencji systemu publicznego i prywatnego. Koegzystencja ta mogłaby przynieść więcej korzyści pacjentom i systemowi ochrony zdrowia, gdyby zastosowano określone mechanizmy z palety narzędzi podatkowych. Związek Pracodawców Prywatnej Służby Zdrowia przedstawił zestaw takich propozycji, których celem jest:

1. zapewnienie stałej poprawy jakości usług zdrowotnych jako ważnego elementu jakości życia obywateli, poprzez wspieranie działalności i rozwój placówek ochrony zdrowia, wprowadzone na drodze korzystnych rozwiązań podatkowych;
2. kompensowanie części wydatków ponoszonych na ochronę zdrowia przez obywateli ze swoich prywatnych środków, które obecnie stanowią już ponad 40 proc. całości wydatków w ochronie zdrowia;

» Proponujemy zastosowanie ulg w podatku dochodowym w wysokości kwot nieodliczonego VAT od wydatków inwestycyjnych »

3. promowanie rozpowszechnienia prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych jako sposobu na zmniejszenie napięć w ochronie zdrowia;
4. przeniesienie przez przedsiębiorstwa części popytu do równoległych systemów finansowych, a tym samym zmniejszenie presji na system publicznej ochrony zdrowia;
5. poszerzanie bazy podatkowej w ochronie zdrowia i zapewnianie dochodów budżetowi państwa, a tym samym kompensowanie strat budżetu państwa, wynikających z proponowanych wcześniej zmian w systemie podatkowym.

Brak odliczeń VAT

Cel pierwszy, w postaci zapewnienia stałej poprawy jakości usług zdrowotnych, związany jest w opinii Związku z rozwiązaniem kompensującym w części wydatki na zakup towarów i usług objętych podatkiem VAT. Produ-

cenci usług zdrowotnych aktualnie pokrywają koszty VAT w związku z:

1. zakupem towarów i usług służących bieżącej produkcji;
2. zakupem dóbr inwestycyjnych.

Jednocześnie ci producenci są przedmiotowo zwolnieni z odprowadzania VAT od wartości własnej sprzedaży, przy czym nie mogą także dokonywać odliczeń VAT poniesionego w związku z zakupami wspomnianych powyżej dóbr i usług. Po akcesji Polski do Unii Europejskiej, kwestie VAT nie są już w wyłącznej kompetencji rządu RP, lecz regulowane są na poziomie Wspólnoty. W szczególności VI dyrektywa VAT Rady UE (77/388/EEC) stwierdza, co następuje:

Zwolnienia na terytorium kraju

- A. Zwolnienia niektórych czynności w interesie publicznym
1. Z zachowaniem pozostałych przepisów Wspólnoty, państwa członkowskie stosują zwolnienie od następujących czynności (...):
 - (...)
 - (b) opieka szpitalna i medyczna oraz czynności bezpośrednio z nią związane, podejmowane

- przez organy podlegające prawu publicznemu lub, w warunkach porównywalnych do tych mających zastosowanie do organów podlegających prawu publicznemu, przez szpitale, ośrodki lecznicze lub diagnostyczne i inne uznane zakłady o podobnym charakterze;
- (c) świadczenie opieki zdrowotnej w wykonywaniu zawodów medycznych i paramedycznych zgodnie z definicją zainteresowanego państwa członkowskiego;
 - (d) dostawa ludzkich: organów, krwi i mleka;
 - (e) usługi świadczone przez techników dentystrycznych w ramach ich zawodu oraz dostawa protez dentystrycznych wykonywanych przez stomatologów i protetyków.

W związku z tym wprowadzanie VAT na usługi medyczne należy uznać za niemożliwe. W tej sytuacji proponuje się zastosowanie ulg

w podatku dochodowym w wysokości kwot nieodliczonego VAT od *wydatków inwestycyjnych* oraz *przedmiotowe zwolnienie z VAT* usług *bezpośrednio (...) związanych* z wykonywaniem opieki szpitalnej i medycznej, jako sposoby kompensacji strat wynikających z braku odliczeń VAT w zwykłym trybie.

Mechanizmy podatkowe

Pierwszy z proponowanych mechanizmów podatkowych polega na wprowadzeniu ulg w podatku dochodowym dla podmiotów (osób prawnych i fizycznych prowadzących działalność gospodarczą), z tytułu kosztów nieodliczonego VAT, poniesionych na odtworzenie i inwestycje. Kategoria wydatków inwestycyjnych mogłaby być zdefiniowana następująco:

- wydatki na odtworzenie infrastruktury – zakupy towarów i usług służących remontom

Dodatkowo proponuje się objęcie zwolnieniem z VAT usług *bezpośrednio związanych* ze świadczeniem usług *medycznych i szpitalnych*, co pozwoliłoby na obniżenie kosztów działalności tych podmiotów, w szczególności w toku korzystania w wyspecjalizowanych dostawców usług (np. catering, sprząatanie itp.). W przypadku podmiotów świadczących usługi *bezpośrednio (...) związane*, warunkiem wystawienia faktury na usługi zwolnione z VAT byłoby wskazanie na fakturze odbiorcy usługi, jakim jest podmiot prowadzący działalność z zakresu *opieki szpitalnej i medycznej*, czyli kategorii 85 klasyfikacji towarów i usług.

Ulgi i odliczenia

Mieszkańcy Polski wydają coraz większe kwoty na ochronę zdrowia ze środków prywatnych, tak z własnych kieszeni, jak ze środków

” Deklaracje polityczne wskazują na potrzebę dopływu dodatkowych środków finansowych, w szczególności z prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych ”

i modernizacji pomieszczeń do celów świadczenia usług zdrowotnych (kryteria zaliczenia do uprawnionych wydatków jak w tzw. uldze remontowej dla osób fizycznych);

- wydatki na *środki trwałe* do celów świadczenia usług zdrowotnych.

Wartość proponowanej ulgi podatkowej wynosiłaby równowartość wysokości podatku VAT zawartego w nabywanych towarach i usługach nabytych w celu dokonania odtworzenia/inwestycji.

pracodawców. Z punktu widzenia obywateli, podoleanie obciążeniu wydatkami na ochronę zdrowia, przekraczające obecnie 40 proc. całości wydatków, jest poważnym wysiłkiem. Co więcej, dotyka ono głównie emerytów i rencistów, osoby schorowane, siłą rzeczy często uboższe, powodując pogorszenie jakości życia w tej szczególnie wrażliwej grupie. Sytuacja ta związana jest m.in. z niedomogami publicznej opieki zdrowotnej.

Polityczne deklaracje prawie wszystkich ugrupowań wskazują na potrzebę dopływu

Tab. Prawdopodobne skutki wprowadzenia proponowanych zmian w mechanizmach podatkowych dla budżetu państwa

Skutek dla budżetu państwa		Kwota		
VAT odliczany w podatku dochodowym		262 737 000		
zwolnienie usług związanych z VAT		200 000 000		
ulga w podatku dochodowym od osób fizycznych	maksimum	944 832 000		
	minimum	188 864 000		
wliczenie wydatków na zdrowie w koszty działalności		59 400 000		
razem koszty	maksimum	1 466 969 000		
	minimum	711 001 000		
razem przychody	poszerzenie bazy podatkowej		maksimum	890 520 000
			minimum	389 170 000
bilans			maksimum	-1 077 799 000
			minimum	179 519 000

dotychczasowych środków finansowych, w szczególności z prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych, jako sposobu na rozładowanie napięć finansowych oraz tych związanych z dostępem do usług zdrowotnych (czas oczekiwania). Jednocześnie rozpowszechniają się pracownicze *plany zdrowotne* w postaci pakietów abonamentowej opieki zdrowotnej, które przedsiębiorstwa wykupują na rzecz swoich pracowników. W tej sytuacji proponuje się wprowadzenie *ulg podatkowych od podatku dochodowego dla osób fizycznych*, które, wg wzoru znanego już z przeszłości, kompensowałyby częściowo (i w pewnym sensie *ubezpiecały*) wydatki na ochronę zdrowia ze środków prywatnych. Dodatkowo proponuje się dopuszczenie do *zaliczania w koszty działalności gospodarczej zakupu usług zdrowotnych*, co ma powodować, że

Jednocześnie zarówno obywatele, jak i przedsiębiorcy, a także sami wykonawcy usług zdrowotnych będą mieć silną motywację do ujawnienia wszystkich dokonywanych transakcji, ponieważ byłoby to:

- warunkiem skorzystania z ulg w podatku dochodowym świadczeniodawców usług zdrowotnych;
- warunkiem korzystania z ulgi w podatku dochodowym od osób fizycznych.

Placówki opieki zdrowotnej, publiczne i niepubliczne, zostałyby zobowiązane do wydawania dokumentów sprzedaży usług w postaci faktur (podmioty gospodarcze) lub rachunków fiskalnych (osoby fizyczne). Faktury powinny zawierać kody zgodne z klasyfikacją towarów i usług. Rachunki fiskalne drukowane byłyby z kas fiskalnych.

» Proponowane zmiany przyniosą zapewne skutki w postaci obniżenia kosztów usług medycznych oraz zwiększenia popytu na nie »

przedsiębiorstwa w większym stopniu uczestniczyłyby w finansowaniu tych usług, zmniejszając obciążenia swoich pracowników.

Oba mechanizmy razem powinny wywołać następujące efekty:

- ochrona *podatkowa* domowych budżetów osób często korzystających z usług zdrowotnych,
- wzrost ilości środków w systemie, poprzez zachęcenie osób wyżej zarabiających do korzystania z usług finansowanych prywatnie;
- wzrost ilości środków w systemie, poprzez zachęcanie osób fizycznych i przedsiębiorstw do wykupywania polis dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych;
- wzrost ilości środków w systemie, poprzez zachęcenie przedsiębiorstw do zakupu usług i polis ubezpieczeniowych na rzecz pracowników;
- nacisk pacjentów na żądanie rachunków za usługi zdrowotne, a tym samym poprawa ścisłości podatków z sektora ochrony zdrowia;
- zmniejszenie popytu na usługi świadczone publicznie, a tym samym spadek napięć w tym systemie.

Rejestracja obrotów

Proponowane powyżej zmiany przyniosą zapewne skutki w postaci:

- obniżenia kosztów wytwarzania usług medycznych;
- zwiększenia popytu na usługi medyczne nabywane przez obywateli i przedsiębiorstwa.

W ten sposób możliwe byłoby ujawnienie szarej, nieopodatkowanej strefy wydatków na ochronę zdrowia. Szacuje się, że skala nieujawnionych dochodów ze świadczenia usług medycznych może wynosić od 40 do 70 proc. całości obrotów wykonawców usług zdrowotnych, uzyskujących dochody w postaci opłat z *kieszoni*.

Finansowe skutki proponowanych rozwiązań

Skutki proponowanych zmian obejmują:

- pomniejszenie podatku dochodowego przedsiębiorstw z tytułu kosztów VAT odliczanych w podatku dochodowym oraz utraty wpływów z VAT za *usługi związane z ochroną zdrowia*, szacowane na 462 mln zł;
- pomniejszenie podatku dochodowego przedsiębiorstw i osób fizycznych prowadzących działalność gospodarczą, szacowane na 59 mln zł;
- pomniejszenie wpływów z podatków dochodowych od osób fizycznych, szacowane na kwotę od 188 do 944 mln zł;
- powiększenie wpływów podatków dochodowych z sektora ochrony zdrowia o kwotę od 389 do 890 mln zł.

W sumie zatem przy scenariuszu skrajnie pesymistycznym dla budżetu państwa, można się spodziewać straty w kwocie ok. 1 mld zł, z kolei przy scenariuszu skrajnie optymistycznym, budżet państwa zyskuje 179 mln złotych dodatkowych dochodów.

W zestawieniu z wynikami fiskalnymi proponowanych zmian ważniejsze jednak wydają się skutki społeczne. Wśród najważniejszych należy wymienić:

- dodatkową ochronę *quasi-ubezpieczeniową* osób ponoszących wydatki na usługi zdrowotne (mechanizm ulgi w podatku dochodowym od osób fizycznych). Ten mechanizm dotyczyć będzie głównie emerytów i rencistów oraz ich gospodarstw domowych, jako obciążonych w największym stopniu wydatkami na ochronę zdrowia, a jednocześnie płacących podatki dochodowe;

z etycznego punktu widzenia, jest także ważnym warunkiem poprawności działania publicznego sektora wytwórczego usług zdrowotnych. Mechanizmy *szarej strefy* niszczą wszystkie oficjalne narzędzia zarządzania instytucjami sektora publicznego;

- *podniesienie jakości ochrony zdrowia* (art. 152 Traktatu EU) poprzez poprawę stanu infrastruktury. To ostatnie wymaganie, jako wyzwanie cywilizacyjne związane z akcesją Polski do Unii Europejskiej, jest trudne do spełnienia przy ograniczonych środkach publicznych i niejasnych mechanizmach ekonomicz-

” Dokumenty sprzedaży usług w postaci faktur ujawniłyby szarą, nieopodatkowaną strefę wydatków na ochronę zdrowia ”

- zmniejszenie presji na publiczny sektor ochrony zdrowia przez przeniesienie części popytu na sektor prywatny (w sensie źródeł finansowania). Ten mechanizm pozwoli na zapewnienie większej dostępności do usług zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych dla tych grup społecznych, które w największym stopniu z tych usług korzystają, czyli ponownie emerytów i rencistów, osób nieaktywnych zawodowo oraz rolników;
- likwidację znacznej części *szarej strefy* w ochronie zdrowia. Ten efekt, wielce pożądany

nych systemu. Większe zaangażowanie sektora prywatnego pozwoli na większe zróżnicowanie oferty, a tym samym lepsze jej dopasowanie do oczekiwań poszczególnych grup klientów.

W tym sensie decyzja o zastosowaniu wszystkich lub tylko niektórych z proponowanych mechanizmów jest ważną decyzją polityczną, w istotny sposób wpływającą na jakość działania tak krytykowanego systemu ochrony zdrowia. ■