

■■■■■, dnia 29 czerwca 2026 r.

■■■■■
■■■■■
■■■■■

Do:

Ministerstwo Finansów

Departament Podatków Dochodowych / Departament Systemu Podatkowego

ul. Świętokrzyska 12 00-916 Warszawa

**Wniosek o podjęcie inicjatywy ustawodawczej w celu wyłączenia dysproporcji
dochodowych w publicznej ochronie zdrowia poprzez reformę przepisów
podatkowo-składkowych i eliminację arbitrażu rynkowego**

Działając na podstawie art. 63 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej oraz ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o petycjach, zwracam się z wnioskiem o podjęcie pilnych prac legislacyjnych nad nowelizacją ustawy o podatku dochodowym od osób fizycznych (PIT) oraz ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Celem wnioskowanej reformy jest efektywne wyłączenie skrajnie wysokich, asymetrycznych dochodów lekarzy zatrudnionych w publicznych podmiotach leczniczych (SPZOZ i spółkach z udziałem Skarbu Państwa/JST) na kontraktach cywilnoprawnych (B2B) poprzez likwidację nieuzasadnionych i szkodliwych społecznie przywilejów podatkowo-składkowych (w szczególności ryczałtu od przychodów ewidencjonowanych oraz regresywnej konstrukcji składki zdrowotnej dla tej grupy).

1. Tło problemu i aktualny kontekst debaty publicznej

Przez polską przestrzeń medialną i ekspercką przetacza się debata wywołana strukturalną dysfunkcją finansowania publicznej ochrony zdrowia. Dane Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (AOTMiT) oraz sprawozdania finansowe szpitali powiatowych i wojewódzkich jednoznacznie wskazują, że dominującą formą zatrudnienia lekarzy specjalistów stały się kontrakty handlowe (jednoosobowa działalność gospodarcza).

Masowa ucieczka personelu medycznego z umów o pracę na kontrakty B2B doprowadziła do zjawiska tzw. dyktatu cenowego. Wynagrodzenia kontraktowe w publicznych szpitalach, finansowane w 100% ze środków publicznych (Narodowego Funduszu Zdrowia), osiągają pułapy rażąco nieproporcjonalne do średnich wynagrodzeń w gospodarce oraz do budżetów samych placówek, co prowadzi do ich lawinowego zadłużania.

Problem ten próbuje się obecnie rozwiązywać narzędziami administracyjnymi (jak procedowana w Senacie ustawa o monitorowaniu zarobków lekarzy powiązana z numerem PESEL). Działania te będą jednak bezskuteczne bez interwencji natury fiskalnej, gdyż przyczyną problemu jest systemowy arbitraż podatkowy sankcjonowany przez obecne przepisy.

2. Argumentacja konstytucyjna (Krajowy porządek prawny)

Obecny stan prawny, pozwalający na skrajne zróżnicowanie obciążeń fiskalnych podmiotów wykonujących de facto tę samą pracę w tym samym publicznym szpitalu, narusza fundamentalne zasady Konstytucji RP:

- Zasada Powszechności i Równości Opodatkowania (Art. 84 w zw. z Art. 32 Konstytucji RP): Zgodnie z utrwaloną linią orzeczniczą Trybunału Konstytucyjnego (m.in. wyrok w sprawie K 21/05), nakładanie obowiązków świadczeń cywilnoprawnych musi opierać się na zasadzie sprawiedliwości podatkowej. Sytuacja, w której lekarz na etacie przy dochodzie np. 300 tys. zł rocznie płaci 32-procentowy podatek dochodowy, daninę solidarnościową oraz pełną składkę zdrowotną, a lekarz na kontrakcie B2B generujący 1,5 mln zł przychodu płaci 14-procentowy ryczałt i stałą, znikomą składkę zdrowotną, stanowi jaskrawe pogwałcenie zasady równości wobec prawa. Oba podmioty uzyskują środki z tego samego źródła publicznego, realizując te same zadania państwa (art. 68 Konstytucji).
- Zasada Sprawiedliwości Społecznej (Art. 2 Konstytucji RP): Trybunał Konstytucyjny wielokrotnie podkreślał, że sprawiedliwość społeczna w sferze fiskalnej wymaga, aby podmioty o wyższej zdolności dochodowej (faktycznej i ekonomicznej) ponosiły proporcjonalnie większy ciężar utrzymania wspólnoty. Obecna konstrukcja ryczałtu i składki zdrowotnej dla samozatrudnionych medyków działa w sposób regresywny im wyższy dochód kontraktowy, tym mniejsze procentowe obciążenie na rzecz państwa.
- Obowiązek Zapewnienia Równego Dostępu do Opieki Zdrowotnej (Art. 68 ust. 2 Konstytucji RP): Państwo ma obowiązek zapewnić obywatelom równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Konstrukcja przepisów podatkowych stymulująca drenaż środków NFZ na skrajnie wysokie marże kontraktowe bezpośrednio ogranicza środki na procedury medyczne, leki i modernizację szpitali, uderzając w konstytucyjne prawa pacjentów.

3. Argumentacja w oparciu o prawo i zasady Unii Europejskiej

Prawo unijne dostarcza potężnych argumentów na rzecz konieczności ukrócenia arbitrażu podatkowego w sektorze publicznym:

- Zwalczanie Fikcyjnego Samozatrudnienia i Ochrona Rynku Pracy (Dyrektywa w sprawie poprawy warunków pracy za pośrednictwem platform oraz unijna strategia godnej pracy): Choć dyrektywa platformowa dotyczy specyficznego sektora, odzwierciedla ona ogólny unijny trend i doktrynę zwalczania tzw. *bogatego fikcyjnego samozatrudnienia*. Orzecznictwo Trybunału Sprawiedliwości UE (TSUE) konsekwentnie wskazuje, że państwa członkowskie mają pełne suwerenne prawo (a wręcz obowiązek), by redefiniować stosunki B2B, które wykazują cechy stosunku pracy (podporządkowanie ordynatorowi, sztywne godziny dyżurów, praca na sprzęcie

szpitala), uniemożliwiając wykorzystywanie ich do agresywnej optymalizacji podatkowej.

- Zasada Społecznej Gospodarki Rynkowej (Art. 3 ust. 3 Traktatu o Unii Europejskiej - TUE): Unia Europejska dąży do zrównoważonego wzrostu gospodarczego i spójności społecznej. Tolerowanie systemowych nisz podatkowych dla wybranej grupy zawodowej w sektorze finansowanym przez państwo pogłębia rozwarstwienie i stoi w sprzeczności z celami socjalnymi Traktatu.
- Unijny zakłócenia konkurencji i reguły Pomocy Publicznej (Art. 107 Traktatu o funkcjonowaniu UE - TFUE): Choć publiczna ochrona zdrowia rządzi się swoimi prawami, to preferencyjne stawki ryczałtu (14%) dla podmiotów, które nie ponoszą żadnego ryzyka gospodarczego (gdyż ich jedynym stałym płatnikiem jest publiczny szpital realizujący ryczałt PSZ), mogą być interpretowane jako ukryty, selektywny przywilej podatkowy zakłócający wewnętrzny rynek pracy i konkurencję względem innych sektorów gospodarki narodowej.

4. Proponowane rozwiązania legislacyjne (Wnioski de lege ferenda)

Mając na uwadze powyższą argumentację prawnokonstytucyjną, wnoszę o pilne wypracowanie zmian legislacyjnych obejmujących:

- Wprowadzenie klauzuli wyłączającej możliwość stosowania ryczałtu od przychodów ewidencjonowanych (oraz podatku liniowego) dla przychodów z działalności gospodarczej, w sytuacji gdy ponad 50% tych przychodów pochodzi od podmiotów zaliczanych do sektora finansów publicznych (w tym SPZOZ i spółek medycznych JST). Podmioty te automatycznie podlegałyby skali podatkowej (12%/32%).
- Wprowadzenie progu solidarnościowego w podatku dochodowym dla kontraktów w publicznej ochronie zdrowia np. progresywnej stawki podatkowej od nadwyżki przychodów przekraczających pięciokrotność przeciętnego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw.
- Pełną linearyzację i symetrię składki zdrowotnej – likwidację ryczałtowych progów składki zdrowotnej dla jednoosobowych działalności gospodarczych wykonujących usługi na rzecz publicznego systemu ochrony zdrowia i powiązanie jej z realnym dochodem (na wzór umów o pracę), celem urzeczywistnienia konstytucyjnej zasady solidaryzmu społecznego.

Obecne przepisy podatkowe w sposób nieuprawniony faworyzują formy kontraktowe w publicznych szpitalach, doprowadzając do patologii rynkowej, drenażu finansów publicznych i rażącego naruszenia art. 2, 32 i 84 Konstytucji RP oraz unijnych standardów sprawiedliwości społecznej. System podatkowy nie może być narzędziem pogłębiającym kryzys państwa w tak kluczowym obszarze jak ochrona zdrowia obywateli. W związku z powyższym, wnoszę jak na wstępie o podjęcie stosownej inicjatywy ustawodawczej.

Z poważaniem,

