

FISKALNA TVEGANJA OB VSTOPU V EURO IN REFORMIRANJE JAVNOFINANČNEGA SEKTORJA

(Velimir Bole)

1. Kratek pregled segmentov

Fiskalna tveganja ob vstopu v Euro. Vstop v Euro bi lahko ogrozila neuspešnost pri dveh M. kriterijih, javnofinančnem deficitu in inflaciji. Dve tveganji sta predvidljivi: zmanjšana učinkovitost davčnega administriranja po vstopu v EU in pospešitev domačega trošenja.

Po vstopu v EU se bo učinkovitost davčne službe zmanjšala. Še zlasti pri domačih davkih na blago in storitve (DDV in trošarine), saj bo carina na mejah z državami EU zgubila fiskalno funkcijo¹. Sedanja visoko učinkovitost administriranja davkov in potencialni obseg izpada davka ob vstopu v EU ilustrira dejstvo, da v Sloveniji za vsako točko normalne stopnje DDV davčni donos presega 0.5% BDP, v povprečju EU pa dosega le 0.36% BDP.

V 2004 je za pričakovati le likvidnostni izpad pri DDV (okoli 13 milijard), v 2005 pa so že možni učinki povečane evazije. Zmanjšanje učinkovitosti administriranja davkov na povprečno učinkovitost administriranja v EU bi povzročilo izpad preko 2% BDP². V sprejetem poročilu je v 2005 upoštevan izpad 20 milijard. Pričakovano (končno-ravnatežno) poslabšanje učinkovitosti administriranja davka na dodano vrednost zaradi vstopa v EU je približno enkrat večje, od 0.5% do 1% BDP. Davčna evazija se bo seveda povečevala (proti ravnatežni vrednosti) postopoma. Vprašanje je, kako hitro se bo evazija povečevala in kolikšno poslabšanje v učinkovitosti davčnega administriranja je za pričakovati v ključnih letih 2005 in 2006?!

Predvidljive neugodne posledice neuspešnega vstopa v Euro (izpostavljenost nihanjem kapitalskih tokov, trendna apreciacija centralne paritete, neprekinjeno dušenje domačega trošenja) so znatno večje in bistveno bolj dolgoročne od oportunitetnih stroškov ekonomske politike in institucionalnih (torej tudi davčnih) reform, ki so uperjene v minimiziranje tveganj ob vstopu v Euro. Ključen (dolgoročen) oportunitetni strošek neuspešnega vstopa bo povečana fiskalna represija (prekomerno zaviranje trošenja države in (ali) povečevanje davčnih obremenitev, s katerim se bo reševal javnofinančni in inflacijski cilj), trendno naraščanje relativnih cen nemenjalnega sektorja in, posledična, trendna apreciacija tečaja (s katero se bo skušalo »na silo« doseči inflacijski cilj)³.

¹ Bole, V. 2002, "Možne težave pri administriranju DDV ob vstopu v EU", pripravljeno za Ministrstvo za finance.

² Bole, V. 2002, "Možne težave pri administriranju DDV ob vstopu v EU", pripravljeno za Ministrstvo za finance.

³ Obseg možnih narodnogospodarskih stroškov (naprimer, povečanje ogrožene nezaposlenosti) zaradi večje apreciacije centralne paritete ali neuspelega vstopa v Euro se lahko oceni na osnovi rezultatov analiz J.Prašnikar, V.Bole, M.Koman in A.Ahčan, 2003, »Občutljivost izvoznega gospodarstva na zunanje šoke« ter V. Bole, 2003, »Eksogeni šoki in solventnost gospodarstva«, ki sta pripravljeno za Ministrstvo za finance.

Zaradi velikih narodnogospodarskih stroškov neuspešnega vstopa v Euro, reforme javnofinančnega sektorja, ki so v teku, ne smejo povečevati tveganj povezanih z vstopom v Euro.

Reforma davčnega sistema zato ne sme, do vstopa v Euro, povzročiti porast agregatne davčne obremenitve ali dodatno zmanjšanje učinkovitosti davčnega administriranja. Tvegano je že samo spreminjanje strukture davčnih stopenj, še zlasti spreminjanje (povečevanje) stopenj davčnih oblik, ki generirajo (večje) ponudbene šoke na cene (dvig domačih davkov na blago in storitve, dodatna obdavčitev dela).

Zaradi negotovega obsega izpada davčnih prihodkov in neprimernosti povečevanja davčnih stopenj se, do vstopa v Euro, tudi ciljani obseg trošenja javnofinančnega sektorja ne sme več povečati. Saj lahko ogrozi doseganje obeh omenjenih M. kriterijev za vstop v Euro. Če bi se večje trošenje financiralo s povečanjem javnega dolga (torej preko povečanja deficita), bi poslabšanje javnofinančnega rezultata lahko ogrozilo doseganje M. pogoja za deficit. Še zlasti, ker potencialni izpad davčnega donosa lahko doseže tudi do 1% BDP, že zaradi zmanjšane učinkovitosti davčnega administriranja, ki jo bo povzročil (ob ostalih nespremenjenih pogojih) vstop v EU. Če pa bi se skušal deficit zapreti z večjimi davki, lahko ustrezni ponudbeni šok na cene onemogoči doseganje (že sicer težje dosegljivega) M. inflacijskega pogoja, saj nosilci ekonomske politike ne razpolagajo z učinkovitim instrumentarijem za omilitev ponudbenega šoka na cene razen stiskanja trošenja države.

Še več, v javnofinančnem trošenju za 2005 in 2006 bi moral biti prostor za »Euro rezervacijo« (potencialno dodatno stiskanje trošenja), ki bi se realizirala v primeru nepričakovanega izpada davčnih prihodkov ali prevelike pospešitve domačega trošenja. V sprejetem proračunu je za letošnje in naslednje leto predviden deficit 1.73% BDP oziroma 1.58% BDP. »Rezervacija«, bi zato morala biti reda velikosti 1% BDP, da bi se lahko preprečilo ogrožanje M. pogoja za deficit v primeru nepričakovanega izpada davčnih prihodkov in (ali) vsaj delno omilil cenovni pritisk pospešitve domačega trošenja, ki bo začelo naraščati v drugi polovici letošnjega leta (trošenje prebivalstva je bilo v 2002 približno 2.5% BDP pod trendno ravnijo).

Obdavčitev – obseg in struktura. V EU je obseg davčnih prihodkov (v BDP) praviloma višji kot v Sloveniji (38.4% BDP). Zanimiva je primerjava z najmanj razvitimi gospodarstvi EU (Španijo, Portugalsko in Grčijo) ter dvema majhnima vendar konkurenčno najhitreje rastočima gospodarstvoma (namreč, Irsko in Finsko). Podatki kažejo, da imajo najmanj razvite Portugalska, Španija in Grčija manjši davčni donos, medtem ko ima od konkurenčno hitro rastočih ekonomij, Irska precej nižji delež (31.1%), Finska pa, obratno, precej višjega (46.9%) od Slovenije. Od ostalih gospodarstev EU ima le še Velika Britanija nižji obseg davčnih prihodkov (37.4%).

Strukturo učinkovite obdavčitve v Sloveniji odlikuje, v primerjavi z gospodarstvi EU, nadpovprečna obdavčitev dela, malo večja obdavčitev potrošnje ter daleč podpovprečna učinkovita obdavčitev kapitala.

V drugi polovici devetdesetih je bila potrošnja učinkovito obdavčena z 23.6%, delo z 42.8% in kapital z 23.9%. Zaradi neustrezno specificiranega davka na dohodek (dohodnine) v primerjavi z davkom na dobiček, so zelo velike razlike pri obdavčitvi kapitala korporiranega

sektorja (28.6%) in samostojnih podjetnikov (19.0%)⁴. Efektivne davčne stopnje uvrščajo Slovenijo, hevristično rečeno, med skandinavske države in preostali del evropskega dela OECD – po efektivni strukturi obdavčitve ji je najbližja Francija.

Spreminjanje davčne zakonodaje mora biti, pri nespremenjenem obsegu prihodkov, usmerjeno v zmanjševanje obdavčitve dela in povečevanje obdavčitve kapitala, brez večjih sprememb obdavčitve potrošnje.

Socialni transferji. Obseg socialnih transferjev v Sloveniji malo zaostaja za obsegom socialnih transferjev v EU. Vendar so socialni transferji v Sloveniji ciljani bolje kot v povprečju EU.

Socialni transferji (vključno z nejavnimi shemami) v Sloveniji dosegajo približno 26.6% BDP. V povprečju EU je obseg socialnih transferjev okoli 27.3%. V EU imajo manj razvita gospodarstva, kakor tudi konkurenčno hitro rastoča gospodarstva nižji obseg socialnih transferjev kot Slovenija. V najmanj razvitih članicah EU segajo socialni transferji od 20% do 26% BDP (Portugalska 22.7%, Španija 20.1% in Grčija 26.4%). Visoko konkurenčna majhna gospodarstva v EU imajo nižje socialne transferje kot Slovenija (Irska 14.1% , Finska 25.2%)⁵.

Transferji so z izjemo »raznih transferjev« (nadomestil plač za čas bolniškega in porodniškega dopusta, pomoči ob rojstvu in nekaterih drugih transferjev iz zdravstvenega zavarovanja) dobro ciljani, saj v povprečju vsaka enota socialnih transferjev (v % GDP) zmanjša revščino za 2.26 odstotne točki, medtem ko je isti učinek socialnih transferjev v povprečju EU enak 0.92 odstotne točke⁶.

Tabela1: Socialni transferji v 2000 (% BDP)

	Nezaposlenost	Zdravje	Pokojnine	Invalidnost	Družina	Zdravje-javni
Irska	1.4	5.8	3.6	0.7	1.8	4.7
Finska	2.5	6.0	9.0	3.5	3.1	5.0
Danska	3.0	5.8	11.0	3.5	3.8	6.9
Švedska	2.1	8.7	12.5	3.8	3.5	7.1
Slovenija	1.1	8.2	12.0	2.4	2.4	5.6
Nemčija	2.5	8.3	12.4	2.3	3.1	7.9

V strukturi socialnih transferjev v Sloveniji štrlijo starostni transferji (pokojnine) ter transferji nezaposlenim (glej tabelo). Prvi so, pri podobnem demografskem drevesu, bistveno višji kot v večini držav EU (enaki so vrednostim v državah iz prvega kvintila EU), drugi pa so (glede na obseg nezaposlenih) daleč nižji kot v večini držav EU. Če se upošteva velikost socialnih transferjev za nezaposlene ter odstotek nezaposlenosti, potem je neustrezno kritje tvegane aktivnosti (poslovanja, ki se lahko konča z izgubo dela) v Sloveniji še bolj izrazito, saj je na enoto nezaposlenih skoraj za 50% nižje kot pri prvi najnižji v EU (Finski). V konkurenčno

⁴ Bole, V., 1999, "Struktura davčnega sistema in približevanje EU", GG, september, 25-44.

⁵ Abramovici, G., (2003), "The social protection in Europe", Statistics in focus, Eurostat.

⁶ I. Dennis in A. Guio, 2003, "poverty and social exclusion in the EU after Laeken-part 1", Statistics in focus; lastni izračuni.

hitro rastočih gospodarstvih dovolj veliki (vendar kratkoročni!) transferji za nezaposlene povečujejo pripravljenost za agresivno poslovanje-konkuriranje na trgu⁷.

Predvidena specifikacija davka na dobiček (brez zmanjšanja davka na plačilno listo) bo pri neuspelem vstopu v Euro krepko povečala tveganje znatnega povečanja (individualno nizkih) transferjev za nezaposlene in, v drugem koraku, povečanja trajno nezaposlenih.

Javni izdatki za zdravje. Socialni transferji za zdravje so v Sloveniji visoki (višji kot v obeh majhnih visoko konkurenčnih gospodarstvih).⁸ Vendar je pri primerjalni analizi javnih izdatkov za zdravje potrebno opraviti dva popravka. Pri primerjavi socialnih transferjev (po metodologiji Eurostat-a) se pri transferjih za zdravje upoštevajo tudi izdatki prostovoljnega dopolnilnega zavarovanja. Če se ustrezni del transferjev izloči (ker so, naprimer, »socialno slabo ciljan«⁹) se transferji zdravstvenega varstva v Sloveniji skrčijo na javne transferje za te namene. Za primerjavo so zato v tabeli v zadnjem stolpcu prikazani javni transferji za zdravje (v % BDP) pri visoko konkurenčnih majhnih gospodarstvih EU ter gospodarstvih EU z visoko socialno zaščito¹⁰. Zaradi primerljivosti s podatki za druge države (pripravljeni so po metodologiji OECD) morajo biti pri javnih izdatkih za zdravje pri Sloveniji izpuščene še bolezni – tako očiščeni javni izdatki za zdravje so prikazani v zadnjem stolpcu (za Slovenijo se podatki nanašajo na 2002).

Na dlani je, da so javni izdatki za zdravje predvsem v Nemčiji pa tudi na Danskem in Švedskem opazno večji kakor v Sloveniji. Sedem držav v EU (poleg v tabeli navedene Irske in Finske še, naprimer, Avstrija, Luksemburg, Nizozemska) imajo relativno velikost javnih izdatkov za zdravje manjšo kot Slovenija.

Da bi bila možna vsaj groba primerjava učinkovitosti takšnega obsega trošenja javnih sredstev za zdravje (torej kvalitete ustreznih zdravstvenih storitev), je seveda potrebno upoštevati, da je del izdatkov v strukturi trošenja neodvisen od razvitosti gospodarstva. Takšnih izdatkov (za zdravila in medicinske pripomočke) je bilo v 2003 v Sloveniji približno 1.1% BDP¹¹. Če je razvitost Slovenije (merjena z BDP/pc) glede na Finsko oziroma Irsko približno $(28/11=)$ 2.54 krat manjša, potem je obseg trošenja javnih sredstev v Sloveniji, pri katerem se lahko učinkovitost javnega trošenja za zdravje korektno primerja z učinkovitostjo trošenja v omenjenih državah $(5.6)^2 / (1.1 * 2.54 + 4.5) = 4.3\%$. Primerljiv obseg je torej nekaj (za 0.3% oziroma 0.7% BDP) manjši kot na Irskem oziroma Finskem. Hevristično rečeno, pri enaki učinkovitosti (in enakih ostalih pogojih) obseg javnih izdatkov za zdravje v Sloveniji omogoča približno 7%-16% manjšo kvaliteto zdravstvenih storitev, kot jo dosegajo v najbolj dinamičnih (majhnih) gospodarstvih EU.

Ker je obseg bolezni približno 13% javnih izdatkov za zdravje, je javno financiranje zdravstvenih storitev za toliko manjše od ustrezne fiskalne (davčne) obremenitve. Drugače rečeno, če bi se celotna sredstva zbrana iz obveznega zdravstvenega zavarovanja porabila za financiranje zdravstvenih storitev, bi javna sredstva (ob enaki učinkovitosti trošenja)

⁷ Stiglitz, predavanje v Ljubljani.

⁸ I.Dennis in A.Guio, 2003, "poverty and social exclusion in the EU after Laeken-part 1", Statistics in focus; lastni preračuni.

⁹ Zaradi komplementarnosti, ki je omenjena v nadaljevanju; glej tudi "Zdravstvena reforma", 2003, Ministrstvo za zdravje.

¹⁰ "Health at a glance", 2003, OECD.

¹¹ "Makrofiskalni scenarij za obdobje 2004-2007", 2003, Ministrstvo za finance.

omogočala doseganje enake kvalitete zdravstvenih storitev, kot jo dosejata obe majhni konkurenčno hitro rastoči gospodarstvi v EU.

Struktura financiranja zdravstvenega varstva. Obseg javnih izdatkov, kot rečeno, potencialno omogoča (pri ostalih enakih pogojih) le nekaj manjšo kvaliteto zdravstvenih storitev kot v najbolj dinamičnih (razvitih) gospodarstvih EU. Ali je torej vprašanje financiranja le sekundarnega pomena za kvaliteto zdravstvenega varstva in je pomembno le povečanje učinkovitosti trošenja (torej doseganje ravni primerjanih razvitih gospodarstev)?!

Javno in zasebno financiranje trošenja za zdravje je v 2002 doseglo približno 7.7% BDP (zaradi primerljivosti je financiranje zmanjšano za izdatke za boleznine in druge transferje, ki niso neposredno povezani z zdravstvenimi storitvami, torej za 0.72% BDP)¹². V primerjavi s članicami EU (podatki so dostopni za 2000¹³) je takšen obseg v spodnjem kvintilu držav (nižji obseg javnih in zasebnih izdatkov za zdravje od Slovenije so imele Finska, Irska, Luksemburg, Španija in Velika Britanija). Podobno kot pri javnih izdatkih velja tudi pri celotnih izdatkih, da izdatki za zdravila in pripomočke, pri katerih cene niso odvisne od razvitosti (odvisne so od zdravstvene storitve), tudi pri enaki učinkovitosti (kot pri primerjanih državah), dodatno znižujejo kvaliteto (učinke) zdravstvenih storitev (v primerjavi z drugimi državami).

Zasebna sredstva za zdravje tudi v Sloveniji (podobno kot v večini držav EU) nastopajo vsebinsko v dveh funkcijah: kot doplačila, ki povečujejo razpoložljiva sredstva in neposredna plačila, ki zmanjšujejo moralni hazard pri trošenju zdravstvenih storitev (še zlasti zdravil). Doplačila so praviloma zavarovana z dopolnilnim zavarovanjem (v 2002 so dosegla 1.2% BDP). Po deležu javnih sredstev je Slovenija v spodnjem kvintilu držav EU (manjši delež imajo tri najmanj razvite države, ter Avstrija, Nizozemska in Belgija).

Ključni problem sedanjega načina financiranja zdravstvenih storitev niso relativno majhna sredstva (kot delež v BDP), niti sama (k zasebnim sredstvom pristrana) struktura financiranja, ampak komplementarnost obeh virov pri financiranju vsake posamezne(!) zdravstvene storitve. Zato velikost doplačil (k plačilom-izdatkom obveznega zavarovanja) racionira trošenje celotnega obsega vsake zdravstvene storitve, ki se (vsaj delno) financira iz javnih sredstev.

Zaradi komplementarnosti lahko doplačila bistveno vplivajo na trošenje zdravstvenih storitev nižjih dohodkovnih razredov.

Študije v tujini (domačih ni) kažejo, da so cenovne elastičnosti povpraševanja po zdravstvenih storitvah majhne, da pa se povečujejo z velikostjo doplačil nelinearno, še zlasti pomembne so velikosti doplačil okoli 25% cene zdravstvenih storitev. Analize kažejo, da se z doplačili preko 25% statistično značilno zmanjšuje tudi trošenje nujnih zdravstvenih storitev (ki se ne smejo odlagati). Največje spremembe v trošenju pri uveljavitvi večjih doplačil je pričakovati pri doplačilih okoli 25%, pri nadaljnjem povečevanju doplačil je dodatno krčenje trošenja znatno manjše. Pri 25% doplačilu za vsako zdravstveno storitev se v povprečju zmanjša

¹² Zasebni izdatki so v 2002 dosegli 2.1% BDP. Glej "Zdravstvena reforma", 2003, Ministrstvo za zdravstvo; "Makrofiskalni scenarij za obdobje 2004-2007", 2003, Ministrstvo za finance.

¹³ "Health at a Glance", 2003, OECD.

trošenje zdravstvenih storitev za 20% do 25%. Učinki povečanih doplačil na zdravje so opazni pri revnejših, statistično značilno zmanjšajo še zlasti trošenje preventivnih storitev.¹⁴

Prevaljevanje obveznosti med javnofinančnimi segmenti. Kot rečeno mednarodna primerjava kaže, da so v Sloveniji socialni transferji za starost v samem vrhu EU, v skupini gospodarsko najbolj razvitih, socialno visoko aktivnih vendar gospodarsko nedinamičnih držav, medtem ko so socialni transferji za nezaposlenost v Sloveniji (tudi relativno – glede na obseg nezaposlenih) daleč za ustreznimi transferji večine držav EU, še zlasti pa socialno najbolj aktivnih ali najbolj dinamičnih gospodarstev. Tako velike razlike v ustreznosti obsega socialnih transferjev omogoča skrito prevaljevanje obveznosti med javnofinančnimi segmenti.

Transfer iz pokojninske blagajne v zdravstveno blagajno (5.96%) je določen tako, da je zdravstvena blagajna, zaradi staranja prebivalstva, sistemsko postavljena v trajno nevzdržno finančno situacijo. Saj prebivalci starejši od 60 let v povprečju porabijo preko 3 krat več zdravstvenih storitev od prebivalcev v starosti do 60 let¹⁵. Pri tem pa SPIZ transferira (za vsakega upokojenca) v zdravstveno blagajno (javnega zdravstvenega zavarovanja) manj kot polovico od skupnega prispevka (le 5.96% od 13.45%) za običajnega zaposlenega zavezanca - SPIZ ne vplačuje niti celotnega prispevka delojemalca. Finančna situacija ZZS se bo zaradi tega poslabšala še zlasti po 2007, ko se bo pospešilo upokojevanje povojne »baby boom« generacije.

Boleznine in drugi z zdravjem nepovezani transferji ZZS predstavljajo 0.72% BDP; ti transferji so dejansko prevaljeni transferji drugih blagajn na zdravstveno blagajno¹⁶. Prevaljevanje nazorno ilustrira dejstvo, da mora zdravstvena blagajna plačevati boleznine tudi nezaposlenim ali pa, da mora plačevati celo prispevek delodajalca na boleznine!?

Da gre pri bolezninah za drugačno naravo socialnih transferjev in ne za transferje za zdravje, kaže že vsebinska primerjava s siceršnjo naravo javnih transferjev za zdravje. Pri bolezninah je namreč popolnoma odsotna solidarnost (saj je transfer določen v odstotku od siceršnjih rednih prejemkov) – z bolezninami se torej zmanjšuje(!) progresivnost javnega zdravstvenega zavarovanja. To lepo ilustrira porazdelitev teh nadomestil (za bolniško, porodniško, ipd. odsotnost), saj je v zgornjo polovico decilov transferirano 55% nadomestil, v najvišji-deseti decil pa celo 14.3%!¹⁷

Kmetje plačujejo v veljavnem sistemu 5.96% od katastrskega dohodka, ki pa ne sme biti manjši od minimalne plače. Istočasno pa, naprimer, pokojninska blagajna zanje prejema tako prispevek delodajalca kot delojemalca.

¹⁴ E. Docteur, H. Oxley, 2003, "Health-Care Systems: Lessons from the Reform Experience", Economic department working papers, no. 374, OECD.

¹⁵ Glej, Bole, B., 1998, "Fiskalni položaj javnofinančnega sektorja in pokojninski sistem", GG, junij, 23-39. Tuji podatki potrjujejo enako povečanje trošenja zdravstvenih storitev s starostjo.

¹⁶ Prav zaradi tega, naprimer, metodologija OECD ne prišteva boleznine med izdatke za zdravje.

¹⁷ Stropnik, N. in T. Stanovnik, 2001.

2. Reforme javnofinančnega sektorja v pripravi

Reforma davka na dohodek pravnih oseb . Reforma te davčne oblike bi morala biti usmerjena v povečevanje obdavčitve kapitala in zmanjševanje obdavčitve dela ter v poenostavljanje specifikacije davčne oblike, torej v odpravljanje značilnosti davčne oblike, ki povzročajo težave pri administriranju davka na dobiček (naprimer, 12. člen zakona).

Investicijske in zaposlitvene olajšave bi morale biti opuščene, v ustreznem obsegu pa zmanjšan davek na plačilno listo. Spremenjena struktura obdavčitve bi omogočila podjetjem (predvsem iz menjalnega sektorja) lažje nevtraliziranje povečanega konkurenčnega pritiska v začetnem obdobju po vstopu v EU, še zlasti ob morebitni izsiljeni apreciaciji centralne paritete (zaradi doseganja inflacijskega cilja), ali celo preživetje posledic neuspešnega vstopa v Euro¹⁸.

S tako specificirano davčno reformo bi bilo tveganje za povečanje ogrožene zaposlenost (še zlasti v menjalnem sektorju, naprimer, živilski industriji) zmanjšano in zato tudi fiskalno tveganje za povečanje izdatkov javnofinančnega sektorja (subvencij in kasneje socialnih transferjev). Ukinitev investicijskih in zaposlitvenih olajšav bi poenostavila davčno administriranje davka in tako (pri ostalih enakih pogojih) povečala učinkovitost davčnega administriranja.

Restrukturiranje davka na dohodek pravnih oseb v korist zmanjšanja davka na plačilno listo (zvišanja ustreznega praga) bi tudi zmanjšalo pričakovane mejne stroške. Njihovo zmanjšanje bi (vsaj delno) stisnilo inflacijo v, za doseganje M. inflacijskega kriterija, ključnem obdobju (2005-2006), ko bo povečan pritisk domačega trošenja na cene nemenjalnega sektorja ekonomsko politično zelo težko zavirati .

Empirični učinki veljavnih davčnih olajšav na investicije in zaposlenost so zelo majhni.¹⁹ Učinki davčnih olajšav na mlada in rastoča podjetja so še nesorazmerno bolj skromni, istočasno pa vzpodbude opazno povečujejo davčne distorzije med davčno sicer ekvivalentnimi oziroma podobnimi podjetji. Neučinkovitost investicijskih davčnih vzpodbud potrjujejo tudi študije v tujini²⁰.

Reforma davka na dohodek pravnih oseb – slabša a sprejemljiva alternativa.

Investicijske vzpodbude v veljavni specifikaciji se opustijo. Nova specifikacija davčne oblike je uperjena v stimuliranje investiranja v opremo za raziskave in razvoj ter v stimuliranje ustreznega zaposlovanja visokokvalificiranih še nezaposlenih mladih.

Po davčnem donosu je nova specifikacija davka na dohodek pravnih oseb nevtralna. Smisel takšne specifikacije davka na dohodek pravnih oseb se opira na dejstvo, da je

¹⁸ Možni narodnogospodarski stroški (naprimer, povečanje ogrožene nezaposlenosti) večje apreciacije centralne paritete ali neuspelega vstopa v Euro se lahko ocenijo na osnovi rezultatov analiz J.Prašnikar, V.Bole, M.Koman in A.Ahčan, 2003, »Občutljivost izvoznega gospodarstva na zunanje šoke« ter V. Bole, 2003, »Eksogeni šoki in solventnost gospodarstva«, ki sta pripravljena za Ministrstvo za finance.

¹⁹ Bole,V. in R. Volčjak, 2003, "Davek na dohodek pravnih oseb; analiza učinkov davčnih parametrov", analiza pripravljena za Ministrstvo za finance.

²⁰ Glej, naprimer Clark,P., (1993), "Tax Incentives and Equipment Investment", Brooking Papers on Economic Activity,1,317-339; ali pa Tanzi,V. in H. Zee, 2001, "Tax Policy for Developing Countries", Economic Issues, IMF.

investicijsko davčno vzpodbujanje teoretično smiselno, če gre za nevtraliziranje tržne »pomanjkljivosti«²¹. Velja opozoriti, da empirične analize v tujini tudi za takšne vzpodbude kažejo nezadostno učinkovitost pri vzpodbujanju raziskav in razvoja – učinek je manjši od izgubljenega davčnega donosa²².

Vzpodbujanje investicij v opremo za raziskave in razvoj se specificira s pospešeno amortizacijo; takšna vzpodbuda je najbolj učinkovita (nima pomanjkljivosti drugih vzpodbud, naprimer preferiranje sredstev s kratko življenjsko dobo), povzroča majhne davčne distorzije, njeni stroški so majhni, davčno administriranje takšne vzpodbude pa je najbolj učinkovito²³.

Mladi (visokokvalificirani in še nezaposleni) so pri prvi zaposlitvi oproščeni delodajalčevega prispevka in davka na plačilno listo za leto dni (za dve leti).

Finančno restrukturiranje javnega zdravstvenega varstva – vsebinske poteze. Javno financiranje zdravstvenega varstva se poveča z restrukturiranjem socialnih transferjev (krčenjem socialnih transferjev za starost v korist transferjev za zdravje), z normalizacijo prispevkov kmetov ter s krčenjem izdatkov ZZZS, ki ne štejejo med izdatke za zdravstvene storitve. Prostovoljno dodatno zavarovanje se usmeri v financiranje novih (dodatnih) storitev, vrstnega reda in »dodatne bolezni«!

Transfer iz pokojninske blagajne se mora povečati za 0.9% BDP. Povečanje transferja se mora realizirati z zmanjšanjem neto pokojnin. Saj je relativno prevelik socialni transfer za starost v veljavnem davčnem sistemu dejansko realiziran s povečano obveznostjo ostalih blagajn. Pokojnine namreč niso v celoti obdavčene z dohodnino (čeprav so pokojninski prispevki izvzeti iz dohodninske osnove), vplačila SPIZ-a v zdravstveno blagajno pa ne dosegajo niti prispevka delodajalca. Prenos bi se opravil postopoma (približno v petih letih) s fiksiranjem realne pokojnine. Po takšnem zmanjšanju neto pokojnin, bodo transferji za starost v Sloveniji (kot delež BDP), pri podobnem demografskem drevesu, še vedno med najvišjimi v EU (višji, naprimer, kot na Danskem ali Finskem).

Potrebno je povečanje prispevkov za obvezno zdravstveno zavarovanje kmetov na višino zbirne prispevne stopnje (13.45%). Ker se po vstopu v EU povečuje transfer iz EU za kmetijstvo (v letu 2005 za skoraj 33 milijard), se lahko, naprimer, postavka »neposredna plačila v kmetijstvo« (7 milijard, okoli 0.11% BDP) uporabi za ta namen.

Reformirano obvezno zdravstveno zavarovanje mora tudi pri bolezninah uveljaviti solidarnostno načelo. Vsem (zaposlenim!) upravičencem se iz javnega zdravstvenega zavarovanja zato plačuje boleznina v višini 90% minimalne plače! Zavarovanje bolezni (kot »dodatne bolezni«), v poljubnem znesku nad tem zneskom (ki je del javnih izdatkov za zdravje), lahko kot svoj produkt ponudi vsak ponudnik dodatnega (prostovoljnega) zavarovanja. Javni izdatki za zdravje se na takšen način lahko povečajo (ob nespremenjenem financiranju) za približno 0.4% BDP!

Finančno restrukturiranje javnega zdravstvenega varstva – možne parcialne poteze. Kot rečeno, če sodimo po strukturi financiranja v državah EU, ključen problem sedanjega načina

²¹ Glej Tanzi, V. in H. Zee, 2001, "Tax Policy for Developing Countries", Economic Issues, IMF.

²² Glej, Hall, B. in J. Van Reenen, 1999, "How Effective are Fiscal Incentives for R&D? A Review of the Evidence", NBER, WP70898.

²³ Glej Tanzi, V. in H. Zee, 2001, "Tax Policy for Developing Countries", Economic Issues, IMF.

financiranja zdravstvenih storitev niso relativno majhna sredstva (kot delež v BDP), niti sama (k zasebnim sredstvom pristrana) struktura financiranja, ampak komplementarnost obeh virov pri financiranju posameznih(!) zdravstvenih storitev.

Zato je potrebno specificirati košarico zdravstvenih storitev za vsak način financiranja (javnega-obveznega oziroma zasebnega-prostovoljnega) ločeno. Torej tako, da bo (sicer manjša) košarica zdravstvenih storitev v celoti financirana z javnimi sredstvi in ločena košarica zdravstvenih storitev, ki bo v celoti financirana iz prostovoljnega (dopolnilnega) zavarovanja. Na takšen način bi se lahko realizirala vsaj solidarnost, ki je vgrajena v javni sistem obveznega zdravstvenega zavarovanja.

Specifikacija košare storitev, ki se financira z javnimi sredstvi bi morala zajeti storitve, kjer je elastičnost na ceno najmanjša (ki so najbolj nujne). Empirične analize v tujini kažejo, da se elastičnost na doplačila (velikosti kot so v veljavi v Sloveniji) močno razlikujejo glede na bolezensko stanje – nujnost zdravstvene intervence (akutno, kronično, itd), torej bi bilo takšno razdelitev v načelu možno narediti²⁴.

Reforma dohodnine vsebuje štiri ključne elemente, ki (vsaj delno) odpravljajo pomanjkljivosti veljavne zakonodaje: svetovni dohodek, ločevanje aktivnih in pasivnih dohodkov (kar omogoča ločitev davčne obravnave prenosa premoženjske pravice na intelektualni lastnini od dohodkov iz zaposlitve), spremembo v obravnavi kapitalskega dobička in obdavčitev obresti.

Reformirana dohodnina vsebuje tudi povečano splošno olajšavo; splošno znižanje davčne osnove je namreč dvignjeno na 17.2% povprečne plače, namesto veljavne olajšave v višini 11% povprečne plače. Povečanje splošne olajšave za en tolar je ekvivalentno (fiskalno in socialno - po redistribucijskih učinkih) zmanjšanju prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja za 1 tolar, saj je splošna olajšava neodvisna od dohodkovnega statusa zavezanca. Zato je mogoče transfer gospodinjstvom, ki je realiziran s povečanjem splošne olajšave, specificirati ekvivalentno kot zmanjšanje prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja.

Dvig splošne olajšave je vsebinsko nepomemben za bistvene (vsebinske) značilnosti nove specifikacije dohodnine, zato bi lahko raven splošne olajšave (11% povprečne plače) ostala nespremenjena (in enaka sedaj veljavni olajšavi). Ustrezno povečan donos iz dohodnine (0.37% BDP, 22 milijard v 2002) pa bi povečal financiranje javnega zdravstvenega varstva in tako omogočil (v enakem znesku) zmanjšati dodatno (prostovoljno) zdravstveno zavarovanje, oziroma zmanjšati ustrezen obseg doplačil k javnemu financiranju zdravstvenih storitev.

²⁴ Glej, naprimer, tabelo 4 v Docteur, E. in H. Oxley, 2003, "Health Care Systems: Lessons from the Reform Experience", Working Papers, no. 374, OECD.