

*dr inż. Anna Milewska*<sup>1</sup>

Katedra Polityki Europejskiej, Finansów Publicznych i Marketingu  
Szkoła Główna Gospodarstwa Wiejskiego w Warszawie

## **Determinanty zadłużenia jednostek samorządu terytorialnego – wybrane aspekty**

### WSTĘP

Zgodnie z treścią artykułu 163, a także 166 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. samorząd terytorialny wykonuje zadania publiczne niezastrzeżone przez Konstytucję lub ustawy dla organów innych władz publicznych, a zadania, szczególnie te, służące zaspokajaniu potrzeb wspólnoty samorządowej realizowane są przez niego, jako zadania własne.

Ze względu na znaczący wpływ na kondycję finansową JST w tym artykule poddane zostaną analizie sprawy dotyczące głównie zakresu realizacji dwóch grup zadań determinujących zadłużenie, tj.: edukacji publicznej, a także promocji i ochrony zdrowia.

Do realizacji wyznaczonego celu posłużyły rozważania zapisów zawartych w ustawach i innych aktach prawnych. Wykorzystano także pozycje literatury z zakresu finansów publicznych (w tym samorządowych) oraz ekonomiki usług (w tym funkcjonowania systemu ochrony zdrowia). Ponadto posłużono się materiałami netograficznymi zamieszczonymi na stronach branżowych oraz artykułami prasy specjalistycznej.

W części badawczej artykułu wykorzystano wtórne źródła informacji (materiały udostępnione przez Ministerstwo Finansów, Zdrowia oraz Najwyższą Izbę Kontroli).

### SAMORZĄD W POLSKIM SYSTEMIE OŚWIATY

Obowiązkowy charakter zadań oświatowych gmin został przesądzony przepisem art. 104 ustawy o systemie oświaty, stanowiącym, że prowadzenie szkół podstawowych, z wyjątkiem szkół podstawowych specjalnych i artystycznych,

---

<sup>1</sup>Adres korespondencyjny: SGGW, ul. Nowoursynowska 166, 02-787 Warszawa, tel. +48 22 59 340 69, e-mail: anna\_milewska1@sggw.pl.

przechodzi do obowiązkowych zadań własnych gmin z dniem 1 stycznia 1994 roku. Gmina mogła ustalić inny niż powyższy termin przejęcia szkół, jednak nie późniejszy niż dzień 1 stycznia 1996 roku. Od dnia 1 stycznia 1996 roku żadna z gmin nie może już uwolnić się od konieczności pełnienia funkcji organu prowadzącego publiczne szkoły podstawowe [Majchrowicz-Jopek, 2012, s. 9].

W 1999 r. wprowadzono w życie reformę systemu edukacji. Uruchomiono proces zmian ustroju szkolnego, programów nauczania oraz reguł oceniania wiedzy, a także kompetencji ucznia. Co jednak wydaje się najbardziej istotne z punktu widzenia finansów samorządowych, zreorganizowano ośmio- i wprowadzono sześcioklasowe szkoły podstawowe, a także trzyletnie gimnazja.

Zmiana sieci szkół przyczyniła się do przemieszczenia dzieci i kadry nauczycielskiej. Towarzyszące temu problemy znalazły odzwierciedlenie w kompetencjach jednostek samorządu terytorialnego – przede wszystkim gmin i powiatów. To właśnie na gminach i powiatach spoczął (po 1 stycznia 1999 roku) główny obowiązek przygotowania i wprowadzenia reformy oświaty [Prażmowski, 2001, s. 3].

Wraz z reformą administracyjną (wprowadzoną 1 stycznia 1999 roku), która zmieniła podział terytorialny kraju, nastąpiły znaczące zmiany kompetencyjne organów administracji rządowej i samorządowej w zakresie systemu edukacji. Uchwalone 5 czerwca 1998 r. w ramach tej reformy ustawy o samorządzie województwa i o samorządzie powiatowym wyznaczyły zasady funkcjonowania nowych jednostek samorządu terytorialnego. Poczyniono zmiany obowiązków i uprawnień kuratorów oświaty, którzy przestali być organami prowadzącymi podległych im do tej pory szkół i placówek. Zadania te zostały przekazane jednostkom samorządu terytorialnego. Każdemu ze szczebli przypisano określone typy szkół i placówek, z możliwością prowadzenia także innych na mocy stosownych porozumień. Szkolnictwo ponadpodstawowe oraz specjalne powierzono do prowadzenia powiatom, gminom natomiast – przedszkola (w tym specjalne), sześcioklasowe szkoły podstawowe i nowo powstałe trzyletnie gimnazja. Kluczowym zadaniem kuratoriów oświaty stał się nadzór pedagogiczny obejmujący całość działań edukacyjnych szkół i placówek.

**Tabela 1. Udział procentowy wydatków na oświatę (działy 801 i 854\*)  
w wydatkach bieżących samorządów gminnych**

Wyszczególnienie	Lata					
	1992	1996	2000	2004	2008	2012
Miasta wojewódzkie	22,9	36,6	39,8	40,01	34,5	34,1
Inne miasta na prawach powiatu	22,8	43,7	43,8	47,2	43,5	45,0
Miasta powiatowe	22,8	45,1	46,7	45,7	41,2	42,9
Małe miasta	24,2	46,7	49,5	49,0	43,3	44,2
Gminy wiejskie	23,3	51,2	53,9	53,2	45,9	46,6

\*przed rokiem 2001 obowiązywała inna klasyfikacja budżetowa, dla lat wcześniejszych uwzględnione zostały wydatki ponoszone w ramach ówczesnego działu 9.

Źródło: [Swianiewicz, Łukomska, 2014, s. 218].

Z danych zaprezentowanych w tabeli 1 oraz wcześniejszych rozważań autorki wynika, iż w pierwszym etapie, czyli do roku 1996 przesunięcia odpowiedzialności za realizację zadań oświatowych na szczebel samorządowy, poziom wydatków był porównywalny w każdym z nich.

W pierwszych dwóch latach (1991–1992) prowadzenie szkół przejęło tylko 10% gmin, a do roku 1995 (czyli na rok przed powszechną reformą w tym zakresie) zaledwie jedna czwarta samorządów [Swianiewicz, Łukomska, 2014, s. 218]. Wydatki kierowane na oświatę i wychowanie do roku 2008 (a także w kolejnych okresach, chociaż z mniejszą dynamiką) charakteryzowała tendencja wzrostowa. Przyczyn takiego stanu rzeczy należy, zdaniem samorządowców, upatrywać m.in. w zapisach Karty Nauczyciela. Jest to dokument regulujący m.in. warunki zatrudnienia (liczbę przepracowanych tygodniowo godzin) a także poziom wynagrodzeń pracowników oświaty. Warto w tym miejscu rozwinąć pojęcie „pracownika oświaty”. Samorządy są bowiem zobowiązane do zatrudnienia, w oparciu o Kartę Nauczyciela, nie tylko nauczycieli prowadzących zajęcia lekcyjne z uczniami, ale także pracownika biblioteki, wychowawcę w świetlicy (internatu) oraz pracownika poradni psychologiczno-pedagogicznej.

Szukając oszczędności w wydatkach bieżących, jednostki samorządu coraz częściej podejmują uchwały dotyczące likwidacji placówek oświatowych. Ze względu bowiem na niż demograficzny i w związku z tym rosnące koszty utrzymania placówek oświatowych, funkcjonowanie ich w takim ujęciu jak dotychczas, postrzegane jest jako czynnik wpływający na poziom zadłużenia samorządów.

**Tabela 2. Liczba podjętych decyzji o likwidacji placówek szkolnych**

Wyszczególnie:			
Lata	2011	2012	2013
Liczba podjętych uchwał intencyjnych w sprawie likwidacji szkół	292	727	259

Źródło: opracowanie własne.

Likwidując, łącząc czy wygaszając placówki szkolne samorządy ograniczają wydatki bieżące głównie w aspekcie wynagrodzeń (a także pochodnych – składek na ubezpieczenie społeczne). Pamiętać jednak należy, że z likwidacją placówki łączyć się będą także dodatkowe koszty związane np. z obowiązkiem zapewnienia dojazdu dla uczniów.

#### ASPEKT FINANSOWY ORGANIZACJI USŁUG Z ZAKRESU OCHRONY ZDROWIA

Jak wcześniej wspomniano, kolejnym z zadań własnych samorządu są także sprawy z zakresu promocji i ochrony zdrowia. System opieki zdrowotnej w Polsce pomimo wielu podjętych prób reform zмага się z wieloma trudnościami

zarówno natury organizacyjnej, jak i finansowej. Jego kluczowym problemem jest narastające zadłużenie szpitali (w tym samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej), które są główną formą realizacji usług w zakresie ochrony zdrowia w trybie opieki stacjonarnej. Wiele placówek zmaga się z poważnymi i cyklicznymi problemami finansowymi spowodowanymi głównie wysokimi kosztami pracy, a także złym stanem technicznym wyposażenia medycznego i infrastruktury wspomagającej oraz niewystarczającą pulą limitów przyznawanych przez NFZ w ramach kontraktów. O ile stan techniczny i poziom infrastruktury, dzięki wsparciu środków pochodzących z budżetu ogólnego Unii Europejskiej, ulega poprawie to rozmiar i wpływ pozostałych czynników nie jest tak elastycznie zmienny w czasie.

Działania samorządu terytorialnego w funkcjonowaniu systemu ochrony zdrowia można podzielić na następujące grupy: organizowanie służby zdrowia, zarządzanie służbą zdrowia, finansowanie służby zdrowia [Wąsiewicz, Masiakowski, 2001, s. 1].

Jednostki samorządu terytorialnego są więc organizatorami, właścicielami, zarządcami oraz podmiotami współfinansującymi system ochrony zdrowia w Polsce. To właśnie rola organizatora jest jednym z najważniejszych zadań samorządów terytorialnych wszystkich szczebli. Jednostki samorządu terytorialnego m.in. tworzą zakłady opieki zdrowotnej, kierują nimi, ale także nadają im statut i użyczają im mienia.

Zgodnie z treścią obowiązującej do dnia 1 lipca 2011 r. ustawy z dnia 20 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (art. 8) zakład opieki zdrowotnej mógł być utworzony przez:

- 1) ministra lub centralny organ administracji rządowej;
- 2) wojewodę;
- 3) jednostkę samorządu terytorialnego;
- 3a) publiczną uczelnię medyczną lub publiczną uczelnię prowadzącą działalność dydaktyczną i badawczą w dziedzinie nauk medycznych;
- 3b) Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego;
- 4) Kościół lub związek wyznaniowy;
- 5) pracodawcę;
- 6) fundację, związek zawodowy, samorząd zawodowy lub stowarzyszenie;
- 7) inną krajową albo zagraniczną osobę prawną lub osobę fizyczną, z zastrzeżeniem ust. 1a oraz
- 8) spółkę niemającą osobowości prawnej.

Zakład opieki zdrowotnej był traktowany jako wyodrębniony organizacyjnie zespół osób i środków majątkowych utworzony i utrzymywany w celu udzielania świadczeń zdrowotnych i promocji zdrowia. Przez publiczne zakłady opieki zdrowotnej rozumiano te utworzone przez organy zdefiniowane w punktach 1–3b i prowadzone w formie samodzielnego zakładu, pokrywającego z posiadanych środków i uzyskiwanych przychodów koszty działalności i zobowiązań. Ustawa

dopuszczała prowadzenie zakładu zdrowotnego w formie jednostki budżetowej lub instytucji gospodarki budżetowej, tylko wówczas jeżeli prowadzenie tego zakładu w formie samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej byłoby niecelowe lub przedwczesne.

Udział sektora samorządowego w państwowym długi publicznej wynosił w analizowanych latach około 8% (w porównaniu z podsektorem rządowym – ok. 90%) lecz zaniepokojenie budziła dynamika długu samorządowego (np. w 2011 roku dług samorządów wzrósł o ok. 21%). Szczegółowe dane zamieszczono w tabeli 3.

**Tabela 3. Zadłużenie podsektora samorządowego po konsolidacji  
(według nominalu, w mln zł)**

Lata/Wyszczególnienie	Udział zadłużenia jednostek samorządu terytorialnego w państwowym długi publicznej, w tym:			
	podsektora samorządowego		zadłużenia SP ZOZ*	
	(w mln)	(w %)	(w mln)	(w %)
2009	39 324,7	5,8	2 916,5	0,43
2010	53 524,6	7,2	2 867,1	0,38
2011	64 257,7	7,9	2 999,8	0,40
2012	67 398,3	8,0	3 314,7	0,40
2013	66 296,7	7,5	3 122,7	0,40

SP ZOZ\* – samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej

Źródło: opracowanie własne na podstawie informacji udostępnionych przez Ministerstwo Finansów – biuletyny kwartalne – Zadłużenie Sektora Finansów Publicznych (za lata 2010, 2011, 2012 i 2013) oraz Najwyższej Izby Kontroli.

Samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej postrzegane były i są jako podmioty, które uniemożliwiają szybki rozwój i ograniczają szybkie podejmowanie decyzji, zwłaszcza strategicznych i długoterminowych. Prawdopodobnie funkcjonujący zakład opieki zdrowotnej powinien być jednostką, która jest w stanie elastycznie reagować na zmieniające się otoczenie (w tym zmian panujących na rynku usług zdrowotnych, nowych technologii medycznych, a także potrzeb pacjentów). Dlatego też zdaniem ustawodawców odpowiednią koncepcją było utworzenie i prowadzenie zakładów opieki zdrowotnej przez spółki prawa handlowego. W tabeli 4 zamieszczono stan zobowiązań wymagalnych SP ZOZ w latach 2008–2013. Analizując zawarte w tabeli dane wnioskować można, iż w roku 2013 (w odniesieniu do roku 2012) zobowiązania wymagalne SP ZOZ charakteryzowała tendencja spadkowa, natomiast w strukturze tych zobowiązań corocznie wzrastał udział zobowiązań wobec dostawców.

W celu wparcia jednostek samorządu terytorialnego w działaniach stabilizujących system ochrony zdrowia został wdrożony wieloletni program rządowy [Uchwała, 2009].

**Tabela 4. Poziom i struktura zobowiązań wymagalnych SP ZOZ (wybrane aspekty)**

Lata	Kwota zobowiązań wymagalnych (w tys. zł)	Udział zobowiązań wymagalnych z tytułu dostaw i usług (w %)
2008	1 532 569	56
2009	1 646 827	60
2010	1 612 812	65
2011	1 651 515	76
2012	1 728 602	80
2013	1 276 744	83

Źródło: opracowanie własne na podstawie informacji udostępnionych przez Ministerstwo Zdrowia.

Głównym założeniem tego programu było stworzenie warunków do rozwoju oraz wzrostu konkurencyjności regionów poprzez powstanie stabilnych ekonomicznie podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych w systemie ochrony zdrowia w ramach realizacji zadań własnych jednostek samorządu terytorialnego nieobjętych kontraktami wojewódzkimi [Załącznik, 2009].

Czas trwania programu określono na lata 2009–2011, realizację powierzono ministrowi właściwemu do spraw zdrowia, a w budżecie państwa zabezpieczono kwotę 1 381 mln zł. System ochrony zdrowia w Polsce potrzebował zmian pozwalających na zwiększenie efektywności zarządzania i poprawę organizacji zakładów opieki zdrowotnej. Istotą Programu było otrzymanie przez jednostki samorządu terytorialnego dotacji celowych z budżetu państwa na spłatę części zobowiązań przejętych w wyniku likwidacji samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej. Program nie zakładał współfinansowania z innych źródeł, jednak w wyniku jego realizacji oczekiwany był spadek zobowiązań samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej o ok. 2 900 mln zł.

Od dnia rozpoczęcia realizacji Programu wpłynęły do Ministerstwa Zdrowia 72 wnioski o przydzielenie dotacji celowej z budżetu państwa na zadania własne jednostek samorządu terytorialnego. Z tego zrealizowano 69 na kwotę ok. 753 923,2 tys. zł (po uwzględnieniu zwrotów z 2010 r.) oraz 1 217,75 tys. zł na ocenę BGK i NFZ. Łącznie ok. 755 140,95 tys. zł (po uwzględnieniu zwrotów z 2010 r.) [Informacja, 2009].

W latach 2003–2011 w spółki prawa handlowego przekształciło się zaledwie 121 samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej. Według szacunków Ministerstwa Zdrowia, w 2013 roku co najmniej 50 zakładów opieki zdrowotnej zostanie przekształconych przez samorządy w spółki kapitałowe [Seredocha, (http)].

Od wejścia w życie, tj. z dniem 1 lipca 2011 ustawy z dnia 15 kwietnia o działalności leczniczej z treści artykułu 6 (ust. 2) wynika, iż jednostka samorządu terytorialnego może utworzyć i prowadzić podmiot leczniczy w formie spółki kapitałowej lub jednostki budżetowej. Do dnia 30 września 2013 r. (tj. 3 miesiące od terminu zatwierdzenia sprawozdania za rok 2012) organ założycielski zobowiązany był pokryć ujemny wynik finansowy.

Na mocy zapisów tej ustawy przekształcenie SP ZOZ w spółkę prawa handlowego do końca 2013 roku oznaczało możliwość skorzystania z pomocy finansowej.

Samorządy, które zdecydowały się na przekształcenie, mogły skorzystać z umorzenia zobowiązań finansowych (art. 190–195 ustawy) oraz ubiegać się o dotację celową z budżetu państwa w wysokości wartości umorzonych w wyniku ugody kwoty głównej lub odsetek z tytułu zobowiązań cywilnoprawnych oraz wynikających z zaciągniętych kredytów bankowych pozostałych do spłaty. Warunkiem uzyskania dotacji było wpisanie spółki powstałej z przekształcenia zakładu opieki zdrowotnej do rejestru przedsiębiorców nie później niż 31 grudnia 2013 roku (art. 196–202 ustawy) [Seredocha, ([http](#))].

Graniczną datą jest 30 września 2014 r. (12 miesięcy od terminu, w którym należało pokryć ujemny wynik finansowy) ponieważ organ założycielski zobowiązany jest wydać do tego czasu uchwałę o zmianie formy organizacyjno-prawnej albo o likwidacji SP ZOZ – w przypadku niepokrycia ujemnego wyniku finansowego. Oznacza to, iż samorządy, które zdecydowały się na przekształcenie SP ZOZ w roku 2014 nie mogą liczyć na wsparcie finansowe z budżetu państwa.

## PODSUMOWANIE

Podejmowanie decyzji finansowych podyktowane jest umiejętną konstrukcją planu określającego zarówno źródła pozyskiwania dochodów jak również kierunki ich wydatkowania. Problem pojawia się wówczas, kiedy trudno o elastyczną reakcję finansową na zmieniające się otoczenie społeczne, prawne czy też ekonomiczne.

Dotyczy to każdego podmiotu funkcjonującego w gospodarce, poczynając od gospodarstw domowych, przez przedsiębiorstwa aż po podmioty zakwalifikowane do sektora finansów publicznych. Jednostki samorządu terytorialnego jako integralny element tej ostatniej grupy, zgodnie z treścią ustawy o finansach publicznych (szczególnie art. 243) są zobowiązane do utrzymania budżetu w równowadze w zakresie wydatków bieżących. Deficyt bowiem może być realizowany wyłącznie w celu pokrycia wydatków majątkowych. Zapis ten obowiązuje od 1 stycznia 2014 r., dlatego też samorządy coraz aktywniej poszukują oszczędności, aby wypełnić ten ustawowy obowiązek. Jedną z form uszczuplenia wydatków bieżących są oszczędności związane z wynagrodzeniami (i pochodnymi).

Zmniejszenie liczby etatów (zarówno w placówkach oświatowych, jak i innych) jest dla wielu samorządów rozwiązaniem zmierzającym do realizacji tego celu. Poprzez likwidację placówki oświatowej czy też likwidację lub przekształcenie zakładu opieki zdrowotnej samorządy racjonalizują także bieżące wydatki

eksploatacyjne. Przekształcone zakłady zdrowotne jako spółki są nadal własnością jednostek, ale są uniezależnione od jej budżetu (mogą samodzielnie zaciągać kredyty np. realizując najpilniejsze zakupy bieżące oraz remonty).

Jakie będą efekty tych działań, trudno w tym momencie jednoznacznie ocenić. Z pewnością organy decyzyjne jednostek samorządu wykazywać będą większą aktywność w celu poszukiwania dalszych rozwiązań wpływających na racjonalizację wydatków zarówno bieżących, jak i majątkowych, a także nowych źródeł pozyskiwania dochodów.

#### LITERATURA

- Korolewska M., Marchewka-Bartkowiak K., 2011, *Zadłużenie samorządów terytorialnych w Polsce*, „Studia BAS”, nr 4(28).
- Majchrowicz-Jopek E., 2012, *Wybrane problemy wykonywania zadań oświatowych przez jednostki samorządu terytorialnego*, Studia i Prace Kolegium Ekonomiczno-Społecznego SGH, Warszawa.
- Prażmowski S., 2001, *Ministerstwo Edukacji Narodowej do samorządu terytorialnego*, (oprac.) Ministerstwo Edukacji Narodowej, Biuro Administracyjne, Warszawa.
- Seredocha I., *Splacać, przekształcać czy likwidować? – samorzady muszą zdecydować o przyszłości podległych im szpitali*, [www.samorzad.lex.pl/czytaj/-/artykul/splacac-przekształcac-czy-likwidowac-samorzady-musza-zdecydowac-o-przyszlosci-podleglych-im-szpitali](http://www.samorzad.lex.pl/czytaj/-/artykul/splacac-przekształcac-czy-likwidowac-samorzady-musza-zdecydowac-o-przyszlosci-podleglych-im-szpitali) (dostęp 17.06.2013).
- Swianiewicz P., Łukomska J., 2014, *Oświata w finansach samorządowych*, Akademia Wspólnoty, Warszawa.
- Wąsiewicz E. P., Masiakowski A., 2001, *Rola samorządu terytorialnego w kreowaniu polityki zdrowotnej*, „Zdrowie Publiczne”, nr 111(4).
- Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. (Dz.U. z 1997 r. nr 78, poz. 483 z późn. zm.).
- Ustawa z dnia 26 stycznia 1982 r. Karta Nauczyciela (Dz.U. z 1982 r. nr 3, poz. 19).
- Ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz.U. z 1991 r. nr 91, poz. 408) uchylona 1 lipca 2011 r.
- Ustawa z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty (Dz.U. z 1991 r. nr 95, poz. 425).
- Ustawa z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (Dz.U. z 2009 r. nr 157, poz. 1240).
- Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. z 2011 r. nr 112, poz. 654).
- Uchwała nr 58 /2009 Rady Ministrów z dnia 27 kwietnia 2009 r. w sprawie ustanowienia programu wieloletniego pod nazwą „Wsparcie jednostek samorządu terytorialnego w działaniach stabilizujących system ochrony zdrowia”.
- Załącznik do uchwały nr 58/2009 Rady Ministrów z dnia 27 kwietnia 2009 r. w sprawie ustanowienia programu wieloletniego pod nazwą „Wsparcie jednostek samorządu terytorialnego w działaniach stabilizujących system ochrony zdrowia”.



Załącznik do uchwały nr 76 Rady Ministrów z dnia 30 kwietnia 2013 r., Wieloletni Plan Finansowy Państwa 2013–2016, Warszawa, kwiecień 2013.

Analiza wykonania budżetu państwa i założeń polityki pieniężnej w roku 2010, Najwyższa Izba Kontroli, czerwiec 2011.

Biuletyny kwartalne – Zadłużenie Sektora Finansów Publicznych (za lata 2010, 2011, 2012 i 2013).

Informacja na temat realizacji programu wieloletniego pod nazwą „Wsparcie jednostek samorządu terytorialnego w działaniach stabilizujących system ochrony zdrowia” w latach 2009–2011, [www.mz.gov.pl](http://www.mz.gov.pl) info\_wjosp\_08112011.

### *Streszczenie*

Celem artykułu było zdefiniowanie i określenie roli głównych czynników determinujących poziom zadłużenia jednostek samorządu terytorialnego. Zjawisko to wykazuje bowiem w ostatnich latach (2009–2013) dynamiczne tendencje zmian szczególnie w odniesieniu do ich tempa. Prezentacja tych determinant jest zatem zasadna, tym bardziej że zadłużenie jednostek samorządowych obok zadłużenia sektora rządowego, a także ubezpieczeń społecznych jest składową długu sektora finansów publicznych.

Dostępne dane wskazują, iż w 2010 r. oraz 2009 r. w porównaniu z latami poprzednimi udział zadłużenia samorządowego w łącznym długu publicznym wzrósł odpowiednio o 1,2 i 1,3 pkt proc., podczas gdy we wcześniejszym okresie podobną skalę wzrostu osiągnięto w ciągu ośmiu lat (2001–2008). Po dynamicznym przyroście długu sektora samorządowego w latach 2009–2011 zmniejszenie tempa tego przyrostu w roku 2012 było spowodowane m.in. wejściem w życie mechanizmów przewidzianych w ustawie o finansach publicznych. Jednym z tych mechanizmów jest tzw. indywidualny wskaźnik zadłużenia JST. Określenia czynników determinujących zadłużenie jednostek samorządów terytorialnych dokonano na podstawie badań literatury przedmiotu, zapisów zawartych w aktach prawnych, materiałów statystycznych, a także badań i obserwacji własnych autorki.

Przeprowadzone badania pozwoliły autorce na sformułowanie wniosków, iż niezbędna w celu ograniczania zadłużenia jest racjonalizacja wydatków bieżących. Szansą na zmniejszenie zadłużenia jednostek samorządu jest również restrukturyzacja szpitali (w sytuacji, gdy były one organem założycielskim dla publicznych placówek).

*Słowa kluczowe:* samorząd, zadłużenie, oświata, ochrona zdrowia

## **Determinants of Debt of Local Government Units – Selected Aspects**

### *Summary*

The main aim of this article was to identify and define the role of the main factors determining the level of debt of local government units. This phenomenon suggests, in recent years (2009–2013) the dynamic trends in particular in relation to their speed. The presentation of these determinants is therefore more justified because the debt of local government units next to the debt of the government sector as well as social security is a component of public debt. In 2010 and 2009 compared with previous years, the share of local government debt in total public debt increased by

1.2 and 1.3 percentage points. While in the earlier period of a similar scale of growth was achieved during eight years (2001–2008).

After the dynamic increase of local government debt in 2009–2011, a reduction in the rate of increase in 2012 was partly due to coming into force the mechanisms provided for in the Public Finance Act. Defining factors that determine the debt to local government units-presented on the basis of the literature, the provisions contained in the legislation, statistical data as well as research and author's observation.

The examinations allowed the author to formulate conclusions that rationalization of current expenditure is necessary in order to reduce the debt. Another opportunity to reduce the debt of local governments also includes re-structuring of hospitals.

*Keywords:* localgovernment, debt, education, health care

JEL: H72