

Arkadiusz Babczuk

Uniwersytet Ekonomiczny we Wrocławiu

MIEKKIE OGRANICZENIA BUDŻETOWE A KRYZYS FINANSÓW REGIONÓW ZWYCZAJNYCH WE WŁOSZECH

Streszczenie: W niniejszym opracowaniu przedstawiony został przebieg kryzysu finansów regionów zwyczajnych we Włoszech. Następnie wskazano, iż działania podjęte w celu jego przezwyciężenia (m.in. zwiększenie zakresu samodzielności dochodowej) nie okazały się skuteczne. Zasadniczą przyczyną kryzysu finansów regionów zwyczajnych jest bowiem system finansowania ochrony zdrowia utrwalający mechanizm miękkich ograniczeń budżetowych.

1. Wstęp

Kryzys finansów samorządu terytorialnego może prowadzić do wywierania presji na rząd centralny celem udzielenia wsparcia wspólnotom zagrożonym utratą zdolności wykonywania swoich zadań. Jeśli rząd centralny będzie ulegał takiej presji, to oczekiwanie otrzymania pomocy może stać się jednym z najistotniejszych czynników kształtujących postawy decydentów samorządowych.

Celem niniejszego opracowania jest prezentacja kryzysu finansów włoskich regionów zwyczajnych i jego związku z miękkimi ograniczeniami budżetowymi tych wspólnot. Artykuł składa się z czterech części. W części pierwszej zaprezentowano pojęcie miękkich ograniczeń budżetowych. W części drugiej omówiono organizację samorządu terytorialnego w Republice Włoskiej. Następnie zaprezentowano przebieg kryzysu finansów regionów zwyczajnych, a w czwartej części przedstawiono podejmowane dotychczas próby jego przezwyciężenia.

2. Miękkie ograniczenia budżetowe – istota oraz przesłanki powstawania

Pojęcie miękkich ograniczeń budżetowych zostało po raz pierwszy użyte przez J. Kornaiego w odniesieniu do specyficznych relacji zachodzących pomiędzy przedsiębiorstwami a władzami państwowymi w systemach gospodarczych centralnie planowanych. Jeśli ograniczenia budżetowe są twarde, decydenci dostosowują (w

ujęciu *ex ante*) wydatki zarządzanego przez siebie podmiotu do zasobów finansowych, którymi spodziewają się dysponować. Warunkiem uznania ograniczenia budżetowego za miękkie jest oczekiwanie przez decydentów zewnętrznego wsparcia finansowego, przy czym oczekiwanie to musi istotnie wpływać na ich postępowanie. Kategoria ta może być zastosowana również do opisu relacji pomiędzy wspólnotami samorządowymi a rządem centralnym [Kornai 1979, s. 801-819; Kornai, Maskin, Roland 2003, s. 1095-1136].

Kształtowanie ograniczeń budżetowych samorządów stanowi rodzaj wieloetapowej gry strategicznej pomiędzy nimi a państwem. Wyniki poszczególnych etapów tej gry wpływają na oczekiwania uczestników w kolejnych etapach gry. Wśród okoliczności sprzyjających kształtowaniu się miękkich ograniczeń budżetowych wspólnot samorządowych wymienia się najczęściej konstytucyjne gwarancje udzielania im wsparcia w przypadku zagrożenia niewypłacalnością, podatność rządu centralnego na naciski ze strony grup interesu, małą samodzielność dochodową samorządu terytorialnego, brak jednoznacznego rozdzielenia zadań poszczególnych szczebli władz publicznych, ograniczoną transparentność samorządowej gospodarki budżetowej [Vigneault 2005, s. 1-5].

Jeśli decydenci samorządowi uznają, iż w sytuacji zagrożenia niewypłacalnością uzyskają wsparcie od rządu, to mogą celowo akumulować dług przekraczający możliwości jego spłaty („gra na wymuszenie dotacji”), podejmować nadmierne ryzyko w polityce fiskalnej (m.in. nie wykazując należytej troski o redukcję zbyt wysokich, zwłaszcza sztywnych, wydatków), podejmować nadmierne ryzyko w procesie zarządzania aktywami [Babczuk 2008, s. 5-12].

3. Organizacja samorządu terytorialnego we Włoszech

Samorząd terytorialny w Republice Włoskiej funkcjonuje na szczeblu regionu (20), prowincji (110) oraz gminy (ok. 8300). Gminy są odpowiedzialne za dostarczanie podstawowych usług publicznych o znaczeniu lokalnym, takich jak działalność policji lokalnej, wywóz nieczystości stałych, zapewnienie czystości ulic i dróg, planowanie przestrzenne, miejski transport publiczny, dostarczanie gazu i elektryczności, dbałość o tereny zielone i urządzenia sportowo-rekreacyjne, budowa i utrzymywanie budynków szkolnych. Prowincje są odpowiedzialne m.in. za wywóz i utylizację nieczystości innych niż stałe, funkcjonowanie kolei lokalnych, transport w okolicach górskich [Bordignon 2000, s. 3-22].

Gminy oraz prowincje stanowią część systemu administracji publicznej od zjednoczenia kraju w 1861 r. Regiony powołano dopiero po II wojnie światowej. Jako pierwsze utworzono regiony specjalne, spośród których cztery powstały w 1948 r. (Sycylia, Sardynia, Trydent-Górna Adyga/Południowy Tyrol), a piąty w 1963 r. (Friuli-Wenecja Julijska). Otrzymały one specjalny status autonomiczny uchwalany każdorazowo w formie ustawy rangi konstytucyjnej. Powodem jego przyznania była

obecność mniejszości narodowych lub izolacja geograficzna od reszty Włoch. Każdy z regionów specjalnych ma inny zakres zadań i źródeł finansowania. Zatrzymują one od 80 do 100% wszystkich podatków zebranych na swoim terenie. Niezwykle hojnie wyposażone przez rząd w dochody regiony specjalne nie doświadczały dotychczas kryzysu finansowego [Brosio, Piperno 2007, s. 2-8].

Regiony zwyczajne powołano dopiero w 1970 r. Powołanie ich tak późno wynikało głównie z powodów politycznych. Rządząca Włochami chadecja obawiała się decentralizacji państwa, ponieważ niektóre regiony mogłyby znaleźć się pod kontrolą Partii Komunistycznej. Ugrupowania lewicowe uważały natomiast, iż państwo jest zbyt młode oraz niespójne, aby przyznawać regionom duży zakres samodzielności. Obecnie funkcjonuje 15 regionów zwyczajnych. Są to Abruzja, Apulia, Basilicata, Emilia-Romania, Kalabria, Kampania, Lacjum, Liguria, Lombardia, Marche, Molise, Piemont, Toskania, Umbria, Wenecja Euganejska [Lanzillotta 2007, s. 2-3; Fiorino, Ricciuti 2006, s. 5-8].

Na czele sprawującego władzę wykonawczą komitetu regionalnego stoi prezydent regionu. Od 2000 r. jest on wybierany w wyborach powszechnych i bezpośrednich, chyba że statut regionu stanowi inaczej. Od tego czasu do jego kompetencji należy m.in. powoływanie oraz odwoływanie członków komitetu regionalnego. Każdy region zwyczajny ma statut uchwalany przez zgromadzenie regionalne. Do 1995 r. zgromadzenia regionalne były wybierane na kadencję trwającą 5 lat na podstawie ordynacji proporcjonalnej. Od 1995 r. kadencja organów regionu ulega skróceniu do 2 lat, jeśli w tym czasie organ wykonawczy utraci większość w zgromadzeniu regionalnym. Jednocześnie zmieniono ordynację wyborczą do zgromadzeń regionalnych na mieszaną [Fiorino, Ricciuti 2006, s. 6].

Regiony zwyczajne są bardzo zróżnicowane pod względem liczby ludności, powierzchni oraz dochodów mieszkańców. Największy region (Lombardia) liczy prawie 9 mln ludności, a najmniejszy, Molise, zaledwie nieco więcej niż 300 tys. mieszkańców, to jest mniej niż wiele włoskich miast. Oznacza to, iż wiele z nich jest mniejsze, niż wymagałyby tego względy ekonomii skali. Pomimo to wszystkim regionom zwyczajnym przypisano te same zadania. Mieszkańcy regionów północnych oraz centralnych są znacznie zamożniejsi od mieszkańców słabiej rozwiniętego południa. W 2007 r. PKB *per capita* w najbogatszym regionie (Piemontcie) wynosił 28 247 euro. W tym czasie w najbiedniejszym regionie (Kampanii) wynosił on 13 731 euro. Wyjaśnia to duże zainteresowanie włoskich polityków redystrybucyjną rolą sektora publicznego w aspekcie przestrzennym [Ambrosiano, Bordignon, Cerniglia 2008, s. 4].

Konstytucja z 1948 r. nakłada na regiony obowiązek organizacji ochrony zdrowia i zarządzania nią na ich terytorium, a rządowi centralnemu powierza odpowiedzialność za zapewnienie wszystkim Włochom dostępu do zunifikowanego pakietu usług medycznych. Regiony zwyczajne zaczęły w pełni wykonywać te zadania po utworzeniu Systemu Narodowej Służby Zdrowia w 1978 r. Inne zadania regionów zwyczajnych to m.in. transport regionalny, zapewnienie mieszkań socjalnych oraz

polityka rynku pracy. Warto jednak podkreślić, iż regiony zwyczajne realizują mniej zadań niż regiony specjalne.

Regiony są samodzielne w zakresie organizowania dostarczania usług z zakresu ochrony zdrowia na swoim terytorium, jeśli nie liczyć minimalnych standardów świadczenia usług w zakresie ochrony zdrowia (LEA). W strukturze władz regionalnych funkcjonują Regionalne Władze Zdrowotne odpowiedzialne za kontraktowanie świadczeń realizowanych przez regionalne placówki ochrony zdrowia. Jest to zgodne z koncepcją rynku wewnętrznego. Płatnik został tu oddzielony od wykonawcy usług. Właścicielami usługodawców pozostają jednak regiony [Bordignon, Turati 2003, s. 7-9].

Poszczególne szczeble samorządu terytorialnego odgrywają zróżnicowaną rolę we włoskim systemie finansów publicznych. Największa pula środków publicznych wydatkowana jest przez regiony. Najmniej istotną rolę we włoskim systemie finansów publicznych odgrywają prowincje, których udział w łącznych wydatkach tego systemu nie przekracza 2,5% [Bordignon 2000, s. 17-21].

4. Kryzys finansów regionów zwyczajnych we Włoszech

Sytuacja finansowa regionów zwyczajnych jest zdeterminowana rozwiązaniami w zakresie finansowania ochrony zdrowia. Zdecydowana większość ich wydatków jest bowiem przeznaczona na ten cel. W latach 80. na ochronę zdrowia przeznaczano przeciętnie ok. 70% środków, jakimi dysponowały regiony zwyczajne. W 1997 r. udział wydatków na ten cel w wydatkach ogółem regionów zwyczajnych osiągnął poziom 80% i ustabilizował się.

Od momentu powołania regionów zwyczajnych rząd centralny zdecydował się na utrzymywanie ich samodzielności finansowej na jak najniższym poziomie. Do 1992 r. jedynie ok. 3% ich dochodów ogółem stanowiły dochody własne. Podstawowym źródłem zasilnia regionów zwyczajnych były dotacje celowe. Przypadało na nie przeciętnie 96% dochodów ogółem regionów zwyczajnych. Spośród dotacji celowych większość stanowiły dotacje otrzymywane z Narodowego Funduszu Zdrowia oraz Narodowego Funduszu Transportowego. Wartość transferów była określana corocznie w ustawie budżetowej, co utrudniało regionom planowanie przedsięwzięć inwestycyjnych. Sposób realizacji dotowanych zadań był zazwyczaj niezwykle szczegółowo określony. Regionalni politycy i urzędnicy nie czuli się zatem odpowiedzialni za sytuację finansową swoich regionów i nie byli jako tacy postrzegani przez wyborców.

Reformy finansów regionów zwyczajnych przeprowadzone w latach 90. zwiększyły zakres ich samodzielności dochodowej oraz wydatkowej. Jednak ochrona zdrowia jest nadal finansowana głównie na podstawie dochodów transferowych. Co roku w toku prac nad projektem ustawy budżetowej Ministerstwo Finansów określa łączną wartość funduszy przeznaczonych dla regionów na ten cel. Następnie toczą

się na ten temat negocjacje pomiędzy rządem i regionami. Powinny się one zakończyć zawarciem porozumienia przed rozpoczęciem roku budżetowego. W połowie lutego Komitet Planowania Ekonomicznego Rady Ministrów zatwierdza to porozumienie. W marcu na kolejnym spotkaniu komitetu alokuje się środki pomiędzy regiony. Należy zauważyć, iż do 2005 r. regiony otrzymywały w danym roku do 90% należnych im środków. Od 2005 r. pozostawia się im do dyspozycji 95% przyznanych transferów. Reszta jest wypłacana po dokonaniu wielomiesięcznej kontroli wydatkowania otrzymanych środków [Gazzaniga, Gulieri 2005, s. 1-8].

Konstytucja z 1948 r. zagwarantowała wszystkim Włochom prawo równego dostępu do usług zdrowotnych finansowanych z funduszy publicznych. W efekcie przyjęto zasadę zbliżonego poziomu wydatków regionów zwyczajnych na ochronę zdrowia *per capita*. Jakość oraz podaż usług na północy i w centrum jest jednak stale wyższa niż na południu. W rezultacie na południu większa część gospodarstw domowych zgłasza popyt na w pełni odpłatne usługi medyczne świadczone przez dostawców prywatnych. Pośrednim miernikiem jakości oferowanych usług medycznych są także zakres i kierunki migracji pacjentów. Widoczna jest znaczna skala przemieszczania się pacjentów z południa do centrum oraz na północ Włoch w poszukiwaniu opieki specjalistycznej oraz szpitalnej [Giannoni, Hitiris 1999, s. 18].

Tabela 1. Udział długu niepokrytego nadzwyczajnym wsparciem rządowym w zadłużeniu ogółem regionów zwyczajnych (w %)

| Wyszczególnienie | Niepokryte zadłużenie powstałe w latach | | |
|--------------------|---|-----------------|-----------------|
| | do 1994 | z lat 1995-1999 | z lat 2000-2003 |
| Abruzja | -89,96* | 56,41 | 63,59 |
| Apulia | 40,75 | 33,36 | 82,09 |
| Basilicata | 0,00 | -577,49* | 56,16 |
| Emilia-Romania | 20,31 | 47,19 | 42,82 |
| Kalabria | 29,40 | 26,81 | 85,47 |
| Kampania | 16,71 | 36,82 | 89,04 |
| Lacjum | 22,69 | 53,31 | 91,49 |
| Liguria | 23,02 | 34,57 | 45,29 |
| Lombardia | -4,95* | 50,94 | 61,47 |
| Marche | 5,67 | 56,08 | 87,10 |
| Molise | 2,70 | -2049,00* | 82,93 |
| Piemont | 0,00 | 55,45 | 84,11 |
| Toskania | 19,62 | 40,77 | -8,62 |
| Umbria | -7,73* | 8,41 | -33,33* |
| Wenecja Euganejska | 11,19 | 44,60 | 81,11 |
| Ogółem | 17,77 | 52,56 | 82,26 |

* Przypadki, gdy nadzwyczajne wsparcie przekraczało wartość długu, który miało pokrywać.
Źródło: opracowanie własne na podstawie [Bordignon, Turati 2003, s. 14].

Od chwili powołania włoskiego Narodowego Systemu Ochrony Zdrowia (NSOZ) udzielanie nadzwyczajnego wsparcia finansowego regionom na pokrycie wydatków na ochronę zdrowia oraz spłatę zadłużenia placówek medycznych ma charakter permanentny. Zazwyczaj co 2-3 lata rząd uznaje, iż popełnił błąd w oszacowaniu potrzeb wydatkowych regionów zwyczajnych związanych z ochroną zdrowia. Wówczas przejmuje on długi szpitali i emituje w tym celu specjalne obligacje lub zasila regiony dodatkowymi środkami. Nadzwyczajne wsparcie niekiedy przekraczało rozmiary zadłużenia wynikającego z finansowania wydatków na ochronę zdrowia (tab. 1). Regiony zwyczajne są pewne, iż ustalony *a priori* limit środków na ochronę zdrowia nie jest dla nich wiążący [Bordignon, Turati 2003, s. 14; Gazzaniga, Gulieri 2005, s. 1-3].

Według regionów to rząd ponosi odpowiedzialność za ich sytuację finansową, ponieważ stale niedofinansowuje Narodowego Systemu Ochrony Zdrowia, a jednocześnie w znacznym zakresie determinuje wydatki na cele ochrony zdrowia, m.in. ustalając wysokość płac lekarzy oraz pielęgniarek pracujących w publicznych placówkach ochrony zdrowia. Kolejne rządy przeznaczały na ochronę zdrowia mniej środków, niż wskazywały prognozowane potrzeby w tym zakresie. Zakładano, iż spowoduje to dążenie do obniżki kosztów usług medycznych. Jednocześnie pozwalało to rządowi poprawiać obraz przedkładanego projektu budżetu. Aż do czasu reform systemu wyborczego w 1994 r. rządy włoskie pozostawały u władzy bardzo krótko (przeciętnie 10 miesięcy), a więc brak realizmu na etapie planowania budżetowego rodził zazwyczaj negatywne skutki dla kolejnego gabinetu. Mechanizm „gry na wymuszenie dotacji” pomiędzy regionami a rządem ukształtował się zatem w warunkach niedofinansowania ochrony zdrowia. Jednak zakorzenione oczekiwania otrzymywania wsparcia od rządu sprawiają, iż regiony są skłonne do podejmowania prób wymuszania nadzwyczajnego wsparcia nawet w przypadku znacznego zwiększenia środków postawionych do ich dyspozycji [Bordignon, Turati 2003, s. 4-11].

Warto zauważyć, iż regiony nie przejawiają skłonności do ograniczania wydatków na ochronę zdrowia przez zmniejszenie marnotrawstwa w procesie produkcji usług zdrowotnych, do czego prowadziłaby racjonalizacja sieci szpitali czy redukcja zatrudnienia. Tymczasem możliwe do uzyskania oszczędności w wyniku poprawy efektywności wykorzystania nakładów przeznaczanych dotychczas na ochronę zdrowia szacuje się obecnie na 20-30% łącznych wydatków na ochronę zdrowia. Regiony nie podejmują też innych niepopularnych decyzji, takich jak rezygnacja ze świadczenia ponadstandardowych usług zdrowotnych. Po reformie systemu dochodów regionów zwyczajnych dokonanej w latach 90. aż do 2007 r. nie korzystały też one z możliwości zwiększenia zasobów finansowych przeznaczonych na ochronę zdrowia przez podwyższanie swoich własnych podatków i opłat przeznaczonych na ten cel, choć stanowiło to standardowy warunek porozumień pomiędzy rządem i regionami dotyczących udzielenia im nadzwyczajnego wsparcia finansowego. Gra strategiczna toczona pomiędzy regionami a rządem centralnym motywuje te pierwsze do wyższych wydatków oraz do niezwiększania ciężarów fiskalnych na swoim

teren, aby w efekcie otrzymać jak najwięcej transferów od rządu centralnego [Bibbee 2007, s. 24; Bosi, Onofri 2003, s. 3-5].

Podstawowym sposobem wymuszania nadzwyczajnego wsparcia ze strony rządu jest akumulowanie wymagalnych zobowiązań placówek ochrony zdrowia. O takim sposobie finansowania wydatków przekraczających posiadane zasoby finansowe przesądzały ostre ograniczenia w zakresie zaciągania długów w inny sposób. We Włoszech ukształtowała się zatem tradycja opóźnień w płatnościach za dobra i usługi dostarczane publicznemu sektorowi ochrony zdrowia. W 1990 r. przeciętny okres opóźnienia w zapłacie zobowiązań przez regiony w zależności od typu dostawcy wynosił od 285 dni do 318 dni. W 2000 r. okres ten wahał się od 282 dni do 290 dni, a w 2004 r. już od 300 dni do 330 dni. Jednocześnie powiększyła się różnica pomiędzy regionami o największym oraz najmniejszym opóźnieniu w zapłacie za dobra i usługi dostarczone do placówek ochrony zdrowia. W grudniu 1990 r. najdłuższe opóźnienie miało miejsce w Kalabrii i wynosiło 495 dni. W kolejnych trzech regionach najbardziej dotkniętych tym problemem, tj. Kampanii, Apulii oraz Lacjum, wynosiło ono odpowiednio: 482, 467 oraz 424 dni. W tym czasie opóźnienie w zapłacie zobowiązań wymagalnych regionu Valle d'Aosta wynosiło 80 dni, a regionu Trydent/Górna Adyga 119 dni. W grudniu 2005 r. najdłuższe opóźnienie w regulowaniu zobowiązań wobec dostawców dóbr i usług do placówek ochrony zdrowia miało miejsce w regionie Abruzji (536 dni) i Kampanii (533 dni). W tym czasie opóźnienie w zapłacie zobowiązań wymagalnych regionu Trydent-Górna Adyga wyniosło zaledwie 65 dni, regionu Valle d'Aosta – 84 dni, a regionu Friuli Wenecja Julijska – 86 dni. Ponad 50% zaległości płatniczych koncentruje się obecnie w czterech regionach (takich jak Lacjum, Lombardia, Emilia-Romania, Kampania). Kolejnych 30% zobowiązań wymagalnych przypada na dalszych pięć regionów (Apulia, Toskania, Wenecja Euganejska, Piemont, Sycylia). Potwierdza to, iż kryzys finansowy trafi głównie regiony zwyczajne. Wyjątek stanowi tu jedynie Sycylia. Jednym ze sposobów łagodzenia skutków problemu zaległości płatniczych regionów mają być operacje sekurytyzacji zobowiązań wymagalnych wobec dostawców placówek ochrony zdrowia. Pierwszą z nich przeprowadził w 2004 r. region Lacjum przy pomocy banku UBS [Gazzaniga, Gulieri 2005, s. 1-13].

Niestety dotychczasowe próby reform mających na celu przezwyciężenie kryzysu trapiącego regiony zwyczajne nie okazały się skuteczne. Dynamika wydatków na ochronę zdrowia utrzymuje się na wysokim poziomie¹. Deficyt regionów wynikający z finansowania wydatków na ochronę zdrowia w latach 2001-2006 utrzymywał się na poziomie od 2,9 mld euro do 5,8 mld euro [Bibbee 2007, s. 14].

¹ We Włoszech zaciągnięte zobowiązania z tytułu kredytu kupieckiego są traktowane jako wydatki, wpływają zatem na wielkość deficytu budżetowego regionów.

5. Wysiłki na rzecz przezwyciężenia kryzysu finansów regionów zwyczajnych

W 1992 r. Włochy na skutek trapiącego je kryzysu zadłużeniowego musiały wyjść z systemu ERM oraz dokonać dewaluacji lira. W celu uzdrowienia finansów publicznych przeprowadzono konsolidację fiskalną o skali sięgającej 5% PKB. Jednocześnie w następstwie akcji „czyste ręce” skompromitowana została dotychczasowa elita polityczna kraju. W efekcie przyjęte zostały przez parlament od dawna odwlekane reformy [Lanzillotta 2007, s. 3-4; Bordignon 2000, s. 25-29].

W 1993 r. regionom zwyczajnym przyznano dwa nowe podatki przeznaczone na finansowanie ochrony zdrowia – podatek zdrowotny oraz podatek od środków transportowych. Jednocześnie o kwotę zbliżoną do wpływów z tych podatków ograniczono wartość transferów. W 1997 r. na mocy ustaw Bassaniniego zlikwidowano transfery dla regionów – z wyjątkiem dotacji na finansowanie ochrony zdrowia. W zamian regiony otrzymały udziały we wpływach z podatku dochodowego od osób fizycznych, podatku VAT i akcyzy na gaz oraz prawo do zwiększenia tego ostatniego podatku o 30 lirów za litr gazu. Aby pokryć różnicę pomiędzy zlikwidowanymi transferami na cele inne niż ochrona zdrowia a wpływami z nowych udziałów w podatkach, stworzono Fundusz Redystrybucyjny. W 1997 r. w miejsce kilku podatków o niewielkiej wydajności fiskalnej zasilających dotychczas budżety regionów zwyczajnych (w tym podatku zdrowotnego) wprowadzono nowy regionalny podatek od wartości dodanej (IRAP). Począwszy od 2000 r., regiony mają autonomię w zakresie ustalania stawki tego podatku w granicach określonych ustawowo [Bibbee 2007, s. 24-25].

W 2001 r. miała miejsce reforma konstytucyjna. Objęła ona przede wszystkim zmiany w rozdziale V ustawy zasadniczej określającym podział zadań oraz zasobów finansowych pomiędzy poszczególne szczeble władz publicznych. Kluczowa była zmiana art. 119 stanowiącego obecnie, iż jednostki samorządu terytorialnego powinny być finansowane głównie na podstawie dochodów własnych (podatków i opłat od odbiorców usług publicznych) oraz udziałów w podatkach państwowych. Pozwala on regionom na nakładanie nowych podatków i eliminuje transfery jako standardową praktykę. Nakazuje też utworzenie funduszu redystrybucji międzyregionalnej udzielającego biedniejszym regionom wsparcia w formie subwencji. Zmiany te nie zostały jeszcze w pełni wprowadzone w życie [Ambrosiano, Bordignon, Cerniglia 2008, s. 5-7; Bibbee 2007, s. 7-8].

W wyniku przedstawionych powyżej reform istotnej zmianie uległa struktura dochodów regionów zwyczajnych. Otrzymują one obecnie dotacje jedynie na finansowanie wydatków na ochronę zdrowia. Reszta zadań jest finansowana z dochodów własnych lub udziałów w podatkach państwowych bądź też z Funduszu Redystrybucyjnego. W efekcie udział transferów w strukturze dochodów regionów spadł z 97,7% w 1990 r. do 59,3% w 2005 r. [Brosio, Piperno 2007, s. 3].

W kwietniu 2006 r. uchwalono reformę konstytucji zgodną z propozycjami Ligii Północnej. Wprowadzone zmiany zmierzały do przekształcenia Włoch w państwo federalne. Ochrona zdrowia i edukacja miały stanowić obszar wyłącznych kompetencji regionów. Wiązałoby się to z rezygnacją z wyrównywania wydatków na ochronę zdrowia w ujęciu *per capita*. Zmiany te zostały jednak odrzucone w referendum w czerwcu 2006 r. [Lanzillotta 2007, s. 7].

6. Podsumowanie

Wysiłki mające na celu przezwycięzenie kryzysu trapiącego samorząd włoskich regionów zwyczajnych nie przyniosły dotychczas spodziewanych efektów. Zwiększenie zakresu samodzielności dochodowej, ograniczenie skali nakładania się kompetencji poszczególnych szczebli władzy publicznej, wzrost transparentności operacji finansowych oraz wzmocnienie pozycji ustrojowej organów wykonawczych regionów nie wystarczyły jednak do wyeliminowania trudności finansowych regionów zwyczajnych. Zasadniczo niezmieniony pozostał bowiem system finansowania ochrony zdrowia utrwalający mechanizm miękkich ograniczeń budżetowych.

Literatura

- Ambrosiano M., Bordignon M., Cerniglia F., *Constitutional Reforms, Fiscal Decentralization and Regional Fiscal Flows in Italy*, Dipartamenti e Istituti di Scienze Economiche Working Paper, Università Cattolica del Sacro Cuore, Milano 2008.
- Babczuk A., *Miękkie ograniczenia budżetowe jako przesłanka niewyplacalności jednostek samorządu terytorialnego. Cz. I. Zagadnienia teoretyczne*, „Finanse Komunalne” 2008 nr 3.
- Bibbee A., *Making Federalism Work in Italy*, Economics Department Working Paper nr 590, OECD, Paris 2007.
- Bordignon M., *Problems of Soft Budget Constraints in Intergovernmental Relationships: The Case of Italy*, Inter-American Development Bank Research Network Working Paper R-441, Washington D.C. 2000.
- Bordignon M., Turati G., *Bailing out Expectations and Health Expenditure in Italy*, CESifo Working Paper no 1026, Munich 2003.
- Bosi P., Onofri O., *The Budget Consolidation in Italy: Is there any Lesson for Japan ?*, International Forum for Macroeconomic Issues, Economic and Social Research Institute, Cabinet Office, Japan, Tokyo 2003.
- Brosio G., Piperno S., *Assessing Regional and Local Government Expenditure Needs in Italy. Small Achievements and Big Prospective Issues*, Copenhagen Seminar on Expenditure Needs, Copenhagen 2007.
- Fiorino N., Ricciuti R., *Legislature Size and Government Spending in Italian Regions: Forecasting the Effects of a Reform*, Working Paper nr 75, Università del Piemonte Orientale, Alessandria 2006.
- Gazzaniga P., Gulieri A., *The Italian NHS Financial Crisis and Late Payments*, Centro Studi Assobio-medica, Roma 2005.

- Giannoni M., Hitiris T., *The regional impact of health care expenditure: the case of Italy*, „Discussion Papers in Economics” nr 1999/20, The University of York 1999.
- Kornai J., Maskin E., Roland G., *Understanding the soft budget constraint*, „Journal of Economic Literature” 2003 vol. 41, s. 1095-1136.
- Kornai J., *Resource-constrained versus demand-constrained systems*, „Econometrica” 1979 vol. 47, nr 4.
- Lanzillotta L., *Evolution and Transformation of the Italian Federalism*, London School of Economics, London 2007.
- Vigneault M., *Intergovernmental Fiscal Relations and the Soft Budget Constraint Problem*, Institute of Intergovernmental Relations Working Paper nr 2/2005, Queen’s University, Kingston 2005.

SOFT BUDGET CONSTRAINTS AND FISCAL CRISIS OF ORDINARY REGIONS IN ITALY

Summary: The subject of this article is the course of Italian ordinary regions fiscal crisis. The author presents that the actions taken against this fiscal crisis (e.g. improving revenue autonomy range) were not successful. The main reason of the ordinary regions fiscal crisis is the way of health service financing which strengthens the mechanism of soft budget constraints.