СОЦІАЛЬНА ІНФРАСТРУКТУРА НА ШЛЯХАХ РЕФОРМУВАННЯ МІСЦЕВОГО САМОВРЯДУВАННЯ

Інститут демографії та соціальних досліджень ім. М.В. Птухи

Національна академія наук України
Інститут українсько-польської співпраці

СОЦІАЛЬНА ІНФРАСТРУКТУРА НА ШЛЯХАХ РЕФОРМУВАННЯ МІСЦЕВОГО САМОВРЯДУВАННЯ

Колективна монографія

Київ – Варшава
2018

УДК 330.342.146
ББК 65.9(4Укр)-31 + 65.9(4Укр)49
Т65

Рецензенти:

Л.С. Лісогор, д. е. н., проф., завідувач відділу соціальних проблем ринку праці Інституту демографії та соціальних досліджень імені М.В. Птухи НАН України;
О.С. Попович, д. е. н., ст. н. с., гол. н.с. ДУ «Інститут досліджень науково-технічного потенціалу та історії науки ім. Г.М. Доброва НАН України».

Наукові редактори:

В.М. Новіков, д. е. н., проф., завідувач відділу соціальної інфраструктури Інституту демографії та соціальних досліджень імені М.В. Птухи НАН України;
Здіслав Сіройч, д.е.н., хабілітований, проф. Варшавського університету менеджменту і фінансів, Польща

Затверджено до друку вченою радою Інституту демографії та соціальних досліджень імені М.В. Птухи НАН України (протокол № 17 від 29 грудня 2017 р.)

Т65 **Соціальна інфраструктура на шляхах реформування місцевого самоврядування:** кол. моногр. / В.М. Новіков, Н.М. Дєєва, А. Г. Гвелесіані [та ін.]; за наук. ред. д.е.н., проф. В.М. Новікова; д.е.н.(хабілітованого), проф. Здіслава Сіройча. – Київ-Варшава, 2018. – 431 с.

ISBN 978-966-02-84993-7

У монографії обґрунтовано необхідність проведення системної регіональної політики розвитку соціальної інфраструктури. Відмічається, що оновлення стратегічних положень соціально-економічного розвитку України відбувається в умовах бюджетного децентралізму, що призводить до фрагментації механізму розподілу державних ресурсів і девальвації принципу соціальної справедливості у сфері споживання послуг. На основі огляду зарубіжного досвіду й аналізу вітчизняних публікацій пропонується ідеологія еволюційного інституціоналізму, в межах якої формуються базові інститути розвитку соціальної інфраструктури на місцевому рівні на основі соціальних пріоритетів і переходу до цільової планово-бюджетної діяльності. Зроблено висновок про доцільність застосування програмно-цільового методу бюджетування, подушного механізму фінансування, удосконалення організаційних форм функціонування закладів соціальної інфраструктури з розширенням їх автономного статусу. Значна увага приділена розвитку сучасних підходів до укріплення матеріальної бази соціальних галузей і орендних форм фінансування житлового будівництва.

УДК 330.342.146

ББК 65.9(4Укр)-31 + 65.9(4Укр)49
Т65

ISBN 978-966-02-84993-7

© Інститут демографії та соціальних досліджень імені М.В. Птухи НАН України, 2018

ЗМІСТ

Стор.

ВСТУП…….		5
РОЗДІЛ 1. МОДЕРНІЗАЦІЯ МОДЕЛІ МІСЦЕВОГО САМОВРЯДУВАННЯ ТА МЕТОДОЛОГІЧНІ ПИТАННЯ РОЗВИТКУ СОЦІАЛЬНОЇ ІНФРАСТРУКТУРИ ……		9
	1.1. Сучасний стан та проблеми розвитку стратегії реформування місцевого самоврядування ……	9
	1.2. Теоретичні питання місцевого самоврядування ……	30
	1.3. Міжбюджетне регулювання як інструмент управління фінансовим процесом на місцевому рівні……	50
	1.4. Статистико-інформаційна оцінка процесу бюджетного регулювання ……..	71
РОЗДІЛ 2. ІНСТИТУЦІОНАЛЬНІ МЕХАНІЗМИ РЕАЛІЗАЦІЇ СОЦІАЛЬНОГО ПОЕНЦІАЛУ ДЕЦЕНТРАЛІЗАЦІЇ…….		85
	2.1. Програмний підхід до бюджетного регулювання розвитку соціальної інфраструктури ……	85
	2.2. Проблеми розвитку загальної середньої освіти ……	107
	2.3. Пріоритетні функції дошкільної освіти у навчально-виховному процесі ……	119
	2.4. Актуальні напрями розвитку професійно-технічної освіти в умовах місцевого самоврядування ……	132
	2.5. Формування житлово-іпотечного ринку ……	149
РОЗДІЛ 3. РОЗВИТОК ІНФРАСТРУКТУРИ СФЕРИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ’Я В УМОВАХ ДЕЦЕНТРАЛІЗАЦІЇ СИСТЕМИ МІСЦЕВОГО УПРАВЛІННЯ …….		166
	3.1. Концептуальні засади розвитку системи охорони здоров’я України……	166
	3.2. Удосконалення структури витрат на медичні послуги…..	180
	3.3. Особливості проведення реформ і управління витратами на послуги в системі охорони здоров’я…….	186
РОЗДІЛ 4. УМОВИ ДОСТУПНОСТІ ПОСЛУГ ЗАКЛАДІВ СОЦІАЛЬНОЇ ІНФРАСТРУКТУРИ ……		223
	4.1. Регіональна диференціація споживання послуг соціальної інфраструктури ……	223
	4.2. Механізм регулювання диференціації споживання послуг соціальної інфраструктури ……	254
РОЗДІЛ 5. УДОСКОНАЛЕННЯ ФУНКЦІОНУВАННЯ БЮДЖЕТНОЇ СИСТЕМИ – ВАЖЛИВИЙ ФАКТОР ТЕРИТОРІАЛЬНОГО РОЗВИТКУ		270
	5.1. Особливості формування і реалізації трансфертної політики в нових умовах місцевого адміністрування	270
	5.2. Фінансові аспекти регіональних завдань…….	301

РОЗДІЛ 6. РЕГІОНАЛЬНІ ПИТАННЯ СТРУКТУРНОЇ Й ІНВЕСТИЦІЙНОЇ ПОЛІТИКИ РОЗВИТКУ СОЦІАЛЬНОЇ ІНФРАСТРУКТУРИ …….		315
	6.1. Регіональні особливості інвестиційних умов розвитку соціальної інфраструктури в умовах децентралізації місцевих бюджетів ……	315
	6.2. Роль місцевих бюджетів в інвестиційному розвитку галузей соціальної інфраструктури ……	357
	6.3. Залучення інвестиційних джерел для розвитку соціальної інфраструктури через механізм державно-приватного партнерства ……..	374
	6.4. Практика державно-приватного партнерства розвинутих країн ……..	386
	6.5. Використання європейського досвіду державно-приватного партнерства в галузях соціальної інфраструктури України ……..	398
ПІСЛЯМОВА……..		411
ПЕРЕЛІК ДЖЕРЕЛ ПОСИЛАННЯ……		413

ВСТУП

В політиці регіонального розвитку України відмічається зростання інфраструктурних і соціальних нерівностей. Для підвищення конкурентоздатності й сприяння соціально-економічній сталості територій необхідно удосконалення стратегічних і тактичних підходів до обґрунтування і реалізації принципів децентралізації та місцевого самоврядування: цілей, інститутів та відповідних механізмів.

Тривалий час після прийняття Конституції України та базових нормативно-правових актів з питань регіональної політики розвиток місцевого самоврядування фактично здійснювався лише на рівні територіальних громад міст обласного значення. Така тенденція пояснювалася тим, що більшість територіальних громад через надмірну подрібненість та надзвичайно слабку матеріальну і фінансову базу виявилися неспроможними виконувати всі повноваження органів місцевого самоврядування.

Сучасне українське законодавство передбачає формування трьох рівнів місцевого самоврядування: базового, районного та регіонального. При цьому на практиці більш розповсюдженою стає схема однорівневого місцевого самоврядування, пов’язана з поселенською мережею розселення населення й об’єднаною територіальною громадою як інституціональною формою організації внутрішньої життєдіяльності, здатної впливати на якість життя громадян. Державою створюється комплекс умов, спрямованих на розвиток процесів децентралізації, повсюдності місцевого самоврядування і, передусім, на базовому рівні.

Не дивлячись на це, соціальна інфраструктура на рівні місцевого самоврядування заходиться на низькому рівні. Більшість сільських і селищних територіальних громад, а також районних не здатні самостійно виконати покладені на них повноваження. Дотаційність більш ніж п’яти тисяч бюджетів місцевого самоврядування становить 70%. Крім того, 480 територіальних громад на 90% утримуються за рахунок коштів державного бюджету. У зв’язку

з цим постає проблема реалізації принципів самостійності і збалансованості місцевих бюджетів.

Нездатність нормативів відрахувань у місцеві бюджети різного рівня від державного та вищестоящих бюджетів, недоліки у розмежуванні доходів і витрат між ланками бюджетної системи, незадовільна практика передачі витратних повноважень із державного на місцевий рівень без відповідного фінансового забезпечення, неврегульованість системи міжбюджетних відносин розглядались українськими економістами неодноразово. Проте ситуація із забезпеченням фінансовими ресурсами соціальної інфраструктури залишається складною, що призводить до зниження якості муніципальних послуг.

Механізми, що використовуються у світовій практиці для реалізації регіональної політики, досить різноманітні. Для становлення місцевого самоврядування Україна обрала шлях перерозподілу додаткових джерел доходів на місцевий рівень. Одночасно у зв'язку із забезпеченням життєдіяльності населення на самоврядних територіях визначені повноваження місцевих органів.

На базовий муніципальний рівень передані досить ресурсоємні повноваження: місцевого економічного розвитку, розвитку місцевої інфраструктури, зокрема доріг, мереж водо-, тепло-, газо-, електропостачання, об'єктів соціального та культурного призначення, благоустрою територій, управління закладами освіти, надання швидкої медичної допомоги, первинної охорони здоров'я, розвитку культури, організації пасажирських перевезень та ряд інших питань місцевого значення.

На районний рівень – виховання в школах-інтернатах, медичного обслуговування на вторинному рівні.

На обласний рівень – питання регіонального розвитку, професійно-технічної освіти, високоспеціалізованої допомоги.

У дослідженні методологічний підхід до реформування місцевого самоврядування та територіальної організації соціальної інфраструктури, який пов'язаний із розмежуванням повноважень у системі органів місцевого

самоврядування та органів виконавчої влади на різних рівнях адміністративно-територіального устрою, базується на п’яти провідних принципах: субсидіарності, доступності соціальних послуг, повсюдності й фінансової спроможності місцевого самоврядування, партнерства між державою і місцевим самоврядуванням.

Зазначені принципи визначають нові якості й фактори економічного зростання, виконання територіальною громадою соціально-економічних функцій у конкуренції за інвестиції, інновації та трудовий потенціал. Аналіз становлення суб'єктності територіальної громади передбачає розгляд її як суб’єкта розвитку. В теоретичних регіональних дослідженнях територіальна громада розглядається виключено як суб’єкт місцевого самоврядування. Під цим розуміється, що місцеве самоврядування являє собою специфічне соціальне явище, самостійну форму народовладдя, яке відрізняється від держави, державної влади за рядом ознак. По-перше, якщо державна влада характеризується суверенітетом (верховенством, самостійністю, незалежністю), то місцеве самоврядування – це влада підзаконна, яка діє в межах та в порядку, визначених законом. По-друге, компетенції місцевого самоврядування у порівнянні з державною владою суттєво обмежені. По-третє, місцеве самоврядування як публічна влада територіального колективу носить локально-просторовий характер. Усі окреслені риси підкреслюють, що особливий характер місцевого самоврядування не означає його повної автономності в державі по відношенню до державної влади [1, с. 10-11].

Розгляд у дослідженні дефініції територіальної громади як суб’єкту розвитку акцентує увагу на здійсненні органами місцевого самоврядування завдань і функцій, пов’язаних з організацією надання послуг закладами соціальної інфраструктури.

Пропонується багатостороння методологія інституціонального забезпечення розвитку соціальної інфраструктури регіону (територіальної громади) на основі комплексного застосування суб’єктно-функціонального і

організаційно-цілісного підходів, програмного, нормативного, міжбюджетного і страхового інструментарію.

Це дозволяє розглядати, по-перше, територіальну громаду з точки зору виконання нею державних соціально-економічних функцій, які трансформовані в цілі й завдання розвитку цього територіального утворення. По-друге, економіку регіону як поєднання різних структур: галузевих, відомчих, державних і недержавних. По-третє, перспективне складання місцевих бюджетів і бюджетів галузей соціальної інфраструктури за програмно-цільовим методом. По-четверте, здійснювати формування бюджетів нормативно-подушовим методом. По–п’яте, збалансовувати витратну і доходну частини бюджетів за принципом субсидіарності, а також страховими механізмами.

Рукопис підготовили: д.е.н., проф.. Новіков В.М. – вступ, розділи 1, 2, підрозділ 5.2, післямова; д.е.н., проф. Дєєва Н.М. – розділ 5; к.е.н., ст.н.с. Гвелесіані А.Г. – розділ 6; д-р філос., к.е.н. Карягін Ю.О. – 1.2; к.е.н., ст.н.с. Корнійчук О.П. – розділ 3; к.е.н., ст.н.с. Швець П.А.. – розділ 4; к.е.н., ст.н.с. Черніченко В.В. – підрозділ 6.5; аспірант Загороднєв Я.А. – підрозділ 5.1.

РОЗДІЛ 1. МОДЕРНІЗАЦІЯ МОДЕЛІ МІСЦЕВОГО САМОВРЯДУВАННЯ ТА МЕТОДОЛОГІЧНІ ПИТАННЯ РОЗВИТКУ СОЦІАЛЬНОЇ ІНФРАСТРУКТУРИ

1.1. Сучасний стан та проблеми розвитку стратегії реформування місцевого самоврядування

Реалізація реформи місцевого самоврядування та територіальної організації влади на засадах децентралізації, концептуальні засади якої були схвалені у 2014 р., розпочалась у 2015 р. й виявила ряд проблем правового, організаційного та економічного характеру. У 2016-2017 рр. на підставі досвіду впровадження принципів децентралізації запропоновані додаткові пропозиції розвитку місцевого самоврядування як одного з провідних напрямів удосконалення державного управління і соціальної інфраструктури. Указом Президента України «Про першочергові заходи розвитку місцевого самоврядування в Україні на 2017 рік» підвищення інституційної спроможності місцевого самоврядування визначено одним із пріоритетів розвитку держави на 2017 р. [2].

У вересні 2016 р. розпорядженням Кабінету Міністрів України затверджено нову редакцію плану заходів щодо реалізації Концепції реформування місцевого самоврядування та територіальної організації влади в Україні [3]. Даним розпорядженням передбачено розроблення концептуальних засад секторальних реформ у сферах освіти, охорони здоров'я, соціального захисту тощо, удосконалення законодавчо-нормативного забезпечення реформи, посилення відповідальності органів місцевого самоврядування за прийняті ними рішення.

У квітні 2017 р. Кабінетом Міністрів України прийнято розпорядження «Про затвердження середньострокового плану пріоритетних дій Уряду до 2020 року та плану пріоритетних дій Уряду на 2017 рік» [4]. Середньострокова дорожня карта реформи дає можливість планувати розвиток не на рік, а на перспективу. Середньостроковим планом передбачено 100% об’єднання місцевих рад базового рівня у спроможні територіальні громади до 2020 р.

Результати соціологічного опитування показують, що реформа місцевого самоврядування і децентралізації державного управління просувається повільно, хоча на цьому шляху є певні позитивні результати. Соціологічне дослідження «Децентралізація та реформа місцевого самоврядування», проведене Київським міжнародним інститутом соціології на замовлення Програми Ради Європи «Децентралізація і територіальна консолідація в Україні» у грудні 2016 р., зафіксувало, що 67 % опитаних відчули зміни на краще чи очікують на них від реформи децентралізації. Якщо у 2015 р. лише 19 % опитаних відзначали певні зміни на краще у своєму населеному пункті в результаті збільшення місцевих бюджетів, то на кінець 2016 р. таких людей було майже в 2,5 рази більше – 46 %. Водночас 61,3 % респондентів вважають, що реформа місцевого самоврядування та децентралізація влади в Україні здійснюється повільно та занадто повільно [5].

У ході реформи місцевого самоврядування активізувався процес утворення об'єднаних територіальних громад. У 2015 р. було утворено 159 ОТГ, що об'єднали 793 територіальні громади. У 2016 р. відбувся суттєвий прогрес у формуванні ОТГ – їхня кількість зросла у 2,3 рази. Таким чином, станом на початок 2017 р. в Україні налічувалося 366 ОТГ, які об'єднали 1740 місцевих рад, в яких проведено перші місцеві вибори. У 2017 р. після прийняття низки законів, що врегулювали проблемні питання об'єднання, процес формування ОТГ отримав новий імпульс до активізації. 30 квітня 2017 р. відбулися перші місцеві вибори ще у 47 ОТГ. Таким чином, станом на кінець травня 2017 р. в Україні утворено 413 ОТГ, що об'єднали 5258 населених пунктів [6]. За інформацією Мінрегіону, на кінець 2017 р., передбачається формування 185 об'єднаних громад. 106 ОТГ чекають на рішення ЦВК щодо призначення перших виборів місцевих голів та депутатів, облдержадміністрації готують звернення до ЦВК ще по 12 ОТГ, 49 ОТГ приймають остаточні рішення про об'єднання, 18 ОТГ чекають на висновок ОДА.

Найбільше об’єднаних громад, які вже чекають на рішення ЦВК, у Дніпропетровській, Чернігівській, Полтавській, Черкаській, Волинській, Херсонській областях [7].

Водночас по регіонах країни зберігається значна нерівномірність у формуванні об’єднаних територіальних громад (рис. 1.1).

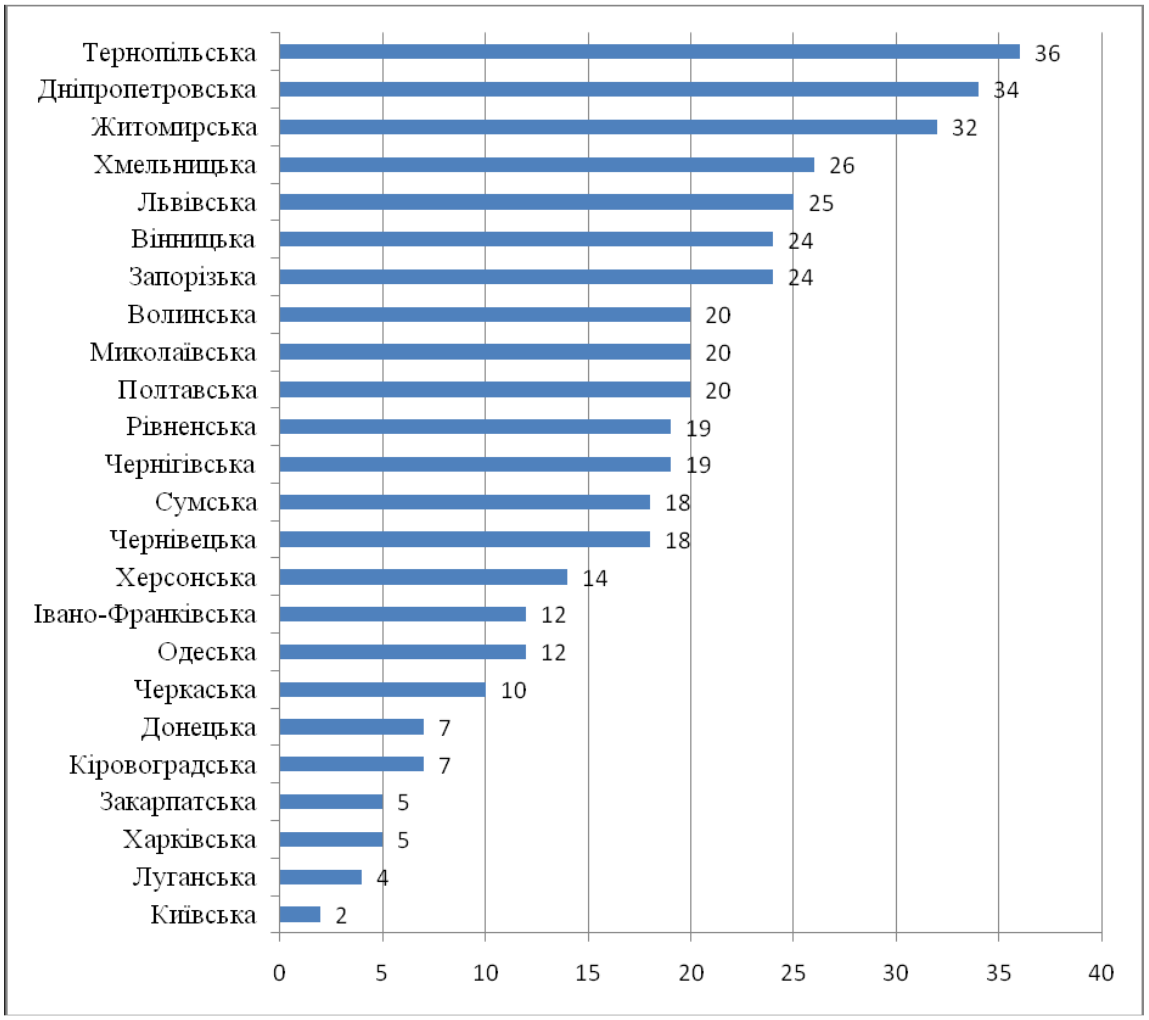

Рис. 1.1. Формування об’єднаних територіальних громад станом на 1.06 2017 р.
Джерело: за даними Міністерства регіонального розвитку, будівництва та житлово-комунального господарства України

Найбільша кількість об’єднаних територіальних громад створена у Тернопільській, Дніпропетровській, Житомирській, Хмельницькій, Львівській, Вінницькій та Запорізькій областях. Сумарна частка перших трьох із зазначених регіонів становить 24,6 %, або чверть усіх об’єднаних територіальних громад в Україні. Найменша їх кількість створена в Київській, Харківській та Закарпатській областях [8, с. 23].

Розширились економічні стосунки між територіальними громадами. Якщо на 1 квітня 2016 р. Реєстр договорів про співробітництво територіальних громад містив дані про 35 договорів щодо реалізації спільних проектів у 7 областях, то станом на 10 травня 2017 р. Реєстр містить дані вже про 82 договори про співробітництво, учасниками договорів є 399 місцевих рад.

Значна міжрегіональна відмінність у формуванні об'єднаних територіальних громад свідчить не тільки про різне ставлення місцевих державних адміністрацій та органів місцевого самоврядування в регіонах до запровадження реформи децентралізації, але й об'єктивні труднощі в інституціоналізації механізму розвитку територіальних громад.

Практичний процес формування об'єднаних територіальних громад постійно виявляє проблемні питання, що потребують законодавчого або нормативного врегулювання. Протягом 2016-2017 рр. було прийнято ряд нормативних документів щодо удосконалення законодавчого регулювання процесу формування спроможних територіальних громад.

У 2017 р. прийнято закони України «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо добровільного приєднання територіальних громад», «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо особливостей добровільного об'єднання територіальних громад, розташованих на територіях суміжних районів» та інші [9; 10].

Загальні статистичні дані свідчать про покращення фінансового забезпечення об'єднаних територіальних громад. За 2016 р. до загального фонду місцевих бюджетів (без урахування трансфертів) надійшло 146,6 млрд грн, що становить 116,3% від річного обсягу надходжень, затвердженого місцевими радами. Приріст надходжень до загального фонду проти 2015 р. склав 48,4 млрд грн, або 49,3 %. При цьому власні надходження бюджетів 159 ОТГ зросли більш ніж у 3 рази порівняно з 2015 р. (з 1 млрд грн до 3,3 млрд грн). Із розрахунку на 1 жителя в середньому власні доходи бюджетів ОТГ збільшились на 1645 грн (із 700 грн до 2345 грн). Всього ресурси місцевих бюджетів 159 ОТГ (з трансфертами) зросли майже у 7 разів порівняно з

надходженнями 2015 р. до бюджетів місцевих рад, які увійшли до складу ОТГ, та склали 7,1 млрд грн [11].

Державна фінансова підтримка на розвиток та інфраструктурні об'єкти ОТГ у 2016 р. склала: 1 млрд грн – субвенція на розвиток інфраструктури 159 ОТГ (1383 проекти); 131 млн грн з ДФРР (70 проектів); 49,7 млн грн субвенції на соціально-економічний розвиток (50 ОТГ). За даними Держказначейства, з одного мільярда гривень виділених державою коштів субвенції на розвиток інфраструктури ОТГ 95 % цих коштів вкладено в оновлення та будівництво доріг, будівель шкіл, дитячих садків, медичних закладів, у будівництво центрів надання адміністративних послуг, спортивних споруд, освітлення вулиць, придбання спеціалізованої техніки для комунальних потреб тощо. Все це – розвиток територій громад і створення якісніших умов життєдіяльності для кожного їх мешканця, підвищення якості послуг [12].

Результати виконання місцевих бюджетів за січень-квітень 2017 р. підтверджують тенденції зростання надходжень до місцевих бюджетів. За 4 місяці до загального фонду місцевих бюджетів (без урахування трансфертів) надійшло 56,2 млрд грн, що становить 34,9% від річного обсягу надходжень, затвердженого місцевими радами. Приріст надходжень до загального фонду проти січня-квітня 2016 р. склав 14,5 млрд грн, або 34,9%. При цьому темпи росту доходів бюджетів ОТГ є вищими, ніж у цілому по місцевих бюджетах. Так, доходи загального фонду 366 бюджетів ОТГ у січні-квітні 2017 р. в порівняльних умовах зросли на 0,8 млрд грн, або 47,1 %. При цьому по єдиному податку темп росту становить 63,0%, по податку на доходи фізичних осіб – 52,8%, акцизному податку з роздрібної торгівлі – 41,3%. Такий стан виконання місцевих бюджетів дає можливість місцевим органам влади забезпечувати функціонування закладів бюджетної сфери та самостійно вирішувати питання розвитку громад [13].

Наведені матеріали свідчать про усталену динаміку у формуванні об'єднаних територіальних громад в Україні протягом 2016-2017 рр. Проте існує низка невирішених проблем на макро- і мікроекономічному рівні як

стратегічного, так і оперативного характеру, що формують ризики для успішної подальшої реалізації реформи. Зокрема, відзначимо наступні несприятливі тенденції та проблемні питання.

Дослідження макроекономічних тенденцій переконливо показує, що державна фінансово-податкова політика не здатна в перспективі ефективно сприяти поліпшенню реалізації місцевого самоврядування.

Соціальні функції держави зведено до розподілу державних фінансів, які переважно зосереджено на соціальному захисті частки населення. Бюджетне забезпечення розвитку послуг соціальної інфраструктури фактично відбувається безсистемно і по залишковому принципу формування і виконання державного і місцевого бюджетів. Недостатня фінансова підтримка і навіть різноспрямованість бюджетних процесів у сфері реформування місцевого самоврядування і соціальної інфраструктури заблоковує позитивні зрушення у децентралізації управління та поліпшенні добробуту населення і не є стимулятором економічного і соціального зростання на місцевому рівні.

Протягом 2001-2016 рр. видатки зведеного бюджету значно випереджали видатки місцевих бюджетів. Так, видатки місцевих бюджетів у відсотках до ВВП становили у 2016 р. 14,1%, державного бюджету – 35,1%. При цьому видатки на соціальні потреби з державного бюджету у відсотках до ВВП дорівнювали 20,1%, на соціальну інфраструктуру – 9,3%. Фактично переважна частина державних видатків спрямовувалася на соціальний захист населення, менша частина – на соціальні послуги, які надаються державою. Отже, на державному і місцевому рівнях, у тому числі й на рівні територіальних громад, витрати на послуги не були пріоритетом в процесі бюджетування (рис.1.2).

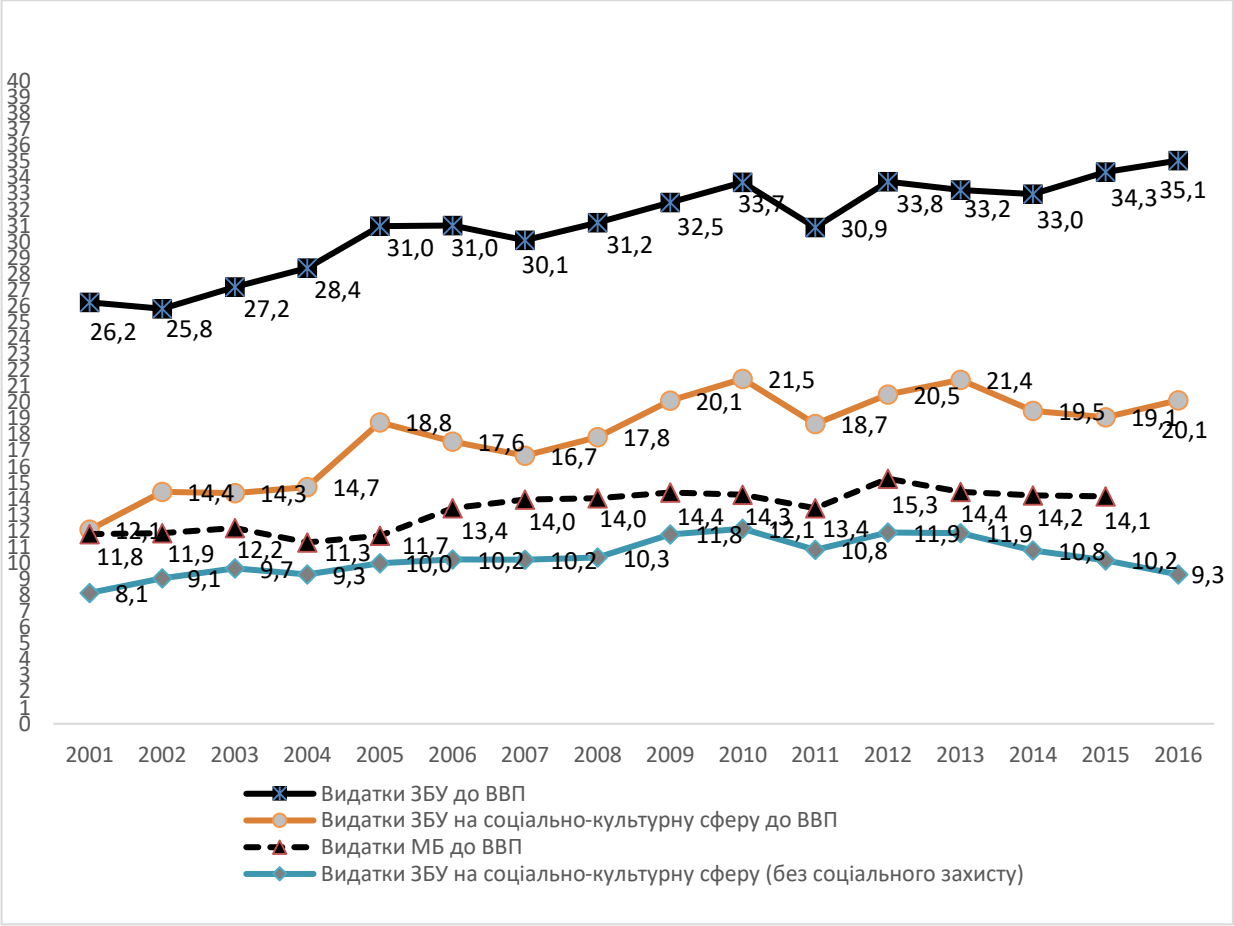

Рис. 1.2. Видатки з державного і місцевих бюджетів (у % до ВВП) протягом 2001 – 2016 рр.

Джерело: побудовано за даними Міністерства фінансів України

Зростання доходів і видатків ЗБУ у ВВП відбувається при одночасному зростанні державних боргів. Що само по собі є неприйнятним. За офіційними статистичними показниками Міністерства фінансів України, загальна сума державного та гарантованого державою боргу з 2009 р. уже перевищує обсяг усіх доходів і видатків Зведеного бюджету України (у 2009 р. борги складали 317,9 млрд грн, доходи ЗБУ- 273,0, а видатки Зведеного бюджету – 310,2 млрд грн) на 116,4 і 102,5 відсотків. Зростання державного боргу відбувається на фоні зменшення фінансових результатів підприємницької діяльності, що негативно позначається на перспективі поліпшення місцевих бюджетів (рис. 1.3).

Рис. 1.3. Зростання боргових забов'язань держави і бюджетних ресурсів

Джерело: побудовано за даними Міністерства фінансів України

Тренди загальних сум державного боргу і сум на його обслуговування перевищують тренди видатків державного і місцевих бюджетів на споживання послуг соціальної інфраструктури (рис. 1.4).

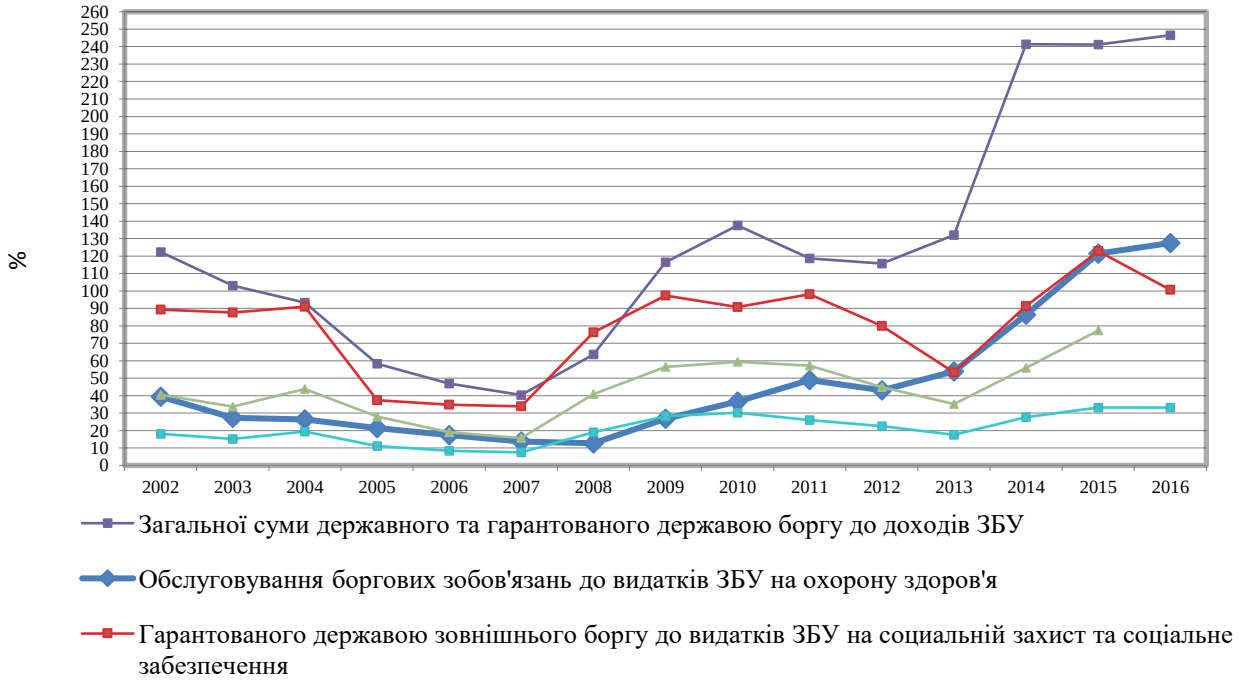

Рис. 1.4. Динаміка державного боргу

Джерело: побудовано за даними Міністерства фінансів України

Відбувається постійне зростання видатків на соціальний захист населення за рахунок скорочення частини видатків ЗБУ, що надають послуги соціальної інфраструктури всім верствам населення, а саме на освіту, охорону здоров'я та розвиток житлово-комунального господарства. Нараховані й отримані соціальні допомоги та інші одержані поточні соціальні трансферти зростають випереджуючими темпами над змінами обсягів доходів, одержаних членами домогосподарства у вигляді оплати праці: співвідношення обсягів соціальних допомог та заробітної плати

У комплексі механізмів, які негативно впливають на розвиток соціальної інфраструктури в умовах реформи місцевого самоврядування, є посилення вектору розвитку бюджетної політики на соціальний захист населення в збиток наданню послуг охорони здоров'я, освіти, духовного розвитку (табл. 1.1).

Із наведеної таблиці видно, що видатки на соціальний захист у 2016 р. порівняно з 2015 р. становлять 146,3%, на освіту – 113,3%, охорону здоров'я – 106,2%, на духовний розвиток – 104,3%.

У структурі Зведеного бюджету України частка витрат на соціальний захист займає третину всіх витрат – 30,9% і значно перевищує частку витрат країни на освіту, яка становить 15,5%, охорону здоров'я – 9%, на духовний розвиток – 2% (табл. 1.2).

Таблиця 1.1

Структура видатків Зведеного бюджету України за 2003-2016 рр., млрд грн

	2003	**2004**	**2005**	**2010**	**2011**	**2012**	**2013**	**2014**	**2015**	**2016**	**2016 до 2015 (+,-)**	**2016 до 2015 (%)**
Всього видатків	75,8	102,5	142,0	379,2	421,6	492,5	505,8	529,1	679,9	835,6	155,7	122,9
Загальнодержавні функції, в т.ч.	10,0	12,3	15,5	44,9	49,9	54,6	61,7	76,9	117,6	134,1	16,5	114,0
Обслуговування боргу	2,5	3,1	3,2	16,2	23,8	25,1	33,1	49,4	86,2	96,1	9,9	111,5
Оборона	5,3	6,2	5,9	11,3	13,2	14,5	14,8	27,4	52,0	59,4	7,4	114,2
Громадський порядок, безпека та судова влада	5,8	7,9	10,2	28,8	32,6	36,7	39,4	44,9	55,0	72,1	17,1	131,1
Разом	21,1	26,4	31,6	85,0	95,7	105,8	115,9	149,2	224,6	265,6	41,0	118,3
Охорона здоров'я	9,7	12,2	15,5	44,7	49,0	58,5	61,6	57,2	71,0	75,4	4,4	106,2
Духовний та фізичний розвиток	2,1	2,7	3,4	11,5	10,8	13,6	13,7	13,9	16,2	16,9	0,7	104,3
Освіта	15,0	18,3	26,8	79,8	86,3	101,6	105,5	100,1	114,2	129,4	15,2	113,3
Разом	26,8	33,2	45,7	136,0	146,1	173,7	180,8	171,2	201,4	221,7	20,3	110,1
Соціальний захист та соц. забезпечення	13,0	19,5	40,1	104,6	105,6	125,3	145,1	138,0	176,3	258,3	82,0	146,5
Разом соціально-культурна сфера	39,8	52,7	85,8	240,6	251,7	299,0	325,9	309,2	377,7	480,0	102,3	127,1
Охорона навколишнього природного середовища	0,9	1,2	1,3	2,9	3,9	5,3	5,6	3,5	5,5	6,3	0,8	114,5
Житлово-комунальне господарство	1,8	2,7	3,9	5,5	8,8	20,1	7,7	17,8	15,7	17,6	1,9	112,1
Економічна діяльність	12,2	19,6	19,3	45,1	61,6	62,4	50,7	43,6	56,3	66,2	9,9	117,6
Разом	14,9	23,5	24,5	53,5	74,3	87,8	64,0	64,9	77,5	90,1	12,6	116,3
Всього соціальна інфраструктура Зведеного бюджету України	54,7	76,2	110,3	294,1	326,0	386,8	389,9	374,1	455,2	570,1	114,9	125,2

Джерело: побудовано за даними Міністерства фінансів України

Таблиця 1.2

Структура видатків Зведеного бюджету України за 2003-2016 рр., %

	2003	**2004**	**2005**	**2010**	**2011**	**2012**	**2013**	**2014**	**2015**	**2016**
Всього видатків	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Загальнодержавні функції, в т.ч.	13,2	12,0	10,9	11,8	11,8	11,1	11,1	14,7	17,3	16,0
Обслуговування боргу	3,3	3,0	2,3	4,3	5,6	5,1	5,1	9,4	12,7	11,5
Оборона	7,0	6,0	4,2	3,0	3,1	2,9	2,9	5,2	7,6	7,1
Громадський порядок, безпека та судова влада	7,7	7,7	7,2	7,6	7,7	7,5	7,5	8,6	8,1	8,6
Разом	27,8	25,8	22,3	22,4	22,7	21,5	21,5	28,5	33,0	31,8
Охорона здоров'я	12,8	11,9	10,9	11,8	11,6	11,9	11,9	10,9	10,4	9,0
Духовний та фізичний розвиток	2,8	2,6	2,4	3,0	2,6	2,8	2,8	2,7	2,4	2,0
Освіта	19,8	17,9	18,9	21,0	20,5	20,6	20,6	19,1	16,8	15,5
Разом	35,4	32,4	32,2	35,9	34,7	35,3	35,3	32,7	29,6	26,5
Соціальний захист та соц. забезпечення	17,2	19,0	28,2	27,6	25,0	25,4	25,4	26,4	25,9	30,9
Разом соціально-культурна сфера	52,5	51,4	60,4	63,4	59,7	60,7	60,7	59,1	55,6	57,4
Охорона навколишнього середовища	1,2	1,2	0,9	0,8	0,9	1,1	1,1	0,7	0,8	0,8
Житлово-комунальне господарство	2,4	2,6	2,7	1,5	2,1	4,1	4,1	3,4	2,3	2,1
Економічна діяльність	16,1	19,1	13,6	11,9	14,6	12,7	12,7	8,3	8,3	7,9
Разом	19,7	22,9	17,3	14,1	17,6	17,8	17,8	12,4	11,4	10,8
Всього соціальна інфраструктура Зведеного бюджету України	72,2	74,3	77,7	77,6	77,3	78,5	78,5	71,5	67,0	68,2

Джерело: побудовано за даними Міністерства фінансів України

При такій викривленій структурі бюджетних витрат на бюджети територій покладено фінансування 80% усіх витрат на соціальні послуги: загальну середню освіту, медичне обслуговування населення, культуру. Податкові новації та фінансова допомога у вигляді дотацій місцевим бюджетам не здатні врятувати регіони від дефіциту фінансових ресурсів. За останні

дев'ятнадцять років постійно посилювалася тенденція перевищення витратної частини місцевих бюджетів над дохідною (рис. 1.5).

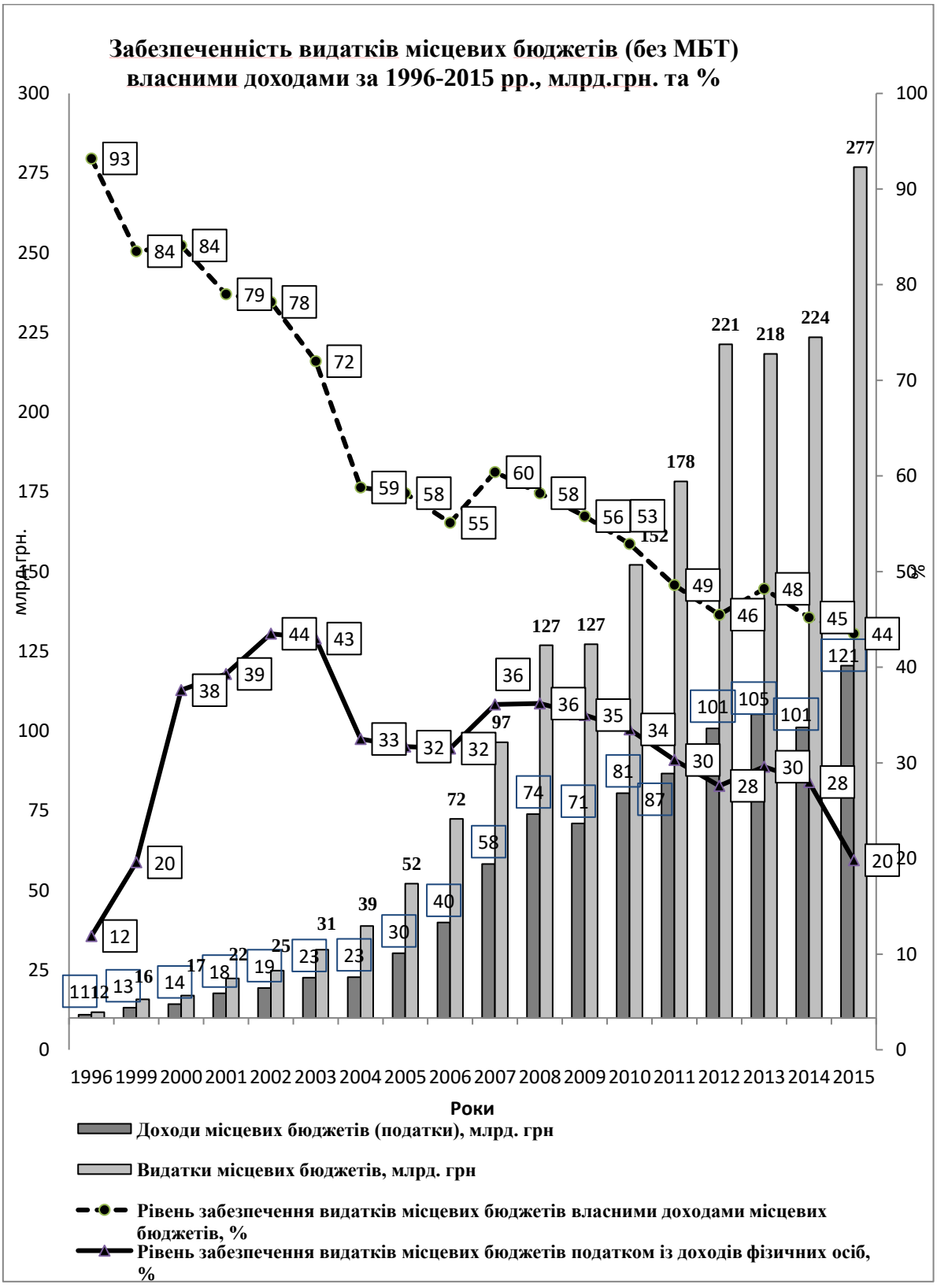

Рис. 1.5. Динаміка видатків місцевих бюджетів, 1996-2015 рр.

Джерело: побудовано за даними Міністерства фінансів України

У 1995 р. рівень забезпечення видатків місцевих бюджетів власними доходами становив 93%, у 2015 р. – 44%. Найбільш вагомим джерелом надходження коштів до місцевих бюджетів є податки з доходів фізичних осіб та податки з прибутку підприємств муніципальної власності. У 1996 р. видатки на соціальну інфраструктуру дорівнювали 13 млрд грн., надходження від податків на доходи фізичних осіб та прибуток підприємств – 8 млрд грн. У 2016 р. відповідно – 480 та 199 млрд грн. За цей строк забезпечення видатків на соціальну інфраструктуру надходженнями податками від доходів фізичних осіб та прибутку підприємств зменшилася з 63% до 41% (рис. 1.6).

Найбільш складна ситуація із фінансовим забезпеченням соціальної інфраструктури складається в сільських районах (рис. 1.7). В середньому рівень забезпечення соціальної інфраструктури власними доходами становить 33,5%. Розбіжність по територіальним громадам рівня фінансового забезпечення соціальної інфраструктури становить від 03% до 46,3%. Такий стан речей із фінансуванням послуг ставить питання розробки диференційованого підходу до відшкодування витрат на надання населенню соціально важливих послуг.

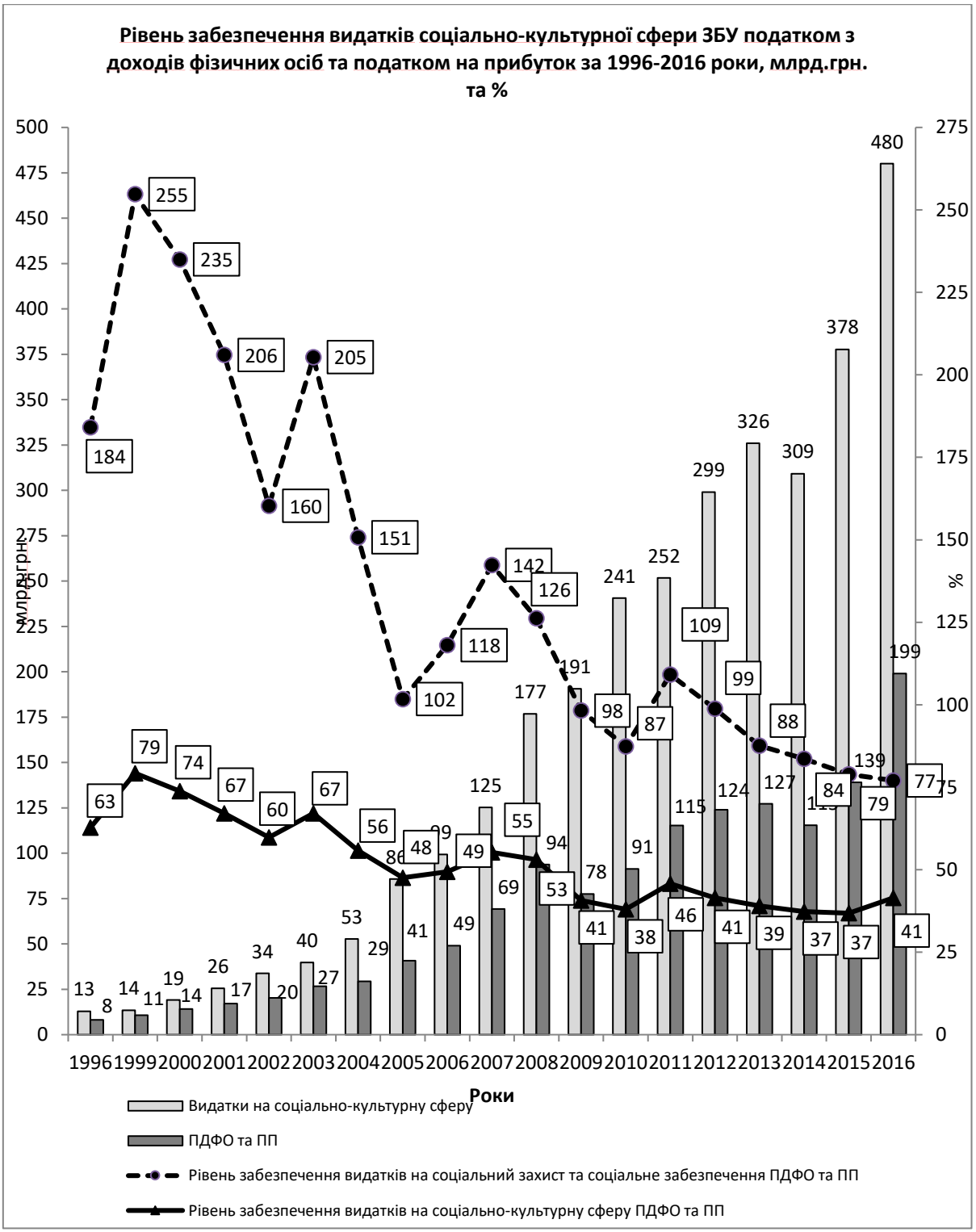

Рис. 1.6. Рівень забезпечення видатками витрат на соціальну інфраструктуру

Джерело: побудовано за даними Міністерства фінансів України

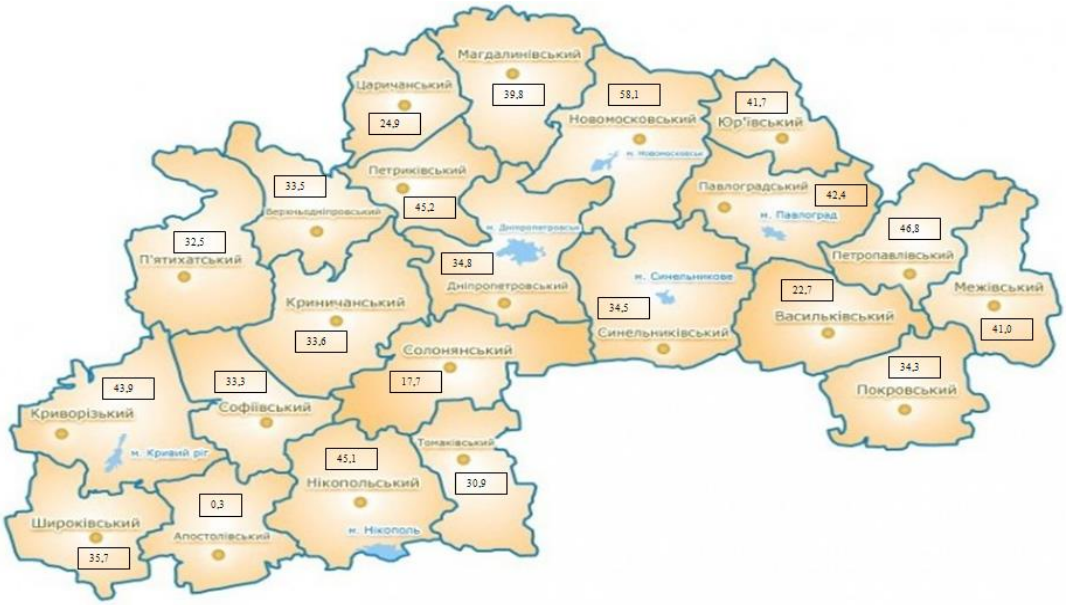

Рис. 1.7. Забезпеченість видатків власними доходами місцевих бюджетів сільських районів Дніпропетровської області у 2016 році, %

Джерело: побудовано за даними Міністерства фінансів України

Отже, спостерігається постійне зростання видатків на соціальний захист населення за рахунок скорочення частини видатків ЗБУ, що надають послуги соціальної інфраструктури всім верствам населення, а саме: на освіту, охорону здоров'я та розвиток житлово-комунального господарства. Нараховані й отримані соціальні допомоги та інші одержані поточні соціальні трансферти зростають випереджуючими темпами над змінами обсягів доходів, одержаних членами домогосподарства у вигляді оплати праці: співвідношення обсягів соціальних допомог та заробітної плати.

На фоні фінансової нестабільності й дефіциту ресурсів територіальних громад відбувається зростання обсягів надання населенню платних послуг. Платні послуги населенню бюджетними установами понад вже сплачені ним податки для отримання соціальних послуг за 2015 р. уже складають 41,7 млрд грн і перевищують обсяги податків на міжнародну торгівлю та зовнішні операції: 40,3 млрд грн, у тому числі ввізне мито – 39,9 і виїзне – 0,4 млрд грн. Соціальні послуги МБ суттєво різняться по доступності, вартості бюджетних витратах та якості між населеними пунктами.

Недоліки забезпечення населення послугами пояснюються цілим рядом факторів. До цього часу в країні відсутній повний перелік державних стандартів соціальних послуг і методичне забезпечення розрахунку вартості усіх видів соціальних послуг. Права споживача соціальних послуг обмежені у виборі постачальника соціальних послуг, так як нормативно-правова база щодо регулювання й залучення недержавних суб'єктів до надання соціальних послуг також не розроблена. За період бюджетних реформ достатньо ґрунтовно унормовані тільки правила і процедури бухгалтерської звітності всіх учасників бюджетного процесу, з точки зору виконання бюджету відповідно економічній класифікації видатків бюджету для чіткого розмежування видатків бюджетних установ та одержувачів бюджетних коштів за економічними характеристиками операцій, які здійснюються відповідно до функцій держави та місцевого самоврядування.

Види функцій, розміри витрат по відповідній бюджетній установі (наприклад, медикаменти, харчування, придбання обладнання тощо) залишаються не стандартизованими і по бюджетним галузям, і по видам витрат, і місцевим бюджетам. Фактично бюджет витрачається, як і раніше, на власний розсуд керівника бюджетної установи і головного розпорядника бюджетних коштів, але при зростаючій кількості правил і процедур різних форматів бюджетування (інструкцій, тендерів, кошторисів, бюджетних зобов'язань і всього бюджетного документообігу, які формально «узаконюють» рішення про витрачання бюджетних коштів).

Недоліки у фінансуванні соціальної інфраструктури знижують якість обслуговування населення. Громадяни не відчувають зростання доступності й якості тих соціальних послуг, без яких не можливий людський розвиток: охорони здоров'я, освіти, духовного та фізичного розвитку, соціального захисту та соціального забезпечення, житлово-комунального господарства, щодо благоустрою населених пунктів, довкілля, охорони навколишнього природнього середовища, державними і комунальними підприємствами економічної

діяльності щодо розвитку транспорту, будівництва споруд загального користування, зокрема, доріг, мостів, мережі зв'язку, інформатики.

Проведений аналіз організації й функціонування територіальних громад, фінансування соціальної інфраструктури показує доцільність внесення пропозицій у трьох аспектах: необхідність удосконалення бюджетної системи, територіальної децентралізації управління, інституціоналізації статусу об'єднаних територіальних громад.

Зміни диференційованих розмірів відрахувань від податків і зборів, які сплачуються по всіх територіях України, мають результативний вплив на зростання місцевих бюджетів тільки при поступовому їх введенню і прямій залежності як від економічного зростання, так і від єдиних розмірів стандартів надання соціальних послуг соціальної інфраструктури. В наших умовах реформування зміни розмірів відрахувань від податків і зборів не стали інструментом відшкодування недостатності доходів МБ для видатків: у більшості визначаються без єдиних стандартів бюджетних (безкоштовних) послуг; не узгоджені як податкові стимулятори зростання власних доходів МБ на забезпечення виконання власних повноважень.

При складанні бюджетів важливо застосувати оновлену систему регулюючих податків. З цією метою можливо прийняти наступний порядок. У межах загальних пропорцій розщеплення окремих податків між державними і місцевими бюджетами у депресивні й малодохідні територіальні громади відраховувати 95-97% регулюючих податків, які збираються на їх території, і лише 3-5% відраховувати у державний бюджет. В економічно достатніх територіях слід залишати до 5% певного податку, решту 95% направляти у держбюджет. Такий механізм може припинити дефіцит бюджетів сільських територіальних громад на виплату заробітної плати та інших потреб закладів соціальної інфраструктури і стимулювати розвиток промисловості й сільського господарства на підлеглих територіях органів управління громад.

Політико-правова реформа, що здійснюється у сфері організації виконавчої влади і стосується децентралізації її функцій, ставить теоретичні

питання щодо цілей та основ управлінської діяльності на регіональному рівні й її реалізації. Ця проблематика досліджується переважно правознавцями. В економічному контексті вона опосередковано аналізується через інститут безоплатних трансфертів. Проте навіть у юридичній науці проблема самоврядування не знайшла узгодженої думки, що говорить про її неоднозначність відповідно до функцій та об'єктно-суб'єктну характеристику.

В юридичних державотворчих дослідженнях місцеве самоврядування пройшло певний еволюційний шлях: громадську теорію, державницьку та теорію соціального обслуговування. Однак сучасна практика становлення місцевого самоврядування в різних країнах світу показала, що природа місцевого самоврядування не може бути визначена однозначно, зокрема, досить важко виділити місцеві справи, які б відрізнялися від загальнодержавних. «Функції місцевого самоврядування, як відмічають вчені-юристи, носять як приватноправовий, так і публічний характер… Це свідчить про те, що місцеве самоврядування одночасно містить в собі елементи як державного, так і громадівського утворення…» [1, с. 9-10].

У Європейській Хартії місцевого самоврядування поняття місцевого самоврядування означає «право і спроможність місцевих властей в межах закону здійснювати регулювання й управління суттєвою часткою державних справ, які належать до їхньої компетенції, в інтересах місцевого населення» [1, с. 10]. Це означає, що об'єктом місцевого самоврядування є частка державних (громадських) справ, яку становлять питання місцевого значення, які мають локально-територіальний характер і виникають у ході функціонування територіальної громади. Зокрема, вони стосуються економіки, освіти, охорони здоров'я, фізичного і духовного розвитку. Суб'єктом місцевого самоврядування є територіальна громада – населення, що проживає в межах населеного пункту. Громада, реалізуючи своє право на здійснення господарчої діяльності, визначає місцеве самоврядування як специфічне соціальне явище, форму народовладдя, яке відрізняється від держави, державної влади за рядом ознак.

По-перше, державна влада характеризується суверенітетом (верховенством, самостійністю й незалежністю). Влада місцевого самоврядування є підзаконною, що діє в межах та в порядку, визначеному законом.

По-друге, у порівнянні з державною владою компетенції місцевого самоврядування стосуються питань місцевого значення та питань, які делегуються органами місцевого самоврядування.

По-третє, місцеве самоврядування на противагу державній владі – це публічна влада локально-просторового характеру і функціонує в окремих адміністративно-територіальних одиницях. Державна влада представляє собою владу всього народу і поширюється на територію всієї країни [1, с. 9-10].

Базовим економіко утворюючим елементом місцевого самоврядування є територіальна громада. Від її здатності вирішувати питання місцевого значення залежить ефективність управління на місцевому рівні. Проте в сучасній науці не існує цілісної, розвиненої теорії розвитку територіальної громади. Цей факт відмічається в ряді наукових публікацій [14, с. 15]. Внаслідок невирішення права територіальних громад самостійно здійснювати діяльність залишає його нереалізованим.

Гарантування місцевого самоврядування залежить від організаційно-правових чинників, спрямованих на зміцнення територіальної громади, удосконалення, вдосконалення і розвиток міжбюджетних відносин. Успішна реалізація реформи територіальної організації влади та місцевого самоврядування вимагає продовження роботи щодо удосконалення законодавчо-нормативного забезпечення реформи [8, с. 17]. Для цього доцільно:

відновити роботу над законопроектом щодо внесення змін до Конституції України з питань децентралізації, яким має бути удосконалена конституційна база для функціонування нової системи територіальної організації влади та системи адміністративно-територіального устрою держави;

прийняти базовий закон «Про адміністративно-територіальний устрій України», в якому визначити засади державної політики у цій сфері, конструкцію нового адміністративно-територіального устрою, уніфіковані вимоги і критерії до адміністративно-територіальних одиниць усіх рівнів, чіткі процедури утворення і ліквідації адміністративно-територіальних одиниць, порядок встановлення і зміни їх меж тощо;

підготувати і прийняти нову редакцію Закону України «Про місцеве самоврядування в Україні», удосконаливши забезпечення функціонування повноцінного місцевого самоврядування на різних рівнях управління, перерозподіл повноважень в системі органів місцевого самоврядування та між органами місцевого самоврядування та державними органами виконавчої влади;

прийняти закон «Про місцевий референдум», оскільки з ухваленням Закону України «Про всеукраїнський референдум» у 2012 р. було втрачено правовий механізм проведення місцевого референдуму, що є формою вирішення територіальною громадою питань місцевого значення шляхом прямого волевиявлення;

внести зміни до закону «Про співробітництво територіальних громад» щодо запровадження процедури приєднання територіальних громад до вже існуючих договорів про співробітництво;

внести зміни до закону «Про регулювання містобудівної діяльності» щодо внесення до переліку документів із просторового планування на місцевому рівні плану об’єднаної територіальної громади, який включатиме функціональне зонування території, формування інженерно-транспортної інфраструктури, благоустрою території тощо.

Для вирішення проблемних питань та забезпечення успішної реалізації процесу подальшого формування об’єднаних територіальних громад необхідно:

законодавчо врегулювати питання виконання районними радами визначених законом повноважень в районах, територія яких повністю або частково охоплена створеними об’єднаними територіальними громадами;

унормувати питання оптимізації структури та чисельності працівників районних державних адміністрацій в районах, територія яких повністю або частково охоплена створеними об’єднаними територіальними громадами;

опрацювати питання удосконалення механізму державної фінансової підтримки добровільного об'єднання територіальних громад та забезпечення стабільних джерел такої підтримки.

Для посилення експертно-методичної та ресурсної підтримки створення і розвитку об’єднаних територіальних громад необхідно:

налагодити ефективну роботу регіональних Центрів сприяння розвитку місцевого самоврядування в організаційній підтримці процесу добровільного об’єднання територіальних громад та їхнього подальшого розвитку;

обласним державним адміністраціям забезпечити координацію роботи з надання організаційно-методичної допомоги об’єднаним територіальним громадам у підготовці проектних пропозицій для отримання коштів на реалізацію інфраструктурних проектів за рахунок державних субвенцій;

надати допомогу об’єднаним територіальним громадам із підготовки стратегічних та програмних документів щодо соціально-економічного розвитку громад, у тому числі із залученням коштів міжнародної фінансової та технічної допомоги.

З метою зміцнення кадрового забезпечення проведення реформи та подальшого функціонування органів місцевого самоврядування необхідно:

прийняти закон «Про службу в органах місцевого самоврядування» з урахуванням пропозицій Президента України. Закон необхідний для врегулювання правових та організаційних засад служби в органах місцевого самоврядування, правового статусу посадових осіб, умов та порядку реалізації громадянами права на службу в органах місцевого самоврядування тощо в нових умовах функціонування місцевого самоврядування;

запровадити навчальні програми для посадових осіб місцевого самоврядування, депутатів місцевих рад, зокрема, з питань ефективного

врядування, зміцнення матеріальної та фінансової основи місцевого самоврядування, проектного менеджменту.

Наведені пропозиції щодо політики децентралізації управління мають стати дієвим фактором стабілізації соціально-економічної ситуації, подолання суперечностей між різними рівнями влади, сприяти підвищенню ефективності використання бюджетних коштів на всіх рівнях управління.

1.2. Теоретичні питання місцевого самоврядування

Сучасна економічна наука опиняється в досить складному становищі. Знання, яке вона надає, стає все більш фрагментованим і справедливим лише на порівняно невеликому історичному інтервалі або масштабі економіки. Значимість та ефективність використання економічного знання знижуються, теорії випробовують все більш гостру потребу в нових теоретичних узагальненнях та інтерпретаціях.

У зв’язку з цим в економічній науці обґрунтовується концепція трьох парадигм як найбільш адекватних для теоретичного аналізу взаємодіючого впливу екзогенних та ендогенних умов на управління економічними системами, процесами та об’єктами. Вона ґрунтується на ідейних наслідках неокласичної економічної системи, інституціоналізму та еволюційної доктрини [15, с. 78–79]. Усі три парадигми характеризують економіку з позицій властивих їм уявлень і базових принципів.

Неокласична парадигма трактує економічну систему як сукупність фізичних і юридичних агентів, які здійснюють свою діяльність, виходячи, головним чином, з інтересів максимізації прибутку. Об’єктом дослідження в контексті даної парадигми є економічні агенти. Предметом – їх діяльність на ринку.

Інституційна парадигма економіки розглядає дії економічних агентів у взаємодії з різними інститутами, під якими розуміються організації, правила, традиції тощо. Мотиваційним чинником дій агентів на ринку є не стільки

орієнтація на отримання прибутку, скільки пристосування до інституційних норм і правил, відповідність їм з метою покращення свого становища в межах діючої інституційної системи. Головним об'єктом дослідження виступають інститути, предметом дослідження є відношення між агентами та інститутами. В основі еволюційної парадигми знаходиться динамічне уявлення про діяльність агентів, дослідження основних особливостей їх поведінки в контексті факторів еволюційного характеру, що пов'язано з вивченням механізмів послідовного розвитку агентів, формуванням і зміною типу цього механізму. При еволюційній парадигмі об'єктом дослідження стає сукупність агентів, яким притаманні схожі соціально-економічні характеристики. Предметом дослідження виступають дії агента або їх сукупність, що регулюються прямим і опосередкованим впливом на них традиційних, модифікованих і нових факторів економічного зростання.

Перспективним напрямом при вивченні дій агентів та економічних процесів є об'єднання усіх трьох парадигм в одне ціле. При цьому виходять зі значущості класичної, інституційної та еволюційної парадигм для пояснення поведінки агентів в економічному просторі.

Синтез парадигм дозволяє представити соціально-економічні утворення, зокрема, процес децентралізації й соціальну інфраструктуру територіальних утворень як комплекс економічних, соціальних, інституційних, технологічних та інших систем. В інтегрованій концепції об'єктом уваги стає територіальна соціально-економічна система в її конкретній формі; предметом виступає їх розвиток у контексті взаємодії внутрішніх і впливу зовнішніх чинників.

Еволюційний підхід в економіці виник із критики неокласичного напряму. Ця критика полягала, перш за все, в тому, що під питання були поставлені основні елементи неокласики: акцент на порівняльній статиці, відсутність історичної перспективи і динамічного моделювання, віра в рівноважний характер економічних процесів. Еволюціоністи підкреслюють, що рівновага є відсутність розвитку системи, що соціальна реальність знаходиться в постійній зміні, кумулятивно розвивається через взаємодію індивідів і груп в

рамках певних інституційних структур. Еволюційна теорія акцентує свою увагу на механізмах зміни, а не на властивостях стаціонарних станів економіки. Головне, що об'єднує теоретиків, які працюють в руслі цього підходу, полягає в поширенні на сферу соціально-економічного розвитку досягнень сучасного еволюціонізму як загальнонаукової і філософсько-методологічної бази дослідження.

Інтуїтивне розуміння економістами важливості розгляду еволюційних змін призвело в останній час до формування відразу декількох підходів у рамках загального наукового напряму, для якого характерний переніс еволюційних представлень із природничих наук на сферу економічних явищ – так з'явилися «синергетична економіка», «екоматерміка», «еконофізика», «біономіка». В основі цих підходів лежить спроба привести економічну науку у відповідність до сучасного рівня розвитку фізики, біофізики,біології, екології, термодинаміки, синергетики та інших наук. Оскільки на даний час є всі підстави для зближення усіх перелічених підходів, то сучасні економісти все частіше використовують термінологію еволюційної економіки.

Більшість учених не сумніваються в приналежності теорії еволюційної економіки соціально-інституціональному напряму економічної думки. Еволюційна теорія тісно пов'язана з інституціоналізмом, існує навіть таке поняття, як еволюційний інституціоналізм або інституційно-еволюційна теорія. Однак не завжди проводиться чітке розмежування між такими зовні схожими, але по суті глибоко різними напрямками, як традиційний інституціоналізм, неоінституціоналізм й еволюційна економічна теорія [16].

У зв'язку з цим виникає завдання пошуку особливостей, які роз'єднують інституціоналізм і його напрями з еволюційною теорією. Такий вектор дослідження торкається, по-перше, концептуального характеру вибору пріоритетів моделі економічного розвитку, по-друге, емпіричного підходу до аналізу економічних явищ та регулюванню господарчої діяльності.

Неокласична парадигма трактує економічну систему як сукупність фізичних і юридичних агентів, які здійснюють свою діяльність, виходячи,

головним чином, із інтересів максимізації прибутку. Об'єктом дослідження в контексті даної парадигми є економічні агенти. Предметом – їх діяльність на ринку.

Інституційна парадигма економіки розглядає дії економічних агентів у взаємодії з різними інститутами, під якими розуміються організації, правила, традиції тощо. Мотиваційним чинником дій агентів на ринку є не стільки орієнтація на отримання прибутку, скільки пристосування до інституційних норм і правил, відповідність їм з метою покращення свого становища в межах діючої інституційної системи. Головним об'єктом дослідження виступають інститути, предметом дослідження є відношення між агентами та інститутами.

В основі еволюційної парадигми знаходиться динамічне уявлення про діяльність агентів, дослідження основних особливостей їх поведінки в контексті факторів еволюційного характеру, що пов'язано з вивченням механізмів послідовного розвитку агентів, формуванням і зміною типу цього механізму. При еволюційній парадигмі об'єктом дослідження стає сукупність агентів, яким притаманні схожі соціально-економічні характеристики. Предметом дослідження виступають дії агента або їх сукупність, що регулюються прямим й опосередкованим впливом на них традиційних, модифікованих і нових факторів економічного зростання. Перспективним напрямом при вивченні дій агентів та економічних процесів є об'єднання усіх трьох парадигм в одному цілому. При цьому виходять зі значущості класичної, інституційної та еволюційної парадигм для пояснення поведінки агентів в економічному просторі [15].

Економісти, які додержуються цієї теоретичної системи, поляризувалися залежно від поглядів на проблему економічного розвитку.

Одну групу утворюють прихильники старого, або традиційного, інституціоналізму. Одним із відомих ідеологів цього теоретичного напряму є шведський економіст, лауреат Нобелівської премії (1974) Гунар Карл Мюрдаль, за прізвищем якого послідовників „старого" інституціоналізму називають „мюрдалістами". Вихідні позиції „мюрдалістів" полягають у концепції

наздоганяльного розвитку, коли модернізація економіки спирається на повільне покращення ситуації шляхом повільного поліпшення людського капіталу і соціальної сфери. Економічна трансформація, на їх думку, стримується пануванням традиційних цінностей. Для розвитку економіки пропонується, в першу чергу, підвищення добробуту малозабезпечених верств суспільства. Фактично ціннісними основами перехідного традиційного інституціоналізму є еволюційний економіко-культурний розвиток.

Серед зарубіжних економістів „старо-інституціоналістську" концепцію уособлюють, крім Г. Мюрдаля, Дж. Скотт, Т. Шульц. Системне теоретичне осмислення закономірностей ринкових перетворень у постсоціалістичних країнах Східної та Центральної Європи із висвітленням інституційних питань здійснено відомим угорським економістом Л. Чабою. У монографії 1995 р. „Капіталістична революція у Східній Європі", узагальнюючи досвід перших років ринкових реформ у країнах Центральної і Східної Європи, учений докладно обґрунтував положення про довготривалий еволюційний характер трансформаційних процесів, від яких неможливо очікувати швидких і однозначно позитивних результатів. Трансформація не призвела до здійснення продекларованих завдань. Звичайно, розпад старих економічних зв'язків за своєю природою відбувся відразу, а формування нових структур потребує тривалого часу і не робиться на замовлення» [17, с. 116].

На відміну від прихильників неоліберальних поглядів, загальноідеологічний підхід Л. Чаби полягає у вивченні економічних систем у поєднанні з історично визначеним інституційним аналізом. Така оцінка місця інституційного підходу в сучасній економіці знаходиться в цілому в руслі теорії традиційного інституціоналізму.

У другу групу входять економісти, які дотримуються парадигми неоінституціоналізму та пов'язані з іменем Е. де Сото. На противагу „старо-інституціоналістам" вони вважають роль традиційних інституцій в економіці перебільшеною. Концепція „десотіанства" з'явилася в 1995 р. В економічній ідеології Е. де Сото пріоритетними вважаються правові інститути, які більш

еластичні порівняно з успадкованими цінностями соціально-культурної сфери. Тому якщо рішуче активізувати законодавчо-нормативний процес, можна швидко досягти економічного ефекту.

При розробленні проблем перехідного суспільства українські економісти головний акцент у дослідженнях ставили на змісті, механізмах і темпах змін інституційного середовища в контексті „нової інституційної економіки". Аналізуючи ці проблеми, О.Л. Яременко розглядає інститути ізольовано й у сукупності. Окремі стандартні процедури або їх однорідні групування потребують спільної участі різних спеціалізованих професійних агентів, діяльність яких регулюється встановленими нормами. Звідси, на думку О.Л. Яременка, випливають дві істотні властивості інституційних форм: історичність і відносність. По-перше, вони забезпечують спадкоємність і послідовність змін суспільства, по-друге, мають минущий характер. Із цієї точки зору, інститути розглядаються як процедури і заклади, які відображають традиції, правила, норми і закони. Фактично інституційним формам надається регулятивна роль у суспільстві, завдяки якій упорядковується діяльність суб'єктів. Для нашого аналізу важливо підкреслити позицію О.Л. Яременка щодо двох вищезгаданих концепцій. Із наведеного висловлювання видно, що автор не відокремлює інституціональний аналіз від традиційного підходу Е. Мюрдаля.

Методологія дослідження інституціональної системи і наукові висновки, наприклад, українського економіста В.І. Тимошенкова відрізняються від точки зору попереднього автора. Підкреслюючи загальновідому тезу, що в економічних і політичних інститутах закладені стимули для розвитку тих чи інших видів діяльності, В.І. Тимошенков констатує, що як більш перспективний, з точки зору розуміння глибинної сутності економічної діяльності, зокрема освітньої, повинен бути визначений дослідницький підхід нової інституційної економічної теорії (Р. Коуза, Д. Нортона, О. Уільямсона та інших) [18, с. 159].

Розбіжність поглядів учених до трактування інституційного аналізу передбачає більш детальне висвітлення змісту теоретичних підходів, які

покладені в його основу. Крім того, враховуючи контекст дослідження, необхідно зосередити увагу не тільки на аргументації цілей, завдань і використання інституціональної системи, але й на її застосуванні до поняття економічного механізму. Для з'ясування останнього питання необхідно звернутися до докладного висвітлення змісту інституційної теорії.

Уперше поняття „інституціональна політична економіка" було введено в 1916 р. американським економістом У. Гамільтоном. Широке впровадження це поняття отримало у 1920–1930 рр. Для інституціоналізму характерне широке політекономічне охоплення факторів, які впливають на роботу ринкового механізму, дослідження функціонування реальних інститутів та їх еволюція під впливом соціологічних, політичних, соціально-психологічних і технологічних чинників. Поняття „інститут" включає різні організаційні структури: корпорації, місцеве самоврядування, об'єднані територіальні громади, торгово-промислові асоціації, профспілки, спілки споживачів, стереотипи поведінки тощо, а також правові норми, звичаї поведінки, стереотипи мислення та інше.

Інституційна концепція мала подвійну мету: по-перше, створення політичної економії, або соціально-економічної теорії, на противагу розповсюдженню економічної теорії під загальною назвою „економікс"; по-друге, розроблення еволюційної теорії, яка мала замістити теорію рівноваги.

Інституціоналізм як напрям сучасної економічної думки виник на рубежі XIX-XX ст. і протиставив себе неокласичній ортодоксальній теорії, з точки зору як предмету аналізу, так і його методології. Для інституціоналізму характерне широке політекономічне охоплення факторів, які впливають на роботу ринкового механізму, дослідження функціонування реальних інститутів та їх еволюція під впливом соціологічних, політичних, соціально-психологічних і технологічних чинників. Поняття „інститут" включає різні організаційні структури: корпорації, торгово-промислові асоціації, профспілки, спілки споживачів, стереотипи поведінки тощо, а також правові норми, звичаї поведінки, стереотипи мислення та інше.

Інституційна концепція мала подвійну мету: по-перше, створення політичної економії, або соціально-економічної теорії, на противагу розповсюдженню економічної теорії під загальною назвою „економікс”; по-друге, розроблення еволюційної теорії, яка мала замістити теорію рівноваги.

У розвиток інституціоналізму зробили свій внесок такі теоретики, як Т. Веблен, Д. Коммонс, У. Мітчелл, М. Кларк, Дж. Гобсон, Г. Мінз, Дж.К. Гелбрейт, Г. Мюрдаль та інші.

Слід відмітити також вплив німецької соціальної та історичної шкіл, які акцентували увагу на емпіризмі, концепції стадій розвитку суспільства, значенні ролі юридичних норм і політики держави в суспільному розвитку, а також ідеології фабіанства як носія ідей соціального компромісу і реформування суспільства.

Ціннісні основи інституціоналізму, які на початку XXI ст. стали домінуючими в цьому теоретичному напрямі й, на відміну від неокласичного абстракціонізму, були націлені на соціалізацію економічного розвитку, можна звести до трьох узагальнених частин.

Перша з них торкається проблеми влади і пов’язана з концентрацією виробництва і капіталу, а також контролем і управлінням. Важливо підкреслити, що ця проблема розглядається як по відношенню до великих корпорацій, так і стосовно держави. Фактично стверджується такий підхід до модернізації економічного розвитку, що дає синергетичний ефект.

Інституціоналізм заміняє тезу ортодоксальних теоретиків ринкових відносин про конкурентний характер сучасної економіки і присвячує основну увагу проблемам монополізації та приватно-монополістичному регулюванню цін, обсягів виробництва і пропозиції. Цим питанням присвячені роботи А.Берлі, Г.Мінза, Дж.К. Гелбрейта та інших. Приділяючи значну увагу корпорації як особливому інституту сучасної економіки, інституціональна теорія виявила та проаналізувала такі важливі явища, як дезінтеграція власності та управління, нова роль професійного менеджменту, особливий характер мотивації поведінки і цілей великої корпорації.

А. Берлі разом із Г. Мінзом опублікували свою найбільш відому роботу „Сучасна корпорація та приватна власність”, перероблений варіант якої вийшов у 1968 р., де доводили, що влада у великих корпораціях переходить від власників до управлінців та відбувається відокремлення власності від контролю. Звідси було зроблено багато висновків, які істотно переглянули неокласичну теорію фірми і ціноутворення. Відкриття „революції управлінців” за своїм значенням прирівнюється до „кейнсіанської революції”.

За інституційною теорією мотив прибутку втрачає своє традиційне (індивідуальне) значення і розчиняється в колегіальному керівництві. У корпорації, на думку А. Берлі і Г. Мінза, здійснюється процес „самосоціалізації” внаслідок роззосередження акціонерної власності серед дрібних і середніх акціонерів, участі в акціонерній власності пенсійних фондів і страхових компаній, а також завдяки соціально відповідальному управлінню корпораціями з боку менеджерів. В основі цих трансформацій лежить концентрація капіталу.

Роботи А. Берлі, Г. Мінза, а також Е. Чемберлена з монополістичної конкуренції стали об’єктивною основою для розвитку ідей ефективної конкуренції, посилення антимонопольного законодавства і розширення державної допомоги малому бізнесу. Монографія Е. Чемберлена „Теорія монополістичної конкуренції” разом з іншими працями вчених-економістів намітили серйозний поворот у неокласичній теорії від абстрактної досконалої конкуренції до аналізу конкуренції в умовах панування монополії. Е. Чемберлен наполягав на синтезі монополії й конкуренції, відкидаючи тезу про їх протиставлення.

Друга частина приділяє увагу проблемі соціального контролю за економікою і підпорядкування її суспільним інтересам. Для цього пропонується обмежити надходження ресурсів у галузі, які надмірно розвинені (наприклад, у військово-промисловий комплекс), у державному бюджеті надати пріоритет соціальним витратам, посилити авторитет і регулюючу роль державної влади, якій надати статус центру, що відображає інтереси суспільства в цілому.

Третя частина спрямована на реформування капіталістичної системи і зростання якості життя. У працях представників інституційного аналізу важливе місце посідає проблема трансформації капіталістичного суспільства під зростаючим впливом техніко-технологічних тенденцій у посткапіталістичне через індустріальні й постіндустріальні стадії суспільного розвитку. Допускається точка зору про перетворення посткапіталістичного суспільства в соціалізовану систему з розвитком корпоративних елементів і державних органів, яким надаються функції суспільного управління.

Аналізуючи протиріччя трансформаційних процесів, неузгодженість між можливостями, які надаються технічним прогресом, і погіршенням економічних умов функціонування суспільства, інституціоналізм звертає особливу увагу на контроль держави за динамікою трансформаційного процесу. Відхиляючи спонтанний шлях суспільного прогресу, він відстоює ідею регулювання економіки аж до застосування планових методів. Важливим чинником державного контролю над економічними процесами є необхідність підвищення якості життя, особливо щодо надання населенню послуг, які може забезпечити тільки держава.

Таким чином, теоретичний фундамент інституціоналізму визначає характерні риси розвитку соціальної інфраструктури в умовах децентралізації і місцевого самоврядування. Вони зводяться, насамперед, до соціальної спрямованості різних рівнів його функціонування (державного, корпоративного, особистого, централізованого, децентралізованого, самоврядного), контрольних функцій за динамікою соціально-економічних процесів. Такі риси економічного механізму можуть випливати також з інших теоретичних доктрин, проте інституціоналізм приділяє серйозну увагу методам регулювання, модифікуючи їх відповідно до своїх принципів, надаючи їм можливість еволюційно адаптуватися до змін масової поведінки населення в дуже широкому діапазоні. У цьому знаходить прояв принцип універсальності формування інституціонального підходу до регулювання соціальних і економічних процесів.

Однак говорити про стереотип впливу на економічну поведінку господарюючих суб'єктів та індивідуумів було б помилкою з огляду на різні течії щодо міри і життєздатності економічних методів, які мають відповідати вимогам та імперативам сучасної фази глобального розвитку [19]. Для розуміння того, в якому співвідношенні знаходиться інституціоналізм з економікою якісно нового характеру, недостатньо враховувати його поділ на старо-інституціоналізм (за Г.Мюрдалем) і економіко-правовий (за Е.де Сото).

Інституціоналізм не був теоретично однорідним напрямом політичної економії. За останні двадцять років у ньому виникли нові течії, які отримали назву „нового інституціоналізму", що спирається на особливу систему інститутів, специфічний категоріальний апарат і формальні методи аналізу.

Пояснюючи розповсюдження таких поглядів, російський економіст А.Московський, наприклад, відмічає той факт, що розповсюдження ідеології „нової інституційної теорії", яка називає себе „інституціональною теорією" або „сучасною інституціональною теорією", було забезпечено публікацією праць і потужним вкиданням у наукову свідомість ідей неоінституціоналістів О.Уільямсона, М. Олсона, Р. Коуза, Д. Норта,Т. Еггертсона і майже повною відсутністю на той час праць інституціоналістів-класиків [20].

Неоінституціоналізм як теоретична течія має протиріччя, які відрізняють його від класичного інституціоналізму. На це звертає увагу український вчений В.М. Тарасевич: «Неоінституціаналізм є гносеологічною відповіддю неокласики на «бунт» «старого» інституціоналізму і небезпідставно розглядається як узагальнений неокласичний підхід… Становлення і розвиток неоінституціоналізму є, в тому числі, результатом двоєдиного процесу: неокласичного імперіалізму як ключової складової імперіалізму економічного і неокласичної відповіді на його виклики. Останній виявляється, зокрема, в прориві «захисної оболонки» неокласики і корозії її «жорсткого ядра». Відповідно неоінституціоналізм може бути представлений як форма і результат руху суперечності між вузькоекономічною методологією неокласики і неадекватними її евристичному потенціалу об'єктами. Намагаючись опанувати

останні, підпорядкувати їх своєму «статуту», дана методологія поступово втрачає власну ідентичність, цілком імовірно, непомітно для самої себе.

Зрозуміло, серйозного переродження не сталося. Їй поки що вдається утримувати інститути на службі homo oconomscus, який віддає перевагу спонтанному порядку над організованим» [21, с. 44**].**

Наведене має під собою підстави. Концептуальну основу неоінституціоналізму становить поняття трансакційних витрат, яке використовується для аналізу і співставлення різних типів контрактних угод та інституціональних структур. Орієнтація на теорію трансакційних витрат відрізняє ці наукові теоретичні напрями як від класичного інституціоналізму Т.Веблена, Р. Комонса, Уеслі К. Мітчела та інших, так і від неокласичної економічної теорії, предметом якої є „чиста економіка", незалежно від суспільної форми її організації, яка виходить із припущення нульової оцінки трансакційних витрат.

Розвиток теорії трансакційних витрат було започатковано монографіями Р. Коуза „Природа фірми" (1937) та „Проблема соціальних витрат" (1960), а також опублікованими у 1960-х рр. працями Дж. Стиглера з питань економічної теорії інформації. Становлення теорії трансакційних витрат як сучасної наукової концепції пов'язано з такими вченими, як А.Алчен, Г.Демсен, О.Уільямсон, С.Чен, Й.Барцель та ін.. У ході розробки цього теоретичного напряму робилися спроби класифікувати і дати визначення категорії трансакційних витрат.

Огляд цієї проблематики необхідний, з точки зору зв'язку нових теоретичних напрямів інституціоналізму з механізмом соціальної інфраструктури. У відповідності з останніми уявленнями про трансакційні витрати, вони класифікуються як витрати на пошук ринкової інформації з ведення переговорів, включаючи витрати часу і ресурсів у ході переговорного процесу, специфічні умови контрактів та їх юридичне оформлення, а також збитки, що виникають через негативний результат переговорів, або витрати, пов'язані з досягненням ефективних контрактів, витрати на контроль за

досягненням умов контракту, забезпечення виконання контракту і відшкодування збитків у випадку недодержання його умов, що включає витрати, пов’язані з так званою опортуністичною поведінкою, на специфікацію та захист прав власності.

Відповідно до теорії трансакційних угод сукупні витрати господарчого процесу в економіці підрозділяються на виробничі (матеріальні), які властиві будь-якому історичному типу господарства, і власне трансакційні, які є специфічною формою витрат при взаємодії суб’єктів економічного процесу. Таким чином, на мікроекономічному рівні трансакційні витрати – це невід’ємний елемент господарчої діяльності. Перехід до макроекономічного рівня обумовлює виокремлення виробничих, або „трансформаційних”, галузей і невиробничих, або „трансакційних”, галузей економіки, до яких, у першу чергу, відносять оптову і роздрібну торгівлю, фінансовий і страховий сектор.

У міру ускладнення економічних процесів і суспільних стосунків усе більшого значення для сталої позитивної динаміки національної економіки набувають інші галузі соціальної інфраструктури, такі, як освіта, охорона здоров’я, культура, туризм.

У традиціях неокласичної школи ці соціально-культурні види діяльності розглядаються з точки зору виробничої функції. У роботах У. Дойла, Дж.Ферріса, Д. Монка, Дж. Халлака та інших учених види діяльності галузей соціальної інфраструктури трактуються як виробничий процес. Він наділяється виробничою функцією, яка пов’язує ресурси, соціальну технологію і результати роботи у сфері соціальної інфраструктури. Таке трактування не враховує специфіки праці зайнятих у соціальних галузях, її спрямованість безпосередньо на формування і розвиток людського капіталу, що знаходить прояв у приростанні знання, навиків, умінь, зміцнення здоров’я, підвищення рівня культурного життя населення. Тому виробничий підхід до діяльності соціальної інфраструктури та її економічного механізму за своїм характером є механістичним. Корисність можна оцінити настільки, наскільки вона дозволяє оцінити результати невиробничої діяльності в реальних економічних

показниках. Д. Норт, характеризуючи в своїй монографії „Структура та зміни в економічній теорії" відмінність інституційного аналізу від неокласичного, визначив на прикладі освіти особливості й межі наукового підходу до дослідження соціальної інфраструктури. Він відмітив, що галузі соціально-культурної спрямованості не вписуються у вузькі межі неокласичного аналізу, оскільки вони переважно орієнтовані на укорінення в свідомості людини певної системи цінностей, а соціальні витрати можна розглядати як інвестиції лише опосередковано.

Таким чином, констатуючи розширення меж інституційного аналізу, можна говорити про раціональність позиції щодо розширення об'єкта дослідження інституційної теорії.

Іншим важливим аспектом зв'язку трансакційних витрат з економічним механізмом соціальної інфраструктури є питання укладання контрактів та виконання їх умов, економічні проблеми реалізації прав власності та інші. В умовах розширення ринкових відносин забезпечення ефективності здійснення цих процесів набуває все більшого значення для галузей соціальної інфраструктури.

Прикладом може бути виконання державними органами бюджетних зобов'язань перед галузями соціальної інфраструктури. У цьому виді економічної діяльності існує декілька важливих аспектів: по-перше, забезпечення сталого фінансування бюджетних закладів на основі встановлених регулятивних норм, які повинні орієнтуватися на життєво необхідні потреби соціально-економічного розвитку; по-друге, своєчасна оплата казначейством витрат поточної діяльності закладів освіти, охорони здоров'я, культури, що пов'язано з удосконаленням бюджетного процесу, зокрема бюджетної класифікації, а також із регулюванням позабюджетних коштів. Необхідна постійна робота щодо розширення останнього напряму, оскільки ринкові умови діяльності бюджетних закладів послідовно розповсюджуються на такі об'єкти договірного процесу, як приміщення, споруди, земля, транспортні засоби тощо. Орендні відносини і податкова політика, пов'язана з використанням майна

бюджетних організацій, оформлюється договорами оренди (суборенди) і є одним із основних напрямів бюджетних зобов'язань.

Як бачимо, теорія трансакційних витрат не тільки звертає увагу на соціальну інфраструктуру як об'єкт аналізу, але і на перший план висуває вивчення реальної економіки соціальної сфери, динаміка якої залежить від ефективності інституційної системи. Таким чином, можна виділити ще один аспект інституційної теорії щодо соціальної інфраструктури, де увага надається не агенту, а інституту, а предметом є відношення між агентом та інститутами.

Одним із ключових положень теорії трансакційних витрат є додержання принципу економії цих витрат. Спектр його застосування до вивчення економічних проблем надто широкий і пов'язаний з економічною теорією добробуту, теорією грошей і теорією організації. Усі вони опосередковують формування економічного механізму соціальної інфраструктури. Інтерпретація грошей як інструменту, яким забезпечується економія трансакційних витрат, виявила інтерес до систем і механізмів обміну, які включають поряд із грошовими кредитні, бартерні, корпоративні та інші методи.

Теорія трансакційних витрат вносить коригуючий момент в економічну теорію добробуту, яка ґрунтується на положенні оптимальності конкурентної рівноваги, що досягається ефективним розподілом ресурсів. Такий висновок є фундаментальним в економічній теорії добробуту, як доведено Р. Коузом, зберігає свою актуальність у випадках „провалів ринку". Ця теза отримала назву теореми Р. Коуза. Її формулювання в теорії економічного добробуту свідчить, що вихідний розподіл прав власності не має значення, з точки зору можливості досягнення ефективного результату, якщо трансакційні витрати дорівнюють нулю. У контексті проблематики економічного механізму це означає його неефективність, якщо реальні результати ринкової взаємодії відхиляються від гіпотетичного ефективного стану рівноваги за законом розподілу доходів Парето, який відповідає умовам нульового рівня трансакційних витрат. Фактично при такому розумінні теорії трансакції роль економічного механізму принижується. Беручи до уваги висновки Р. Коуза,

можна стверджувати, що критерієм ефективності результатів функціонування економічного механізму має стати відхилення від стану, який досягається при найменш можливому рівні трансакційних витрат.

У цьому зв'язку економічний механізм соціальної інфраструктури можна інтерпретувати як механізм оптимізації господарчих інститутів і форм контрактів, а у деяких випадках й економії витрат, наприклад, у сфері торгівлі, пасажирському транспорті, переважно міському. Говорячи про мінімізацію витрат, важливо мати на увазі, що мова може йти про раціоналізацію форм економічної організації діяльності установ і закладів соціальної інфраструктури, обслуговування людей.

Таким чином, із позицій як нової інституціональної економічної теорії, так і неоінституційної економічної теорії, удосконалення вертикальної і горизонтальної організації інститутів, у межах якої встановлюється ієрархія їх управління і взаємодія, є фактором економічного механізму, хоча і відноситься до числа недостатньо досліджених явищ як із теоретичної, так і з емпіричної точки зору.

Припущення щодо трансакційних витрат є інтегруючим фактором для двох видів нового інституціоналізму. Проте його значення не виступає домінуючим в еволюції інституціональних теорій. Розбіжність між новою інституціональною економічною теорією і неоінституціональною теорією полягає у використанні методологічних постулатів. Вибір методології інституційного аналізу має безпосередній вплив на формулювання сутності економічного механізму. У цьому зв'язку висвітлення питань, пов'язаних із концептуальною основою обох теоретичних напрямів нового інституціоналізму, має ключове значення. Нова інституціональна економічна теорія виходить із двох базових положень, які відрізняються від традиційних постулатів неокласичної теорії.

По-перше, береться під сумнів доцільність цільової орієнтації господарюючих суб'єктів на ринкову раціональність їх поведінки. Відповідно пріоритет у теорії надається загальним правилам взаємодії сторін та їх адаптації

до змін умов ринкових відносин, у той час, як постулат щодо оптимізації поведінки агентів ринку посувається на другий план.

По-друге, пропонується цілісний підхід до вивчення економічного процесу з метою мінімізації витрат, які виникають між економічними суб'єктами на стадії укладання контрактних угод і виконання їх умов.

Таким чином, нова інституціональна економічна теорія певною мірою модифікує основний принцип неокласичної теорії „економічної рівноваги", за яким агенти ринку намагаються максимізувати свій дохід і мінімізувати витрати у принцип „непевних контрактів", за яким контрактні відносини враховують усі можливі обставини.

Разом із тим ідея економічної рівноваги привертає увагу прихильників нової інституціональної економічної теорії й статус „економічної людини", що додержується власних інтересів, не піддається сумніву, хоча і вуалюється тезою про досягнення „задовільного результату" замість „оптимізуючої поведінки".

Методологічні принципи неоінституціональної економічної теорії фактично не відрізняється від принципів традиційної неокласичної економічної теорії. Раціональність оптимізуючої поведінки економічних суб'єктів має місце як у першому теоретичному напрямі концепції, так і в другому.

Таким чином, дослідження в межах теорії „нового інституціоналізму" обертається навколо питань ідентичності умов рівноваги і теорії поведінки, спрямоване на максимізацію функцій прибутковості. В інтерпретації категорії економічного механізму це означає, що в його основі лежать дві головні тези: поняття економічного механізму і визначення умов економічної рівноваги. Охарактеризувати основні риси моделі економічного механізму соціальної інфраструктури логічними формулами неможливо внаслідок того, що об'єкт, який він охоплює, поліструктурний, поліфункціональний і має тенденцію до диверсифікації економічної діяльності, а отже, і фінансових джерел своєї діяльності. У зв'язку з одностороннім трактуванням інститутів у неоінституціональній традиції, під якими розуміються правила і норми, що регулюють ринкову поведінку суб'єктів економічних відносин як у господарчій

сфері, так і поза нею, їх не можна взяти на озброєння в дослідженні економічного механізму соціальної інфраструктури.

У контексті нового інституціоналізму економічний механізм соціальної інфраструктури не знаходить свого визначення, його межі прямо або опосередковано окреслюються положеннями, які тяжіють до методології традиційної неокласичної теорії.

Панування неокласичної теорії і засновані на ній підходи до регулювання економіки вже на початку XXI ст. не задовольняли фахівців, оскільки не допомагали вивченню реальної економічної ситуації. Складні й протирічні економічні процеси потребують для їх адекватного сприйняття розроблення і співставлення різних концепцій, у той час, як неокласична теорія зводилася до набору стандартних правил і норм економічного аналізу.

При дослідженні й формуванні пропозицій із регулювання економіки необхідно, особливо аналізуючи проблеми механізму соціальної інфраструктури, враховувати гуманітарну і соціальну складову.

Теорія „загальної рівноваги" Л. Вальраса, яка є основою неокласичного напряму, на практиці не знаходить загального підтвердження й останнім часом піддається все більшій критиці. Апологетика теорії „загальної рівноваги" ставить перешкоди для її розвитку, оскільки ринкові економіки мають інші засоби координації, ніж суто ринкові механізми. До них можна віднести норми і правила, що встановлюються на державному і внутрішньофірмовому рівнях для регулювання соціальної інфраструктури, суб'єктивні й моральні чинники, які створюють на договірній основі відносини підпорядкованості.

За допомогою такого підходу вдається подолати недоліки неокласичної теорії та утвердити новий погляд на економічну теорію і тлумачення соціально-економічних процесів, а також на підвищення значення суб'єктивних факторів у регулюванні соціальної інфраструктури. Тому за останнє десятиріччя більшість науковців, які шукають альтернативу теорії „рівноваги", будують дослідження переважно на інституціональному фундаменті. Для цього напряму характерний високий ступінь позаекономічних складових господарчого

процесу. За цього підходу одним із вирішальних факторів, що формує економічний механізм, є динаміка інститутів, які адаптують економічну поведінку їх агентів, їх цілі, стимули і форми до умов ринкових відносин, що постійно розвиваються і змінюються.

Нові підходи ґрунтуються на концепціях трансакційних витрат неоінституціоналізму, економіки угод та інших і створюють враження про усунення попередніх теоретичних напрацювань, що розкривають системоутворюючі властивості економічного механізму соціальної інфраструктури. Між тим, інституціоналізм трактується лише як науковий напрям, який позначає вектор руху до якісно нового статусу дослідження.

Таким чином, науковий процес і розробка теоретичних положень являє собою встановлення взаємозв'язків в економічних відносинах. Він повинен мати інтеграційний характер. У зв'язку з цим, з'ясовуючи інституційний теоретичний напрям, варто не тільки звернутися до праць представників „класичного інституціоналізму", але й охарактеризувати його з позицій інтеграційного підходу.

Новий емпіричний напрям в інституціоналізмі створив Уеслі К. Мітчелл, який стверджував, що рекомендації у сфері економічної політики повинні спиратися на фундамент фактичного знання. Лише в цьому випадку політична економія стає повнокровною наукою зі своїми кількісними методами аналізу. Уеслі К. Мітчелл вважав, що теорія має пояснювати діючу економічну практику, а не складатися з логічних положень. Він критикував класичну теорію за те, що вона займалася механістичними законами попиту і пропозиції й не була здатна пояснити природу поведінки людей. Класична політекономія не в змозі зрозуміти внутрішні рушійні сили людини та ірраціональний характер її поведінки. У. К. Мітчелл не абстрагувався від політичного і соціального фону і пов'язував свої висновки з іншими суспільними науками. Його теоретичні принципи розширювали можливості економічного аналізу і зводились до таких: необхідності задовільного психологічного тлумачення людських дій; заперечення суто дедуктивних теорій рівноваги; необхідності

достовірних даних; розуміння політичної економії як науки про інститути; необхідності співпраці різних суспільних наук; прийняття економічного планування як засобу зростання добробуту.

Додержання цих принципів дозволяло Мітчеллу застосовувати генетичний, історичний підхід до вивчення економічних процесів.

Видатний представник класичного інституціоналізму Джон Моріс Кларк, як і його попередники, відмічав, що традиційна теорія конкуренції не відбивала сучасної йому дійсності. Емпіричні дані вказують на різноманітність форм, ринкових структур і поведінки, які на той час ігнорувалися теоретиками. Фактично Д.М. Кларк скептично ставився до доктрин класичної школи, вважаючи, що вона дає лише поверхову безперспективну економічну теорію, нездатну по-справжньому пояснити складний механізм суспільної поведінки людей.

Він доводив, що суспільство необхідно розглядати як ціле, що передбачає застосування генетичного підходу. Кларк намагався надати економічній науці етичні елементи, оскільки вважав, що не можна вести мову про регулювання поведінки людей, не підіймаючи питання про те, що є благо для суспільства та індивідуума. Для того, щоб бути наукою, політична економія повинна займатися проблемою суспільної ефективності. Цей процес не означає відміни теоретичного аналізу, тому що деякі гіпотези необхідно аргументувати і підтверджувати індуктивним дослідженням. Ця теза не свідчить про недосконаліть дедукції як методу пізнання. Проте неприпустима її абсолютизація і перебільшення. Об’єктивний дедуктивний метод базується на узагальненні фактичного матеріалу. Д.М. Кларк не підтримував ідею реконструкції економічних процесів. Отже, його варіант інституційної теорії можна розглядати як позицію „холізму” (узагальнення), що відкриває шлях до розуміння соціально-економічної системи як цілісності. Сучасний підхід неоінституціоналізму, навпаки, слабо пов’язаний з холізмом як методом аналізу.

Порівняльний аналіз інституціональних ініціатив у межах традиційного і нового інституціоналізму показує, що критично важливо звернути увагу на генетичний зв'язок еволюційної теорії з класичним інституціоналізмом, який протиставляв свою теоретичну доктрину неокласичному напряму в економіці. Розуміння економічної важливості розгляду еволюційних змін призводить до появи таких наукових напрямів, як «еволюційний інституціоналізм», «еволюційна економічна теорія». При цьому не завжди враховується принципова розбіжність між традиційним інституціоналізмом, неоінституціоналізмом та еволюційною економічною теорією. Це відноситься до трьох речей. По-перше, до базового поняття інституту. По-друге, до системи дефініцій. По-третє, до підходів, які покладені в основу еволюційної моделі, які визначають її методологічні та ідеологічні аспекти.

1.3. Міжбюджетне регулювання як інструмент управління фінансовим процесом на місцевому рівні

Стратегія децентралізації міжбюджетних відносин розглядається економістами однією з передумов сталого розвитку країни та її регіонів, досягнення високих соціальних пріоритетів та висхідної господарчої динаміки. Намічені реформою перетворення у територіальному устрої держави повинні мати наукове обґрунтування, що включає не тільки перерозподіл функцій, відповідальності, компетенцій від центральної до місцевої влади, але й оцінку прямих і поєднаних результатів прийнятих рішень.

Предметом дослідження мають стати питання просторової організації управління, методології функціонування складних соціально-економічних систем, демографії та сучасної географії, становлення і розвитку бюджетно-податкового і господарчого механізмів з метою формування сприятливого середовища для підприємницької діяльності й інвестиційної активності регіонів. Цей предметний перелік проблем може бути доповнений аналізом проблематики управлінської взаємодії територіальних громад із малим бізнесом, недержавними організаціями, а також зонами відповідальності публічно-приватного партнерства.

Комплекс зазначених питань потребує використання багаторівневої методології дослідження процесів децентралізації. В теоретичному аспекті воно пов'язане з визначенням ряду базових понять: об'єднаної територіальної громади, програмно-цільового бюджетування, міжбюджетних відносин та інших.

Обґрунтувати висновок, що застосування сучасних бюджетно-податкових механізмів не відповідає поставленим цілям регіональної реформи. Виявити напрями підвищення сталості місцевих бюджетів в інтересах соціального розвитку об'єднаних територіальних громад.

Схвалена урядом України концептуальна модель місцевого самоврядування залишає без уваги ряд питань, важливих для процесу децентралізації влади і бюджетного фінансування самоврядних територій. Вони торкаються не тільки адресної фінансової допомоги, але й не меншою мірою результативності, ефективності, формування й вирішення тактичних і стратегічних завдань територіального розвитку.

Державна регіональна стратегія спрямована на комплексний соціально-економічний розвиток територій, що включає використання переваг їх незалежного статусу. У розробленій моделі регіональної децентралізації територіальна громада де-факто представлена як суб'єкт розвитку. Це посилює її значимість як специфічного утворення в структурі державного інституціонального механізму внаслідок виконання нею соціально-економічних функцій, що виникають з появою нових якостей і факторів економічного зростання. У зв'язку з цим варто оцінити продуктивність реформістських заходів, з точки зору забезпечення проактивної поведінки органів місцевого самоврядування

В Законі України «Про державну регіональну політику» місцеве самоуправління, державні місцеві органи трактуються як об'єкти і суб'єкти регіональної політики. В якості теоретичної основи регіонального і соціального розвитку таке формулювання є нечітким, оскільки не визначає цілей, завдань, структур ієрархічного і комунікативного механізму реалізації реформи бюджетної децентралізації.

У контексті оновлення функціональної сутності територіальних громад доцільно проаналізувати застосування в Україні сучасних принципів формування регіональної політики, які діють в міжнародній практиці і формують інноваційний характер реформи та її соціальний потенціал.

У міжнародній практиці склались два загальновизнаних підходів до реалізації регіональної політики: просторово-нейтральний та локально-адресний. Перший засновано на приматі теорії нової економічної географії, другий – ендогенного зростання.

Нова економічна географія як конструктивний теоретичний напрям створена П. Кругманом, професором Прінстонського університету і лауреатом Нобелівської премії 2008 р. Сформульована ним модель «центр-периферія» доказово стверджує раніше висловлену в економічній науці тезу, що з розвитком технічного прогресу неминуче розшарування регіонів [22].

Концепція нової економічної географії додержується того основного положення, що двигуном економічного зростання виступає крупний центр за рахунок більш високої продуктивності, яка досягається концентрацією в ньому нових технологій і розвиненості соціального капіталу. У зв’язку з цим по відношенню до периферійних територій рекомендується проводити політику бюджетного нейтралітету. Субсидії слід надавати лише урбанізованим центрам. Таку позицію відстоює Світовий Банк [23; 24].

На відміну від політики просторової нейтральності Організація економічного співробітництва і розвитку (ОЕСР) зосереджує увагу державної політики на проблемі сталого розвитку всіх регіонів. Пріоритетом сучасної регіональної політики ЕС є орієнтація на виявлення і стимулювання економічного потенціалу зростання не тільки урбанізованих центрів, але і відсталих регіонів. Зрушення парадигми європейської регіональної політики від заснованої на приматі компенсацій неконкурентоздатним територіям до політики заохочення інноваційних практик, локалізованих у межах окремих територій, дозволяє місцевим економічним і соціальним агентам вирішувати питання управління процесом їх розвитку. З локально-адресного підходу

випливає і комплекс методів для стимулювання діяльності кожного окремого територіального утворення [25]. На основі теорії ендогенного зростання можна говорити, що підхід до інституціонального механізму об'єднаних територіальних громад повинен бути як до суб'єктів соціально економічного розвитку.

Регіональна реформа в Україні переважно спирається на теоретичний принцип ендогенного зростання й її завдання зосереджено на забезпеченні рівного доступу населення до базових соціальних послуг. У зв'язку з цим важливо розглянути соціально-економічні перспективи прийнятої в Україні регіональної політики і реформи місцевого самоврядування, оцінити їх інституціональну значущість з точки зору збалансування витратних функцій і доходів бюджетів органів місцевого управління і місцевого самоврядування.

Достовірно сучасний рівень сталого функціонування бюджетної системи місцевого самоврядування можливо встановити аналітичним шляхом на основі відомчої інформації. Її узагальнення і подальший аналіз показали, що в умовах розбалансування і нестабільності міжбюджетних відносин неможливо забезпечити взаємозв'язок цілей і і ресурсів регіональної реформи без суттєвого поповнення джерел фінансування місцевого самоврядування.

За період 2012–2016 рр. рівень забезпечення розвитку соціальної інфраструктури за рахунок податкових надходжень істотно знизився. Деструктивно змінилась і структура джерел фінансування (табл. 1.3).

У Зведеному бюджеті України питома вага найбільш стійких доходів, зокрема, податку на доходи фізичних осіб (пдфо) та податку на прибуток з доходів підприємств знизилась із 34,4% до 30,6%, тобто на 3,8%. У місцевих бюджетах – із 71,6 % до 57%, або на 14,6%. При цьому на рівні Зведеного бюджету в структурі останнього податку частка пдфо зросла з 55,0% до 69,7%. На рівні місцевих бюджетів, навпаки, зменшилась із 99,3% до 93,1%. Відповідно податок на прибуток у Зведеному бюджеті зменшився з 45,0% до 30,3%, у місцевих бюджетах зріс із 0,7 5 до 6,9%.

Таблиця 1.3

Фінансування соціальної інфраструктури податковими надходженнями за рівнями бюджетів (%)

Види бюджетів	2012 р.			2016 р.		
	Всього	Податок із прибутку підприємств	Податок із доходів фізичних осіб	Всього	Податок із прибутку підприємств	Податок із доходів фізичних осіб
Обласний бюджет	50,3	0,3	50,0	55,5	10,3	44,7
Бюджети місць обласного значення	51,3	0,5	50,8	69,3	0,2	69,1
Районні бюджети	20,6	0,1	20,5	35,9	0,1	35,8
Бюджети місць районного підпорядкування	63,0	0,5	62,5	0,2	0,1	0,0
Селищні бюджети	50,9	0,5	50,4	0,1	0,1	0,0
Сільські бюджети	45,4	0,2	45,4	0,1	0,1	0,0
Об'єднані територіальні громади	-	-	-	53	0,03	53

Джерело: Розраховано за даними Міністерства фінансів України (без врахування витрат із Державного бюджету).

У 2016 р. вперше в статистичну звітність введена інформація про виконання бюджетів територіальних громад, в яких 53% складають доходи від податку з доходів фізичних осіб.

Сучасна негативна тенденція полягає у поступовому заміщенні податку на доходи фізичних осіб податком на прибуток із доходів підприємств як головного ресурсу фінансування соціальної інфраструктури на місцевому рівні. Використання переважно податку з доходів фізичних осіб з метою розвитку соціальної інфраструктури означає звуження податкової бази, обмеження надання і зниження якості послуг. На рівні місцевих бюджетів динаміка структури доходів та витрат на фінансування соціальної інфраструктури виявилася неоднозначною, що видно з табл. 1.3.

Із наведеної таблиці видно, що бюджети міст районного значення, селищні та сільські бюджети майже втратили власне джерело фінансування соціальної інфраструктури за рахунок податку на доходи фізичних осіб. Це відбулося за рахунок перерозподілу пдфо з цих бюджетів до бюджетів вищого рівня.

Дані табл. 1.4 показують, що доходи обласних бюджетів, міст обласного значення та районних бюджетів з податків на доходи фізичних осіб та податків на прибуток збільшились у 2016 р. порівняно з 2015 р. відповідно в 1,43; 1,37 та 1,39 раз, у той час як ці надходження до бюджетів міст районного значення зменшилися на 59,6%, до селищних – зросли на 10,5%, та сільських бюджетів зменшилися на 9,6%.

Зміна викликає розбалансування обсягів бюджетних повноважень (компетенцій) місцевих органів влади з їх фінансовим забезпеченням. Це рівною мірою стосується як власних, так і делегованих повноважень. Частка фінансування інститутів власних повноважень органів місцевого самоврядування, які мають більш-менш стабільне забезпечення, становить 9,2% від усього їх бюджету, що майже в 3 рази менше, ніж в країнах Східної Європи: Словаччині, Угорщині, Литві, Польщі. Решту 85,5 % складають делеговані повноваження (рис.1.8).

Таблиця 1.4

Доходи Зведеного бюджету України за видами бюджетів

Доходи Види бюджетів, млн грн	**Зведений бюджет**	**У тому числі**							
		Державний	***Республіканський, обласний***	***Міст республіканського, обласного знач-ня***	***Районні***	***Районний, міст районного знач.***	***Селищні***	***Сільські***	***Об'єднаних територіальних громад***
Всього доходів									
2014	456067,3	354966,2	38335,6	40274,6	9960,2	2839,8	2551,5	7139,5	
2015	652031,0	531550,8	42302,3	48553,5	14714,4	2731,4	2716,8	9461,8	
2016	782859,5	612111,6	57296,7	68179,7	20261,4	3666,0	3974,8	13782,1	3577,2
Податкові надходження									
2014	367511,9	280178,3	31315,2	35905,9	8716,3	2540,4	2286,6	6569,4	
2015	507635,9	409417,6	30513,9	41916,5	12953,7	2125,5	2187,9	8521,5	
2016	650781,7	503879,4	47281,9	59328,5	18028,4	3084,7	3159,9	12755,1	3263,7
Податки на доходи, прибуток, збільшення ринкової вартості									
2014	115404,4	52587,7	24989,0	24521,0	8701,9	1250,9	1027,9	2320,0	
2015	139026,3	79838,3	21205,4	25022,4	12949,0	12,5	4,4	3,3	
2016	199005,0	114154,5	30414,8	344414,5	18026,2	5,0	0,5	3,9	
Податок та збір на доходи									
2014	75207,9	12645,8	24888,0	24388,0	8692,1	1248,7	1023,9	2316,5	-
2015	99983,1	45062,0	12936,5	24506,4	12936,5	-			-
2016	138781,8	59810,5	18016,1	34324,9	18016,1				1744,9
Податок на прибуток									
2014	40201,5	39941,9	101,0	133,0	9,8	8,2	4,0	3,5	-
2015	39053,2	34776,3	3787,2	456,0	12,5	13,5	4,0	3,3	-
2016	60223,2	54344,1	5738,2	46,6	10,1	5,0	4,0	4,1	1,1

Джерело: Розраховано за даними Міністерства фінансів України

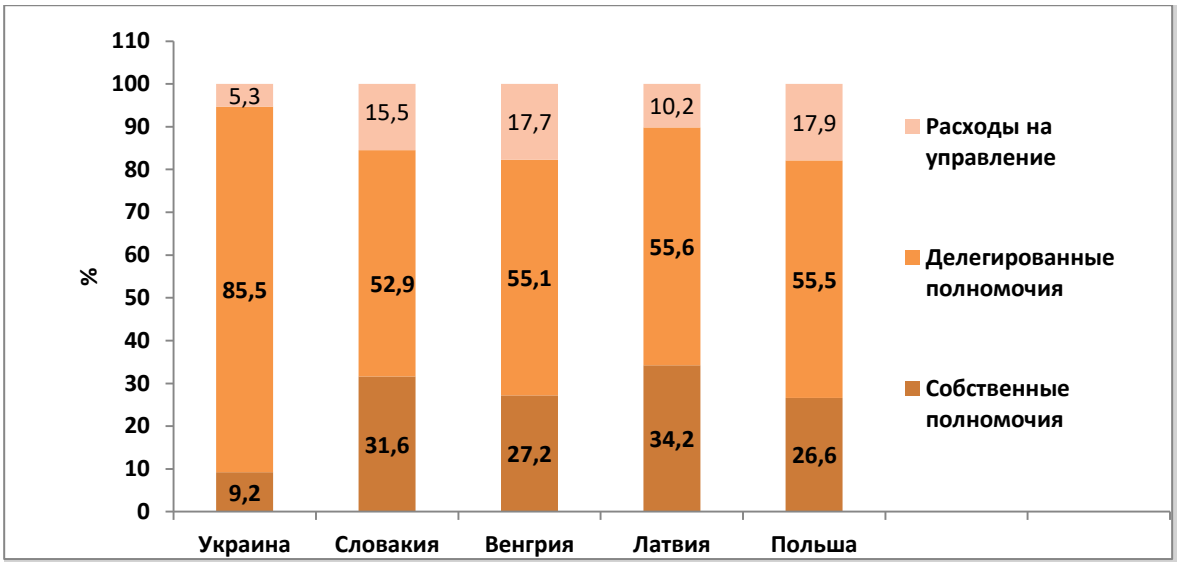

Рис. 1.8. Структура повноважень та їх забезпеченість ресурсами органів місцевого самоврядування

Джерело: побудовано за даними Асоціації міст України [26]

Внаслідок дефіциту коштів на забезпечення делегованих повноважень органи місцевого самоврядування для стабільного виконання функцій, покладених на них державою, змушені щорічно відволікати все більшу частку своїх, і без того мізерних, власних ресурсів від реалізації самоврядних повноважень, визначених законодавством. У 2010 р. питома вага власних доходів місцевих бюджетів, спрямованих на забезпечення делегованих повноважень, становила 25,6 %, у 2014 р. – 38,4. У 2015–2016 рр. у зв'язку з початком в Україні реформи місцевого самоврядування питома вага витрат на виконання делегованих повноважень може складати 38-39 % (рис. 1.9).

Соціально-економічне значення такої інституціональної процедури свідчення системної деформації розподілу функцій і повноважень між органами місцевої влади. Сучасний і перспективний стан бюджетної децентралізації викликає багато зауважень з огляду низьких рівнів фінансового забезпечення місцевої соціальної інфраструктури. Рівень бюджетної забезпеченості соціальної інфраструктури в розрахунку на одного жителя власними доходами місцевих бюджетів в Україні найменший серед країн Європи – 448 грн. В Словаччині він становить 3072 грн, Угорщині – 3408, Латвії –3696, Польщі – 4880 грн. Усунення існуючих диспропорцій в бюджетній системі органів

місцевого самоврядування потребує посилення самодостатності місцевих бюджетів, насамперед, за рахунок збільшення власних доходів. Для досягнення сучасного європейського рівня обсяг власних доходів має бути підвищений щонайменше втричі.

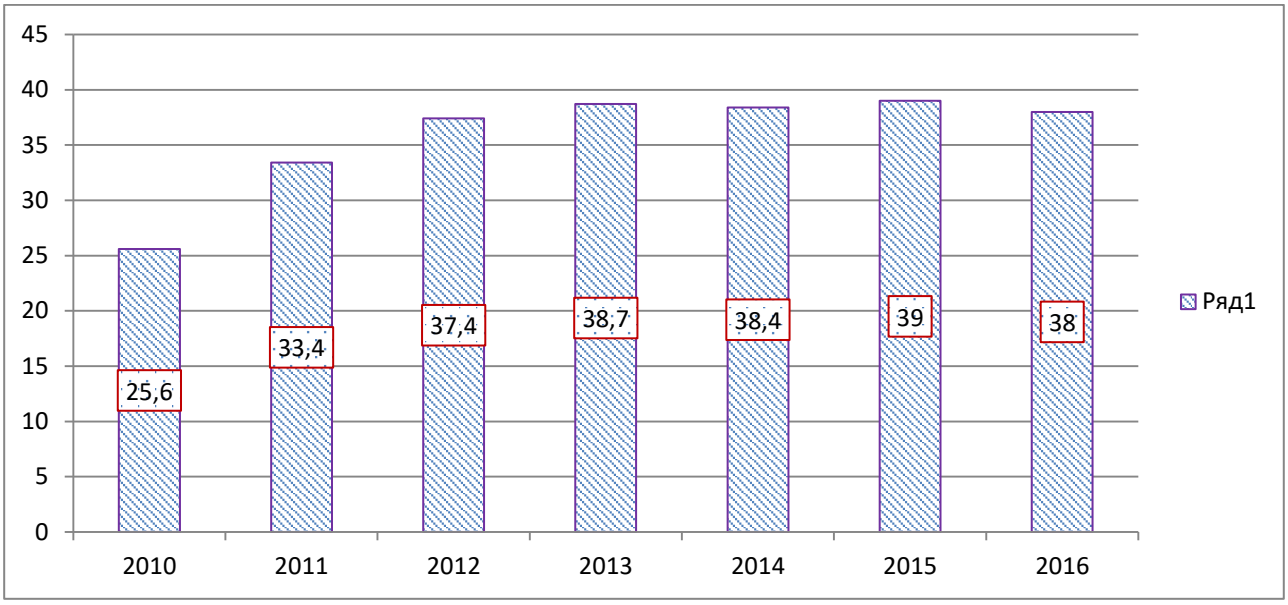

Рис. 1.9. Питома вага обсягу власних доходів місцевих бюджетів, спрямованих на забезпечення делегованих повноважень, %.

Джерело: Бюджет України: 2016 р. – Стат. зб., К.: 2017. – 316 с.; за інформацією USADI та Асоціації міст України [26]

Проаналізована залежність між витратами місцевих бюджетів і отриманням ними доходів свідчить, що бюджетна система як макроекономічний інструментарій втрачає спроможність впливу на ефективність соціальних процесів. У Бюджетному кодексі України її функціональна роль у процесах економічного розвитку не визначена, що обмежує значення бюджетної системи лише нормативними аспектами.

У Загальних положеннях Бюджетного кодексу бюджет і бюджетна система представлені як інструменти для вирішення внутрішньо бюджетних проблем і мають чітко окреслений організаційно-технічний характер. У Кодексі не прописана цільова функція бюджетної системи навіть у мінімальному соціальному значенні. Фінансовий норматив бюджетної забезпеченості гарантується державою тільки у межах наявних бюджетних коштів. Практично понятійний апарат

Бюджетного кодексу не повною мірою відповідає концептуальним основам регіональної політики і реформі місцевого самоврядування. В ньому, наприклад, не визначена така дефініція, як «бюджетна децентралізація». Якщо урядом сприймається тенденція до децентралізації територіального управління, то вона має спиратися на певні інституціональні механізми.

Побудова ідеології міжбюджетних відносин на основі принципу фінансової децентралізації, де в перспективі кожна територіальна громада виступатиме як суб'єкт розвитку, означає, що вона матиме окремий бюджет, який функціонує автономно на нормах, чітко закріплених законодавством.

Бюджет територіальної громади – найважливіший інструмент забезпечення базових життєвих потреб населення і реалізації пріоритетів просторового розвитку промислової, аграрної й інвестиційної політики. Економічні та соціальні інтереси територіальних громад, з точки зору інституційної парадигми, можуть реалізовуватися виключно крізь призму інститутів, включаючи як процедури формування дохідної частини бюджету, раціоналізації міжбюджетних відносин для надання фінансової допомоги, так і процедур регулювання господарчих процесів у межах власних повноважень. Сфера функціонального призначення регіональної політики включає широкий спектр проблем просторової організації економіки і забезпечення сприятливих умов – життєдіяльності населення. Організаційні заходи по реалізації цих проблем охоплюють не тільки відносини між елементами внутрішнього середовища територіальної громади, але і погодження інтересів держави і громади.

Гостра дискусійність сьогодні даних питань визначається тим, що регіональна політика на муніципальному рівні в Україні знаходиться на початковому етапі формування, її становлення здійснюється при слабкому розробленні понятійного апарату просторового розвитку. Предметом теоретико-економічного дослідження ще не стала територіальна громада як базова адміністративно-територіальна одиниця і як суб'єкт економіко-правових відносин. За змістом реформи місцевого самоврядування територіальна

громада повинна не тільки запобігти зайвій концентрації влади на державному рівні, але і забезпечити динамічний соціально-економічний розвиток території. Вона має трансформуватися з об'єкту управління, заснованому на механізмі фінансової підтримки, в суб'єкт розвитку, функціонуючому на принципі самодостатності й економічної ефективності.

Наукове дослідження поняття територіальної громади як суб'єкту розвитку потребує визначення її правового статусу, ознак, компетенцій, форм діяльності, джерел фінансування. Проте, насамперед, важливо сформувати універсальне поняття територіальної громади, яке концептуально характеризує її інституціональну сутність.

Зарубіжні концепції територіальної громади розглядають її як суб'єкт економіко-правових відносин, специфіка якого полягає в тому, що вона є корпорацією, заснованою на членстві громадян, об'єднаних фактором спільного проживання. При цьому у членів громади виникають спільні майнові, економічні інтереси, сфера функціонування яких – публічне право [27, с. 176]. Як суб'єкт економічних відносин територіальна громада зацікавлена в їх реалізації і в цьому контексті має власні цілі розвитку. Такий суб'єктно-функціональний підхід дозволяє визначити універсальне поняття територіальної громади як суб'єкту розвитку – це муніципальне утворення, що вирішує завдання свого розвитку у внутрішньому просторі й зовнішньому середовищі на основі чітко структурованих цілей, обумовлених соціальною, економічною і територіальною специфікою з урахуванням принципу поєднання і підпорядкованості загальнодержавних цілей (макросистеми) і цілей територіальної громади (макрорівня).

Територіальні громади, об'єднані в одну адміністративну одиницю базового рівня, являють собою складну систему і примушені переслідувати одночасно декілька цілей, погодження й реалізація яких можливо здійснювати різними інструментами регіональної політики.

Механізм субсідарності, який є одним з основних у реалізації державної регіональної політики, дозволяє збалансувати бюджет об'єднаної

територіальної громади і забезпечити поєднання державних інтересів й інтересів територіальних громад, в коло компетенцій яких входить реалізація соціальних функцій на місцевому рівні, благоустрій територій, сприяння підприємництву та інші завдання по забезпеченню повсякденних потреб населення.

Механізм субсідарності може гарантувати реалізацію пріоритетів державної регіональної політики, зокрема, стимулювання та підтримку місцевих ініціатив по ефективному використанню внутрішнього потенціалу територій для створення повноцінного життєвого середовища, поступово скорочуючи значення механізму надання трансфертів і підвищуючи роль механізмів економічного розвитку.

Проте аналіз звітної інформації показує негативну тенденцію у співвідношенні цих двох механізмів: динаміка трансфертів перевищувала динаміку витрат. У 2015 р. видатки місцевих бюджетів без врахування трансфертів збільшились на 23% порівняно з 2014 р., тоді як трансферти місцевим бюджетам за цей період зросли на 33,2%.

З точки зору перспектив запровадження в країні повсюдності місцевого самоврядування і необхідності ув'язки між собою таких основних складових його економічної стратегії, як субсідарність і децентралізація, якість реформування бюджетної системи потребує додаткового аналізу.

Протягом 2014-2015 рр. сформована законодавча база з питань діяльності органів місцевого самоврядування та органів виконавчої влади на новій територіальній основі з визначенням їх повноважень та ресурсного забезпечення. Прийнято зміни до бюджетно-податкового законодавства, які в цілому сприяли збільшенню коштів, що залишаються на місцях. Органи місцевого самоврядування стали менше залежати від прийнятих в центрі рішень. Встановлено єдині нормативи відрахувань загальнодержавних податків (10% податку на доходи фізичних осіб, 10% податку на прибуток приватних підприємств, 80% екологічного податку та 25% рентної ренти) за кожною ланкою бюджету. До категорії місцевих податків переведено плату за землю

(10%) , запроваджено оподаткування комерційної та нежитлової нерухомості (рис. 1.10).

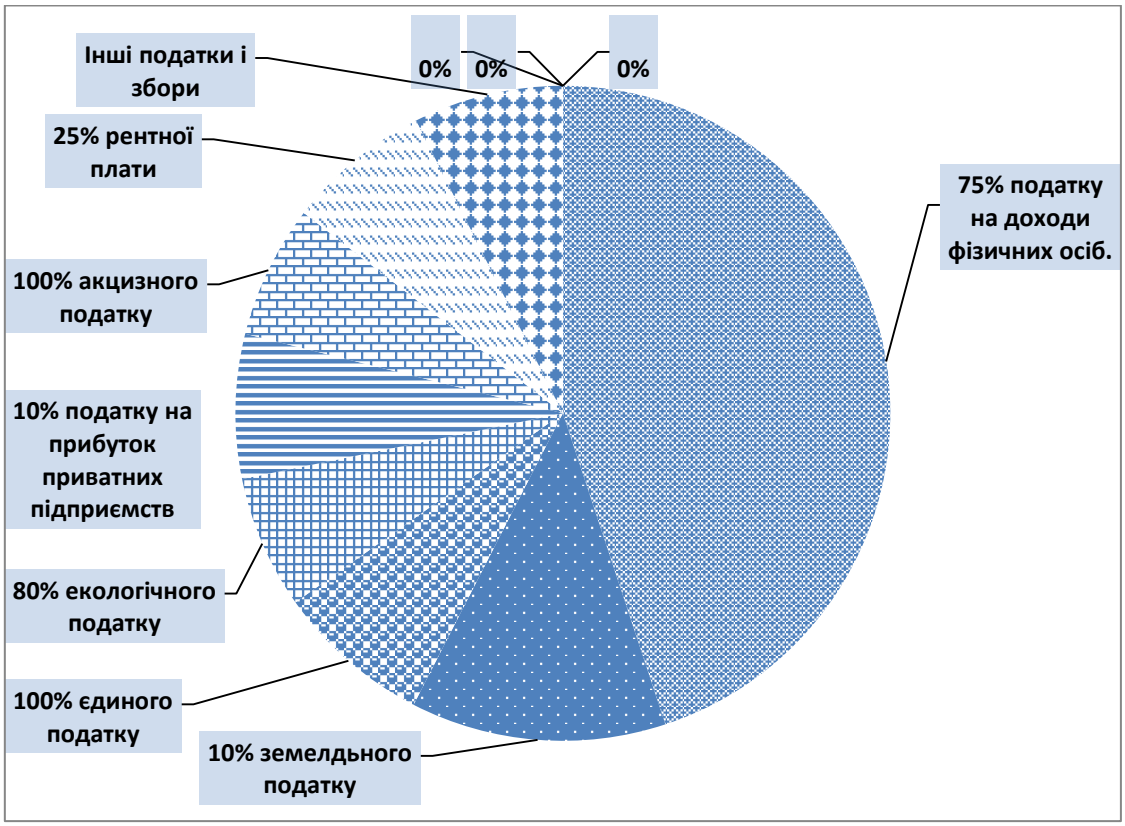

Рис. 1.10. Джерела ресурсної бази місцевих бюджетів

Цей захід підвищує якість бюджетування, але з точки зору перспектив запровадження в країні повсюдності місцевого самоврядування потребує додаткового аналізу. Зміни до бюджетного і податкового законодавства в цілому сприяли збільшенню коштів, що залишаються на місцях. Органи місцевого самоврядування стали менше залежати від прийнятих в центрі рішень. Встановлено єдині нормативи відрахувань загальнодержавних податків (податку на доходи фізичних осіб та податку на прибуток підприємств) за кожною ланкою бюджету. Встановлено єдині нормативи відрахувань загальнодержавних податків (податку на доходи фізичних осіб та податку на прибуток підприємств) за кожною ланкою бюджету.

До категорії місцевих податків переведено плату за землю, запровадженооподаткування комерційної та нежитлової нерухомості, за

місцевими бюджетами закріплено 5% акцизу з тютюнових виробів, алкогольних напоїв та нафтопродуктів, доходи від яких можуть бути спрямовані місцевою владою на комунальне дорожнє господарство, відновлено місцевий транспортний податок, розширено права органів місцевого самоврядування по встановленню ставок та пільг із місцевих податків та зборів. Надано право здійснювати місцеві зовнішні запозичення всім містам обласного значення, внаслідок чого 182 міста отримали можливість здійснювати зовнішні місцеві запозичення. Раніше таких міст було всього 16. Обслуговування місцевого боргу віднесено до захищених видатків.

Місцеві органи самоврядування отримали право самостійного вибору в органах казначейства чи установах банків обслуговування коштів бюджету розвитку місцевих бюджетів та власних надходжень. Закладено механізми стимулювання громад до об’єднання, наприклад, громади, об'єднані відповідно до критеріїв, визначених законом про добровільне об'єднання територіальних громад, отримають такі ж повноваження, як і міста обласного значення.

Для здійснення видатків на делеговані державою повноваження в галузях освіти та охорони здоров’я запроваджено нові субвенції з державного бюджету місцевим бюджетам – освітню та медичну.

Одне з головних завдань реформування бюджетної системи – горизонтальне вирівнювання податкоспроможності територій, яке повинно здійснюватись по податках фізичних осіб у розрахунку на одного жителя, а не по делегованим витратам. Такий підхід використовується в деяких європейських країнах і передбачає, що доходи на одного жителя після вирівнювання мають коливатися в межах від 20% до 40%.

Така інституціональна багатовекторність реформи регіональної політики спрямована на інтегрованість регіонів, на припинення тенденції до їх дезінтеграції й підвищення видаткової автономності місцевих бюджетів.

Проте успішний досвід багатьох країн по удосконаленню місцевого самоврядування і бюджетного регулювання перетворюється в наших умовах не в реальність, а в ряд проблем інституціонального значення, які потрібно

послідовно вирішувати, постійно стежачи за результатами регіональної реформи. На фактах наслідків здійснення концепції місцевого самоврядування виникає картина, яка викликає питання системного характеру.

По-перше, інноваційний потенціал політики місцевого самоврядування знижується через дві обставини. В одному випадку це вилучення з місцевих бюджетів 25% надходжень від податку з доходів фізичних осіб і передача їх до бюджетів вищого рівня. Така рокіровка бюджетними ресурсами здійснена з метою виграти якість при переході до процесу децентралізації. У другому – це зосередження уваги на механізмі вирівнювання, що спирається на доходи. При цьому для територіальних громад виникає ризик демотивації до економічного зростання за рахунок власних доходів. У Франції, наприклад, муніципалітети мотивуються до розвитку економіки, і показник доходів з цією метою не застосовується як критерій оцінки для прийняття рішень про необхідність надання дотацій вирівнювання з метою підвищення їх конкурентоспроможності.

По-друге, однозначно позитивно сприймається європейський рівень вирівнювання територій по показнику доходів, про що згадувалося вище (20%-40%). Однак соціальні наслідки й економічні можливості цих параметрів не визначено і не прораховано. Без цього важко уявити механізм реформаційного процесу, масштаб перетворень і застосування критеріїв для вирівнювання. Емпіричні дослідження показують, що в Україні протягом чотирнадцяти останніх років відбувається зменшення диференціації між територіями за показником доходів (витрат) у розрахунку на одного жителя. У 2000 р. вона коливалась у межах 17%–41%, у 2014 р. вже була на рівні 7%–13%. Це говорить про те, що застосовується недосконалий механізм бюджетування, який призводить до невиправданої уніфікації бюджетних витрат в територіальному розрізі. Очевидно, що проблематика вирівнювання місцевих бюджетів потребує додаткової уваги і застосування додаткових критеріїв для визначення їх конкурентоспроможності.

За роки реформування регіональної політики не виявилося тенденції до скорочення інституту безвідплатних перерахувань. У 2015 р. на підвищення фіскальної спроможності місцевих бюджетів запроваджено базову дотацію у розмірі 5,3 млрд грн, у 2016 р. – 5,8 млрд грн, у той час як із регіонів за останній час надійшло до державного бюджету 3,8 млрд грн.

Сьогодні фінансова диференціація регіонів за показником обсягу податкових надходжень у розрахунку на один місцевий бюджет не вийшла за межі, що зафіксовані напередодні реформ у 2015 р. Різниця між обласними бюджетами і бюджетами міст, селищ і сіл становить більше 61 раз. При цьому між бюджетами обласних центрів і бюджетами міст обласного значення – 2,4 раза, між бюджетами цих міст і районними бюджетами – 23,8 раза, бюджетами районів і селищ – 23,6 раза, між селищними і сільськими бюджетами – більше 1,4 раза. Бюджетна різноманітність є наслідком розпорошеності мережі територіальних утворень і необхідності утримання розташованих у їх межах соціальних і економічних об’єктів. Фінансові ресурси за таких умов стають фрагментованими, і територіальні органи управління не володіють повною мірою компетенціями при визначенні стратегії територіального розвитку.

Дана ситуація визначає основні завдання, які мають бути вирішені для реалізації на практиці цілей децентралізації. Досвід європейських країн свідчить, що успіху в модернізації регіональної політики досягають ті з них, які розглядають принцип субсідарності в якості ключового елемента трансформації організаційної системи управління територіями. Його реалізація передбачає, що слідом за перерозподілом копетентностей з верхніх рівнів управління на нижчі повинні передаватись і джерела фінансування. В Угорщині, наприклад, законом про місцеве самоврядування забезпечується збалансованість між компетентностями адміністративного органу, який управляє населеними пунктами на власній території, й їх фінансовим забезпеченням.

Зараз в Україні на муніципальні території покладено фінансування більше 80% усіх витрат на соціальну інфраструктуру. Практично це означає, що добробут основної маси населення залежить від місцевих бюджетів. Проте

їх делеговані повноваження (компетенції) фінансуються на 10-50%. Фінансовими джерелами забезпечуються лише захищені витрати: заробітна плата з нарахуваннями, витрати на харчування та деякі інші. Незбалансування дохідних і витратних статей викликає дефіцит місцевих бюджетів, який покривається базовою дотацією з державного бюджету. Зараз в Україні дотаційними є всі місцеві бюджети вісімнадцяти областей. Існують вони і в областях–донорах. Наприклад, в бюджеті Юр'ївської об'єднаної територіальної громади Дніпропетровської області базова дотація в 2015 р. зросла порівняно з 2014 р. у вісім разів. У 2016 р. базова дотація цій громаді не передбачена, незважаючи на зростаючий дефіцит її бюджету.

Досвід створення об'єднаних територіальних громад свідчить, що на територіях, де відсутнє розвинене виробництво, неможливо утримувати існуючу соціальну інфраструктуру за рахунок фінансової допомоги, визначеної новими правилами оподаткування (рис. 1.11, 1.12).

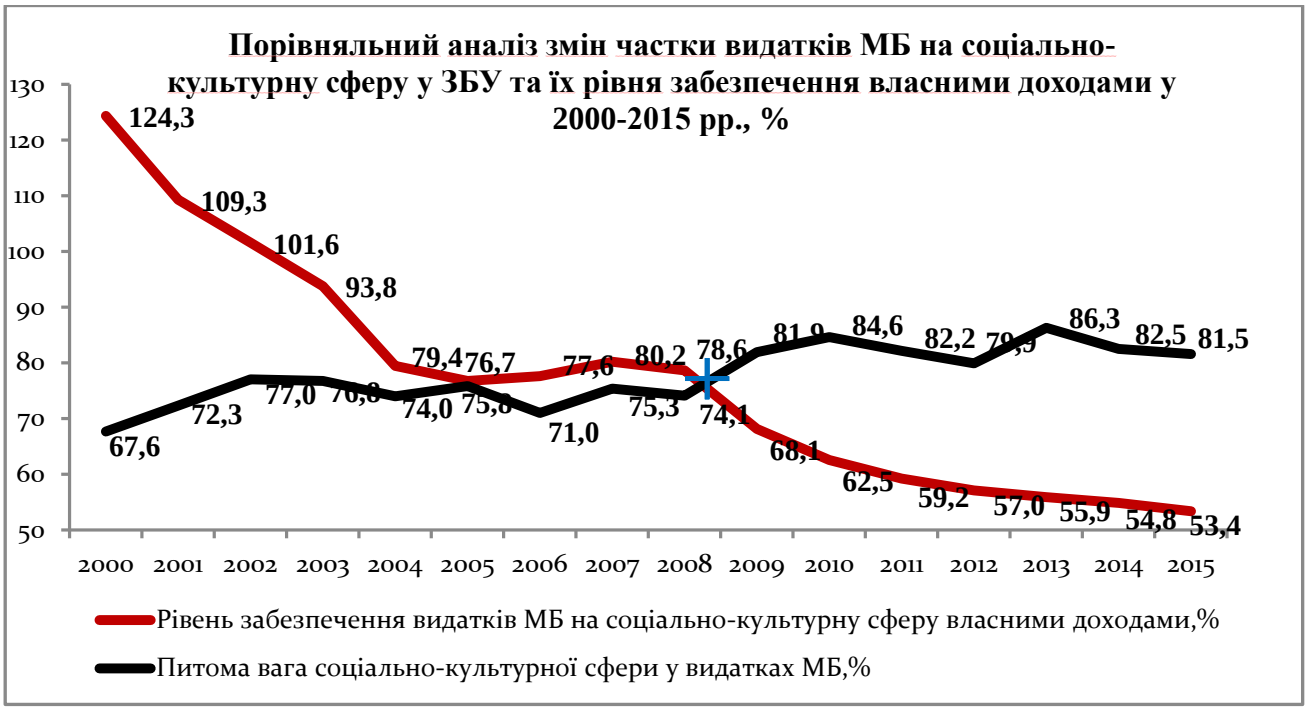

Рис.1.11. Фінансування соціальної інфраструктури через місцеві бюджети

Джерело: побудовано за даними Міністерства фінансів України

Рис. 1.12. Фінансування соціальної інфраструктури через місцеві бюджети Дніпропетровської області

Джерело: побудовано за даними Міністерства фінансів України

Головна мета децентралізації – збалансування місцевих бюджетів і забезпечення їх автономності поки не досягнута. Проблема полягає не стільки в тактиці, скільки у визначенні податкової стратегії.

Одна з причин недосконалості нової моделі регіональної політики щодо визначення джерел доходів місцевих бюджетів – застосування єдиних підходів до всіх регіонів, які нерівноцінні між собою за податковою базою.

До 2015 р. 99,4% податку на прибуток підприємств, які включені до реєстру великих платників податків та мають юридичну реєстрацію, зараховувалося до державного бюджету. З 2016 р. десята частина цього податку залишається за місцевими бюджетами.

Новий підхід закріплення цього регулюючого податку за місцевими бюджетами призвело до того, що всі регіони (області, міста, райони, селища і села) виявилися розподіленими по розміру надходжень від податку на прибуток приватних підприємств. У результаті за існуючими правилами оподаткування у п’ять областей надійде доходів у розрахунку на одного жителя у 2-3 рази більше, ніж в інші області. Такий шлях диференційованого формування

доходів місцевих бюджетів містить у собі ризики для реалізації принципу паритетності регіональної політики: забезпечення рівних можливостей доступу об'єктів соціальної інфраструктури до ресурсів державної фінансової підтримки [28]. Організаційно–фінансові технології відіграють важливу роль у збалансуванні бюджетної системи, проте недостатнє наукове забезпечення залишається перешкодою їх розвитку.

Недосконаліть фіскального вирівнювання місцевих бюджетів пов'язана з тим, що найбільш вагомі й стійкі джерела бюджетних доходів, як і до реформування, зосереджено в державному бюджеті. В 2015 р., як і в 2014 р., до державного бюджету надходить 90,0 % податку на прибуток підприємств приватної власності, 100% податку на додану вартість, 99,6 % акцизного податку, 100 % ввізного і вивізного мита, 100 % акцизу на нафтопродукти. У той же час за місцевими бюджетами залишаються податки, які важко збираються й утруднені для виявлення.

В межах загальних пропорцій розподілу податків між державним і місцевими бюджетами варто левову частину податку на прибуток приватних підприємств залишати в неподаткоспроможних регіонах. Решту доходів від 2% до 5% слід перераховувати до державного бюджету. В податкоспроможних регіонах, навпаки, доцільно переважну частину податку на прибуток приватних підприємств перераховувати в державний бюджет і решту залишати в місцевих бюджетах .

Аналогічний підхід доцільно застосовувати і до інших видів податків: акцизи на алкоголь, тютюнові вироби, товари широкого вжитку. Виконання подібних процедур перерозподілу податків дозволить обґрунтовано визначити обсяг трансфертів: освітніх і медичних субвенцій.

Зростання дефіциту місцевих бюджетів відбувається через непослідовність регіональної політики, яка деформує якість інституціонального середовища. В ході реформи місцевого самоврядування зі статусу делегованих повноважень виведені всі витратні повноваження, по відношенню до яких держава неспроможна була визначити вимоги до соціальних стандартів. До

них відносяться витрати на культуру, спорт, дошкільну і позашкільну освіту, управління. Фінансування всіх цих видів діяльності покладено на місцеві бюджети.

Невиконання завдань фіскального вирівнювання пов'язано не тільки з дефектними аспектами в системі міжбюджетних відносин. Причина полягає також у нездатності переломити негативну тенденцію звуження податкової бази місцевих бюджетів, у тому числі такого її елементу, як податок на прибуток підприємств комунальної власності, який протягом останніх років помітно знизився. Розрахунки, здійснені на основі екстраполяції співвідношення між цим податком і податком на доходи фізичних осіб, показують, що для досягнення паритету між цими показниками на рівні 2000 р. потрібно майже 19 років. [1)] У цьому разі фінансування соціальної інфраструктурі на три чверті відбуватиметься за рахунок податку на прибуток комунального сектору економіки. Алгоритм розрахунків має наступну математичну формулу: $\lg (1{,}1)^n = \lg (690/115{,}4)$, де 1,1 – показник динаміки приросту бюджетних витрат за рахунок податку на прибуток підприємств комунальної власності; n – ступень lg:

$$n = \frac{lg\,(\frac{690}{115{,}4})}{lg\ 1{,}1} = 18{,}8$$

Питання розвитку інституту комунальної власності багато років залишаються невирішеними і потребують до себе пильної уваги. В умовах реформи місцевого самоврядування перед комунальними підприємствами постало завдання стати ефективним елементом регіональної економіки, який в нових умовах сприятиме підвищенню дохідності місцевих бюджетів.

---

[1] Вихідні дані для розрахунку: обсяг податкових надходжень -115 млрд. грн.; розширення за рахунок надходження 10% податку на прибуток до загального фонду місцевих бюджетів внаслідок змін до законодавства в 2015 р.– 3,1 млрд. грн; збільшення надходжень до загального фонду місцевих бюджетів в 2015 р. – 29,8 млрд. грн.; ретроспективний рівень (у %) фінансування соціальної інфраструктури за рахунок податкових надходжень – 73,8 %; розрахунковий обсяг фінансування соціальної інфраструктури на рівні 2000 р. – 690 млрд. грн.; розрахунковий приріст бюджетних коштів на розвиток соціальної інфраструктури з врахуванням зростання загального фонду місцевих бюджетів в частинні збільшення податку на прибуток – 1217,3 млрд. грн.; перевищення потенційного обсягу бюджетних коштів на розвиток соціальної інфраструктури понад фактичним – 6 раз (690 млрд. грн./ 115 млрд грн.).

Аналітична оцінка динаміки податку на прибуток підприємств комунальної власності показує, що він майже рівномірно розподіляється по території країни, але внаслідок невеликої частки в доходах місцевих бюджетів (0,13-0,6%) не спричиняє помітного впливу на міжрегіональну диференціацію за податковими надходженнями. Варіація податку на прибуток підприємств комунальної власності між областями становить 1,33%. Для того, щоб він виконував свою економічну функцію бути інструментом досягнення певних соціальних цілей, його варіація повинна складати 30-33%, що відповідає процесу статистично нормальному розподілу.

Таким чином, статистичний аналіз емпіричних даних показує, що сталість місцевих бюджетів України, а отже, й потенціалу розвитку соціальної інфраструктури, значною мірою визначається правильно побудованим горизонтальним (міжобласним) вирівнюванням. На основі співставлення коефіцієнтів варіації пріоритет у горизонтальному вирівнюванні слід надавати податку на прибуток із підприємств комунальної власності. Вирівнювання шляхом удосконалення податкової надбудови є на сьогодні єдиним можливим виходом зі скрутного становища, в якому знаходяться заклади соціальної інфраструктури, особливо на периферійних територіях.

Модернізація державної регіональної політики на принципах децентралізації, яка спрямована на вирівнювання економічних потенціалів територіальних утворень, не гарантує подолання їх диференціації за рахунок визначених інституціональних форм (бюджетів областей, міст, районів, об’єднаних територіальних громад) та інструментів (податків, трансфертів). Для реалізації цілей вирівнювання необхідна більш широка диверсифікація фінансових джерел розвитку місцевого самоврядування. Цей вектор регіональної стратегії має бути орієнтований на структури третього сектору економіки: недержавні фонди, некомерційні організації, публічно-державне партнерство, малий бізнес, які здатні заповнити чисельні й економічні ніші регіонального простору, перейнявши на себе виконання частки делегованих повноважень.

Регіональна політика недооцінює роль територіальних громад у плануванні власного розвитку. Їх залежність від державних фінансових ресурсів, яка має місце на практиці, приводить до ігнорування синергії від взаємодії державних і місцевих органів влади в умовах децентралізації функцій управління територіальним розвитком. У сучасних західних теоріях регіональної економіки провідною ідеєю є розгляд суб'єктності територіальних утворень у контексті виконання ними соціальних і економічних функцій держави, які трансформовані в цілі цих утворень.

У політиці розвитку територіальна громада як самостійна адміністративна одиниця і суб'єкт фінансово-економічних відносин повинна мати дієвий інституціональний механізм збалансування власного бюджету. Проблему фінансової сталості місцевих бюджетів і соціальної інфраструктури неможливо вирішити виключно через механізм перерозподілу бюджетних ресурсів. Диверсифікація податків має мотивувати регіони до розширення і більш повне використання податкової бази. Виходячи з пріоритетів інноваційної економіки, варто закріпити на постійній основі в місцевих бюджетах найбільш вагомі й стійкі джерела бюджетних податків. З модернізаційним курсом держави повинен асоціюватися не тільки податок на прибуток приватних підприємств, але і податок на додану вартість. Це найбільш відпрацьований за технологією нарахування і збору податок, який необхідно поступово закріпити за місцевими бюджетами. Укріпленню місцевих бюджетів і соціальному розвитку територій сприятиме різнобічна підтримка недержавних форм економічної діяльності.

1.4. Статистико-інформаційна оцінка процесу бюджетного регулювання

Протягом 2000–2016 рр., незважаючи на здійснення ряду заходів інституціонального характеру, не вироблено ефективного механізму оновлення бюджетної моделі фінансування закладів соціальної інфраструктури. Останнім часом у державній політиці спостерігається зміщення переваг від

централізованих методів бюджетного регулювання до децентралізованих. Проте удосконалення міжбюджетних відносин і зміна податкової політики поки не виявили позитивних ознак в системі інституційних заходів. Раціоналізація фінансово-економічного механізму потребує вивчення причин, що перешкоджають розвитку соціальної інфраструктури і пов'язані з аналізом головних факторів, які впливають на динаміку соціальних галузей.

Реформа місцевого самоврядування і децентралізації влади спрямована на перехід до інноваційної динаміки регіональних бюджетів і передбачає зміну пропорцій між державним і місцевими бюджетами на користь останніх. Інструменти, які використовуються у практиці реалізації регіональної політики в Україні, в основному, стосуються податково-фінансового механізму. Його невизначеність як універсального методу в підходах до регулювання бюджетного процесу об'єктивно націлена на селективну підтримку регіональних бюджетів. Зростання у 2016 р. доходів місцевих бюджетів порівняно навіть з 2014 р. і в їх структурі питомої ваги трансфертів свідчить про серйозні протиріччя у формуванні й реалізації реформи місцевого самоврядування. Порівняно з 2006 р. доходи місцевих бюджетів у 2016 р. зросли в 4,8 раз, в тому числі у 2016 р. порівняно з 2014 р. – у 1,58 раз, що більше в 1,3 раз, ніж за попередні три роки. При цьому, якщо у 2006 р. частка трансфертів у доходах місцевих бюджетів складала 45,8%, у 2013 р. – 52,4%, у 2016 р. – 59,1%.

Через неузгодженість цілей методичних підходів до бюджетування виникають проблеми в регіонах із фінансуванням соціальної інфраструктури. Це знаходить прояв у структурній диференціації фінансового забезпечення освіти, охорони здоров'я, культури, житлово-комунального господарства.

Розподіл бюджетних витрат на функціонування соціальної інфраструктури характеризується висхідною варіацією, рівень коливання якої має неоднаковий галузевий тренд. Дослідження показують, що величина стандартного відхилення мала тенденцію до підвищення в усіх галузях соціальної інфраструктури. Однак вектор варіації витрат місцевих бюджетів за останні

п’ятнадцять років, навпаки, знижався. Така різноспрямована динаміка коливання показників розподілу бюджетних витрат є наслідком невідпрацьованого порядку фінансування соціальної інфраструктури і неадекватного фінансування послуг за територіальною ознакою.

У сфері освіти показник стандартного відхилення витрат між регіонами України в розрахунку на одного учня підвищився протягом 2000-201 рр. у 26,7 раза: з 32,8 грн до 877,1 грн. Коефіцієнт варіації витрат мав повільну динаміку зростання і дещо знизився тільки у 2015 р. і у 2016 р. підвищився з 0,075 до 0,08 (рис. 1.13) .

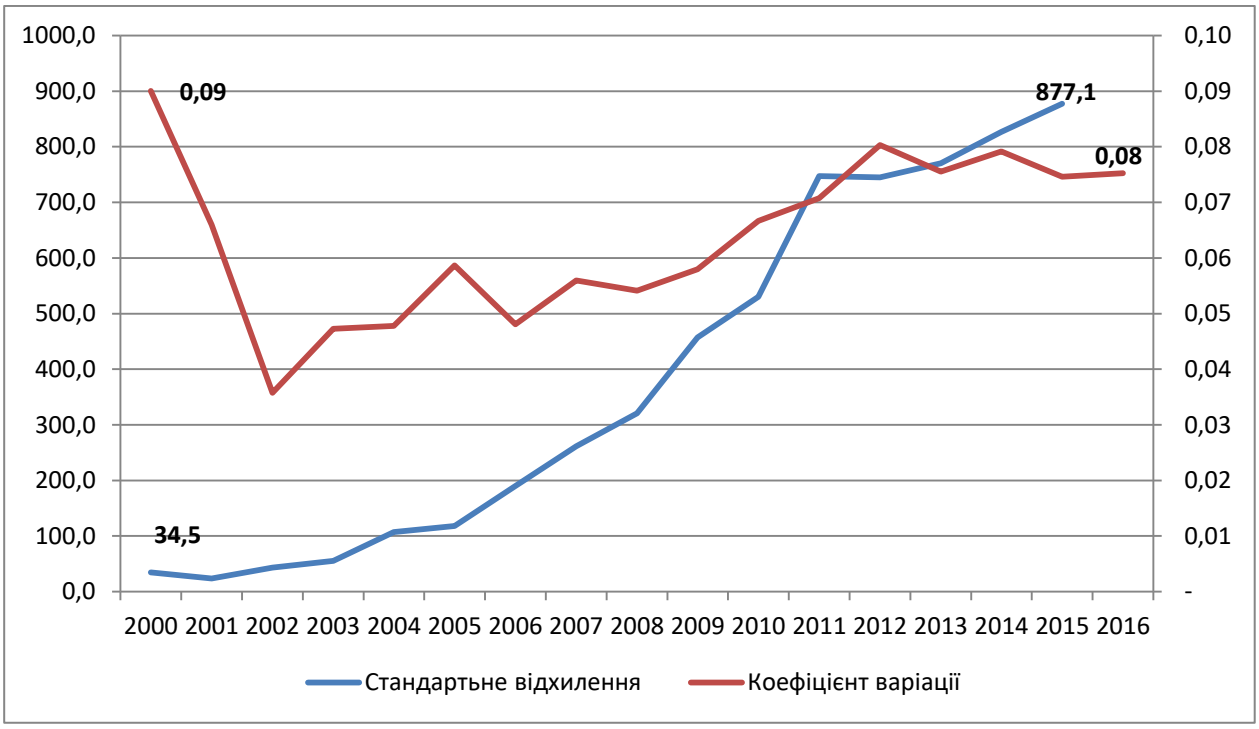

Рис.1.13. Диференціація видатків Зведеного бюджету України на загальну середню освіту за регіонами у розрахунку на одного учня

Джерело: побудовано за даними Міністерства фінансів України

Тенденція до збільшення фінансового розриву між областями при варіації бюджетних витрат на освіту пояснюється більш високими темпами зростання їх середньої арифметичної порівняно зі стандартним відхиленням. Із 2015 р. динаміка показника стандартного відхилення випередила коефіцієнт варіації, що говорить про посилення диференціації в розподілі фінансових ресурсів на загальну середню освіту між областями України.

Аналогічні тенденції простежуються й у сфері дошкільної освіти. Стандартне відхилення між областям за показником витрат на одного вихованця у дошкільних закладах зросло з 2000 р. по 2016 р. у 13 разів. Коефіцієнт варіації за цей строк зменшився з 15,5% до 12%. На відміну від витрат на середню освіту у сфері дошкільного виховання тенденція до диференціації має більш усталену динаміку. Починаючи з 2007 р., вона посилюється при стабільному коефіцієнті варіації (рис. 1.14).

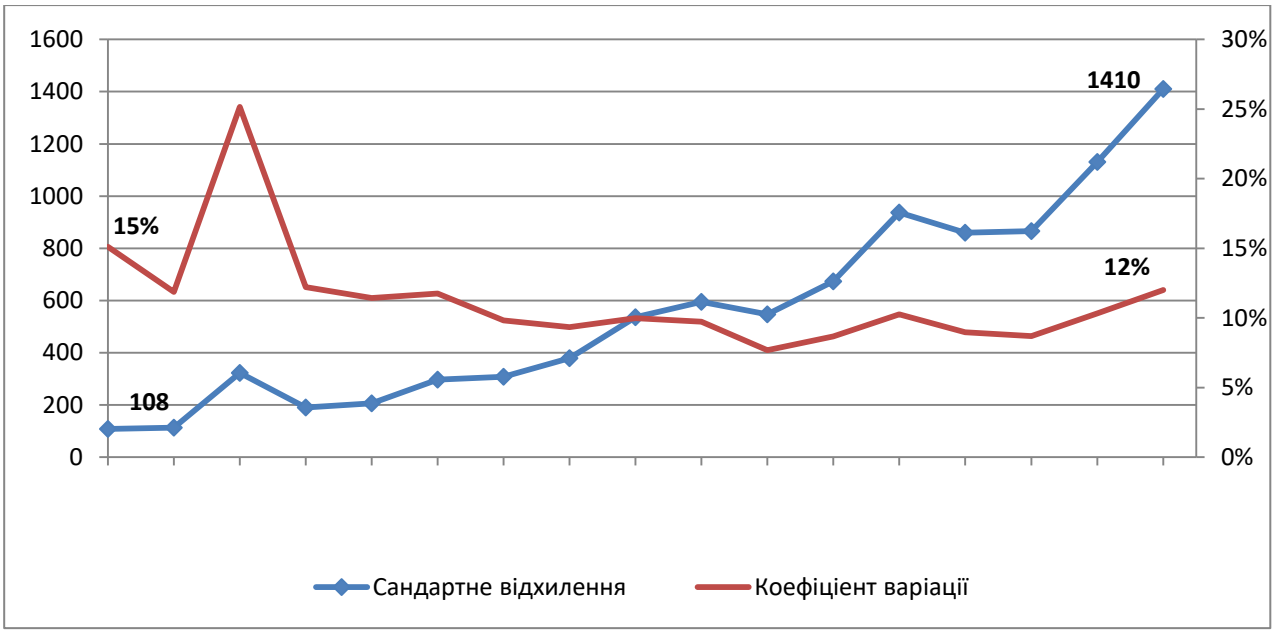

Рис.1.14. . Диференціація видатків Зведеного бюджету України на дошкільне виховання за регіонами у розрахунку на одного вихованця

Джерело: побудовано за даними Міністерства фінансів України

У галузях охорони здоров'я, духовного та фізичного розвитку спостерігається зростання показників стандартного відхилення та зниження коефіцієнту варіації.

В системі охорони здоров'я стандартне відхилення в абсолютному вимірі підвищилося більш ніж у 16,4 рази протягом 2000-2016 рр. (рис. 1.15). У сфері духовного і фізичного розвитку – у 14 разів (рис.1.16).

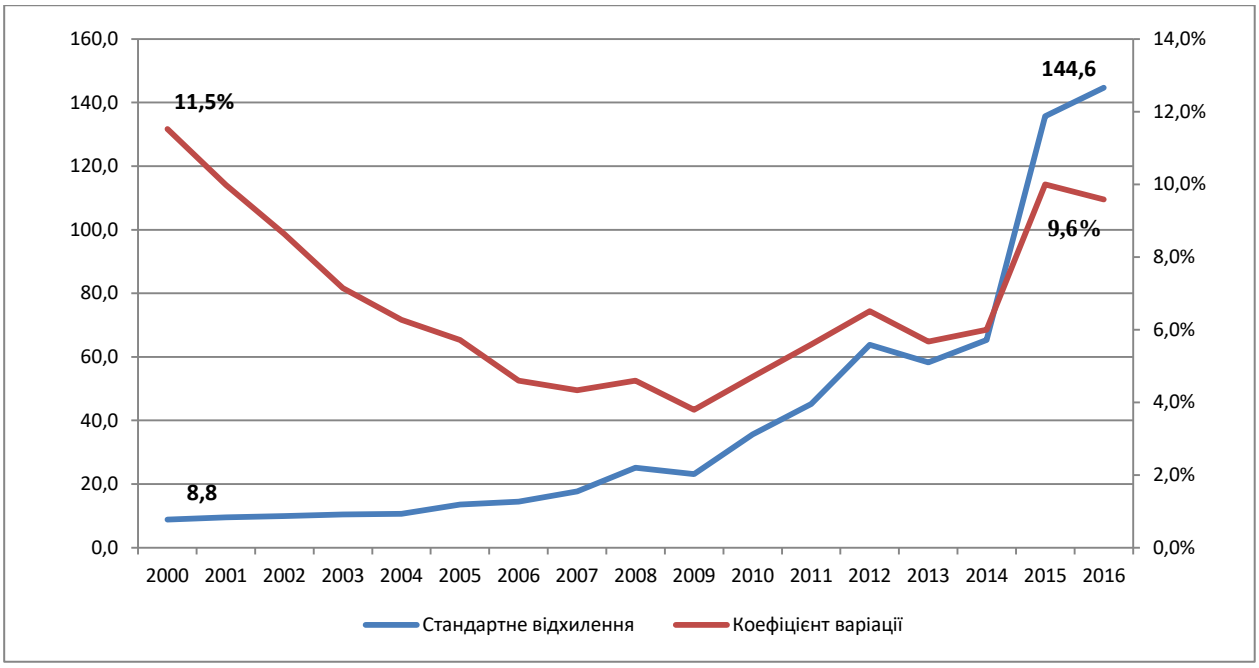

Рис. 1.15. Диференціація видатків Зведеного бюджету України на охорону здоров'я за регіонами у розрахунку на одну особу

Джерело: побудовано за даними Міністерства фінансів України

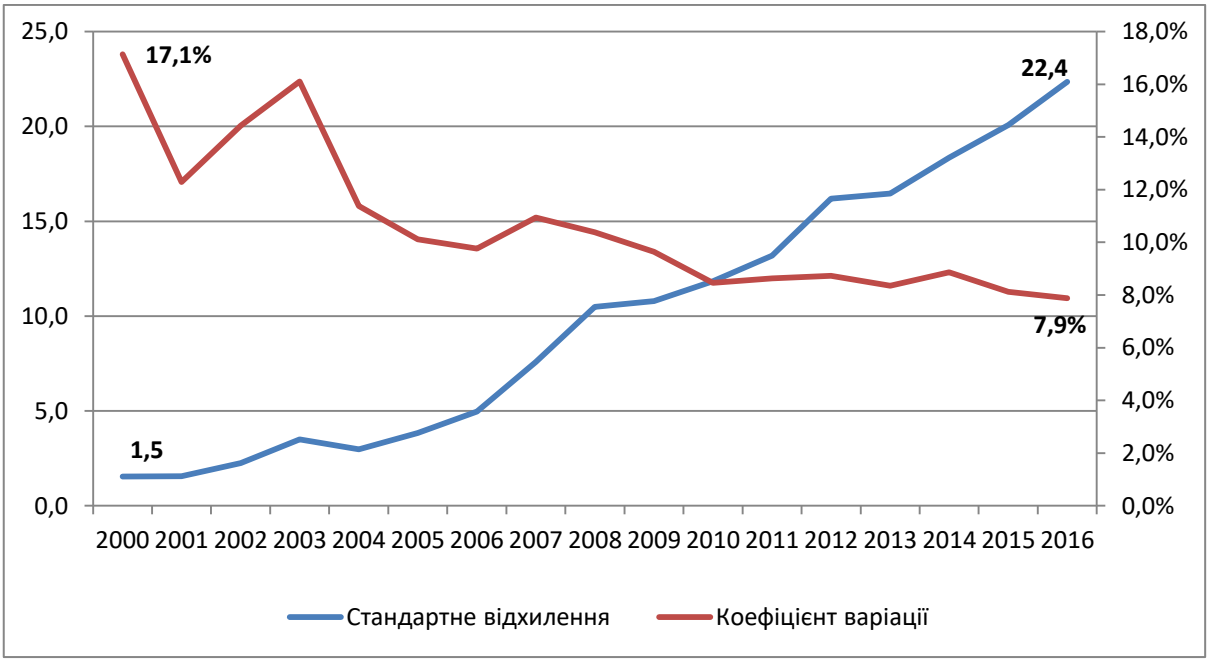

Рис. 1.16. Диференціація видатків Зведеного бюджету України на духовний та фізичний розвиток за регіонами у розрахунку на одну особу

Джерело: побудовано за даними Міністерства фінансів України

У сфері охорони здоров'я протягом 2000-2016 рр. зростання показника середніх витрат на особу по окремих етапах не відповідали динаміці зміни стандартного відхилення. В цілому показник середніх витрат у розрахунку на

особу протягом 2000-2016 рр. збільшився в 19,7 разів, стандартного відхилення – в 16,3 раза (перевищення дорівнювало 1,2 раза). Якщо порівняти динаміку цих показників по окремих роках , наприклад, 2000-2007 рр. та 2008-20156 рр., то на першому з них показник середніх витрат на охорону здоров'я перевищував показник стандартного відхилення у 2,1 раза, тоді як на другому, навпаки, показник стандартного відхилення перевищував показник середніх витрат у 2,2 раза. Це свідчить про накопичення негативних ризиків у розподілі витрат на медичне обслуговування населення по регіонам.

У медичній сфері і сфері духовного та фізичного розвитку, починаючи з 2014 р., виявляється одна й та ж тенденція паралельної динаміки показників стандартного відхилення і коефіцієнту варіації. Вони мають одну й ту ж спрямованість, що говорить про незмінність механізму розподілу бюджетних витрат. Подібна ситуація простежується і в охороні здоров'я. В дошкільному вихованні коефіцієнт варіації має майже незмінний вектор динаміки на відміну від вектору стандартного відхилення. Проте незважаючи на деяку різницю у кореляції напрямів розвитку показників розподілу фінансових ресурсів, за економічним змістом вони виражають схожий економічний зміст, який свідчить про стагнацію механізму фінансової диференціації бюджетних коштів.

Державному бюджету країни притаманна функція рівного розподілу коштів на соціально важливі послуги між громадянами країни. За своїм значенням він має солідарний характер. Його бюджет на 33-88% формується за рахунок податків та зборів на доходи фізичних осіб. Відповідно населення може розраховувати на справедливий підхід до фінансування споживання послуг. Проте на практиці територіальна різниця між областями у витратах бюджету на одного споживача послуг зросла протягом 2000-2015 рр. по дошкільному вихованню у 9,8 раза, по охороні здоров'я – у 11,2 раза, по середній освіті – у 2,8 раза, духовному і фізичному розвитку – 14,9 раза.

Всебічна оцінка фінансової політики, яка здійснюється відповідно до соціальної інфраструктури, залишається малодосліджуваною проблемою. У цьому контексті актуальними постають два питання. По-перше, оцінка ступеня

територіальної асиметрії між бюджетними витратами та демографічними показниками (чисельністю споживачів послуг). По-друге, визначення головних факторів, які впливають на диференціацію фінансування послуг.

У першому випадку співставлення здійснюється шляхом співставлення динаміки показників бюджетних витрат на споживання послуг у розрахунку на одну особу за період 2000-2016 рр. із демографічними показниками (контингенту споживачі). Нижче на рис. 1.17-1.20 представлено аналіз ситуації, що склалась в галузях соціальної інфраструктури.

Наприклад, у Чернівецькій, Закарпатській, Тернопільській, Херсонській та інших областях витрати у сфері охорони здоров'я були менші порівняно з динамікою населення. В Запорізькій, Житомирській та деяких інших областях, навпаки, динаміка витрат на медичне обслуговування перевищувала показники зміни чисельності населення.

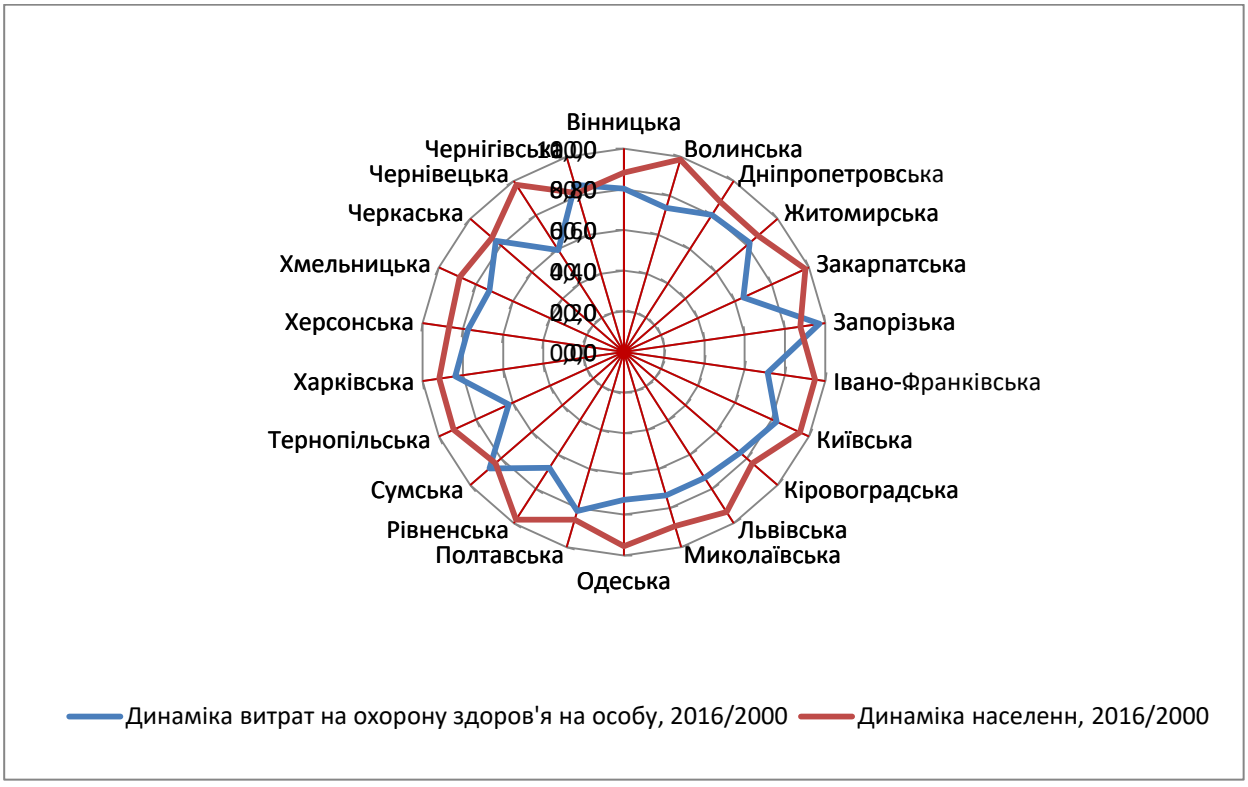

Рис. 1.17. Співвідношення показників на послуги закладів охорони здоров'я між областями

Джерело: побудовано за даними Міністерства фінансів України

В галузі середньої освіти (рис. 1.18), наприклад, у Запорізькій області кількість учнів зменшилася на 40%, витрати збільшилися на 27% (коефіцієнт співвідношення індексів дорівнює 1,48). У Волинській області ці показники становили – 28% та 21% (коефіцієнт співвідношенні індексів дорівнює 1,33).

Між зазначеними областями індекс співвідношення показників становить 1,11 на користь Запорізької області.

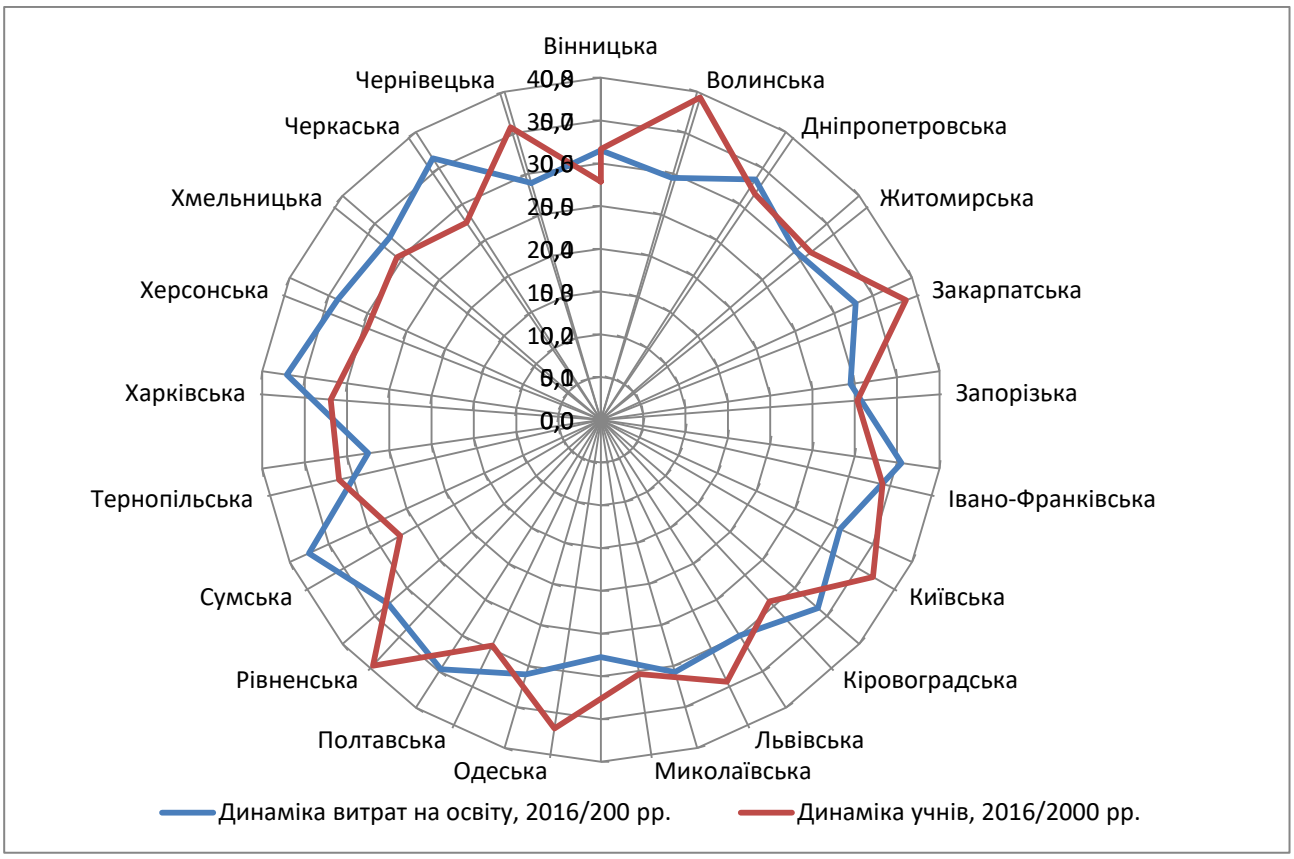

Рис. 1.18. Співвідношення показників на послуги закладів середньої освіти між областями

Джерело: побудовано за даними Міністерства фінансів України

В системі дошкільного виховання Закарпатської області кількість вихованців за період 2000-2016 рр. збільшилася в 2,38 раза, витрати зросли в 11,7 раза (індекс 4,9). У Рівненській області відповідно – 2,4 та 17,7% (індекс 173), в Херсонській області – 1,37 та 21,2 (індекс 15,4) (рис. 1.19).

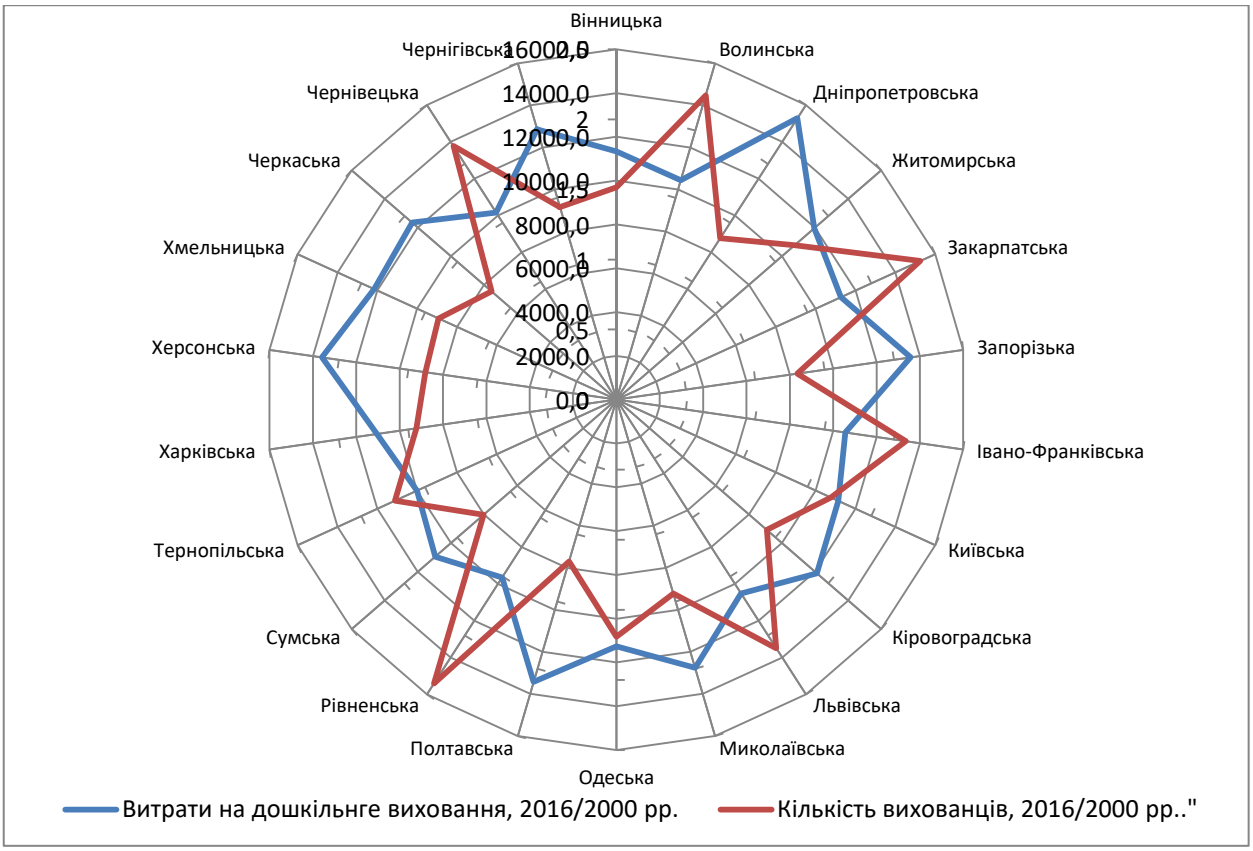

Рис.1.19. Співвідношення показників на послуги закладів дошкільного виховання між областями

Джерело: побудовано за даними Міністерства фінансів України

У сфері культури та мистецтва, наприклад, в Одеській області кількість споживачів послуг зменшилась (0,95), витрати зросли на 39,8%. У Миколаївській області відповідно – 0,89 та 38,3%. Коефіцієнт співвідношення витрат між зазначеними показниками в Одеській області становить 23,9, в Миколаївській – 43,0 (рис. 1.20).

На основі проведеного аналізу можна зробити ряд узагальнених висновків. Суміщення двох трендів – показників міжобласної варіації витрат на надання послуг та стандартного відхилення значень бюджетних витрат від їх середньої величини – викликає неоднозначне трактування сформованої ситуації. За лінійною логікою аналізу вектори цих двох кривих мають бути односпрямованими.

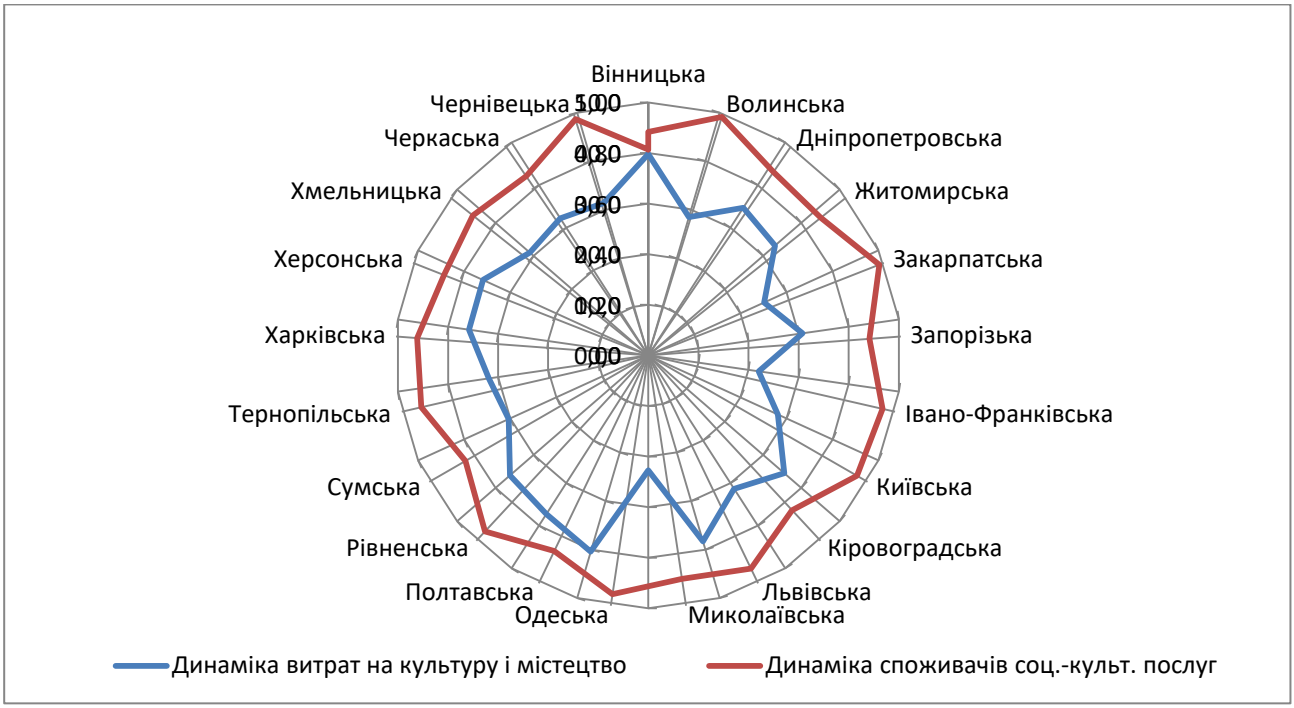

Рис. 1.20. Співвідношення показників на послуги закладів духовного і фізичного розвитку між областями

Джерело: побудовано за даними Міністерства фінансів України

Проте, реальна картина виглядає інакше. На підставі експертних міркувань можна дійти до висновків, що протилежність їх векторів свідчить, по-перше, про уніфікацію економіки бюджетних галузей соціальної інфраструктури, по-друге, про контрпродуктивні моменти в бюджетному механізмі фінансування соціальної інфраструктури. Коефіцієнт варіації відображає перший аспект, показник стандартного відхилення – другий. Для деталізованих висновків необхідний додатковий аналіз емпіричного матеріалу по окремим галузям соціальної інфраструктури в регіональному розрізі. В цілому зі значним ступенем вірогідності можна говорити про наявність деструктивних процесів у механізмі фінансування соціальної інфраструктури та їх негативного впливу на процес надання послуг. Це знаходить прояв у відсутності економічно адекватного і справедливого підходу до дотримання принципу соціальних стандартів надання послуг.

Для сталого поступального розвитку бюджетного механізму соціальної інфраструктури в умовах децентралізації системи територіального управління

важливе значення має деталізована характеристика процесів забезпечення її галузей фінансовими ресурсами. Всебічна оцінка фінансової політики, яка проводиться по відношенню до соціальної інфраструктури, поки залишається малодосліджуваною проблемою. В цьому контексті актуальними стають два питання. По-перше, оцінка ступеня асиметрії між бюджетними витратами та нормативними показниками. По-друге, визначення основних факторів, які деструктивно впливають на процес фінансування соціальної інфраструктури.

У першому випадку рівень асиметрії вимірюється ступенем тісноти кореляційного зв'язку між витратами та контингентом осіб, яким надавалися послуги закладами соціальної інфраструктури (нормативні показники). У другому – відбувається кількісний та якісний аналіз впливу окремих факторів на рівень галузей соціальної інфраструктури.

В статистиці розповсюдженим методом вимірювання рівня асиметрії є розрахунок коефіцієнта кореляції значень, запропонований Г. Фехнером. Проте коефіцієнт Фехнера не залежить від величини відхилень досліджуваних ознак, тобто від їх відповідних середніх. Тому на підставі коефіцієнта Фехнера неможливо зробити висновок про рівень тісноти кореляційної залежності між досліджуваними ознаками, а також оцінці її істотності, але його значення дозволяє говорити про ступінь розбалансованості процесу бюджетування та необхідність покращення рівня фінансового регулювання розвитком соціальної інфраструктури на рівні місцевого самоврядування.

Для визначення прямої залежності між досліджуваними показниками – коефіцієнтом варіації як результативним та домінуючим фактором, що визначає його величину – доцільно використовувати кореляційний аналіз.

На загальнодержавному рівні варіація витрат по кожній соціальній галузі має свою специфіку. В освіті, наприклад, витрати на функціонування дошкільних закладів визначаються кількістю вихованців у розрахунку на один заклад, в загальній середній освіті – кількістю учнів. В охороні здоров'я враховуються два показника: кількість пацієнтів, що лікуються в стаціонарах, та пацієнтів,

яким послуги надаються в поліклініках. У закладах культури та спорту послуги розраховані на населення територіального утворення.

Варіація витрат залежить від дії декількох причин, тому її вивчення не може обмежуватися парними залежностями. В аналіз необхідно включити ознаки-фактори, які значною мірою впливають на результативні змінні. Приймаючи до уваги традиційність підходів до управління фінансовими процесами, до факторних ознак необхідно віднести, по-перше, стандартне відхилення, величина якого переважно є наслідком діючої системи регулювання фінансовими потоками в соціальній інфраструктурі; по-друге, соціальне навантаження інфраструктурної галузі, які оцінюються кількісними та якісними параметрами обслуговування населення.

Для оцінки кожного фактора можна скористуватися показниками ступеня кореляційного зв'язку, які дають можливість охарактеризувати тісноту залежності варіації результативної ознаки від ознак-факторів. З метою вивчення пріоритетності факторів побудовано двофакторні кореляційні моделі для кожної галузі соціальної інфраструктури. За параметрами отриманих рівнянь проведена оцінка ролі кожного фактора при зміні рівня результативного фактора (табл. 1.5).

Результати аналізу свідчать, що отримана величина коефіцієнта кореляції Пірсона показує наявність прямої залежності між показниками варіації витрат, демографічними показниками та показниками середньоквадратичного відхилення. Вони коливаються в межах від (– 0,408) до (– 0,796). Коефіцієнт детермінації, який визначає відсоток варіації за рахунок двох факторів, становить для дошкільної освіти – 29,2%, для загальної середньої освіти – 56,4%, охорони здоров'я – 94,9%, культури і мистецтва – 65, 5%. Порівняно менший вплив на варіацію витрат в дошкільних закладах, очевидно, пояснюється регіональною специфікою: перевантаженням дошкільних закладів в містах та їх недостатньою завантаженістю в сільській місцевості.

Із двох факторів, включених у рівняння регресії, найбільший вплив на варіацію витрат за період 2000-2016 рр. спричиняє, за виключенням загальної

середньої освіти, фактор демографічного навантаження. В освіті, навпаки, – порядок розподілу витрат по рівням територіальних утворень (областям).

Таблиця 1.5

Фінансування галузей соціальної інфраструктури по факторах

Галузі соціальної інфраструктури	**Статистичні показники**		
	Коефіцієнт кореляції Спірмена (R)	***Коефіцієнт детермінації (R-квадрат)***	***Стандартизовані коефіцієнти -β***
Дошкільна освіта			
Результативні ознаки - V_K	1.0		
Факторні ознаки – D N	 – 0,301 – 0,444	0,294	 1.388 – 2,010
Загальна середня освіта			
Результативні ознаки V_0	1.0		
D **N**	0,621 – 0,158	0,564	1,065 0,614
Охорона здоров'я			
Результативні ознаки $V_{\text{МЕД.}}$	1.0		
D N	0,307 0,449	0,949	1,204 1,287
Культура і мистецтво			
Результативні ознаки $V_{\text{К}}$	1.0		
D N	– 0,762 – 0,789	0,655	– 0,334 0,508

Оцінити частку кожного з факторів-ознак можливо завдяки такому стандартизованому показнику, як β – коефіцієнт. Цей коефіцієнт показує, на яку частку середнього квадратичного відхилення σ_y на величину зміниться залежна перемінна γ зі зміною відповідного фактору x_1 на величину свого

середньоквадратичного відхилення (σ_i). Коефіцієнт β дозволяє порівнювати вплив коливання двох різних факторів на варіацію досліджуваної ознаки, зокрема, на коефіцієнт варіації. З наведеної таблиці видно, що тільки в галузі загальної середньої освіти вплив β – коефіцієнту середньоквадратичного відхилення D (1,065) переважає понад впливом демографічного фактору N (0,614).

Проведений аналіз свідчить про необхідність удосконалення методології формування механізму розвитку соціальної інфраструктури, який передбачає зміну підходів до бюджетування соціально важливих галузей економіки. В загальноосвітніх закладах акцент при удосконаленні механізму розподілу коштів необхідно ставити на методах формування витрат на окремі складові процесу надання послуг, зокрема, на найбільш вагому її величину – оплату праці. В медичному обслуговуванні вирівнювання витрат пов'язано з методами формування вартості послуг залежно від нозологічних видів захворювання. Фактично йдеться про методологію ціноутворення на медичне лікування пацієнтів, зокрема, при стаціонарному лікуванні.

Для усвідомлення процесу міжрегіональної диференціації бюджетних витрат на медичне обслуговування населення і пов'язаної з цим проблеми ефективного управління системою охорони здоров'я на рівні територіальної громади необхідно вивчення медичних характеристик регіональних утворень. Міжмуніципальна диференціація факторів, які відображають стан суспільного здоров'я населення та різноспрямованість їх динаміки, вимагають певних заходів фінансового регулювання з тим, щоб медичні завдання і цільові програми розвитку охорони здоров'я здійснювались відповідно до реальної ситуації, й фінансові ресурси розподілялися більш адресно. З цією метою пропонується сформувати агрегатний показник, що відображає потреби населення територіальної громади в медичних послугах. Розрахунок цього показника може спиратися на інформацію про коефіцієнти лікування ..

РОЗДІЛ 2. ІНСТИТУЦІОНАЛЬНІ МЕХАНІЗМИ РЕАЛІЗАЦІЇ СОЦІАЛЬНОГО ПОТЕНЦІАЛУ ДЕЦЕНТРАЛІЗАЦІЇ

2.1. Програмний підхід до бюджетного регулювання розвитку соціальної інфраструктури

Оптимізація державних витрат, підвищення їх соціальної та економічної ефективності являють собою важливу частину бюджетної політики і значною мірою визначаються станом управління бюджетним процесом, процедурою планування виконання бюджету. Удосконалення управління бюджетним процесом може спричинити локальний ефект, якщо обмежуватиметься традиційними заходами централізованого характеру. На противагу їм модернізація державного менеджменту в умовах впровадження програмно-цільового методу управління здатне призвести до позитивних радикальних змін.

Програмний бюджет – основа цільового планування соціально-економічного розвитку муніципальних утворень і розташованих на їх території закладів соціальної інфраструктури. Ефективним методом його розробки є програмно-цільовий метод, який забезпечує менеджерський підхід до державного регулювання міжбюджетних відносин на різних рівнях бюджетної ієрархії: від державного, обласного до міського, районного, сільського, селищного бюджетів та бюджетів територіальних громад.

Ефективне управління грошовими потоками досягається розробкою фінансової політики на державному і муніципальному рівнях, формуванням стратегічної мети і визначенням бюджетної тактики її досягнення. У зв’язку з цим сучасний етап застосування нових технологій бюджетування в країнах, де питання модернізації управління бюджетним процесом являють собою результат багаторічних реформ, заслуговує на увагу.

Еволюційний розвиток концепції програмного бюджету, який суттєво вплинув на реформування системи управління бюджетними потоками і визначив характер технологій і структуру програмно-цільового бюджетування, найбільшою мірою простежується на прикладі США. Перші спроби по

впровадженню програмно-цільового бюджетування відносяться до періоду 1949-1962 рр. У 1949 р. був розроблений програмно-цільовий бюджет (Performance budget), в якому вперше акцент ставився не на витрати державних ресурсів, а на виконання державних функцій, на досягнення результатів. Програмно-цільовий бюджет відображав не стільки структуру витрат у розрізі окремих видів (оплата праці, оренда приміщень і т.д.), скільки результат реалізації програм та виконання державних функцій.

Протягом 1962-1971 рр. при розробці програмного бюджету використовувався підхід, який складався з трьох стадій – планування, програмування, бюджетування (Planning, programming, budgeting system (PPBS). Його метою було досягнення оптимального розподілу ресурсів на основі оцінки вартості кожної програми. Одним із вагомих результатів цього проекту було отримання досвіду використання системного аналізу для порівняння різних альтернатив й оптимізації прийняття рішень щодо формування бюджету. Нова модифікація програмного бюджету трансформувала методологію його складання в систему управління за цілями (Management by Objectives. 1972-1975) – МБО. Домінуючим напрямом, за концепцією МБО, було підвищення відповідальності міністерства або відомства за досягнення поставлених цілей державного значення. Новим у цій концепції було те, що результат їх діяльності не тільки визначився обсягом наданих послуг, але й оцінювався з точки зору його соціальної значущості. Була спроба розділити соціальну й економічну ефективність. У зміст програмно-цільового бюджетування вводилися показники соціальної ефективності (effectiveness) як досягнення певного соціального результату й економічної ефективності (efficiency) як обсягу випуску послуг на одиницю витрат.

У подальшому в ході теоретичної і практичної розробки ефективності бюджетних коштів була обґрунтована необхідність диференціації понять прямих (output) та кінцевих (outcome) результатів діяльності міністерств і відомств. Під прямими результатами мався на увазі обсяг наданих послуг – output (випуск). Наприклад, чисельність студентів, що закінчили навчання,

учнів, що здобули престижну освіту, та ін. Кінцевими (соціальними) результатами є якісні наслідки надання послуг: оцінка успішності навчання, зниження смертності тощо.

Наступний етап розвитку методології програмного бюджету робив наголос на встановленні чіткого зв'язку між бюджетними ресурсами та результатами реалізації програм (планування бюджету від нуля – Zero bused budgeting, 1977-1984) – ZBB. Ключовим моментом моделі ZBB було досягнення цілей при різних рівнях витрат. Причому, по одній із програм витрати для досягнення цілей мали бути нижче поточного рівня. Розробка бюджету на нульовій основі передбачала, що при складанні бюджету розподіл коштів між статтями починається без урахування планових і фактичних даних минулих періодів, тобто з «чистого паперу».

У цілому процедура складання бюджету по моделі ZBB передбачала: декілька засобів досягнення поставлених цілей; розрахунки необхідних обсягів фінансування, де щонайменше один із них має бути за обсягами фінансування меншим, ніж за попередній рік; підготовка проектів програм, які б відповідали альтернативним засобам досягнення цілей.

Аналіз досвіду застосування ZBB встановив, що багато міністерств не були готові запропонувати ефективні засоби досягнення цілей. Ряд недоліків в ході реалізації моделі не було усунено, зокрема, формування центрів прийняття рішень, ранжування цілей та їх об'єднання в програми.

Найбільшу складність представляло поєднання програмного планування та підготовки бюджетних пропозицій в рамках однієї стадії бюджетного циклу. Інша проблема полягала у відсутності необхідної інформації для прийняття рішень.

У зв'язку з труднощами модель ZBB не була реалізована, проте вимога находити альтернативні рішення через утворення центрів прийняття рішень із порядку денного не була знята.

Для подальшого розвитку програмно-цільового бюджетування у 1993 р. було прийнято закон «Про оцінку результатів діяльності державних установ»

(Government Performance and Results). Закон GPRA визначав декілька основних цілей, які можуть бути покладені в бюджетну політику, та основні шляхи їх досягнення.

Перша ціль передбачала три моменти: а) процедурне удосконалення, розроблення програмних цілей; б) вимір соціальної та економічної ефективності реалізації програм; в) встановлення контролю за виконанням програм.

Друга ціль полягала у підвищенні якості наданих послуг, забезпеченні потреб населення, підвищенні соціальної ефективності програм.

Третя ціль передбачала розробку програм з орієнтації на кінцевий результат, для чого цілі формулювались як система кількісних та якісних показників, що характеризували очікувані результати діяльності.

Четверта ціль виходила з необхідності удосконалення державного управління бюджетно-фінансовою системою.

Із досвіду впровадження бюджетування, орієнтованого на результат, набутого в США, можливо зробити наступні висновки, які є кореневими для удосконалення соціальної політики в Україні.

В умовах перерозподілу значної частини валового національного доходу через державний бюджет програмно-цільове бюджетування є засобом підвищення ефективності використання державних фінансів. Проте це можливо, коли в одному процесі поєднані управлінські технології (ефективний менеджмент) та методи удосконалення бюджетування.

У багатьох розвинених країнах програмний бюджет розглядається як основний інструмент ефективного планування і використання бюджетних витрат.

За даними міжнародних досліджень, зокрема Німецького товариства міжнародної співпраці, 24 країни із 34 країн-членів ОЕСР здійснюють або намагаються впровадити програмне бюджетування [29].

Кожна із розвинутих країн розглядає програмний бюджет, виходячи зі своїх цілей розвитку, забезпеченості населення послугами, динаміки ринкових

відносин, внутрішніх та міжнародних ризиків, специфіки управління економікою та іншими факторами. Як результат, програмні бюджети відрізняються один від одного стратегією та послідовністю впровадження.

Разом із цим моделі бюджетування не є взаємовиключними. Вони відрізняються лише організаційними аспектами управління бюджетними процесами та структурою бюджетних витрат. У зв'язку з цим доцільно, з наукової і практичної точок зору, здійснити типологізацію практик бюджетування. Типологізація у порівняльному економічному наукознавстві означає процес групування економічних об'єктів систем, форм та методів управління на основі емпіричної моделі (типу). В результаті типологізації отримуються цілісні знання про об'єкт дослідження, розкриваються системоутворюючі зв'язки між різними його елементами, виокремлюються його ознаки та властивості.

З точки зору компаравістики як наукового напряму порівняльного дослідження економічних структур управлінських форм, виокремлення їх типів не обходиться без деяких умовностей, оскільки існує чимало перехідних форм із одного об'єкта чи форми управління в інші, багато ознак, що пов'язують останніх одне з одним. Проте незважаючи на неоднакові концептуальні походження, різні типи економічних форм чи об'єктів мають схожу цільову функціональність.

Аналізуючи різні моделі програмно-цільового управління бюджетними фінансами, можна виокремити три типи моделей: контрактний, адміністративний та проміжний.

Порівняльна характеристика моделей програмно-цільового методу управління бюджетними асигнуваннями

	Загальна характеристика результативності застосування програмно-цільового метода
Країни, що застосовують контрактну модель Велика Британія Австралія, Нова Зеландія, Канада, ПАР, Данія, Норвегія, Швеція	**Переваги:** - конкурсний відбір організацій для надання суспільних послуг; - зацікавленість та відповідність відомств, відсутність необхідності у складних механізмах міжвідомчої координації; - більш висока ступінь використання інформації про результативність бюджетного процесу, в т.ч. механізму розподілу асигнувань. **Недоліки:** - «рамковий» характер бюджету; - ускладнення функцій органів влади, пов'язане із визначенням контрактів та контролю за їх виконанням.
Країни, що застосовують адміністративну модель: Франція, Італія, Бразилія, Росія	**Переваги:** - єдиний методологічний підхід до формування та оцінки програм у різних галузях; - обмежена кількість програм (100-150); - чітка структура видатків бюджету по цілях та результатах політики. **Недоліки:** - необхідність застосування складних механізмів міжвідомчої координації; - ризики формального контролю за досягненням показників та зниження самостійності й відповідальності відомств.
Країни, що застосовують проміжну модель: США	**Переваги:** - системний підхід до розподілу бюджетних ресурсів по стадіях процесу бюджетування: планування – програмування – бюджетування; - управління бюджетним процесом по ієрархії цілей; - розробка бюджету на принципі економності й формування бюджету на нульовій основі. **Недоліки:** - обмежений обсяг видатків по окремих галузях на програмно-цільовій основі, нерівномірне охоплення галузей економіки програмно-цільовим підходом до управління суспільними фінансами.

Контрактний тип передбачає встановлення очікуваних результатів використання бюджетних коштів у межах угод, у т.ч. в контрактній формі надання послуг. Він передбачає трирівневий підхід до управління суспільними фінансами, який охоплює державний, відомчий та внутрішньовідомчий рівні.

Контрактна модель бюджету може включати від однієї до двох-трьох сотень програм. На рівні парламенту затверджується укрупнена структура видатків, і відомствам надається право її деталізації. Контрактна модель характерна для країн, які засновані на «парламентській» моделі державної влади.

Адміністративний тип програмно-цільового підходу до управління фінансовими ресурсами частіше застосовується в країнах із «президентською» моделлю державної влади. При цьому очікувані результати встановлюються на основі рішень вищестоящих органів влади.

Проміжний тип заснований на суміщенні президентської та парламентської функцій державної влади, в межах якого відбувається інтеграція фінансових ресурсів та результатів, використані системи показників.

Україна відноситься до країн, де бюджетний процес формується «зверху донизу», що характерно для адміністративного типу програмного бюджету. У зв'язку з цим доцільно проаналізувати практику саме цього типу організації програмно-цільового управління фінансами.

Адміністративний тип застосовується у Франції та Росії, які спочатку орієнтувалися на контрактну модель програмного бюджету. У Франції адміністративна модель застосовується з 2001 р. Видатки бюджету Франції утворюються в розрізі основних напрямів державної політики, в складі яких виступають освіта, охорона здоров'я, культура, юстиція та ін. Ці напрями, зафіксовані в Конституції Франції, отримали поняття «місії», які мають політичне значення і використовуються з метою аналітичного групування програм і презентації проекту закону про державний бюджет. Створення нової місії – прерогатива уряду.

Перелік «місії» характеризується галузевими та функціональними ознаками. Це вказує на те, що проблеми морального та гуманітарного розвитку виокремлено у самостійний політичний напрям державного розвитку. Останнє пов'язано з тим, що у Франції існують актуальні глобальні виклики сучасності: поглиблення соціальної нерівності та посилення соціальної дезінтеграції, розмивання цінностей праці та соціальної солідарності.

Складності виникають у галузі управління соціальною сферою. В останні роки у французькому суспільстві виявився дефіцит перспектив бачення розвитку соціальних відносин, що особливо помітно на фоні поглиблення масштабних та суперечливих питань глобалізації, нерівномірності розподілу доходів, нарощуванні утруднень у доступності різних груп населення до медичної допомоги, освіти, культури, накопичення проблем, пов'язаних з етнодемографічною ситуацією, серйозною віковою деформацією структури населення та іншими проблемами, які потребують оновлених підходів до їх вирішення.

Необхідно звернути увагу на фінансові аспекти місій французького уряду, зокрема, управління фінансовими ресурсами і в цьому контексті на відносини з органами місцевого самоуправління. Актуальність постановки даних проблем пояснюється необхідністю підвищення ефективності управління державними фінансами – завдання, яке знаходиться в епіцентрі економічної політики практично всіх країн світу. Це пояснюється тим, що практика фінансування соціальної інфраструктури, не дивлячись на досвід реалізації медичних програм, орієнтується не на цілі, завдання та результати діяльності інфраструктурних галузей, а на відшкодування поточних витрат, спрямованих на задоволення соціальних потреб, яке значною мірою відбувається на місцевому рівні.

Досвід Франції, по-перше, переконливо свідчить, що нормативний підхід до розробки програмного бюджету як системи стратегічних цілей відбиває державну політику країн ЄС по забезпеченню збалансованості місцевих бюджетів, реалізації завдань розширення і підвищення якості послуг, які надаються населенню за рахунок коштів бюджетів усіх рівнів.

По-друге, підвищення ефективності державних видатків передбачає інкорпорацію технології програмного бюджету в бюджетний процес, що є значним інноваційним кроком в удосконаленні правил і процедур бюджетування. Це говорить, що існуюча практика використання програмного

бюджету як додаткового інструменту поряд з існуючою методологією управління бюджетним процесом втрачає свою актуальність.

Чинне законодавство ЄС вимагає від країн-членів розробляти бюджет лише в програмному форматі. У більшості країн програмна технологія розробки бюджету розповсюджена на загальнонаціональному рівні. В Канаді, США, Великій Британії вона застосовується частково на місцевому рівні. В Німеччині ініціаторами нових управлінських методів бюджетування виступили федеральні землі й муніципальні утворення.

Особливість німецького досвіду державного управління полягає в розробленні фінансово-політичних цілей у рамках земельної децентралізованої бюджетної відповідальності. Затверджуючи завдання, орган законодавчої влади визначає, що повинно бути зроблено, а органи виконавчої влади – шлях і механізми їх реалізації. Діяльність органів державної влади координується укладанням контрактів на всіх рівнях управління.

Для того, щоб така діяльність органів державної влади залишалася керованою і уряд федеральної землі ніс політичну відповідальність перед земельним парламентом, застосовується різнопланова, всебічна й актуальна інформація. Доступність такої інформації забезпечується контролінгом управління, що спирається на єдину систему цілей і звітності з використанням стандартного програмного забезпечення управління організацією чи установою [30].

Впровадження програмного документу як нового механізму фінансування діяльності бюджетних установ, як наочно свідчить досвід Німеччини, є результат домовленостей між законодавчою і виконавчою владою.

Впровадження програмно-цільового бюджетування розглядається як важливий інструмент підвищення ефективності державних витрат на місцевому рівні. Цей аспект реформи є актуальним для України, оскільки витратна модель бюджетного планування не відповідає поточним потребам місцевих органів влади.

Міжнародна практика формування програмного бюджету характеризується різноманітними формами прояву і постійно удосконалюється, в тому числі в напрямі системності у вирішенні соціально-економічних проблем, що дозволить регіонам маніпулювати фінансовими ресурсами

У контексті регіонального бюджетування корисним є досвід Великої Британії, де один із найвищих у світі рівнів централізації державних фінансів. У цій країні більше 60% податків, які збираються з територій, акумулюються в центрі й розподіляються між місцевими органами влади шляхом надання цільових грантів, дотацій, субсидій. Останні надаються за умови дотримання певних умов, що дозволяє уряду країни здійснювати єдину соціально-економічну політику. Зокрема, при формуванні бюджетів та планів розвитку місцеві органи влади в обов'язковому порядку враховують національні стратегічні пріоритети розвитку.

У Великій Британії діє система ув'язки пріоритетів розвитку на національному, регіональному і муніципальному рівнях через механізм узгодження стратегічних і середньострокових планів. Верхній горизонт планування характеризується п'ятирічним стратегічним планом розвитку території. Середньостроковий – представлений дворічним планом заходів по реалізації стратегії й трирічним фінансовим планом. Цільові орієнтири плану заходів і фінансового плану конкретизують довгострокові цілі, що визначені у стратегічному плані розвитку. Перший фінансовий рік максимально деталізується. Два наступні роки представлено укрупнено. Така система узгодження п'ятирічного плану розвитку, трирічного фінансового та дворічного плану-графіку заходів дозволяє використовувати потенціал моделі регіонального фінансового управління через інструмент програмного бюджету [31].

Середньострокове бюджетування здійснюється в країнах Східної Європи і країнах СНД. Наприклад, у Казахстані з 1999 р. здійснюється робота по удосконаленню бюджетної системи і підвищенню ефективності бюджетних витрат на основі програмно-цільового підходу. Це відбувається в тісному

взаємозв'язку з реструктуризацією бюджетного сектора та передачі деяких функцій у конкурентне середовище. Всі бюджетні програми поділені на поточні та програми розвитку і відображають соціально-економічні пріоритети. Відповідно поділ програмного бюджету на поточний та бюджет розвитку дозволяє оцінити вартість виконання державою своїх функцій, а також систематизувати бюджетні програми з урахуванням інтересів країни, регіонів та конкретних галузей соціальної й економічної діяльності.

У РФ з 38 регіонів частка програмних витрат становить 50% та більше. У лідерах впровадження нових технологій бюджетування частка програмних витрат регіонального бюджету становить 97-99%. Муніципальні утворення цих регіонів поступово включаються в процес формування програмного бюджету [32, с. 21].

Розповсюдження в країнах ОЕСР технологій програмного бюджету пов'язане з розвитком нових підходів до структурування бюджетних витрат. Визначається п'ять видів класифікації витрат: функціональна, економічна, постатейна, адміністративна, програмна. Перші дві – це традиційні види класифікації для представлення бюджетних витрат. У більшості країн, які впроваджують програмний бюджет, застосовуються програмна та адміністративна класифікації. Основою сучасного підходу до класифікації витрат були визначені в США ще у 1950 р. прийняттям закону «Про бюджет та процедури бюджетної звітності». Цим законом зобов'язувалося надавати бюджетну звітність за результатами виконання програм або здійснення державних функцій, а не за структурою витрат по видах видатків.

Серед методів, що забезпечують вирішення цих завдань, у світовій практиці застосовується бюджетування, орієнтоване на результат, а також комплексне середньострокове планування витрат. Програмний бюджет, розроблений за цими принципами, повинен містити, по-перше, кількісний та якісний опис результатів його реалізації; по-друге, систему показників для виміру результатів реалізації програмного бюджету, що дозволяє здійснювати попередню оцінку програм, які фінансуються з бюджету.

Для забезпечення відповідності між програмною діяльністю галузевих міністерств і бюджетною класифікацією доопрацьовується функціональна класифікація шляхом включення в їх структуру видатків програмної класифікації, яка сформована за цілями і завданнями, що відображають тактичні або стратегічні пріоритети державної соціально-економічної політики.

При формуванні програмного бюджету планування витрат здійснюється безпосередньо у зв'язку з досягнутими результатами. Більшість країн ОЕСР включають інформацію про результати діяльності державних і муніципальних закладів у бюджетну звітність.

Вибір способу використання інформації про цілі й результати вважається в теорії управління найбільш складним питанням. Тому країни, які застосовують технологію програмного бюджету, мають свої особливості щодо використання інструментів і процедур, що відображають взаємозв'язок між витратами і досягнутими чи очікуваними результатами. Огляд практик бюджетування в країнах ОЕСР показує, що окремі країни вийшли за межі бюджетних документів і модифікували свою бюджетну класифікацію з метою включення до неї інформації про результати діяльності [33].

Огляд практик програмного бюджету свідчить, що всі країни стикаються з труднощами представлення результатів діяльності для оцінки бюджетування. Наслідком цього є те, що країни-члени ОЕСР мають неоднакові підходи до інтеграції інформації про результати діяльності в процедуру бюджетних призначень міністерств та відомств. Цей процес можна диференціювати на формалізований і неформалізований. У країнах, які застосовують формалізований підхід (Нідерланди, Швеція), бюджетні замовлення подаються разом із плановими цільовими показниками і звітом про результати діяльності установ. При неформалізованому підході процедура бюджетних замовлень відбувається без вимог до інформації про результати діяльності. Проте в країнах, де формальні правила відсутні, інформація про отримані результати використовується як допоміжна при переговорах про розподіл бюджетних коштів.

Вимога надання планової і звітної інформації поряд із бюджетним замовленням охоплює всі міністерства або частину з них. В окремих країнах ця інформація торкається тільки нових програм або витрат, які спрямовуватимуться на додаткові витрати по діючих програмах. У Великій Британії, Австралії заява про збільшення обсягу витрат або нові види витрат обов'язково аргументуються цільовими показниками або оцінками про результати діяльності Більшість країн ОЕСР дотримуються неформальних правил установлення зв'язку між витратами та звітними цільовими показниками результатів діяльності [34].

Новизна функціонального значення контролю за виконанням бюджету полягає в тому, що контроль за цільовим використанням коштів замінюється контролем за відповідністю досягнутих результатів визначеним цілям. Контроль за цільовим використанням коштів залишається лише по відношенню до високо агрегованих видатків.

Концепція програмного фінансування змінює і характер управління галузевими підрозділами міністерств. На структури регіонального і муніципального рівня покладається відповідальність за виконання цільових планових показників, що супроводжується підвищенням рівня самостійності у витрачанні бюджетних коштів, і бюджетоотримувачам надаються можливості по частковому (за виключенням видатків на оплату праці) перерозподілу бюджетних асигнувань. Фактично формат програмного бюджету забезпечує перехід від кошторисного до програмно-цільового фінансування і розширює самостійність закладів в управлінні власними фінансами.

Методологія формування програмного бюджету, як правило, припускає перехід на багаторічне (середньострокове) планування. Це означає, що ліміт обсягу державних витрат фіксується на три роки вперед. На прогнозні результати впливає визначення витрат за методом нарахування, що коригує конкретні суми витрат по роках і за весь трирічний період. Метод нарахування передбачає врахування витрат на момент виникнення витратних зобов'язань, тобто на дату поставки товарів і надання послуг, навіть якщо платежі й не були

здійснені. Середньострокове планування програмного бюджету сприяє виявленню пріоритетів державної політики у короткостроковому і середньостроковому періодах і проведенню у відповідності з ними діяльності галузевих міністерств.

Для України розгляд і вирішення проблем фінансування видатків бюджетів на розвиток галузей соціальної інфраструктури стає першочерговою потребою. Аналіз сучасної практики управління бюджетним процесом виявив їх деструктивний характер, що проявляється в динамічному нарощуванні дефіциту місцевих бюджетів і, як наслідок, у втраті державних методів впливу на вирішення соціальних проблем із координації різних заходів державної політики по їх реалізації. В таблиці 2.1 наведена динаміка розподілу доходів між бюджетами у 2012 та 2016 рр.

Таблиця 2.1

Розподіл доходів між бюджетами у 2012 та 2016 роках

	Доходи, млн грн		**Питома вага, %**	
	2012	**2016**	**2012**	**2016**
Податок та збір на доходи фізичних осіб:	68092,4	138781,8	100	100
до державного бюджету	7026,4	59810,5	10,3	43,1
до місцевих бюджетів	61066,0	78971,3	89,7	56,9
Податок на прибуток підприємств:	55793	54993,8	100	100
до державного бюджету	55349,7	54318,4	99,2	90,2
до місцевих бюджетів	443,3	675,4	0,8	9,8
Рентна плата та плата за використання інших природних ресурсів:	17537,4	46608,4	100	100
до державного бюджету	2293,2	44092,2	13,1	94,6
до місцевих бюджетів	15244,1	2516,2	86,9	5,4
Податок на додану вартість:	138826,8	235506,0	100	100
до державного бюджету	138826,8	235506,0	100	100
до місцевих бюджетів	-	-	-	-
Акцизний податок:	38428,8	101750,7	100	100
до державного бюджету	17185,7		96,8	88,6
до місцевих бюджетів	1243,1		3,2	11,4
Акцизний податок іх вироблених в Україні підакцизних товарів:	28661,0	27721,4	100	100
до державного бюджету	27417,9	26362,7	95,7	100
до місцевих бюджетів	1243,1	1358,7	4,3	-

Джерело: побудовано за даними Бюджет України, 2016 р. – Стат. зб.– К., 2017 – С.16 [26]

Із наведеної таблиці видно, що до місцевих бюджетів у 2016 р. надійшло 56,9% податку та збору на доходи фізичних осіб. Якщо б частка доходів із цих податків дорівнювала частці 2012 р., до місцевих бюджетів було б зараховано у 202 раза більше доходів, тобто 1214 6 млн грн. Це перекриває надходження від інших податків, зокрема, податку на прибуток підприємств.

Одночасно, як було показано вище, з обмеженням джерел розвитку соціальної інфраструктури виявляється негативний тренд соціального розшарування місцевих бюджетів за рівнем фінансування соціальних галузей.

Зараз більшість територіальних громад, маючи право на вирішення питаня місцевого значення, неспроможні їх виконувати через брак власних коштів, занепад або відсутність інфраструктури. В разі об'єднання територіальні громади отримують значно більший обсяг фінансових ресурсів через механізм переходу бюджету на прямі міжбюджетні відносини з державним бюджетом.

Об'єднані територіальні громади отримують такі фінансові ресурси: 60% податку на доходи фізичних осіб, 5% акцизного податку з реалізації підакцизних товарів; податок на прибуток підприємств та фінансових установ комунальної власності; податок на майно (на нерухомість, землю, транспорт); єдиний податок; 25% екологічного податку; трансферти з державного бюджету (базову дотацію, освітню та медичну субвенції). Крім того, за об'єднаною територіальною громадою залишаються такі джерела доходів, як раніше закріплені місцеві податки і збори. Також об'єднана територіальна громада може розраховувати на додаткову державну фінансову підтримку за рахунок коштів Державного фонду регіонального розвитку, субвенцію на соціально-економічний розвиток, субвенцію на підтримку інфраструктурних проектів.

Усі ці заходи потребують концентрації фінансових ресурсів у бюджетах вищого рівня, що призводить до посилення відносин перерозподілу поки без чіткого врахування потреб регіонів.

Результати досліджень виявляють розбалансованість фінансового планування в галузях соціальної інфраструктури, що призведе до бюджетних

диспропорцій та обмеженню доступу населення до послуг. Для України критично важливо удосконалення методології реформування механізму розвитку соціальної інфраструктури, яке припускає зміну підходів до бюджетування соціально важливих галузей. Доцільно розвивати міжбюджетні відносини на основі програмного підходу, що знижує соціальні ризики при асигнуванні грошових ресурсів на розвиток соціальної інфраструктури.

Впровадження технології програмного бюджетування є не тільки питанням модернізації фінансового менеджменту, але й значною мірою методом державного регулювання соціальних відносин. Зараз соціальна інфраструктура стає основою життєдіяльності суспільства, одним із провідних секторів національної економіки. Вона активно залучається до процесів формування глобальних ринкових процесів, реалізовуючи стратегії відтворення населення. Саме ці обставини відіграють надзвичайну роль для трансформації сприйняття реформування механізму галузей соціальної інфраструктури і застосування програмного бюджету в якості стратегії національного масштабу, що надає можливості зміцнення економіки, сталості й прогресивності соціально-економічного розвитку.

В Україні, починаючи з 1998 р., застосовуються деякі елементи програмно-цільового методу в бюджетному процесі: бюджетні запити надаються з обов'язковим визначенням основної мети діяльності, завдань на плановий рік, а також із проведенням аналізу результатів діяльності, досягнутих за попередній рік; існує можливість перерозподілу бюджетних видатків з метою забезпечення їх пріоритетності на стадії формування бюджету, а також здійснення середньострокового бюджетного планування.

На сьогодні застосування програмно-цільового методу регулюється Бюджетним кодексом України (2010 р.), Концепцією застосування програмно-цільового методу в бюджетному процесі (2002 р.), Концепцією реформування місцевих бюджетів (2007 р.) та рядом інших законодавчих актів [35].

Формування бюджету в розрізі бюджетних програм здійснюється лише на державному рівні. Місцеві бюджети поки залишаються на периферії сучасних

технологій бюджетування, хоча сьогодні одним із першочергових завдань України є досягнення високої ефективності використання коштів місцевих бюджетів. Через місцеві бюджети фінансуються найважливіші соціальні функції центральних органів влади, що делеговані на виконання власних повноважень місцевого самоврядування та органів виконавчої влади.

Для підвищення ефективності управління коштами місцевих бюджетів здійснювався експеримент із запровадженням програмного бюджету [36]. Для забезпечення його результативності Міністерством фінансів України визначені основні підходи до програмно-цільового методу складання та виконання місцевих бюджетів [37].

До кінця 2014 р. передбачалося перевести місцеві бюджети на програмно-цільовий метод бюджетування. Проте експеримент не був завершений. Перехід від постатейного (кошторисного) методу формування бюджету на програмний виявив ряд питань проблемного характеру. Серед них невідповідність кількості затверджених програм економічними і соціальними потребами регіонів, що нівелює їх державне значення і призводить до демонстрації штучних показників ефективності [38, с. 2].

Програмна класифікація видатків державного (місцевого) бюджету формується з урахуванням типової програмної класифікації видатків місцевого бюджету, яка затверджується центральним органом виконавчої влади, що забезпечує формування державної бюджетної політики.

До застосування програмно-цільового методу в бюджетному процесі на рівні місцевих бюджетів використовується тимчасова класифікація видатків місцевих бюджетів [39].

Наказом Міністерства фінансів України «Про бюджетну класифікацію» від 14.01.2011 р. № 11 затверджена тимчасова класифікація видатків місцевих бюджетів із перехідною таблицею до функціональної класифікації видатків бюджету [40].

Законодавством України, як це видно з наведених прикладів, припускається незавершеність структурування програм за визначенням витрат,

а отже, й управління та контролю за діяльністю відомств. Український досвід застосування програмно-цільового методу свідчить про необхідність побудови чіткої ієрархічної системи бюджетування, яка включає єдність цілей, завдань, програм, підпрограм та основних заходів (відомчих цільових програм).

Створення єдиних правил та процедур програмно-цільового методу за принципом цілісності дозволяє гнучко управляти бюджетними коштами і перерозподіляти асигнування (за виключенням заробітної плати) між окремими напрямами.

При переході до нового формату класифікації видів витрат варто забезпечити ув'язку розподілу бюджетних асигнувань, які затверджуються законом про Державний бюджет, з видами бюджетних асигнувань, що встановлені Бюджетним кодексом України.

Бюджетний кодекс (с. 10) визначає, що видатки бюджету класифікуються за:

1) бюджетними програмами;
2) ознакою головного розпорядника бюджетних коштів;
3) функціями, з виконанням яких пов'язані видатки.

Усі основні інструменти програмного бюджетування виходять з досвіду управлінських принципів приватного бізнесу. Одним із них є застосування індикаторів соціальної та економічної ефективності як аналогів результатів господарської діяльності. У цьому разі суб'єкти управління бюджетним процесом отримують важливі інструменти розподілу ресурсів за конкретними напрямами програмних завдань та видами послуг. У зв'язку з цим потребують удосконалення підходи до складання паспортів бюджетних програм. Зараз їх фінансування здійснюється без урахування окремих структурних елементів (завдань, напрямів). Проте для виявлення результативності бюджетних програм необхідно оцінити рівень виконання кожного із поставлених завдань і напрямів діяльності.

Такий підхід дозволяє місцевим органам управління визначати пріоритети витрачання коштів і способи досягнення цілей. Для оцінки

ефективності бюджетних програм в Україні розроблено Методичні рекомендації щодо проведення оцінки економічної і соціальної ефективності виконання державних соціальних програм [41] і Методичні рекомендації щодо здійснення оцінки ефективності бюджетних програм [42].

Ефективність державних цільових програм виконується за допомогою макроекономічних і галузевих показників (ВДВ, обсяг виробництва, продуктивність праці, енергоємність і т.п.), а також соціальних і фінансових програм.

Соціальна ефективність здійснюється застосуванням загальних і специфічних показників залежно від спрямування програми і зводиться до їх ранжування за ступенем важливості. Параметри досягнення поставленої мети визначаються шляхом оцінок коефіцієнтів важливості тих чи інших показників у результаті експертного опитування і парних порівнянь показників із використання спеціальних шкал. При цьому кількісна оцінка фактичних соціальних результатів не здійснюється. Аналогічний недолік притаманний і рекомендаційній оцінці ефективності бюджетних програм, які націлені на вибір шляхів раціонального використання бюджетних коштів.

Зазначені підходи оцінювання ефективності програм налаштовані, насамперед, на визначення економічних параметрів успішності реалізації програмного бюджету, ніж на його соціальну результативність.

Недосконаліть існуючих методичних підходів до оцінювання програм неодноразово відмічалася в науковій літературі. У колективній монографії «Соціальні результати державних програм: теоретико-методологічні та прикладні аспекти оцінювання» констатується: «Оцінюючі підходи, які могли б регулювати і розвивати систему розробки і реалізації соціальних програм за новими, більш ефективними напрямами, відсутні або недостатньо опрацьовані. За відсутності інформації щодо потреб населення і впливу програм фактично неможливо забезпечити розв’язання актуальних проблем у соціальній сфері» [43, с. 56].

Про обмежені можливості оцінювання програм і питання, які виникають на цьому шляху, писав В.М. Федосов. Зокрема, аналізуючи проблему оцінювання програм, він підкреслював, що оцінити результати виконання державних програм «…практично неможливо, оскільки немає відповідної методики… Оцінювання програми здійснюється в цілому і здебільшого стосується лише одного фінансового аспекту - дотримання запланованих обсягів видатків. Показники виконання також не аналізуються через відсутність методики такого аналізу і необ'єктивність даних за цими показниками [44].

Оцінка виконання програмного бюджету відноситься до найбільш важливих і недостатньо розроблених проблем бюджетування. Існує чимало аспектів у програмно-цільовій методиці формування і контролю за виконанням програм, де застосовуються макро- і мікромоделювання.

Проте існують сфери, де варто використовувати лише один із методів. Інструментарій мікромоделювання найбільш прийнятний для програм соціального захисту населення. На основі даних макрорівня, до яких відносяться окремі особи, сім'ї, домогосподарства, мікромінітаційне моделювання теоретично дає можливість оцінювати вплив програм на будь-якому рівні деталізації. Крім того, з'являється можливість врахування нелінійних ефектів, тобто коли вплив соціальної допомоги залежить від попередніх етапів життєдіяльності людини (наприклад, пенсійних виплат, майнових характеристик домогосподарства та співмешканців особи тощо). В Україні за допомогою ПРООН у 2009 р. були виконані дослідження з мікромоделювання доходів і витрат домогосподарств у рамках оцінки впливу фінансово-економічної кризи на бідність та диференціацію доходів населення на основі даних обстеження умов життя домогосподарств.

Роком раніше (2008 р.) МОП виконала для України прогноз потреб у робочій силі за видами економічної діяльності й професіями.

Протягом 2008-2010 рр. за результатами ЄС розроблено блок мікромоделювання для моделі соціального бюджету, де використані мікродані

державного щомісячного вибіркового обстеження економічної активності населення.

У теперішній час в Україні і в багатьох країнах розробляються і застосовуються при формуванні й оцінюванні соціальних програм низка мікроімітаційних моделей [43, с. 72-73]. Основними позитивними аспектами мікроімітаційного моделювання при розробці та впровадженні державних програм є допомога уряду при аналізі наслідків реформ і розробці заходів для їх коригування та покращення стратегічного планування. Особливостями використаних макромоделей є те, що вони орієнтуються на нормативні показники або на непрямі соціальні результати реалізації програм (наприклад, кількість одержувачів соціальних програм, сума допомоги, частка населення з різними доходами та ін.).

Більшість країн ОЕСР у ході впровадження програмного бюджету зіткнулися з істотними труднощами. По-перше, гостро постала проблема якості показників діяльності. Можливості розробки і впровадження коректних показників проміжних і кінцевих результатів значно різняться залежно від видів галузевої діяльності. Постає і питання відстроченого результату, коли ефект можливо оцінити лише через тривалий часовий лаг.

По-друге, для об'єктивної оцінки реалізації програмного бюджету повинен бути створений і налагоджений порядок збору й аналіз показників якості. Його розробка вимагає тривалого часу і значних витрат.

У соціальному вимірі якісні показники кореспондують із таким синтетичним показником, як якість життя. Серед трьохсот показників, які відслідковуються статистикою в контексті виміру якості життя, більше 100 показників оцінюється експертно. Серед них такі характеристики якості життя, як якість системи освіти, медичного обслуговування населення та інші. Якісні показники на рівні індивідуальних оцінок – це результат суб'єктивного уявлення про свій стан самої особи. У зв'язку з цим інтерпретація якісних показників повинна бути специфікована під конкретні типи завдань та їх прикладного використання. При загальному підході якісні показники

оцінюються укрупненими критеріями і показниками, які відбивають універсальний тип поведінки без його деталізації за дрібними суб'єктивними ознаками. Фактично якісні показники формуються неспецифічними методами, які характеризують умови надання послуг і локалізовані нормативними стандартами. Впровадження в практику формування програмного бюджету системи нормованого врахування потреб населення у муніципальних послугах забезпечує підвищення ефективності використання бюджетних коштів.

Формування системи потреб населення в наданні послуг має складнощі практичного, методологічного, юридичного і технічного характеру. Практика планування потреб у соціальних послугах базується на індексному підході планування від досягнутого рівні, користується нормативами, затвердженими нормативними правовими актами різного рівня, що не відображає реальної соціальної ситуації в регіонах і країні в цілому.

Для обгрунтування програмного бюджету необхідне проведення аналітичної роботи по оцінці потреб населення в послугах, головним чином, охорони здоров'я, освіти, культури, соціальної допомоги, фізичному і духовному розвитку, що дозволить сформувати методологічну й інформаційну базу для формування реєстру муніципальних послуг. Створення реєстру послуг на муніципальному рівні має відбуватися паралельно із запровадженням реєстру витратних зобов'язань, в основі якого покладена оцінка потреби в наданні послуг. Результати реєстру витратних зобов'язань використовуються при формуванні й аналізі програмного бюджету.

Важливим уявляється розробка якості послуг, що створює передумови для запровадження в практику управління бюджетним процесом показників вартості бюджетної муніципальної послуги. Стандарт бюджетної муніципальної послуги характеризують наступні параметри: кількісна й якісна оцінка результатів обсягу надання послуги; матеріально-технічні та кадрові ресурси, вимоги до організації й технології надання послуг, а також механізми контролю якості й обсягів послуг, що надаються на муніципальному рівні.

Розрахунок вартості муніципальної послуги є методологічним інструментарієм для розробки управлінських заходів для впровадження програмного бюджету, формування державного соціального замовлення, цільове субсидування.

На сьогодні в Україні відсутній чіткий порядок формалізації бюджетної послуги, що стримує впровадження в практику бюджетування нових підходів розрахунку витрат по видах галузевих послуг. В якості базових показників оцінки потреб населення в бюджетних послугах, ефективності й результативності їх надання використовуються емпіричні фінансові нормативи на одиницю виміру відповідних бюджетних послуг.

Створення єдиних правил і процедур, серед яких головну роль відіграють аналітичні напрацювання із визначення вартості бюджетної послуги, розширює можливості фінансового менеджменту для державних і муніципальних структур, без чого неможливий повномасштабний контроль за виконанням програмного бюджету.

Основний ризик при оцінюванні бюджетного процесу полягає в обмеженні його лише непрямими показниками, про які йшлося вище. Мінімізація ризиків може бути здійснена, якщо аналіз якості послуг поєднуватиметься показниками, які визначають результативність, корисність надання послуг, що завжди співвідноситься із суб'єктивним характером оцінки послуг. В освіті це, наприклад, грамотність читання, математична або природничо-наукова грамотність. У медицині – оцінка здоров'я пацієнта визначається особою, яка лікується, або лікарем.

За умови відсутності в стандартах якості бюджетної послуги суб'єктивних показників якості виконання програмних цілей матиме пріоритетне значення при оцінюванні програмного бюджету.

2.2. Проблеми розвитку загальної середньої освіти

Загальна середня освіта є основною ланкою безперервної освіти і за тривалістю, і за вагомістю та масштабністю завдань, які стоять перед

державою. У 2015/16 навчальному році в Україні функціонувало понад 17,3 тис. загальноосвітніх навчальних закладів, у яких навчалося близько 3,8 млн учнів. Навчально-виховний процес у них забезпечували 444 тис. педагогічних працівників, з яких 55% мають педагогічний стаж не менше 20 років.

Дещо різноманітнішою за останні роки стала мережа загальноосвітніх навчальних закладів. Крім традиційних загальноосвітніх шкіл, в Україні функціонують заклади, де створено умови для розвитку обдарованості дітей, більш повного задоволення освітніх запитів і потреб учнів — гімназії, ліцеї, колегіуми. Найбільша кількість таких закладів освіти станом на липень 2016 р. функціонує в м. Києві (21,8%), Харківській області (18,8%). Найменша — в Кіровоградській (1,4%), Вінницькій (1,8%), Сумській (1,8%) областях. Проте частка цих типів закладів у загальній їх кількості залишається незначною: 496 (2,9%) гімназій, 320 (1,9%) — ліцеїв, 44 (0,3%) — колегіуми. Особливо мала їх кількість у сільській місцевості — 30 гімназій, 31 ліцей, 10 колегіумів.

Проблемним залишається питання фінансування загальної середньої освіти.

У 2015 р. загальні бюджетні видатки на неї складали 2,4% від ВВП, що істотно менше, ніж у країнах ЄС, де цей показник, як правило, перевищує 3,5%. До того ж в Україні за останні п’ять років спостерігається зниження зазначеного показника на 0,6% (з 3,0% у 2010 р. до 2,4% у 2015 р.), що недостатньо корелює з масштабами зменшення учнівського контингенту за цей же період. Серед нерозв’язаних проблем — недосконаліть змісту шкільної освіти, недостатня його орієнтованість на формування здатності використовувати здобуті знання в житті й практичній діяльності; істотні прогалини в оснащенні шкіл необхідними засобами навчання, створенні ефективного освітнього середовища з використанням ІКТ; відсутність загальнодержавної системи моніторингу якості загальної середньої освіти як основи для прийняття обґрунтованих управлінських рішень щодо її подальшого розвитку [45, с. 50-51].

В Україні залишається спадною динаміка наповнюваності класів учнями в загальноосвітніх навчальних закладах. Щорічно зменшувалася наповнюваність класів з 18,9 учнів на один клас у 2008 р. до 18,59 учнів у 2016 р., що на 1,7% менше. Водночас відповідний показник у країнах ЄС істотно більший та становить у Чехії – 21,0; Польщі – 22,0; Нідерландах – 23,0; Іспанії та Німеччині – по 24,0; Франції – 25,0 учнів на один клас. За умови приведення вітчизняного показника (18,2) наповнюваності класів до польських (22,0) орієнтовна економія бюджетних коштів складе 4,9 млрд грн на рік**.**

Відповідно зменшувалась кількість учнів загальноосвітніх шкіл на одного педагогічного працівника з 9,7 учнів у 2008 р. до 9,1 учнів у 2014 р., що на 0,9 учня, або 9,0 % менше. Водночас відповідний показник співвідношення в країнах ЄС істотно більший та становить у Нідерландах – 15,8; Німеччині – 16,0; Словаччині – 16,8; Румунії – 18,1; Чехії та Франції – по 18,9; Великій Британії – 21,1 учнів на одного вчителя. За умови приведення вітчизняного (9,1) показника до рівня Словаччини (16,8) орієнтовна економія бюджетних коштів складе 10 млрд грн на рік [46, с. 55].

Поряд зі зміною структурних показників загальної середньої освіти скорочується кількість шкільних закладів.

Мережа загальноосвітніх навчальних закладів протягом двох навчальних років скоротилась на 1,52 % (загалом на 267 загальноосвітніх навчальних закладів (у тому числі й вечірні змінні школи, спеціальні школи та школи-інтернати) і становила: 2014/2015 н. р – 17 604 ЗНЗ, 2015/2016 н. р. – 17 337. Серед загальноосвітніх навчальних закладів без урахування вечірніх змінних шкіл, спеціальних шкіл та шкіл-інтернатів скорочення протягом двох навчальних років становить 1,48 %.

У розрізі міські/сільські загальноосвітні заклади спостерігається: у містах закриті 38 шкіл, відкриті чотири нові школи. Сільських шкіл закрито 231, а відкрито – 11. У сільській місцевості найбільшого скорочення зазнали ЗНЗ у Житомирській, Чернігівській і Волинській областях.

Існує велика різниця між областями, а також між містом і селом у завантаженості шкіл та класів учнівським контингентом (табл. 2.2).

Таблиця 2.2

Розподіл учнів у загальноосвітніх навчальних закладах

Область	Кількість учнів в одному класі			Кількість учнів в одній школі		
	Місто	***Село***	***Разом***	***Місто***	***Село***	***Разом***
Усього по Україні	24,44	12,36	18,59	476,16	102,3	219,68

У загальній кількості ЗНЗ враховано 9 республіканських НЗ.
Джерело: побудовано за даними Державної служби статистики України

Найбільша кількість учнів у 2015/2016 н. р. в одному класі в міських школах у Дніпропетровській області та в м. Києві, найменша – в Луганській області. Найбільша кількість учнів в одному класі сільських шкіл у Закарпатській, найменша кількість – у Кіровоградській області. Найбільша кількість учнів в одній міській школі у Волинській, найменша – в Луганській області. Найбільша кількість учнів в одній сільській школі в Закарпатській і Чернівецькій областях, найменша – в Чернігівській області.

За статистичними даними загалом протягом двох останніх навчальних років кількість першокласників збільшилася на 22882 учня. Кількість першокласників у міських денних ЗНЗ зменшилась в Донецькій області. Найбільший приріст учнів 1-х класів у міських денних ЗНЗ спостерігався в м. Києві, Дніпропетровській і Львівській областях (рис. 2.1).

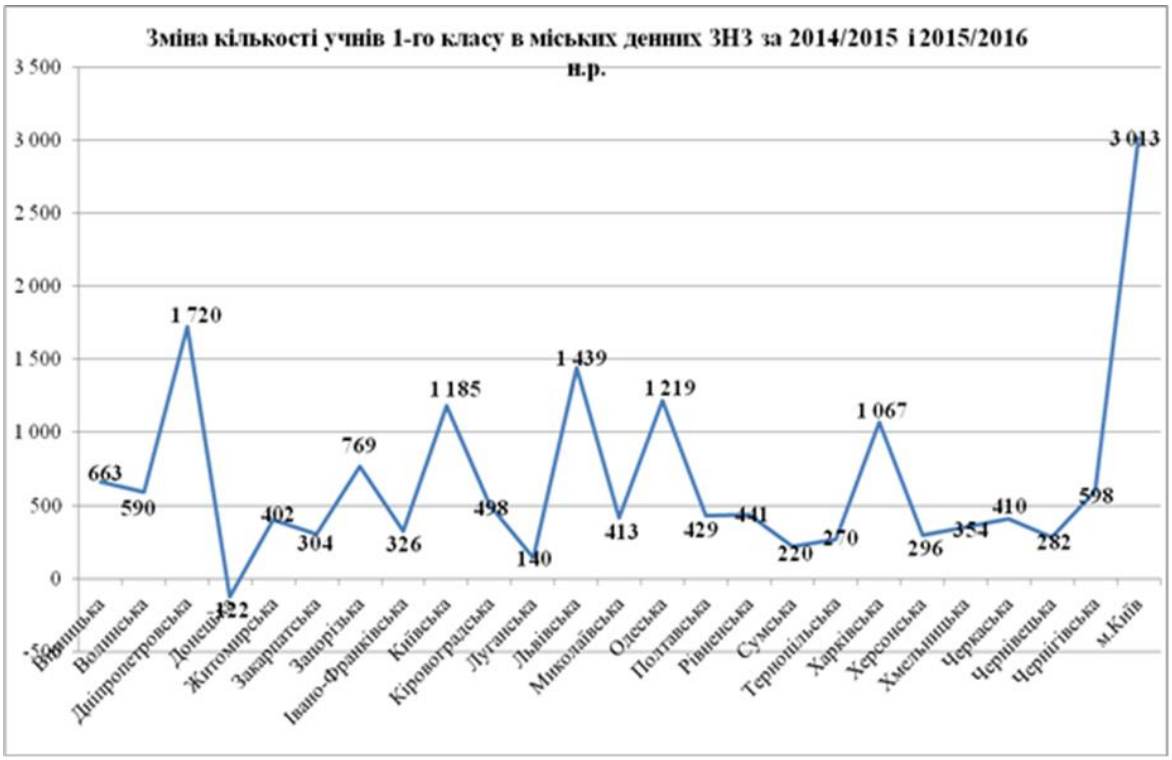

Рис. 2.1. Динаміка кількості учнів 1-го класу в містах, 2015-2016 рр.

Джерело: побудовано за даними Державної служби статистики України

У сільській місцевості протягом двох останніх навчальних років спостерігається зменшення набору учнів у 1-і класи в Луганській, Донецькій, Херсонській і Запорізькій областях. У Львівській, Рівненській і Київській областях кількість першокласників у 2015/2016 н. р. зросла найбільше (рис. 2.2).

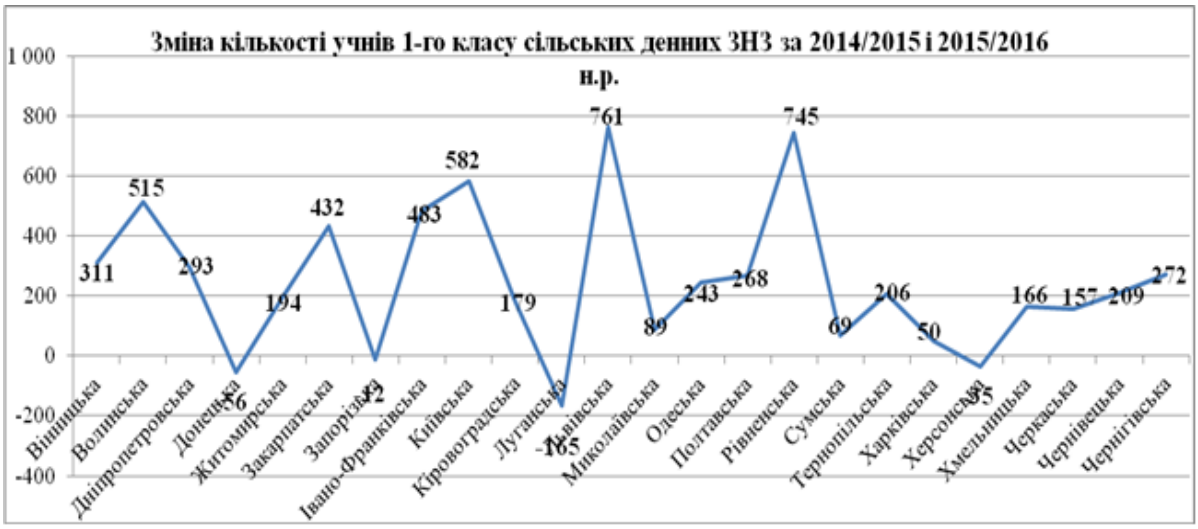

Рис. 2.2. Динаміка кількості учнів 1-го класу в сільської місцевості, 2015-2016 рр.

Джерело: побудовано за даними Державної служби статистики України

У цілому в Україні кількість п’ятикласників протягом двох останніх навчальних років зменшилася на 10145 учнів. Найменше у 5-і класи міських денних ЗНЗ поступило учнів у Донецькій, Дніпропетровській і Луганській областях. Найбільше п‘ятикласників стало навчатися в м. Києві. Серед шкіл сільської місцевості збільшення кількості учнів 5-х класів спостерігалося в Тернопільській області (табл. 2.3).

Таблиця 2.3

Розподіл учнів у 5-му класі між містом і сільською місцевістю у розрізі областей

Область	**Кількість учнів у 5-му класі**					
	Місто			***Сільська місцевість***		
	2014/2015 н.р.	***2015/2016 н.р.***	***Різниця***	***2014/2015 н.р.***	***2015/2016 н.р.***	***Різниця***
Всього по Україні	245251	239644	-5607	113960	109422	-4538

Джерело: побудовано за даними Державної служби статистики України

У дев‘ятих класах у цілому відбулося зменшення кількості учнів на 9775: у містах – на 2742, у сільській місцевості – на 7033 учня. Збільшення кількості дев’ятикласників у міських денних ЗНЗ спостерігається в м. Києві, Дніпропетровській, Чернігівській, Кіровоградській областях. Найбільше скорочення кількості дев’ятикласників у міських школах в Донецькій, Луганській і Полтавській областях. У сільській місцевості в усіх районах відбулося скорочення кількості дев’ятикласників (табл. 2.4).

Таблиця 2.4

Розподіл учнів у 9-му класі між містом і сільською місцевістю у розрізі областей

Область	**Кількість учнів у 9-му класі**					
	Місто			***Сільська місцевість***		
	2014/2015 н.р.	***2015/2016 н.р.***	***Різниця***	***2014/2015 н.р.***	***2015/2016 н.р.***	***Різниця***
По Україні	217 487	214 745	-2 742	119 266	112 233	-7 033

Джерело: побудовано за даними Державної служби статистики України

Протягом 2014/2015 і 2015/2016 н. р. в Україні зменшилась і кількість учнів, які поступили до 10-го класу: в міських денних загальноосвітніх навчальних закладах – на 2052, сільських – на 7374 учня. Проте, в м. Києві, Львівській і Одеській областях спостерігається збільшення кількості десятикласників у міських денних загальноосвітніх навчальних закладах. Найзначніше скорочення десятикласників у міських денних загальноосвітніх навчальних закладах спостерігається в Донецькій і Тернопільській областях (табл. 2.5).

Таблиця 2.5

Розподіл учнів у 10-му класі між містом і сільською місцевістю у розрізі областей

Область	**Кількість учнів у 10-му класі**					
	Місто			**Сільська місцевість**		
	2014/2015 н.р.	***2015/2016 н.р.***	***Різниця***	***2014/2015 н.р.***	***2015/2016 н.р.***	***Різниця***
По Україні	142 962	140 910	-2 052	67 858	60 484	-7374

Джерело: побудовано за даними Державної служби статистики України

Аналіз наведених таблиць показує, що в освітній сфері відбуваються значні структурні зрушення. Відносно й абсолютно зменшується кількість учнівського контингенту. За останній рік на 1,48% зменшилася кількість шкільних закладів, у містах – на 0,6%, у сільській місцевості – на 1,8%. Такі зрушення впливають на розподіл навантаження на шкільні заклади, вчительський контингент і призводять до подорожчання навчання, що потребує зміни моделі фінансування загальноосвітніх закладів (табл. 2.6).

У 2016 р. фінансування загальноосвітніх навчальних закладів у розрахунку на одного учня збільшилось із 717 грн до 11745 грн, або в 17 разів. При цьому рівень диференціації розподілу фінансових ресурсів між областями збільшився тільки вдвічі. Показник стандартного відхилення зріс зі 108 тис. грн до 1410 тис. грн. Відповідно коефіцієнт варіації зменшився на 15% до 12% (рис.2.3). Зазначені тенденції свідчать, в Україні зберігається значний розрив у фінансуванні шкіл у розрахунку на одного учня. При цьому нівелюється між

областями розподіл коштів на загальноосвітні заклади. В цілому це свідчення недосконалості нормативної бази фінансування освіти.

Таблиця 2.6

Структурні показники загальноосвітніх навчальних закладів

Тип населеного пункту	Середня кількість учнів		Середня кількість учителів на школу
	На клас	На школу	
Село	11,31	104,64	18,64
СМТ/Мале місто	18,04	316,35	35,33
Середнє місто	21,44	418,35	39,31
Велике місто	23,88	524,57	46,07
Дуже велике місто	24,3	501,94	43,19

Джерело: За даними Міносвіти України

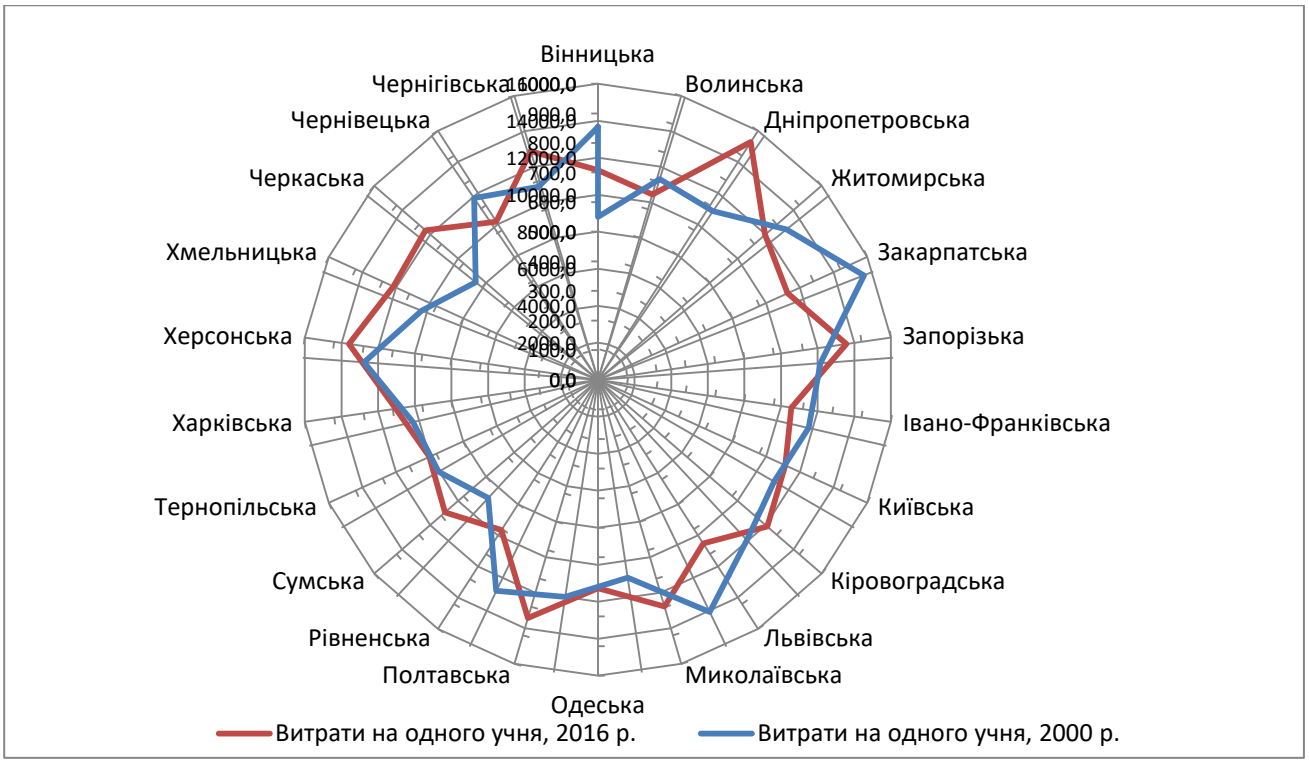

Рис. 2.3. Фінансування загальноосвітніх навчальних закладів

Джерело: побудовано за даними Державної служби статистики України

Розробка нормативів бюджетного фінансування загальноосвітніх закладів має призвести до рівного доступу до навчання і підвищення якості освіти. Нормативно-подушне фінансування спрямовано на забезпечення державних гарантій прав громадян на отримання безоплатної загальної середньої освіти шляхом надання цільових субсидій місцевим бюджетам і доведення їх до

конкретних закладів у розмірах, необхідних для реалізації загальноосвітніх стандартів.

Технологія планування обсягу фінансових коштів при визначенні нормативу бюджетного фінансування на одного учня по моделі освітнього стандарту базується на врахуванні наступних положень:

- ✓ планування здійснюється на основі визначення вартості стандартної бюджетної послуги на учня,
- ✓ враховується специфіка контингенту учнів (наявність корекційних класів, навчання на дому, типи освітніх програм та ін.),
- ✓ у нормативі здійснюється облік натуральних норм наповнюваності класів, санітарні норми й ін.,
- ✓ для визначення вартості стандартної освітньої послуги використовуються норми чинного законодавства, обов'язкові для виконання й які впливають на вартість освітньої послуги,
- ✓ облік відмінностей у вартості освітньої послуги за ступенями навчання, за видами освітніх програм, за типами і видами освітніх установ здійснюється за допомогою коефіцієнтів подорожчання,
- ✓ врахування сформованих регіональних особливостей (на основі рекомендованих чинним законодавством норм щодо введення додаткових ставок) здійснюється шляхом введення додаткових коефіцієнтів.

У витрати на реалізацію державного стандарту загальної освіти включаються поточні витрати на оплату праці (тарифна та понадтарифна частини заробітної плати педагогічного, адміністративного, навчально-допоміжного та обслуговуючого персоналу загальноосвітніх установ, нарахування на заробітну плату), а також витрати на часткове забезпечення матеріальних витрат, безпосередньо пов'язаних з освітнім процесом: витрати на придбання наочних посібників, технічних засобів навчання, витратних матеріалів, канцелярських товарів, господарські витрати (крім комунальних витрат взагалі) загальноосвітніх установ.

Розрахунок стандартної (базової) вартості педагогічної послуги здійснюється на одного учня, який навчається за звичайними (стандартними) програмами, за ступенями навчання[1] (у зв'язку з різною кількістю годин в базовому навчальному плані), а також різних коефіцієнтів подорожчання у зв'язку з законодавчо встановленими.

Стандартна (базова) вартість педагогічної послуги в школі розраховується на учня за ступенями, виходячи з таких показників:

- кількість учнів в класі - 24 особи;

- кількість годин по обов'язковій програмі при 5-денному робочому тижні (розраховується для кожного ступеня);

- рівень ставки по ЄТС у відповідності з середньозваженим розрядом педагогічних працівників (з урахуванням підвищення ставок оплати праці в сільській місцевості)[2]

Нормативи витрат на реалізацію державного освітнього стандарту загальної освіти в розрахунку на одного учня обчислюються за формулою:

$\mathbf{N_i = W}_i^{sn} \mathbf{+ Pe}$, де

W_i^{sn} – витрати на заробітну плату в і-тому територіальному утворенні на реалізацію державного стандарту загальної освіти в розрахунку на одного учня за видами класів (s) і за ступенями навчання (n).;

Pe – витрати на забезпечення освітнього процесу в розрахунку на одного учня.

$\mathbf{W}_i^{sn}$ визначається за формулою

$$W_i^{sn} = \frac{(T \div t) \times r \times 1{,}22 \times 1{,}02 \times 1{,}3 \times 12}{n} \times k \times f \times c \times R,$$

де W_i^{sn} – витрати на заробітну плату в і-тому територіальному утворенні на реалізацію державного стандарту загальної освіти в розрахунку на одного учня за видами класів і за ступенями навчання;

---

[1] 1 ступінь навчання: 1-4 класи «початкова освіта», 2 ступінь навчання: 4-9 класи «перший етап середньої освіти», 3 ступінь навчання: 10-11 класи «другий етап середньої освіти».

2 Ця норма застосовується за умови дійсності ЄТС. При зміні систем оплати праці, принципи оплати праці можуть змінюватись.

Т – кількість годин за базисним навчальним планом при п’ятиденному робочому тижні. Розраховано для 1-го рівня навчання: 1-4 класи, початкова освіта; для 2-го рівня навчання: 5-9 класи, перший етап середньої освіти; для 3-го рівня навчання: 10-11 класи, другий етап середньої освіти та за ступенями навчання в гімназіях / ліцеях та корекційних школах;

t – кількість годин на ставку (учбове навантаження педагога, тиждень);

r – ставка зарплати, що відповідає середньозваженому розряду для ЄТС, з урахуванням підвищення ставок оплати праці в сільській місцевості.

1,22 – коефіцієнт відрахувань єдиного соціального внеску;

1,02 – коефіцієнт збільшення фонду оплати праці, пов'язаного з підвищенням стажу, кваліфікаційної категорії та т.п .;

1,3 – коригувальний коефіцієнт від загального обсягу заробітної плати для доплат та надбавок, у тому числі за престижність праці;

12 – кількість місяців на рік;

k – коефіцієнт збільшення фонду оплати праці на адміністративно-управлінський персонал;

f – коефіцієнти збільшення залежно від різних факторів. До даних коефіцієнтів віднесені коефіцієнти, що відображають навчання за програмами додаткової освіти, поділ класів на групи при вивченні окремих предметів у розрізі міської й сільської місцевості (табл. 2.7);

Таблиця 2.7

Коефіцієнти подорожчання у залежності від різних факторів (по міським і сільським загальноосвітнім школам)

	Від поділу класів на групи		**Від наявності груп продовженого дня**		**Від наявності гуртків**		**Загальне подорожчання**	
	місто	***село***	***місто***	***село***	***місто***	***село***	***місто***	***село***
1 ступінь	1,04	1,0	1,4	1,26	1,03	1,02	1,5	1,29
2 ступінь	1,12	1,02	1,0	1,0	1,03	1,02	1,15	1,04
3 ступінь	1,22	1,05	1,0	1,0	1,03	1,02	1,26	1,07

с – коефіцієнти збільшення за видами класів (програм). До даних коефіцієнтів, віднесені коефіцієнти збільшення за ступенями навчання: 1-й ступінь навчання - початкова освіта; 2-й ступінь навчання - перший етап середньої освіти; 3-й ступінь - другий етап середньої освіти, та за видами класів: звичайні, гімназичні / ліцейські, спеціальні (корекційні) (табл. 2.8; 2.9);

Таблиця 2.8

Коефіцієнти подорожчання за видами класів

Звичайні (загальноосвітні)	1
Гімназичні	1,1
Спеціальні (корекційні)	1,15

Таблиця 2.9

Коефіцієнти подорожчання ступенями навчання

	Кількість годин за базовим навчальним планом	**Коефіцієнти подорожчання**
Перша ступінь навчання	24	1
Друга ступінь навчання	32	1,33
Третя ступінь навчання	34	1,41

R - регіональний коефіцієнт збільшення, що відображає додаткові ставки і надбавки / доплати від специфіки навчання в обласних, районних, гірських населених пунктах тощо.

n – нормативна наповнюваність класів.

Витрати на забезпечення освітнього процесу в розрахунку на одного учня **Ре** визначаються на кожного учня за ступенями загальної освіти в процентному відношенні до загального обсягу нормативу витрат і включають в себе: витрати на придбання наочних посібників, технічних засобів навчання, витратних матеріалів, канцелярських товарів, господарські витрати (крім комунальних витрат).

Характерною рисою моделі нормативного бюджетного фінансування є те, що через технологію коригуючих критеріїв забезпечується можливість визначення розміру субвенції для кожного освітнього закладу. При цьому

постає завдання пристосування нормативної моделі фінансування до конкретних умов, оскільки через єдині коефіцієнти подорожчання неможливо максимально врахувати специфічні умови функціонування освітніх закладів. Впровадження нормативної моделі передбачає адаптаційний перехід, який дозволить м'яко перейти до нових методів фінансування освіти і забезпечити прозорість, справедливість розподілу субвенції і доступність освітніх послуг.

2.3. Пріоритетні функції дошкільної освіти у навчально-виховному процесі

Професійна орієнтація кадрів для української економіки перетворилась в одну з найгостріших проблем. Цивілізаційний розвиток суспільства пред'являє підвищені вимоги до професійної освіти молоді, яка вступає в життя після закінчення учбових закладів. Проте результати навчання не відповідають затребуваності економіки. Випускники навчальних закладів не проявляють інноваційної активності, здатності розробляти і впроваджувати новітні технології й адаптуватися до гнучких виробничих і соціальних процесів.

Основа фундаменту професійної культури і кваліфікації закладається школою. Однак в системі навчання все сильніше відчувається структурне розбалансування формування інтелектуального потенціалу особистості, насамперед, у ланцюжку дошкільної і середньої освіти. У бажанні виправити ситуацію освітяни прагнуть модернізувати підходи до організації виховної роботи в усіх ланках освітньої системи, зокрема, в дитячих дошкільних закладах. При цьому роль і місце дошкільної освіти у профорієнтації не визначено. Традиційно значення освіти у профільному навчанні розглядається як виявлення схильності до певного роду професійної діяльності. З наукової точки зору, така позиція відносно дошкільних закладів не має достатніх аргументів. Питання, з якого віку визначати майбутню професію, залишається дискусійним. Проте суперечки з цієї теми актуалізуються тим, що Україна швидко втрачає якість освіти і послідовно поступається авторитетною позицією у світовому освітньому рейтингу. Змістовна сторона освіти у межах кластеру

«дошкільне виховання – навчання у середній школі» стає пріоритетною в претензії країни стати у довгостроковій перспективі однією з провідних в ряді інтелектуально розвинених держав.

Сучасна економіка вимагає від освітньої сфери переходу до інноваційних педагогічних технологій, безперервного освоєння нових компетенцій і кваліфікацій. Зусилля суспільства, що спрямовуються на вирішення цих проблем, наштовхуються на невизначеність програм дошкільної підготовки, недостатню конкретизацію напрямів виховання дітей дошкільного віку. Кустарним і хибним науковим способом цю проблему розв'язати неможливо. Дослідження зазначених питань пов'язане із психологічною наукою і визначенням на її основі адаптаційних можливостей дитини як основи формування завдань для діяльності дошкільних закладів.

Сучасна концептуальна позиція «людиноцентричної освіти» ставить в основу дошкільної системи виховання «організацію процесу виявлення у дітей генетичних здібностей і характерних рис особистості» і на підставі визначених характеристик розробку особистої картки (паспорту особистості), куди заносилися б результати спостережень [47, с. 278]. Такий підхід до визначення вікових особливостей дитини має риси дискретного процесу. Між тим, у будь-якому випадку здібність, схильність психіки до генерації ідей не є нерухомою властивістю особистості. Вони динамічні та змінні. Протягом певного часу одні схильності поступаються місцем іншим.

Спроба конструювати модель поведінки дитинства полемічна у своїй основі, оскільки націлена на селекційні результати, які не мають чітких критеріальних ознак внаслідок гнучкості самого предмету дослідження.

Життєвий шлях людини – складний ланцюг безперервних перетворень, які визначаються взаємодією психічних і фізіологічних факторів. Аналіз причин неповторних відмінностей між людьми і практичне використання його результатів сходить до старокитайської й давньогрецької епохам. Не дивлячись на певні досягнення, проблема зберігає свою актуальність також у сучасному столітті, що свідчить не тільки про її практичне значення, але й невичерпаність.

У ранньоісторичних суспільствах вчені не досягли розуміння причин системності біологічних і психологічних основ людської поведінки, але вони вказували на їх гармонію, а отже, на можливість впливу на трудову діяльність. Наукові принципи пізнання взаємодії соціально-психологічних і фізіологічних факторів, що були визнані у наступні століття, не мають альтернативи, але потребують не стільки підтвердження, скільки розвитку з позицій оцінки основних властивостей особистості. Тому для наукових висновків про питання пріоритету функціональної діяльності дошкільної освіти необхідно послідовно розглянути основні поняття і положення, які стало використовуються в науковому середовищі для вивчення людської поведінки і виховання: темперамент, характер, інтелект, обдарованість та інші.

До фундаментальних вроджених і набутих якостей особистості, які визначають специфіку дитячої і взагалі людської поведінки, належить темперамент і характер. Сучасні дослідження еволюції психології й духовного життя людини підтверджують біологічну природу темпераменту, визначену ще грецьким цілителем Гіппократом у четвертому віці до н.е. На його думку, від співвідношення чотирьох рідинь залежать особливості психіки і поведінки людини. Грецькі назви рідинь, такі як: кров (сангвінс), жовтої жовчі (холе), чорної жовчі (мелайна холе), лімфи (флегма) – визначають термінологію темпераментів у сучасній психології. Це такі терміни, як сангвінік, холерик, меланхолік, флегматик. Темперамент дається людині з дня народження і є даром природи. Дитина народжується з певним набором якостей і особливостей поведінки, які у своїй основі не змінюються протягом життя. Вони не залежать від ситуації, рівня освіти і професійного статусу. Однак психологія людини не зводиться до фізіології. Антична концепція біологічної основи темпераменту пізнішими дослідженнями була доповнена впливом на його прояв складних систем умовних зв’язків, що виникають в результаті набутого індивідуального життєвого досвіду. У першу чергу, у цьому контексті визначальним є вчення І.П. Павлова.

На початку двадцятого століття академік І.П. Павлов доводив, що властивості рідини не є визначальними для темпераментів. Головними для них стають особливості функціонування нервової системи. Було введено поняття типу вищої нервової системи, який характеризується комбінацією властивостей збудження і гальмування. До типів нервової системи І.П. Павлов відносив меланхолічний, сангвінічний, холеричний і флегматичний, прояв яких залежить не від біологічних, а від зовнішніх факторів. Разом із цим І.П. Павлов не ігнорував біологічну основу прояву деяких рис людини. Пізнавальна діяльність дитини, як доводив І.П. Павлов, підпорядкована безумовним і умовним рефлексам. Це говорить про те, що, наприклад, інтелектуальні здібності можуть бути безумовним рефлексом і основою майбутньої профілізації людини.

У 50-ті роки минулого століття видатний психолог Б.М.Теплов, продовжуючи творчу роботу І.П. Павлова, досліджував відмінності між людьми на психофізіологічному рівні. Ним визначено, що вроджені властивості і типи нервової системи не визначають самі по собі поведінку дітей або їх психологічні особливості. Вони утворюють лише підґрунтя, на якому легше формуються одні типи поведінки й індивідуальні особливості і важче – інші. Отже, темперамент служить біологічною основою для побудови характеру, який є результатом виховання і життєвого досвіду, власних зусиль індивідуума. Діти і дорослі одного темпераменту можуть мати несхожі характери і, навпаки, темперамент надає певну форму прояву характеру. Структура характеру включає чимало окремих рис або типових проявів, які є його рисами. Відомий американський психолог Г. Олпорт доводив, що у людини можна виокремити від двох до десяти провідних рис характеру і велику кількість другорядних.

Розуміння темпераменту і знання вроджених особливостей організації нервової системи важливе при виборі певного роду занять. Для деяких професій навіть встановлюються оптимальні профілі властивостей темпераменту. При цьому важливо мати на увазі, що жодний тип темпераменту на зустрічається у чистому вигляді. Існують перехідні й змішані темпераменти. Американські аналітики психолог А Басс і генетик Р. Пломин, проаналізувавши

чисельні наукові праці з проблем темпераменту, довели, що досі, не дивлячись на велику кількість психологічних і фізіологічних досліджень, відсутня єдність у трактовці цього поняття. Вони виявили критерії, яким мають відповідати властивості психіки, щоб воно відносилося до темпераменту. Це такі, як генетична обумовленість будь-якої властивості темпераменту і його передача у спадщину; прояв темпераменту в ранньому дитинстві; незмінність протягом життя; адаптивність або пристосування людини до соціального середовища.

Дані висновки мають важливе значення для розкриття зв'язку між професією й індивідуальними особливостями дитини, а отже, з педагогічними технологіями навчання і виховання, що є однією з цілей статті. Для ряду професій рекомендується мати інформацію про профіль темпераменту і вроджених особливостей організації нервової системи.

До універсальних вроджених характеристик психіки дитини відноситься інтелект та така його різновидність, як креативність – здатність генерувати нестандартні ідеї, продукувати оригінальні способи вирішення проблем. У контексті даної статті важливо визначити їх генетичну сталість і діапазон можливого впливу на професійний шлях людини, для чого варто звернутися до розробок психологічної науки. В основі інтелекту лежить властивість нервової системи до пізнання, здатності до навчання і логічного мислення. В результаті психогенетичних досліджень встановлена переважна генетична обумовленість рівня розвитку інтелекту. Вплив успадкованих факторів на формування інтелекту найбільш сильний на етапі переходу від дитинства до раннього дитинства і далі до молодшого шкільного віку. При цьому інтелект розвивається не відразу, поетапно. Психологи навіть склали періодизацію психічного розвитку дитини. Кожний етап її розвитку завершується з певними неузгодженнями: освоєння однієї системи пріоритетів і цінностей не співпадає з другою. Таке розходження викликає кризовий психологічний стан. Після цього починають набувати інтерес властивості, які не розвивалися раніше. Попередні цінності посилюють розвиток нових. Завдяки такому обопільному процесу готується наступний етап розвитку дитини, спрямований на реалізацію

особистості, в тому числі у майбутній професіональній діяльності. Періодизація показує залежність між інтелектуальним розвитком, пізнавальною здатністю та загальним становленням дитини як соціального індивідууму. Отже, психіка й інтелект дитини розвиваються не прямолінійно, а по складній спіралі, де кожний виток функціонально складніший за попередній. [48, с.334].

Одним із важливих аналітичних висновків процесу реалізації генетичних властивостей, що успадковуються, є кореляція між розумовими здібностями біологічних батьків і дітьми, яка з роками не зменшується, а, навпаки, посилюється. Їх розвиток відбувається через діяльність, через соціальну практику. Таким чином, психологічними дослідженнями, безумовно, не утверджується пріоритет біологічної основи професійної орієнтації на дошкільному етапі виховання дитини. Ця позиція висловлюється і практиками.

Відомий педагог В.А.Сухомлинський вважав, що психіка й інтелект дошкільника є диференційованими поняттями і знаходяться під впливом біологічних факторів, соціуму і виховної культури. У дошкільному віці дітей можливо поділити на «теоретиків» і «мрійників». «Теоретики» схильні до аналізу явищ, поглиблюються в сутність, у них помітне тяжіння до міркувань. «Мрійники» бачать предмет або явище в їх загальних рисах, на них значною мірою впливає естетична сторона пізнання. У цьому вже відчувається різниця у психологічному й інтелектуальному складі дітей. У кожної дитини інтелект розвивається особливими шляхами, кожна розумна й індивідуальна по своєму, відмічав В.А.Сухомлинський [49, с. 270].

Психіка й інтелект дитини не готовий продукт. Вони результат тривалого виховання і навчання. Первинні рефлекси з часом замінюються дорослою логікою мислення. Вихователі й вчителі, відмічав В.А.Сухомлинський, мають справу з найтонкішим, найчутливішим, що є в природі, - з мозоком дитини. Дитячий мозок, писав він, представляє ніжний квіточок рози, на якому дрижить крапля роси. Обережність і ніжність потрібні для того, щоб зірвавши розу, не загубити краплю. Ось така ж обережність, вважав В.А.Сухомлинський, потрібна вихователям кожну хвилину, оскільки

вони торкаються тонкого і ніжного, що є в природі – до мислячої матерії організму, який розвивається.

Багато психологів розглядають розвиток інтелекту як певну вісь розвитку психіки в цілому. Так, зокрема, вважав швейцарський психолог Ж. Піаже, який ретельно досліджував дитячий інтелект дитини. Когнітивний, або пізнавальний, розвиток, на думку цього вченого, забезпечує адаптацію дитини до життєвого середовища. Ним було показано, що формування дитини завжди відбувається одним і тим же шляхом – постадійно. Первинні рефлекси з часом замінюються дорослою логікою мислення. У дорослої людини інтелект досягає максимуму, якщо він постійно в діяльності, у творчому пошуку, вирішує нестандартні завдання. Основа інтелектуальної діяльності формується до 35-річного віку. Отже, психологічні задатки людини, які надаються природою, не мають прямого зв'язку з майбутньою професійною орієнтацією. Дихотомія «психіка – професія» перетворюється на інший вираз «психіка – розвиток – інтелект – професія».

Якість інтелекту проявляється, коли виникає потреба в самостійному виборі, відкритті нового і творчій переробці інформації, вирішенні нестандартних питань. Для оцінки інтелекту дитини застосовується коефіцієнт інтелектуального розвитку (IQ), який розраховується відношенням показника розумового розвитку, визначеного кількістю правильних відповідей на завдання тестів, до хронологічного віку дитини [50]. Експериментальними дослідженнями встановлено, що інтелект обумовлюється як генетичними, так і факторами навколишнього середовища, зокрема, сімейними. Визначити, в якому співвідношенні знаходяться ці фактері, складно, оскільки на сімейне виховання впливають соціальні складові: сімейний добробут, демократичний стиль спілкування з батьками, рівень загальної культури, коло інтересів та інше. Між тим, цю проблему було вирішено при співставленні коефіцієнту інтелектуального розвитку прийомних і рідних дітей у сім'ях з однаковим соціально-професійним статусом (табл. 2.10).

Наведені дані свідчать, що зв'язок між інтелектуальним рівнем дитини і соціально-професійним статусом рідної сім'ї більш тісна, ніж між інтелектом дитини і статусом прийомної сім'ї.

Таблиця 2.10

Порівняльна оцінка коефіцієнту інтелектуального розвитку (IQ)

Соціально-професійний статус сім'ї	**Коефіцієнту інтелектуального розвитку**	
	прийомних дітей	***рідних дітей***
Інженери, лікарі та ін.	112,6	118,6
Бізнесмени, менеджери та ін.	111,6	117,6
Висококваліфіковані працівники (робітники та службовці)	110,6	106,9
Робітники середньої кваліфікації	109,4	101,1
Некваліфіковані працівники	107,8	102,1

Джерело: Энциклопедия «АВАНТЕ+».—Т.18; Человек.ч.2./Главн. ред.. В.А. Володин.— М.: 2002.— С.289.— 640 с. [48]

Розвиток інтелекту, як й інших функцій індивідууму, залежить не тільки від генетичних факторів, але і від умов навколишнього середовища. В сучасній науці домінує думка, що біологічний і соціальний фактори мають обопільне значення в психічному розвитку дитини. Єдність генетичного і соціального фактору у психіці дитини вивчається новою галуззю – психогенетикою. Встановлено, що генетична складова в дошкільному віці відіграє незначну роль (від 10 до 20%) у розвитку дитини. З віком вплив спадковості зростає і при досягненні зрілого віку сягає 80%.

Результати, встановлені психогенетичними дослідженнями, мають статистичний характер і відносяться до популяції в цілому. Для окремого індивідууму закономірна зумовленість життєвого шляху генетичним фактором представляється з певною вірогідністю. В останні роки увага до виміру інтелекту методом тестування знизилась. У реальному житті особи, які мали високий потенціал інтелекту, не досягали професійних успіхів, і навпаки, спостерігається зворотна тенденція.

На даному етапі аналізу можна констатувати, що темперамент дитини, який не змінюється протягом життя, може впливати на майбутню професію і тільки в широких межах. Наприклад, людині з холеричним темпераментом важко працювати архіваріусом.

Здатність до мислення і творчості притаманна всім дітям, однак вони розподіляються між ними по-різному. По спеціальним або загальним здатностям: музичним, художнім, математичним, фізичним, творчим, лідерським, психомоторним – діти відрізняються між собою. Реалізація їх дозволяє дітям досягати високих кар'єрних успіхів. Проте спадковість визначає не конкретні показники талантів, а межі від мінімально до максимально можливого рівня. Серед психологів цей факт має назву норма реакції.

Психологічними дослідженнями встановлено, що кількість дітей із прихованою обдарованістю перевищує їх кількість з явною обдарованістю. Припускається, що кількість обдарованих становить 20-25% від загальної чисельності учнів, серед них очевидно обдаровані діти не перевищують 3% [51, с. 26]. Виявлені характеристики можуть слугувати важливими передумовами для підготовки дітей до професійної діяльності, починаючи з дошкільного виховання.

Таким чином, при визначенні функцій виховання дітей дошкільного віку, з точки зору оволодіння професією, в майбутньому можна спиратися лише на явну обдарованість. Темперамент, інтелект, загальні здібності, риси характеру – лише психологічні якості, які треба мати на увазі в процесі навчання і профілізації школи.

Основною практикою дошкільного закладу, яка відповідає інтересам дітей, враховуючи психологічні особливості їх розвитку, є виховання і соціалізація. Дошкільне виховання сьогодні набуло особливої актуальності. Українська і міжнародна практика підтверджує високу ефективність інвестицій у дошкільну сферу, з точки зору подальшого навчання, забезпечення сприятливих стартових можливостей для дітей, інтеграції в різноманітні соціальні групи і в суспільство в цілому. Середовище, в якому виховується

дитина, повинно бути максимально сприятливим для розкриття її генетичних можливостей. Відповідальність дошкільних закладів за психологічний стан дитини сьогодні різко зростає. Все чіткіше виявляється негативна тенденція втрати сім'єю виховної ролі. На це впливають різноманітні фактори: від завантаженості батьків пошуком заробітку, соціального розшарування до неуваги і небажання заможних батьків до власних обов'язків виконувати функцію педагогічного спілкування. Враховуючи дані аспекти, багато країн законодавчо визнали дошкільну освіту обов'язковою, в тому числі й Україна.

Соціалізація як процес становлення особистості проходить через ряд етапів, яким відповідають певні види діяльності й її результати. Е. Еріксон, відомий психолог, розглядав соціалізаційний розвиток дитини в широкій системі соціальних відносин. На його думку, розвиток особистості за своїм змістом визначається тим, що суспільство ставить перед нею на різних вікових етапах різні вимоги.

Разом із цим послідовність етапів розвитку дитини залежить від «біологічних начал». Дитина в процесі соціалізації проходить низку етапів, і на кожному з них вона набуває якості, які фіксуються в структурі особистості й зберігаються в наступні роки. Раннє дитинство (1-3 роки) є етапом набуття відчуття «незалежності», «самостійності». На етапі дошкільного дитинства (3-6 років) дитина активно пізнає навколишній світ, моделює в ході гри стосунки дорослих, у неї формується свідомість прав і обов'язків. У результаті до «самостійності» додається «цілеспрямованість» [52]. В Україні визначено цілісний підхід до функціонування системи дошкільних закладів, за яким питання виховання, оздоровлення дітей, їх інтеграція в соціум поєднані з проблемними завданнями соціалізації. Законодавство України наступним чином формулює завдання дошкільних закладів: «Дошкільний навчальний заклад забезпечує реалізацію права дитини на здобуття дошкільної освіти, її фізичний, розумовий і духовний розвиток, соціальну адаптацію та готовність продовжувати освіту» [53]. Із цього видно прогресивний підхід держави до

концепції розвитку системи дошкільної освіти, яка включає широку програму інноваційних заходів по якості навчання.

Однак теперішній стан дошкільних закладів не дозволяє виконати державне завдання. Охоплення дітей дошкільного віку закладами освіти в Україні становить 60%, у сільській місцевості – 42%. Кількість дітей у розрахунку на 100 місць у дошкільних закладах – 119, у міських поселеннях – 130. Зміст виховних програм традиційний, модернізаційні технології, які б включали варіативні аспекти, не розвинуті. Дошкільна освіта потребує інфраструктурного удосконалення, оскільки державні заклади не спроможні виконати замовлення суспільства. Допомогти реалізувати соціальну програму може приватний сектор дошкільної освіти. Її організаційні форми можуть бути різними: від закладів, аналогічних по профілю і функціям державним та комунальним дитячим закладам, до садків домашнього і сімейного типу.

Створення приватних дитячих садків може стати успішною комерційною діяльністю. Приватний бізнес не тільки відкриває додаткові можливості зайнятості для молодих людей, але і людям старшого віку. Крім того, цей вид комерційної діяльності здатний стати сферою створення нових методик виховання і навчання, які сприятимуть підвищенню якості освітянського процесу. Експериментально відпрацьовані технології в галузі виховання дітей дошкільного віку могли б у майбутньому бути впроваджені в державну систему навчання.

В Україні працює 200 дошкільних навчальних закладів приватної форми власності, в яких виховується 10,4 тис. осіб. Питома вага цих показників у загальній мережі дошкільних закладів складає відповідно 1,3% та 0,8% (табл. 2.11).

Таблиця 2.11

Структурні показники дошкільних навчальних закладів за формами власності

Структура закладів	**Кількість закладів, одиниць**	**у %**	**у % до загальної кількості**			**Кількість дітей на один садок**	**Кількість дітей на одне місце**
			Кількість місць	*Кількість дітей, осіб*	*Штатні працівники, осіб*		
Кількість, усього,	15002	100	100	100	100	86,3	12
у тому числі за формами власності:							
державна	97	0,6	1,0	1,0	1,1	128,9	1,13
комунальна	14705	98,1	97,8	98,2	97,7	86,5	1,21
приватна	200	1,3	1,2	0,8	1,2	52,2	0,82

Джерело: Складено автором за даними стат. бюлетеня «Дошкільна освіта України у 2014 році» - . К., 2015. – С.36. – 85 с. [54]

Найбільша кількість приватних дошкільних закладів розташована в Києві (32), областях Одеській (30), Запорізькій (22), Харківській (21) і Київській (15). Наведені дані показують, що попит на приватну форму виховання дітей існує переважно в місцевостях із відносно високим рівнем зайнятості й освіченості населення. У сільській місцевості в приватних дошкільних закладах навчається 563 особи, що становить 5,7% дітей, які відвідують дошкільні заклади. Лідерами тут є Одеська область, де навчається 156 осіб (9,8% загальної кількості дітей у приватних закладах області), Київська – 137 осіб (відповідно 20,0%). До них наближається Дніпропетровська область із показниками – 65 осіб і 15,0% відповідно. Це свідчення того, що потреба в платних послугах дошкільних закладів притаманна і сільським жителям.

Потужність приватних закладів дошкільної освіти нижча порівняно з комунальними і державними. Їх завантаженість не перевищує встановлених норм. Кількість дітей в них у розрахунку на одне місце дорівнює 0,82. При цьому контингент вихованців у них краще забезпечується педагогічним і медичним персоналом. Об’єктивно це свідчить про більш сприятливі умови виховання дітей у садках приватної форми власності. Приватні дитячі садки, у тому числі й домашні, мають перспективне значення у вирішенні соціальних проблем сучасного українського суспільства. Однак відсутність інформації про

їх діяльність, комерціалізація призводять до того, що вони не можуть повноцінно реалізувати свій соціальний потенціал.

Очевидно, що приватні садки потребують чіткого правового визначення і регулювання. Вони не можуть займати нішу на ринку соціальних послуг між бізнесом і самозайнятістю. Необхідно створити умови для доступу приватних дошкільних закладів до ресурсів і соціальної підтримки.

Інтелектуальний розвиток дитини, її підготовка до навчання не тільки завдання дошкільних закладів. Повноцінна і гармонічна соціалізація дитини, її емоційна рівновага значною мірою залежить від сім'ї. Сьогодні гостро стоїть проблема створення сприятливого мікросоціуму для дітей на основі об'єднання зусиль дошкільних педагогів і батьків. Із цією метою необхідно розвивати таку організаційно-педагогічну модель виховання, як батьківська школа. Навчання батьків педагогічно-психологічним методам спілкування з дітьми забезпечить безболісну їх соціальну адаптацію до зростаючих розумових навантажень. Розробка програми «Батьківська школа» й її впровадження мають бути завданням місцевих органів влади та їх спеціальних підрозділів.

У підсумку можна сказати, що сучасна економіка вимагає від освітньої сфери переходу до інноваційних педагогічних технологій, безперервного освоєння нових компетенцій і кваліфікацій. Зусилля суспільства, що спрямовуються на вирішення цих проблем, наштовхуються на невизначеність програм дошкільної підготовки, недостатню конкретизацію напрямів виховання дітей дошкільного віку. Дослідження зазначеної проблеми пов'зане з психологічною наукою і визначенням на її основі адаптаційних можливостей дитини як основи формування завдань для діяльності дошкільних закладів. Функції виховання дітей дошкільного віку, з точки зору оволодіння професією, в майбутньому можуть орієнтуватися лише на явну обдарованість. Основною практикою дошкільного закладу, яка відповідає інтересам дітей, враховуючи психологічні особливості їх розвитку, є виховання і соціалізація.

В Україні визначено цілісний підхід до функціонування системи дошкільних закладів, за яким питання виховання й оздоровлення дітей поєднані

із завданнями їх інтеграції в соціум. Однак теперішній стан дошкільних закладів не дозволяє останнім ефективно виконувати свої державні завдання. Допомогти реалізувати соціальну програму може приватний сектор дошкільної освіти. Створення приватних дитячих садків може стати успішною комерційною діяльністю. Очевидно, що приватні садки потребують чіткого правового визначення і регулювання. Необхідно створити умови для доступу приватних дошкільних закладів до ресурсів і соціальної підтримки. Гармонічній соціалізації дитини сприятимуть об'єднання зусиль колективу дошкільних закладів і сім'ї. Для цього доцільно надавати соціально-освітні послуги для батьків через розвиток такої нової комплексної програми соціальної спрямованості, як «Батьківська школа»

2.4. Актуальні напрями розвитку професійно-технічної освіти в умовах місцевого самоврядування

Перспективи модернізації системи професійно-технічної освіти пов'язані з підвищенням престижності робітничих професій. Низька інноваційна якість підготовки кадрів в ПТНЗ поставила її випускників на останнє місце у ранжуванні індексу працевлаштування молоді, що закінчили навчання і вийшли на ринок праці. Визначення структури потреб ринку праці, розвиток матеріально-технічної бази освіти й оновлення програм навчання, залучення коштів юридичних і фізичних осіб забезпечує реалізацію інтересів державних і місцевих органів влади, освітніх закладів, роботодавців і населення у підвищенні якості професійної освіти. Сьогодні пріоритетами курсу на розвиток професійної освіти стають проблеми комунальної власності, зокрема, перехід матеріально-технічної бази ПТНЗ під їх юрисдикцію. Поки лише менше 50% з них отримали таке право.

Децентралізований підхід до управління професійною освітою, який здійснено в Україні, ставить питання про визначення механізму формування регіонального замовлення і компенсації витрат закладів профтехосвіти на підготовку фахівців для ринку праці в масштабах регіону і територіальних

громад. Необхідна змістовна переорієнтація професійної освіти на сучасні технології, що пов’язано з розробленням державних професійних стандартів на компетентнісній основі й впровадженням дуальної системи навчання.

Для успішного проведення політики реформ в системі професійно-технічної освіти необхідно приймати до уваги її комплексний характер, враховувати тісний зв’язок професійної освіти з системою праці і зайнятості. Комплексність передбачає організаційні й інституціональні зміни в позиціях всіх учасників реформ. Реформи не можуть бути реалізовані тільки переформатуванням внутрішньої організації і механізмом прийняття рішень на різних рівнях професійної системи. Некоординованість дій з реальним сектором економіки позбавляє професійну освіту гарантованої і стабільної зайнятості її випускників. Ефективною буде така реформа, яка забезпечить спряженість діючої системи навчання зі структурою зайнятості. Досвід країн ОЕСР, що стали на шлях поєднання освіти з ринком праці, показує, що цей процес можливий через інноваційні форми регуляції системи навчання, одним із яких є так звана «дуальна освіта».

Проведення зазначеного курсу являє собою складне завдання. Діюча система професійно-технічної освіти, яка в основному була орієнтована на великі монополізовані підприємства, залишилась спеціалізованою і незбалансованою з сучасною структурою економіки, що за роки реформ зазнала серйозного поділу праці. Створення відповідної структури професійних закладів, орієнтованої на різнобічні спеціальності, розвивається повільно. Завдання ускладнюється тим, що не очевидно, які спеціальності затребувані ринком праці і наскільки вони комплементарні потребам економічного розвитку регіонів.

Професійно-технічна освіта має бути перебудована таким чином, щоб забезпечити працевлаштування і дозволити доступ до навчання протягом всього трудового життя. Результати європейського компаративного аналізу показують, що одним із важливих засобів реалізації даної цілі є визначення пріоритетів у стратегії і тактиці проведення реформ і послідовності їх

здійснення. Апелювання до закордонного досвіду необхідне, по-перше, для оцінки відповідності поточної української практики сучасним тенденціям у розвитку професійної освіти, по-друге, – для координації емпіричних заходів, що проводяться за правилами і підходами, які застосовуються в країнах, що стали на шлях освітніх реформ. Дотримання пріоритетів розглядається як найбільш вірогідний сценарій еволюції існуючої освітньої моделі в умовах зростання значення підготовки кадрів для забезпечення економічного зростання. Такий ракурс дослідження поки недооцінюється в економічних публікаціях.

Проблемам професійно-технічної освіти присвячено багато наукових праць. Пропозиції, що містяться в них, дозволяють знизити ризики реформ. Проте ряд процесів залишаються слабо регульованими. В цілому загальний вектор реформи профтехосвіти висвітлюється в національній доповіді про перспективи розвитку освіти, що підготовлена колективом авторів під керівництвом В.Г. Кременя (V. Kremen) [45], а також у статті Н. Ничкало (N. Nichkalo) [55]. Деталізовані шляхи реформування професійної освіти визначено в роботі М. Кучинського (M. Kychinski) [56, с.6]. У дискусійному ключі правові, понятійні та організаційні питання реформування освітньої галузі представлені у статті В. Головінова (V. Golovinov) [57]. Еволюція розвитку професійно-технічної освіти і можливі варіанти її розвитку в сучасних умовах розглянуто у роботі І. Жук (I. Zhuk) [58].

Враховуючи системний характер постановки завдання, підхід до її вирішення має бути комплексним і включати діагностику існуючих проблем та обгрунтування сценаріїв їх реалізації. Одними з ключових пріоритетів повинно стати підвищення якості й доступності послуг державних і муніципальних закладів професійно-технічної освіти. У центр уваги всіх заходів необхідно покласти професійні стандарти, які відповідають сучасній динаміці поведінкових настанов молоді, задовольняють потреби роботодавців і достовірність прогнозування ринку праці.

Реформування професійно-технічної освіти сьогодні стає справжнім випробуванням для країни, з точки зору інвестицій у майбутній розвиток економіки. Про актуальність перебудови профтехосвіти свідчить її незадовільний стан, який особливо погіршився протягом останніх років. Порівняно з 2000 р. динаміка витрат на професійно-технічну освіту не виявила ознак до збільшення відносно ВВП. Питома вага бюджетних асигнувань у сферу професійної освіти після деякого піднесення у 2010 р. залишилася на рівні 2000 р. і становить 1% ВВП. У загальних видатках зведеного бюджету видатки на професійно-технічну освіту зменшилися з 6,1% до 5,5%.

Протягом п’ятнадцяти років профтехосвіта залишалася незбалансованою з основними макроекономічними показниками розвитку країни. Зберігалася практика її відставання не тільки від темпів розвитку ВВП, але й від промисловості, сільського господарства, що негативно впливало на господарську активність держави й окремих галузей економіки. Якщо за період 2000-2015 рр. індекс ВВП становив 1,43, промисловості – 1,58, сільського господарства – 1,27, то основні показники професійної освіти демонстрували від’ємну динаміку. Індекс зниження кількості закладів ПТНЗ за цей строк дорівнював 0,82, випускників – 0,62. Від’ємна динаміка професійно-технічної освіти пояснюється її невідповідністю потребам ринку праці і запитам молоді. Причина цього має комплексний характер: відсутність координації між освітою і роботодавцями, втрата престижності робочих професій, низька інноваційна якість наданих освітніх послуг для підприємств, націлених на освоєння сучасних технологій. Як результат, зменшується прийом до ПТНЗ, випускники не знаходять робоче місце. Рівень безробіття серед випускників ПТНЗ є найвищим серед тих, отримав будь-яку освіту (рис. 2.4).

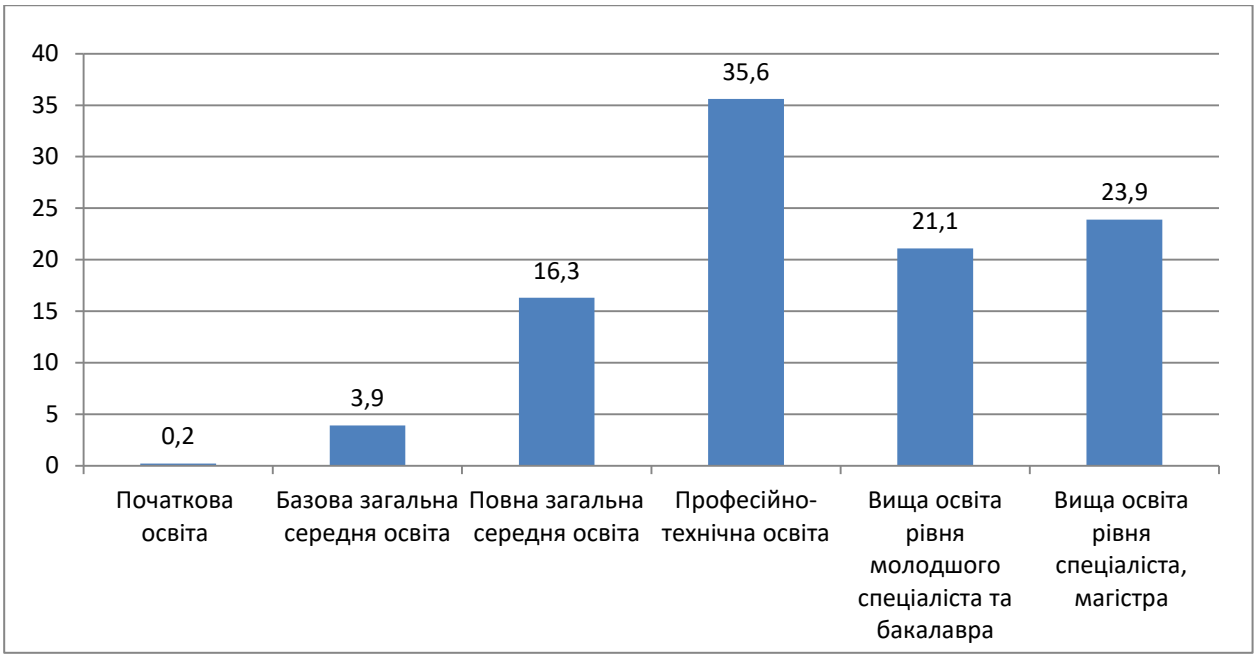

Рис. 2.4. Безробітні на ринку праці, %

Джерело: побудовано за даними Державної служби статистики України

Українські експерти і політики не один рік обговорюють можливості модернізації професійно-технічної освіти, її адаптації до ринку праці. Проте проблема залишається невирішеною. Незавершеність реформ призводить до того, що вся система професійно-технічної освіти тривалий строк перебуває у невизначеному стані, з точки зору її структури, дидактичних програм, управління і фінансування. Проблемним питанням залишається пошук балансу між цілями держави, можливостями закладів профтехосвіти й інтересами роботодавців у забезпеченні ринку праці кваліфікованими робітничими кадрами. Вирішення цієї проблеми потребує осучаснення системи навчання, систематичного складання прогнозів затребуваності професій та спеціальностей, удосконалення організаційних форм і збільшення фінансування державної системи профтехосвіти.

Успіх реформування залежить від визначення і реалізації пріоритетів розвитку професійно-технічної освіти, орієнтованої на процес позитивних змін, заснованих на дидактичних, економіко-організаційних і соціальних інноваціях з метою удосконалення практик підготовки конкурентоспроможних фахівців.

Про реформи в їх якісному модернізаційному значенні можна говорити що найменш у трьох аспектах. Перший аспект характеризує її як намагання рухатися вперед за традиційною шкалою цілей шляхом послідовних покращень. Така еволюційна модель означає поступове удосконалення інституціонального середовища і нівелює можливі перешкоди в ході реформ. У другому аспекті реформи розглядаються в контексті економічного зростання й ототожнюється з комплексом економічних і організаційних трансформацій, які відповідають умовам нових економічних укладів і потребам роботодавців у висококваліфікованій робочій силі. Третій аспект означає спрямування зусиль на те, щоб зрівнятися з економікою провідних країн і постати з ними в один ряд за сукупністю якісних характеристик «нової економіки», що означає курс на «наздоганяльну модернізацію».

Вибір тієї чи іншої трактовки змісту реформ означає інтегрування їх цілей у процес модернізації. При цьому велика вірогідність того, що інноваційні зміни за своєю ідеологією можуть бути консервативними, прогресивними чи елітарними, тобто торкатися лише певного сегменту системи професійної освіти, який технократично орієнтований на мажоритарні потреби в підготовці фахівців для галузей економіки.

Для того, щоб оцінити реформаційний потенціал системи професійно-технічної освіти і передбачити можливі ризики його зниження, варто проаналізувати не тільки зміст перетворень, але і форми й засоби адаптації професійно-технічних закладів до нового децентралізованого вектору їх розвитку, що визначено Законом України «Про державний бюджет України на 2016 рік», яким видатки на підготовку кадрів у професійно-технічних та інших навчальних закладах передаються на місцеві бюджети.

З урахуванням серйозних змін соціального й економічного контексту фінансове забезпечення соціальної інфраструктури породжує ряд проблем, вирішення яких відсувається на майбутні етапи реформ. По-перше, не визначено інноваційний пріоритет реформи. Оновлення технологічної бази професійно-технічних навчальних закладів не передбачається. Питання, які

накопичились в частині розширення ефективної зайнятості молоді, забезпечення її мобільності, потребують подальшого удосконалення в руслі державної молодіжної політики.

По-друге, уряд України визначив перелік професій загальнодержавного значення, підготовка за якими здійснюється за кошти державного бюджету. До зазначеного переліку входить 19 професій за такими видами діяльності, як сільське господарство, добувна промисловість, машинобудування, транспорт, зв'язок та деякі інші, які віднесено до компетенції держави. На їх підготовку заплановано виділити 827,4 млн грн, що становить 20% від загальних видатків зведеного бюджету на професійно-технічну освіту [56, с. 7]. Решта коштів має спрямовуватись до місцевих і обласних бюджетів, бюджетів міст – обласних центрів, на підготовку кадрів за професіями, необхідними для регіонального ринку праці.

При цьому доцільно визначити і потребу об'єднаних територіальних громад у кадровому забезпеченні об'єктів соціальної інфраструктури: опорних шкіл, дошкільних закладів, центрів первинної медичної допомоги, лікарень, соціально-культурних об'єктів. При нечітко визначеній бюджетній політиці завдання місцевих органів влади й органів влади місцевого самоуправління забезпечити фінансовими ресурсами 80% витрат на підготовку кадрів в системі профтехосвіти уявляється складною проблемою. Просторова структура регіональної економіки під впливом дезінтеграційних тенденцій перехідного періоду відчуватиме наслідки дефіциту місцевих бюджетів і відповідно труднощі у фінансуванні професійно-освітніх закладів. Намагання адаптуватися до нових умов функціонування профтехосвіти штовхатиме місцеві органи влади до звернень за допомогою держави, трансфертна політика якої є непередбаченою. Подібний приклад просторового розвитку професійно-технічної освіти, що обмежує коло можливих варіантів функціонування ПТНЗ, продемонстровано при розмежуванні функціонального призначення єдиної системи освіти на державні й місцеві.

У 2016 р. для фінансової підтримки урядових ініціатив виділено стабілізаційну дотацію Міністерству освіти і науки в сукупному розмірі 598 млн грн. Кошти спрямовувалися на утримання в регіонах закладів профтехосвіти і на врегулювання бюджетного дефіциту у 20 містах у зв'язку з необхідністю прийняття на їх баланс закладів профтехосвіти. Проте кроки уряду виявилися недостатніми для узгодження проблем, що виникли у зв'язку з адміністративним рішенням зміни форми власності ПТНЗ із державної на комунальну. У невеликих містах обласного значення фінансова допомога виявилася недостатньою для покриття видатків на фінансування діяльності закладів профтехосвіти та утримання їх матеріальної бази.

Умовою достатнього фінансування є отримання професійно-технічними навчальними закладами права власності на цілісні майнові комплекси та земельні ділянки. У 2016 р. лише 302 заклади освіти, або 48%, підпорядкованих Міністерству освіти і науки, документально отримали таке право. Як результат дефіцит бюджету професійно-технічних навчальних закладів становив на кінець 2016 р. 1,15 млрд грн, що становить 27,7% їх загальних фінансових витрат.

Обмеженість бюджетних видатків і надалі загострює проблему відновлення ресурсної бази професійно-технічної освіти, яка потребує кардинального оновлення. На теперішній час у ПТНЗ створено 18,1 тис. навчальних кабінетів, 3,7 тис. лабораторій і 6,4 тис. навчально-виробничих майстерень, в яких використовується обладнання, устаткування, сільськогосподарська та інша техніка, середньостроковий термін експлуатації яких становить: до 10 років — 10 %; від 10 до 20 років — 31 %; понад 20 років — 59 %. [45, с. 94].

Гострий дефіцит кабінетів і лабораторій, навчально-виробничих майстерень, майстрів виробничого навчання, викладачів відчувався вже десять років тому. За минулий строк він тільки посилився. Особливо небезпечне становище у навчальних закладах металургійного, машинобудівного, гірничорудного, будівельного профілів та інших [59]. Потребують ремонту

понад 1700 навчальних виробничих приміщень, 656 інших об’єктів, 157 котелень. На їх відновлення потрібно 162,2 млн грн. [57, с.10.].

Бюджети закладів професійно-технічної освіти реально є бюджетами не розвитку, а виживання: 90% видатків становлять заробітна плата, стипендіальне забезпечення, харчування, оплата за енерго-, тепло- та водопостачання. Лише 10% – це видатки розвитку навчального закладу.

З огляду на сучасну професійну парадигму теоретичного обґрунтування потребує оптимізація мережі ПТНЗ на основі структурування переліку робітничих професій. Нині їх кількість становить кілька сотень, що не відповідає завданню створення інтегрованих, широко профільних професій. Зараз зміни на ринку праці пов’язуються з появою принципово нових професій і спеціальностей (зокрема, інтегрованих та укрупнених). У «Національному класифікаторі професій» (класифікатор професій ДК 003:2010) та «Державному переліку професій з підготовки кваліфікованих робітників у професійно-технічних навчальних закладах» не враховані нові професії, зокрема, інтегровані, яких потребує ринок праці. Більшість із розроблених і затверджених МОН України стандартів професійної освіти готувалися за застарілими методиками без участі роботодавців, тому не відповідають сучасним ринковим вимогам і не можуть використовуватися для якісної підготовки кваліфікованих робітників [45, с. 95].

Сучасна інноваційна організація професійно-технічної освіти застосовує таке нове поняття, як регіональне замовлення на підготовку кадрів. Воно не має чіткого правового оформлення. Діюче законодавство не відображає диференціацію ринку праці, особливості появи нових форм зайнятості, організації й оплати праці на регіональному рівні і рівні місцевого самоврядування. Через відсутність визначення «регіонального замовлення» в чинному законодавстві необхідно внести зміни до Законів України «Про освіту», «Про професійно-технічну освіту», а також Закону України «Про формування та розміщення державного замовлення на підготовку фахівців,

наукових, науково-педагогічних та робітничих кадрів, підвищення кваліфікації та перепідготовку кадрів».

Пристосування професійно-технічної освіти до нових умов функціонування може відбуватись завдяки розроблення прогнозу попиту на підготовку фахівців. Сучасний порядок формування державного замовлення на основі середньострокового прогнозу потреб у фахівцях і робітничих кадрах на ринку праці є недосконалим. Це загострює суперечність між попитом на робочу силу з боку роботодавців та державним замовленням на підготовку кадрів, неврахуванням наявних і перспективних потреб ринку праці в Україні [45, с.95].

Назріла необхідність серйозно скоригувати методику прогнозування. Потрібна надійна інформаційна база про стан ринку праці і професійно-кваліфікаційної структури пропозиції робочої сили. Потрібні показники, які дозволяють отримати достовірне уявлення про потребу в спеціалістах. Існує практика, коли роботодавці отримують інформацію про професійні кадри через рекрутингові агентства. Розповсюджені форми прямої співпраці освітніх закладів і роботодавців, прямого заключення ними договорів з освітніми закладами. В умовах нерозвиненості інститутів ринку, коли економіка обмежена в інформаційній оцінці процесів технологічного розвитку провідних галузей економіки, бізнес намагається взаємодіяти на державному і корпоративному рівні через локальні форми, в тому числі дво- або багатосторонніх угод. Проте з поля зору зникає знання перспектив відновлення економічного зростання і відповідної йому структури зайнятості і системи підготовки кадрів.

Необхідним компонентом державної програми професійної освіти має стати розробка кваліфікаційних стандартів спеціальностей. Більшість діючих стандартів застаріла і не відповідає вимогам високотехнологічної діяльності. Зарубіжні аналоги важко адаптувати до українського технічного парку устаткування, інформаційного й інструментального забезпечення виробництва. Кваліфікаційні стандарти повинні враховувати техніко-технологічну специфіку

спеціальностей у промислових галузях і соціальній сфері. Тому вони охоплюють професійну практичну і теоретичну підготовку. Повільне вирішення проблеми гармонізації освітніх і професійних стандартів в Україні ставить її в ряд важливих науково-практичних завдань на найближчу перспективу.

На методологічному рівні ця проблема вирішується міждисциплінарним синтезом правового регулювання й адміністративного управління та охоплює Трудовий кодекс і галузеві нормативні акти.

Досліджуючи зазначену проблематику, необхідно акцентувати увагу на дефініціях, оскільки в проекті нового Закону України «Про освіту» питання стандартів не диференціюється належним чином і не узгоджене з положеннями «Національної доповіді про стан і перспективи розвитку освіти», де ставиться питання про необхідність кореляції освітніх і професійних стандартів [45, с.94].

У науковій літературі й законодавстві України питання взаємодії освітніх і професійних стандартів на ставиться. В проекті Закону «Про освіту», який згадувався вище, визначаються лише освітні стандарти. В Кодексі законів про працю України поняття професійних стандартів відсутнє. В колективній монографії «Професійні стандарти: теорія і практика розроблення» акценти ставляться на професійному змісті стандартів [60]. Між тим, концептуальний підхід, який склався з початку 90-х років в європейських країнах, передбачає формування освітніх програм на основі, по-перше, взаємодії освітніх і професійних стандартів, по-друге, – оновленого уявлення про зміст професійних стандартів [61].

Під освітніми стандартами розуміються державні освітні стандарти. Основними об’єктами стандартизації в професійно-технічній освіті є обсяги навчального навантаження і рівень підготовки учнів. Новий етап у розвитку професійно-технічної освіти, започаткований у 2016 р. розподілом системи профтехосвіти на державну і регіональну, очевидно, передбачає й диференціацію освітніх стандартів на державні і регіональні. Державним і місцевим компонентом освітніх стандартів визначається мінімальний зміст

освітніх програм державного і місцевого значення. При цьому державні й місцеві стандарти професійного навчання в професійно-технічних закладах мають бути скоординовані з формами професійної підготовки і підвищення кваліфікації на виробництві. Організація професійно-технічної підготовки кадрів повинна охоплюватися всіма рівнями правового регулювання трудових відносин: радами соціального партнерства на національному і регіональному рівнях, колективними і трудовими договорами.

Професійним стандартом встановлюються мінімально необхідні вимоги до професійного рівня працівника, які відповідають продуктивності й якості робіт, що виконуються в певній галузі економіки. Отже, професійний стандарт характеризує кваліфікацію, необхідну працівнику для здійснення професійної діяльності і включає в себе перелік посад та відповідні їм освітні рівні і вміння. Це свідчення того, що у сфері професійної стандартизації поняття «професійних стандартів» та їх різновидність «професійні стандарти нового типу» розглядаються тільки як конкретний вид дорученої роботи або за штатною посадою, або за професією [60, с.17]. Така одностороння трактовка професійних стандартів звужує поняття трудової функції працівника і відповідно обмежує концепцію навчання. В законодавстві України, зокрема в Кодексі законів про працю України, поняття «трудової функції працівника» не застосовується, що не відповідає сучасному розумінню професійних й освітніх стандартів.

Між тим, в європейських країнах програми професійного навчання засновуються на широкій трактовці освітніх стандартів, які ґрунтуються на професійних компетенціях. Зміст професійних компетенцій не обмежується тільки кваліфікаціями характеристиками і вміннями. Він включає здатність працівника використовувати нові технології, самостійно проймати рішення для розв’язання професійних проблем у нових ситуаціях. Освіта, в основу якої покладено компетенції, включає два ступеня: навчальний, на якому здобуваються базові компетенції, достатні для виходу на ринок праці, та безперервний, де навчання орієнтоване на освоєння компетенцій. Наголос на

компетентнісному факторі як на найбільш значному для забезпечення потреб ринку праці потребує переосмислення програм навчання.

Міжнародна організація праці надає зв'язку між компетентністю, кваліфікацією і безперервним навчанням головну роль в організації професійної освіти. При цьому Міжнародна організація праці розмежовує ці поняття. Терміном «безперервне навчання» охоплюється вся навчальна діяльність, що здійснюється протягом усього життя для розвитку компетентності і кваліфікації. Термін «компетентність» охоплює знання, навички та виробничий досвід, що застосовуються й удосконалюється в конкретних умовах. «Кваліфікація» означає офіційне вираження технічних або професійних навичок працівника, які визнаються на міжнародному, національному або галузевому рівнях [61]. Відповідно до цього трудова функція працівника, заснована на компетенціях, дозволяє забезпечити гнучкість освітніх програм і можливість працевлаштування, зменшення витрат на навчання і перенавчання робітника при зміні місця праці.

Ефективна адаптація освітніх і професійних стандартів пов'язана з впровадженням дуальної освіти в систему навчання. Засновником дуальної освіти вважається Німечинна. У 1960-х роках такі великі корпорації, як наприклад, Mercedes та Siemens, гостро відчуваючи нестачу кваліфікованих інженерних кадрів, виступили ініціаторами дуального способу навчання. Від Німеччини цю систему перейняли Канада, Австрія, Швейцарія та інші країни [62]. Дефініція «дуальна система» відображає основний принцип професійної освіти і підготовки кадрів, який встановлює взаємодію між двома партнерами – підприємствами й освітніми закладами. Дуальна освіта в цій країні закріплена на законодавчому рівні. У 1969 р. вперше прийнято загальнонаціональний Закон про професійну освіту, яким закладено основу співробітництва між роботодавцями, профспілками й урядом з метою сприяння одержання професійної підготовки і кваліфікації. Для досягнення всебічної професійної дієздатності кадрів в Закон про професійну освіту у 2005 р. внесено поправку,

якою розширено положення щодо «знань і вмінь» за рахунок введення в законодавче поле поняття компетенції [61, с.21].

Це визначило класифікаційні особливості німецької системи освіти і використання трьох термінів для характеристики процесу професійно-технічного навчання: професійних, освітніх і кваліфікаційних стандартів.
Професійні стандарти описують вимоги до працівників, основні трудові функції, що виконують працівники, завдання і професійну діяльність, а також типові компетенції для певної професії.

Освітні стандарти визначають передбачуваний результат процесу навчання, що дає підстави для присудження кваліфікації; навчальну програму в контексті змісту, цілей навчання і навчального плану; а також методи навчання та організацію навчання, наприклад, навчання на базі підприємства або на базі закладу. Освітні стандарти містять завдання для учнів, програма яких забезпечують ефективну працю.

Кваліфікаційні стандарти описують предмет оцінки, критерії виконання, методи оцінки, склад комісії, яка має право на присвоєння кваліфікації. Кваліфікаційні стандарти характеризують освоєння програми навчання і здатність випускників професійно-навчальних закладів до праці.

Інновація полягає в тому, що в Німеччині професійні стандарти повсюдно використовуються в тісному зв'язку з навчальними професіями. В дуальній системі освіти професійні стандарти комбінуються з освітніми та кваліфікаційними стандартами. Незважаючи на те, що професійні стандарти наділені певними функціями, проте окремо не розробляються. Вони є частиною інтеграційного процесу розробки освітніх і кваліфікаційних стандартів. Таким чином, дуальна система регулює навчання на підприємстві і в навчальних закладах як процес, але не як результат виконання кількісних норм. Норми і вимоги окремо покладено в основу присудження кваліфікації.

Німецький Закон про професійну освіту є федеральним законом, який встановлює обов’язки уряду і земель за організацію навчання. Федеральний уряд несе відповідальність за регулювання професійного навчання на

підприємстві, уряд земель відповідає за навчальні плани для професійних навчальних закладів. Подвійність системи організації й управління професійно-технічної освіти і підготовки схематично представлено в табл. 2.12 [62, с. 25].

Таблиця 2.12

Структура дуальної системи підготовки кадрів

Суб'єти системи підготовки кадрів	Напрями підготовки	Суб'єти системи підготовки кадрів	Напрями підготовки
Підприємство, учбовий заклад	Професійна підготовка	Контракт на Учбовий план освіту	Зміст
Федеральний рівень, федеральна земля	Регулювання з боку уряду	Компетентні органи (палати Шкільна інспекція	Контроль
Положення про освіту Обов'язкове відвідування учбового закладу	Підтвердження	Підприємство, на якому відбувається навчання Федеральна земля	Фінансування

Джерело:: Короткова Л.І., Лук'яненко Т.Г., Лук'янова Л.Б. та інші /Л.І, Короткова, Т.Г.Лук'яненко, Л.Б. Лук'янова/ Професійні стандарти: теорія і практика розроблення. – К.: Нац. акад.пед. наук України. Інститут професійно-технічної освіти. – 2011 [7, с. 17]

Фінансування професійної підготовки на підприємствах забезпечується бюджетом федеральних земель, навчання в учбових закладах – муніципальним (місцевим) бюджетом.

Не дивлячись на позитивні наслідки застосування дуальної системи, вона не забезпечує потреби німецької економіки у підготовці кадрів. Із 90% компаній, які мають дозвіл для навчання на виробництві, лише 21% підприємств пропонують професійне навчання. Для мобілізації ресурсів на професійну підготовку держава створює відповідну правову основу. У 2005 р. в Закон про професійну освіту внесені поправки, які розширюють позицію «знання та вміння» за рахунок введення в текст закону поняття «компетенції». Це зроблено з метою досягнення всебічної професійної підготовки молоді. До того ж федеральний уряд Німеччини вживає заходів до інтеграції системи професійної підготовки в програми модернізації, підвищення якості і забезпечення соціальної рівності. Такий підхід в понятійному значенні

адекватний «трудовій функції працівника», про яку згадувалося вище. Тільки в Німеччині він має правове й організаційне вирішення. Інституціональним механізмом цього слугують законодавчі положення про професійне навчання, які визначають цілі, зміст і вимоги до кожної професії і приймаються Федеральним міністерством економіки і технологій ФРГ.

Положення про професійне навчання торкаються тільки професійного навчання на базі підприємства. В цих положеннях міститься опис профілю учбової професії, який розглядається фактично як професійний стандарт. В останні роки у зв'язку з прийняттям Німецької кваліфікаційної рамки відбувається рух у бік опису професійних стандартів на основі компетенцій.

В Німеччині дескриптори (лексичні одиниці) компетенцій відповідають дескрипторам національної рамки кваліфікацій, однак сама рамка кваліфікацій не відповідає європейській, що негативно позначається на узгодженні позицій при описі професійного профілю. Німецький досвід свідчить, що європейська модель знань, вмінь і компетенцій має бути довідковим матеріалом при визначенні національних професійних стандартів. Примітно, німецька практика показує, що опис професійного профілю не повинен містити точної назви технологій і виробів. Такі назви зазвичай не залишаються на довгий термін, тому, що вразі їх зміни, довелося б вносити поправки в положення про навчання. Крім того, опис не повинен бути занадто докладним або занадто абстрактним [62, с.30].

Підприємства, зазвичай, намагаються дотримуватися курсу на вузькоспеціалізовану професійну підготовку, що задовольняє сьогоденну потребу в кадровому забезпеченні техніко-технологічного процесу і дає прибуток. Проте учень, який пройшов таке навчання, має обмежені можливості на ринку праці. Недостатній професійний профіль протирічить попиту на гнучкого фахівця, компетентність якого дозволяє ефективно адаптуватися до змін у технологічних процесах.

Досвід Німеччини свідчить, що для побудови професійних стандартів і учбових професійних програм потрібен новий дидактичний підхід до розробки

структури професійного профілю. Професійні профілі, орієнтовані на аудиторне теоретичне навантаження, необхідно замінити професійними профілями, які значною мірою орієнтовані на виробничі процеси.

З викладеного матеріалу випливає ряд положень перспективного значення. Система професійно-технічної освіти підлягає кардинальному переформатуванню. У цій галузі акценти змістилися з державного на регіональний рівень із використанням нових інструментів (у тому числі й трансфертних) і з залученням роботодавців до розробки професійних стандартів і фінансування підготовки кадрів. Такий організаційний перехід може покращити професійно-технічну освіту і вивести її на якісно новий рівень. Однак для цього поки на склалися необхідні умови. Методологічною основою, що відповідає завданням модернізації професійно-технічної освіти, є функціоналізм. Економічне і соціальне закріплення конкретних функцій за державними і регіональними органами влади, бізнес-структурами у нормативно-процесуальних формах їх виявлення – необхідний крок реалізації регулятивних принципів поєднання статусу і функцій інституціональних агентів системи професійно-технічного навчання.

Забезпечення такого підходу потребує чітких дефініцій. Пріоритетними мають стати поняття професійних стандартів, дуальної системи професійно-технічної освіти, регіонального замовлення, компетентності, які визначають сталість профтехосвіти та її вплив на зайнятість. Ключове значення набуває функціональний зміст комунальної власності: присвоєння, розпорядження, використання, на основі чого формується економічний механізм розвитку ПТНЗ і підготовки кадрів, а також прогнозна модель ринку праці і соціалізації молоді; трансфертна політика по відношенню до закладів профтехосвіти, ефективність якої визначається реалізацією делегованих і власних забов’язань місцевих бюджетів.

Позитивну роль має відіграти досвід Німеччини, зокрема, нестандартного дидактичного підходу до визначення професійного профілю на основі управління ризиком ліквідності змісту компетенцій.

2.5. Формування житлово-іпотечного ринку

З переходом економіки на ринкові принципи господарювання помітно зменшилася роль держави в будівництві житла. Були демонтовані державні механізми фінансування житлового будівництва. Проте альтернативні ринкові методи введення в експлуатацію житлових будинків на основі іпотечних механізмів не набули широкого розповсюдження. Створення сучасного ринку житла стає однією з нагальних завдань українських реформ. Без їх вирішення неможливі підвищення добробуту громадян, ефективний розвиток економіки, поліпшення демографічної ситуації. За роки реформ були зроблені певні кроки у напрямі впровадження житлового кредитування в українську практику будівництва житла. У пострадянський період єдиним інструментом житлового кредитування до останнього вважається іпотека, переважно в її повноцінній формі, розвиток якої розпочався після ухвалення Верховною Радою України в 1995 р. Концепції державної житлової політики, якою визначено головні напрями реформування ринку житла на основі програмно-цільового підходу і банківського кредитування. За останні 10-12 років частка відповідних кредитів у ВВП коливалася в межах 4-14%, що перевищувало навіть обсяг видатків на охорону здоров'я й освіту. У 2015 р. сума іпотеки становила 60,2 млн грн, або 3,0% ВВП. Порівно з 2009 р. вона зменшилась у 15 раз. Проте в цілому обсяг іпотечних кредитів є досить помітною величиною для економіки України. Однак результати іпотечного кредитування не можна вважати задовільними. Забезпеченість населення житлом залишається на низькому рівні через недоступність житла для громадян з невисокими і середніми доходами, відставання будівництва житла від потреб населення.

Динаміка введення в експлуатацію житлової площі протягом 1985-2016 рр .не перевищила рівень базового року. Починаючи з 2001 р. щорічні темпи обсягів введення житла в експлуатацію, за деяким виключенням, були вище, ніж у 1990 р., але недостатніми для того, щоб вийти на дореформований рівень.

В останньому звітному році темпи введення житла в експлуатацію знизились на 28,5 відсоткових пунктів. Аналогічна динаміка спостерігалась із введенням житлової площі в розрахунку на 1000 населення. Статистичне перевищення відносного показника введення житлової площі в експлуатацію над абсолютним відбулося за рахунок зменшення кількості населення України (табл. 2.13).

Таблиця 2.13

Введення в експлуатацію житлових будинків

Роки	**Загальна житлова площа, *тис.кв.м***	***% до 1985 р.***	***% рік до року***	**Загальна житлова площа, *тис.кв.м на 1000 населення***	***% до 1985 р.***	***% рік до року***
1985	19199	100	100	378	100	100
1990	17447	90,9	90,9	338	89,4	89,4
1995	8663	45,1	49,6	169	44,7	44,7
1996	6754	35,2	77,9	132	34,9	78,1
1997	6369	33,2	94,3	125	33,1	94,7
1998	5855	30,5	91,9	116	30,7	92,0
1999	6152	32,1	105,1	123	32,5	106,0
2000	5558	29,0	90,3	113	30,0	91,8
2005	7816	40,7	103,3	167	44,2	104,4
2010	9339	48,6	145,9	204	54,0	145,7
2011	9410	49,0	100,8	207	54,7	101,5
2012	10750	56,0	114,2	237	62,7	114,5
2013	11217	58,4	104,3	248	65,6	104,6
2014	9741	50,7	86,7	227	60,0	91,0
2015	11044	57,5	113,3	259	68,5	114,2
2016	9367	47,2	84,8	226	58,2	87,5

Джерело: Статистичний щорічник України за 2006 рік / Держкомстат України. – К.: Консультант, 2007. – С. 226.- 548 с.; Статистичний щорічник України за 2013 рік / Київ, 2012; Статистичний щорічник за 2016 рік / Держ. служба статистики України ; за ред. І. М. Жук. - Київ : Консультант. – 2017. – С. 348 [63; 64; 65]

Капітальні інвестиції в житлове будівництво порівняно з 2010 р. знизилися на 5,8 %. Зниження індексу капітальних вкладень спостерігалось у 16 областях, особливо в Херсонській, Одеський, Запорізькій, Кіровоградській, Сумський та інших областях.

Найбільш висока інвестиційна активність, крім м. Києва, спостерігається у 7 західних областях: Хмельницькій, Івано-Франківській, Львівській, Тернопільській, Волинській і Закарпатській.

Якщо в Києві та в ряді східних областей інвестиційна активність в житловій сфері пояснюється внутрішніми економічними чинниками, то в західних областях областях – міграційними. Для громадян, що працюють і отримують оплату за кордоном, щомісячні заощадження становлять приблизно 500 дол. США, отже, загальний обсяг інвестування в житлове будівництво мігрантами може дорівнювати більше 2,5–3 млрд дол. США.

Найбільші обсяги житлової площі вводилися за рахунок коштів населення, що значно перевищувало введення її за рахунок інших джерел фінансування: коштів підприємств, державного і місцевих бюджетів, банківських кредитів тощо. Якщо в 1990 р. питома вага введення в експлуатацію індивідуального житла становила 25% введеної загальної площі, то протягом 2000–2014 рр. – 59%. В окремі роки населенням будувалось більше 66% житла. Доля інших інвесторів значно менша: підприємців і організацій – 28,8%; державного бюджету – 2,5; місцевих бюджетів – 1,4; банківських іпотечних кредитів – 0,8; інших джерел – 0,1%.

Незважаючи на пожвавлення житлового будівництва в Україні, гострота проблеми забезпечення населення житлом не зменшується. У середині 80-х рр. 250 тис. сімей отримали житло, у 2000 р. – тільки 32 тис. сімей, у 2012 р. – 7, у 2014 р.– 3 тис. У відсотках до загальної кількості тих, хто перебував на квартирному обліку, становила відповідно 9,2 %., 1,6 %, 0,7% та 0,45%.. За офіційними даними, квартирна черга на поліпшення житлових умов становить 657 сімей та одинаків [66; 67, с. 411], з яких 24,8%, або 163,3 тис., становлять «першочерговики», тобто особи, що мають право на пріоритетне отримання житла [68]. Порівняно з 1990 р. черга на поліпшення житлових умов скоротилася в 4 рази з 2638 до 657 сімей та одинаків. Кількість черговиків, які отримали житло, зменшилась у 27 разів. Якщо у 1990 р. житло отримали 235 тис. сімей, або 8,9% сімей черговиків, то у 2014 р. – 3 тис., що становить 0,4%

від кількості сімей, які залишились у квартирній черзі. Кількість сімей, що вибули з черги, у 1990 р. перевищувала тих, хто вибув з неї, в 2,8 рази, у 2014 р. – 50 разів (рис. 2.5).

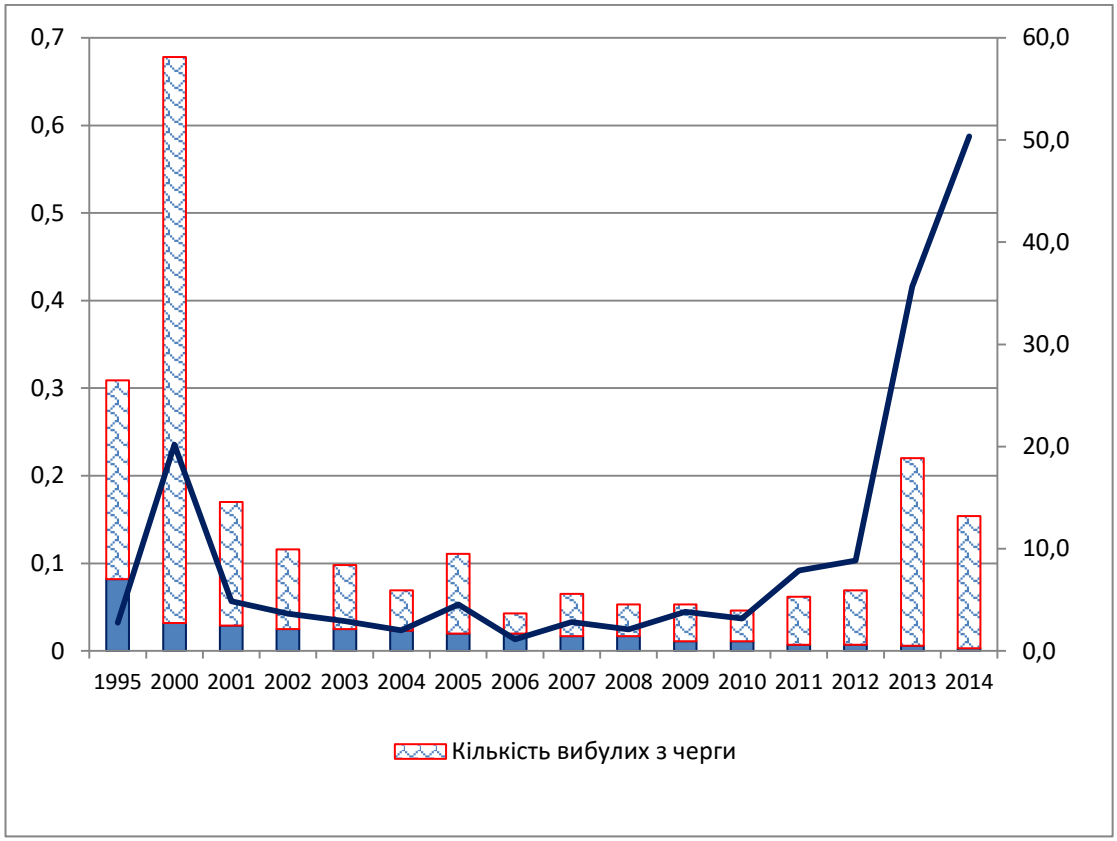

Рис. 2.5. Квартирна черга та поліпшення житлових умов

Джерело: побудовано за даними Державної служби статистики України

Скорочення квартирної черги значною мірою викликане рядом об'єктивних причин: ліквідацією черги на підприємствах, структурною перебудовою, звільненням працівників, відсутністю коштів на будівництво житла, ліквідацією підприємств у зв'язку з банкрутством, наданням населенню можливості купівлі житла без черги тощо. Виходячи з цього, можна констатувати, що переважна більшість сімей, які перебували на черзі, не отримали житла протягом минулих років. За підрахунками аналітиків, реальна потреба в поліпшенні житлових умов перевищує офіційну цифру більше, ніж у 2,7 рази і 5-5,5 тис. сімей [69].

Квартирна черга відображає мінімальний граничний критерій забезпечення населення житлом, який встановлюється місцевими органами

влади і коливається від 5,5 до 7,5 м кв. житлової площі на особу. Кількість населення, яке мешкає на площі менше за мінімально допустиму, становить 5%. Разом із цим частина населення проживає в старих помешканнях, які збудовані ще п'ятдесят-шістдесят і більше років тому. У міський місцевості 15,4% будинків побудовано до 40-х-50-х років, у сільський – 24,3%; 46,8% і 46,3% відповідно до 70-х років (рис. 2.6).

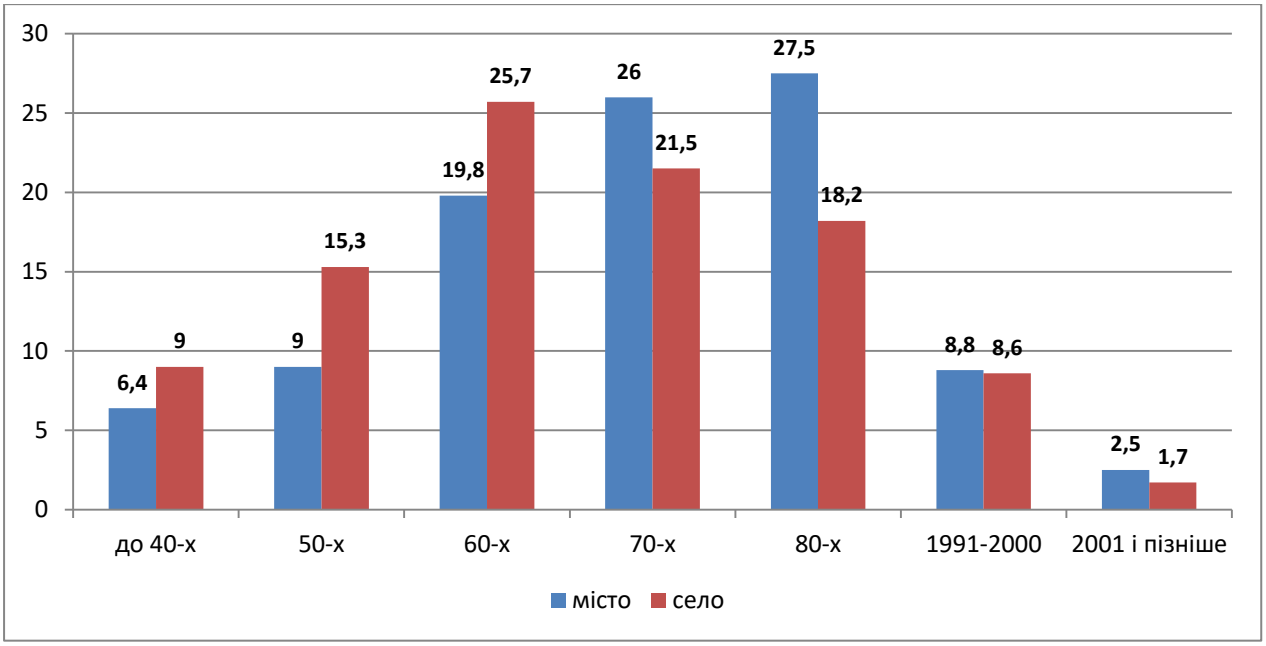

Рис.2.6. Площа житлових будинків за строками введення в експлуатацію, %

Джерело: побудовано за даними Державної служби статистики України

Майже 0,5% відсотків житлового фонду України є аварійним і ветхим. У таких будинках проживає 88 тис. громадян (рис. 2.7).

У дев'яти областях від 16% до 47% житлового фонду не має інженерного забезпечення водопостачання та водовідведення. У 82% житлових приміщень відсутнє централізоване опалення, 16% опалюються індивідуальними установками, 12% – печами.

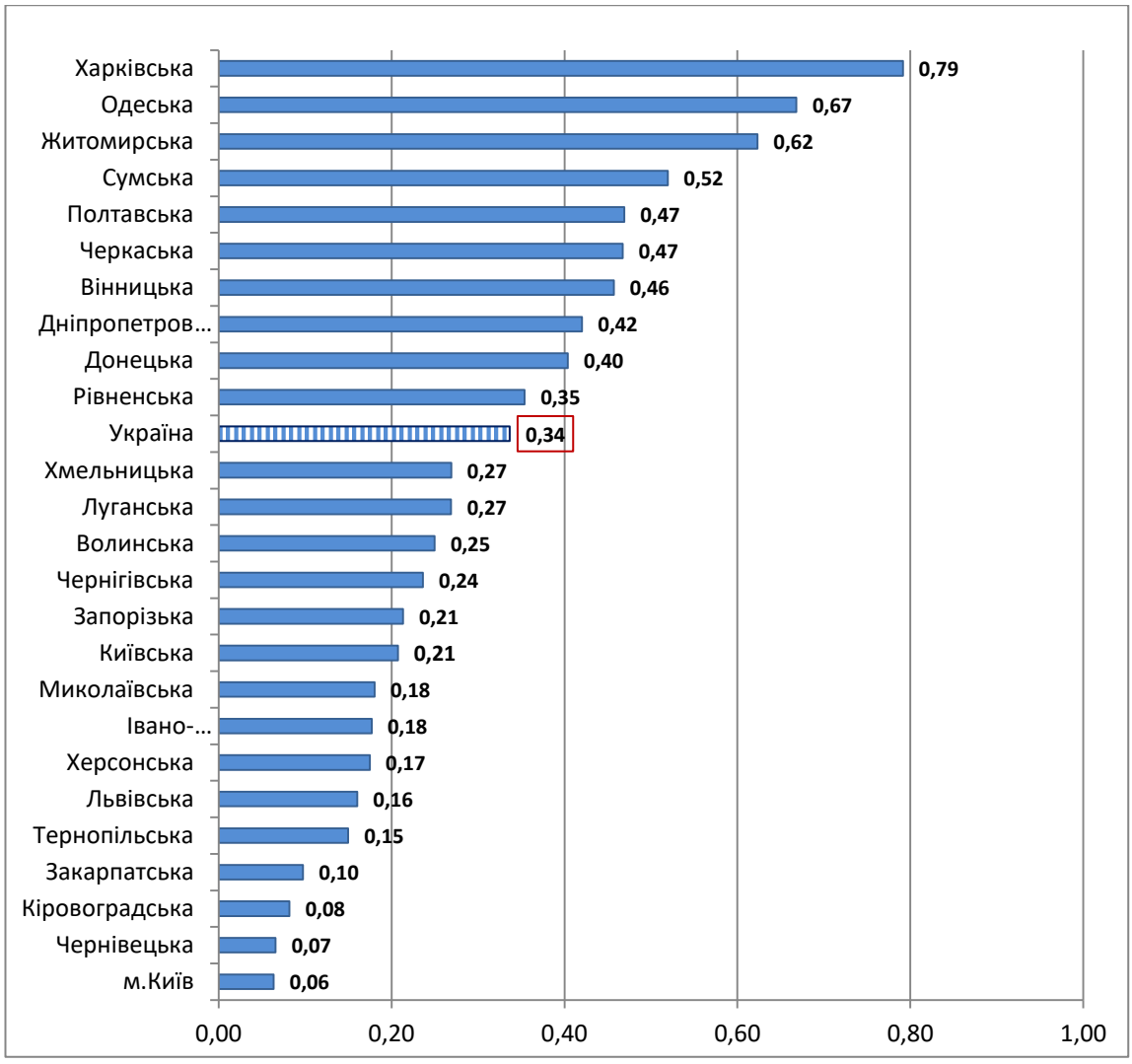

Рис. 2.7. Частка ветхого житла в житловому фонді

Джерело: побудовано за даними Державної служби статистики України

Статистичні матеріали свідчать, що забезпеченість житловою площею в цілому по Україні становить 22,3 м кв. Це значно нижче порівняно з країнами Західної, Центральної і Східної Європи, де рівень забезпеченості житлом становить відповідно 38-50 м кв. та 29 кв. м на особу.

Позитивна тенденція в будівництві житла, яка намітилась протягом останніх років, не вирішує проблему доступності житла для населення. Діючі масштаби житлового будівництва не наближають Україну до рівня забезпеченості житлом у розвинутих країнах. Україна не тільки відстає від розвинених країн за показником забезпечення населення загальною житловою площею, але й за показником прийняття в експлуатацію житлових одиниць та кімнат.

Потреба в житлових одиницях є головним показником забезпечення населення житлом. Міжнародна статистика вже давно переорієнтувалася на показник забезпечення житловими одиницями, які відповідають сучасним житловим стандартам. Кількість житлових одиниць в країні на сьогоднішній день відповідає кількості домогосподарств. Житлових одиниць налічується 16886,4 тис., домогосподарств – 16983,7 тис. Фактично на одне домогосподарство припадає 1,006 квартири, що відповідає середньоєвропейським показникам забезпечення житловими приміщеннями. Проте такий висновок є непереконливим. При відставанні України від країн Західної Європи в 1,8 раза, країн Східної Європи – в 1,3 раза у забезпеченні населення загальною площею на особу багато сімей часто вимушені мешкати по дві–три сім'ї у дво–, трикімнатних квартирах.

Останнім часом число житлової площі, що вводиться в експлуатацію, перевищує введення житлових приміщень, що можна трактувати як позитивну тенденцію. Така динаміка свідчить, що нововведені житлові приміщення мають належний рівень комфорту. Однак більш детальний аналіз свідчить, що існує структурний дисбаланс між показниками введення в експлуатацію житлової площі і житлових приміщень.

За строк 2010-2015 рр. індекс прийняття загальної площі в експлуатацію становив 1,28, житлових приміщень – 0,92. За структурою житлових приміщень це співвідношення розподіляється на два протилежних вектори. Індекс прийняття в експлуатацію житлових приміщення з двох та більше кімнат становив за зазначений строк 2,1, житлової площі – 1,89. Перевищення зростання житлових одиниць над зростанням житлової площі означає скорочення розмірів площі, яка вводиться в експлуатацію. Це відбувається через високі ринкові ціни на купівлю житла, наслідком чого є зниження доступності житла саме комфортного помешкання (табл. 2.14).

З точки зору демографічної політики важливо надати сім'ї комфортні умови проживання, у зв'язку з чим стратегія забезпечення населення житлом має орієнтуватися на два показника: введення загальної площі в експлуатацію

(тис. кв. м) та кількість житлових одиниць і кімнат в них, які відповідають сучасним житловим стандартам.

Таблиця 2.14

Розподіл кількості та загальної площі прийнятих в експлуатацію житлових будівель за їх видами

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2015/2010
Усього, одиниць	30567	22817	32413	28968	21602	28853	0,64
у тому числі будинки одноквартирні	30070	22124	31819	28233	20613	27841	0,92
будинки з двома та більше квартирами	482	684	588	719	981	1006	2,1
гуртожитки	15	9	9	16	8	6	0,4
Усього, тис. кв. м	8604	8685	9770	9949	9741	11044	1,28
у тому числі будинки одноквартирні	5713	4714	6466	5864	4553	5580	0,97
будинки з двома та більше квартирами	2869	3938	3261	4023	5161	5435	1,89
гуртожитки	22	33	43	62	27	29	1,3

Джерело: Житлове будівництво в Україні у 2010-2015 роках. – Стат. зб. – К.: 2016. – С.26. – 70 с. [70]

Проведений аналіз показує, що державна політика в галузі житлового будівництва, яка ґрунтується на Концепції державної житлової політики, ухваленій Верховною Радою України в 1995 р. і якою визначено головні напрями реформування ринку житла на основі програмно-цільового підходу і банківського кредитування, потребує суттєвого удосконалення.

Реалізація Концепції державної житлової політики 1995 р. здійснюється повільно, не прийнято основоположних документів подальшого розвитку державної житлової політики: Житлового кодексу, Закону України «Про основні засади державної житлової політики», не сформовано сприятливе інвестиційне середовище та платоспроможний попит населення на житло.

Найпоширеніші три житлові програми: «Доступне житло», «Програма здешевлення вартості іпотечних кредитів», «Державна програма забезпечення молоді житлом на 2013-2017 роки» скорочені через брак коштів з 2013 р.

Виділених коштів достатньо лише для виконання зобов'язань за раніше укладеними договорами. Нові договори на 2014-2017 рр. не укладаються.

Оновлення житлової політики держави має орієнтуватися на широке застосування державно-приватного партнерства на ринку оренди житла. Особливе значення серед схем партнерства держави і будівельних компаній має система будівництва дохідних домів в регіонах, яка забезпечує доступність житла для широких верств населення. Доступність житла має стати головною метою партнерства, заснованого на так званій простій безстроковій оренді, яка передбачає будівництво дохідних домів. Такі схеми можуть бути реалізовані на державному і регіональному рівнях при безпосередній участі інвесторів і місцевих органів самоврядування. Фінансування дохідних домів на основі балансу інтересів держави і приватного підприємництва має стати основним джерелом і організаційним механізмом розвитку житлового будівництва у середньостроковій перспективі.

В умовах, коли гострота проблеми доступності житла не знижується, впровадження інституту орендного житла для некомерційного найму забезпечить житлом як малозабезпечених громадян, так і громадян з помірними доходами, які потребують поліпшення житлових умов. Ці верстви населення не здатні скористуватись іпотечним кредитуванням для індивідуального житлового будівництва або наймати помешкання за ринковими цінами.

Концепція орендних будинків некомерційного найму передбачає не швидку їх окупність, а забезпечення в пріоритетному порядку житлом громадян відповідно до соціальних стандартів, які мають невеликі доходи і потребують поліпшення житлових умов. Механізм розвитку дохідних домів некомерційного найму орієнтований на можливість пільгової оренди за ставками нижче ринкових.

За інформацією міжнародної спілки квартиронаймачів, більше половини жителів Європи мешкають у найманих квартирах. У Швейцарії наймають житло 70%, в Берліні і Стокгольмі – 90%. Структура джерел фінансування дохідних домів складається з приватних коштів, які включають власні кошти

дивелоперів (приватних забудовників) та банківських кредитів; державних коштів, до яких включаються кошти державного і місцевих бюджетів; коштів органів місцевого самоврядування – коштів бюджетів об'єднаних територіальних громад.

Стратегія бюджетного фінансування може здійснюватись у трьох формах: 1) пряме бюджетне інвестування в об'єкти некомерційного найму, які створені органами державної влади, місцевого самоврядування та іншими засновниками; 2) надання субсидій юридичним особам – орендонадавачам житлових приміщень з метою компенсацій пільгової орендної ставки; 3) субсидії орендарям для оплати житла. Каналами надходження коштів, крім державних і муніципальних бюджетів, є кошти Державної іпотечної установи.

Приватне фінансування здійснюється за рахунок власних коштів дивелоперів; 2) банківських кредитів; 3) коштів Державної іпотечної установи, які надходять від рефінансування проектів за рахунок іпотечних цінних паперів; 4) коштів, отриманих від випуску забудовником корпоративних облігацій на основі дольової участі майбутніх орендарів у фінансуванні будівництва орендних будинків.

Створення соціальних перспектив поліпшення житлових умов для всіх верств населення без збалансованого функціонально-просторового розвитку територій і підвищення якості міського середовища несе в собі ризики втрати сталої просторової організації населених пунктів. В умовах ринку житла, внутрішньої міграції населення і вільного пересування капіталів необхідне вираховування перспектив комплексного соціально-економічного розвитку міських і сільських територій. Розширення спектру можливостей у цьому напрямі дозволить попередити негативні наслідки в розпорядженні землею, впровадженні нових планувань рішень.

Кризова ситуація значно послабила фінансові умови забезпечення населення житлом, які до того ж ускладнюються ціновими факторами. Для переважної більшості громадян придбання житла протягом останніх трьох

років зменшилась на 13,3% при збільшенні цін на житло у великих містах України на 60–80%.

На державному рівні, попри прийняття ряду програм розвитку житлової сфери, стратегія забезпечення населення житлом здійснюється повільно, про що було сказано вище. Призупинено виконання трьох найпоширеніших житлових програм: «Доступне житло», «Програма здешевлення вартості іпотечних кредитів», «Державна програма забезпечення молоді житлом на 2013-2017 роки».

Реалізація соціально орієнтованої стратегії житлової політки можлива при щорічних темпах вводу в експлуатацію житла на рівні 6,0% протягом 15 років проти 3,5 % протягом попередніх 10 років (рис. 2.8). Це дозволить наблизити рівень забезпеченості населення житлом до мінімальних європейських показників, наприклад, до Польщі і Білорусі (35000 тис. кв. м).

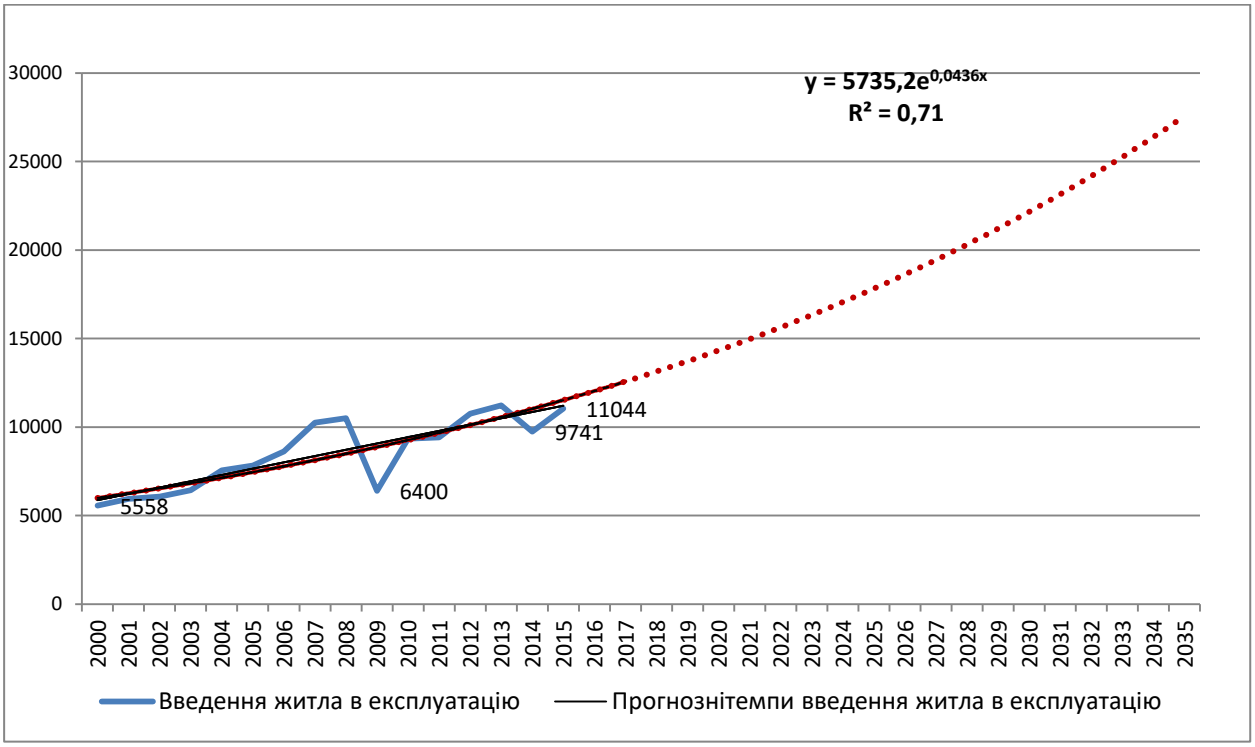

Рис. 2.8. Введення житла в експлуатацію

В цих умовах дуже критично постає завдання формування доступного ринку житла, без вирішення якого неможливе якісне поліпшення добробуту населення і покращення демографічної ситуації. Одним із головних недоліків

є відсутність зваженої політики створення інститутів кредитування в житловій сфері.

Основним напрямом фінансування житлового будівництва житла стала іпотека. Намагання стихійно впровадити для всіх верств населення без врахування їх доходів повноцінні іпотечні інститути обмежило доступ незаможних і середніх домогосподарств до ринку житла (табл. 2.15).

Таблиця 2.15

Умови надання іпотечного кредиту через Державну іпотечну установу

Строки надання іпотечних кредитів	**Мінімальний – 5 років; максимальний 36 років**
Сума іпотечного кредиту	Не менше 75000 та не більше 1600 000 грн. Рекомендована ДІУ банкам-партнерам ставка за іпотечним кредитом – не вище 18% річних та має перевищувати розмір діючої ставки рефінансування ДІУ іпотечних кредитів – 15,3% річних.
Коефіцієнти PTI	Максимальне значення співвідношення щомісячних витрат позичальника та членів його родин (у разі якщо вони виступають поручителями) на обслуговування боргу за іпотечним кредитом до сукупного обсягу їх щомісячних доходів повинно становити не більше 45%.
Коефіцієнт OTI	Максимальне значення співвідношення періодичних обов'язкових щомісячних витрат (зобов'язань) позичальника та членів його родин (у разі якщо вони виступають поручителями) до сукупних щомісячних їх доходів повинно становити не більше 50%.
Коефіцієнт LTV	Співвідношення між сумою основного боргу позичальника за договором про іпотечний кредит та оціночною (ринковою) вартістю предмета іпотеки, визначеною суб'єктом оціночної діяльності, не може перевищувати 75%.

При середній заробітній платі в Україні в 2017 р. в розмірі 6659 грн впровадження іпотечного інструментарію для більшості домогосподарств неможливе, враховуючи високу плату за житло і комунальні послуги. Розрахований індекс доступності житла за критерієм власних і залучених доходів (медіаний дохід і медіана вартість квартири) показує, що мінімальний рівень заробітної плати для придбання нерухомості на вторинному ринку становить майже 9000 грн (табл.2.16).

Таблиця 2.16

Індекс доступності за критеріям власних і залучених доходів

Вторинний ринок	
Середня вартість квартири	918000 грн.
Термін кредитування	20 років.
Перший внесок	30%
Відсоткова ставка	12%
Індекс доступності житла (обсяг домогосподарств з доходом 8950 грн.)	1-1,5%

Низький індекс доступності житла показує, що після створення у 2004 р. національної системи іпотечного кредитування проблема забезпечення населення житлом не набула необхідної позитивної динаміки. Це ставить питання, по-перше, про необхідність розгортання в Україні інститутів позиково-ощадного профілю, адекватних сучасному стану економіки і сучасним тенденціям схильності населення до накопичення, по-друге, про економічно доцільні технології використання кредитних ресурсів в інтересах населення.

Реалізація житлобудівної стратегії може здійснюватися цілим набором фінансових інструментів, серед яких найбільш розповсюдженим має стати доступне іпотечне кредитування. Головним методом доступності іпотеки можна вважати удосконалення схем рефінансування первинних іпотечних проектів та їх здешевлення. Надто важливо розвивати практику довгострокового житлового кредитування, страхування іпотечних кредитів, утворювати спеціальні банки житлового будівництва, функціями яких є забезпечення доступності кредитів на будівництво житла.

Для масштабного житлового будівництва і забезпечення населення житлом потрібно реалізувати комплекс заходів, які включають:

- розвиток і поліпшення науково-дослідницької бази житлового будівництва, впровадження виробничо-технічних заходів, спрямованих

на оволодіння сучасними технологіями індустріалізації і підвищення ефективності й якості житлового будівництва;

- нові напрями будівництва житла – кооперативні, муніципальні й індивідуальні форми будівництва житлових будинків, стимулювання адміністративними і ціновими методами громадян, особливо в сільській місцевості і невеликих містах, для масової участі в будівництві житла;
- введення програми державних гарантій інвесторам житлового будівництва;
- збільшення частки залучених коштів (іпотеки) у капітальних вкладеннях, що дозволить оновлювати житлові умови раз на 15-18 років;
- виконання урядових програм забезпечення населення житлом організаційно й економічно поєднане з можливостями регіонів і самоврядних територій;
- значне розширення сегменту спеціалізованого орендного житла: комерційного, соціального, некомерційного, яке надається населенню в оренду на сприятливих умовах.

Проблематика забезпечення населення житлом потребує зміни ідеології стратегічних напрямів розвитку житлового будівництва. Сьогодні домінує підхід, за яким пріоритет надається показникам введення житла в експлуатацію. При цьому ігноруються питання комплексного і збалансованого розвитку територій, що призводить до ризиків містобудування. Трансформаційні зміни мають торкатися двох питань: доступу до комфортного житла та територіального благоустрою.

У першому контексті сутність трансформаційних змін полягає в розробкці національного проекту «Будівництво комфортного і доступного житла» на основі концептуально нових технологій житлового будівництва з визначенням конкретних програм будівництва житла в областях, районах, селищах та селах, використовуючи організаційні і фінансові можливості територіальних бюджетів, у тому числі місцевого самоврядування.

Метою проекту є приведення вартості новозбудованого житла у відповідність з доходами більшості населення. Зусилля держави мають бути спрямовані на зниження в цінах на нерухомість спекулятивної складової і розвиток потужності виробничої бази з пріоритетом на будівництво малоповерхового житла. Використання такого підходу є економічно і соціально доцільним, оскільки дозволяє стати на шлях масштабного житлового будівництва.

Ефективність нових індустріальних технологій полягає в тому, що вартість високомеханізованого заводу по випуску конструкцій для малоповерхових будинків (легких та теплостійких панелей із вмонтованою сантехнікою й електрикою) в 2,5-3 рази нижча будівництва або розширення потужностей домобудівельного комбінату. Продуктивність праці в 3-5 раз вище. Монтаж малоповерхових будинків каркасного типу здійснюється невеликими фірмами, кількість працівників у яких не перевищує 3-5 осіб.

Застосування сучасного підходу до будівництва житла разом із заходами по здешевленню житла дозволить послідовно вирішувати проблему забезпечення населення житлом. Заходи по здешевленню будівництва житла можна поділити на прямі та опосередковані. До заходів прямої дії відносяться:

- відміна сплати податку на додану вартість при реалізації і придбанні житла;
- державна підтримка щодо будівництва соціального житла (стосується безпосередньо працівників Міністерства внутрішніх справ, Міністерства оборони, Міністерства з надзвичайних ситуацій, а також прошарків малозабезпечених громадян).

Опосередкованими заходами є наступні:

- включення у грошові програми НБУ певного обсягу довго- та середньострокових кредитів для банків на будівництво житла, об’єктів комунального господарства, а також соціально-побутових об’єктів;

- створення будівельних ощадних установ у системі Ощадбанку та інших банків, які дозволяють банкам бути агентом уряду у фінансуванні будівництва житла;
- впровадження в практику накопичувальних депозитних рахунків для першого внеску. Для мотивації такої заощаджувальної практики державі доцільно передбачити виплату преференцій позичальникам, наприклад, премій у розмірі 20% суми першого внеску та щорічно індексувати її з урахуванням індексу інфляції;
- виділення місцевими органами влади територіальним громадам земельних ділянок під забудову не комерційного, а кооперативного житла і не за спекулятивними цінами;
- покладання завдань будівництва комунальної інфраструктури на підприємства, які будуть розташовані в зоні новозабудови і надаватимуть там послуги, отримуючи прибуток;
- створення на місцевому рівні холдингових компаній для будівництва нового житла;
- гарантія вкладених коштів населення на первинному етапі будівництва житла (до 30% обсягу інвестицій);
- розстрочка купівлі квартири;
- зменшення фіскального навантаження на будівельні організації житла за рахунок збільшення корпоративних установ;
- недопущення зростання вартості будівництва житла за рахунок спрямування коштів безпосередньо будівельним організаціям;
- фінансування через систему колективних інвестицій, беруть участь загальні фонди банківського управління;
- страхування іпотеки.

Створення ефективної системи іпотечного кредитування, яка поряд із ринковими механізмами включала б й інституційні засади державного регулювання підтримки житлового будівництва, залишається поки на рівні проголошеної мети в Концепції державної житлової політики 1995 р. Настала

потреба в розробці нової редакції державної житлової політики. Українська система фінансування житлового будівництва безперечно потребує подальшого розвитку, а деякі її сегменти – кардинального оновлення. Надто важливо розвивати практику довгострокового житлового кредитування, страхування іпотечних кредитів, утворювати спеціальні банки житлового будівництва, функціями яких є забезпечення доступності кредитів на будівництво житла. На законодавчому рівні необхідно визначити участь державного і місцевого бюджетів у фінансуванні й довгостроковому кредитуванні будівництва житла для соціально незахищених верств населення та тих, хто потребує підтримки з боку держави.

Важливо забезпечити системність і послідовність у створенні і впровадженні ефективних позиково-ощадних і фінансово-кредитних механізмів з метою залучення коштів населення і довгострокових банківських кредитів у житлове будівництво, підвищити роль інвестиційної активності регіонів у цій сфері, яка поки залишається низькою, перейти до нових містобудівних технологій освоєння територій.

РОЗДІЛ 3. РОЗВИТОК ІНФРАСТРУКТУРИ СФЕРИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УМОВАХ ДЕЦЕНТРАЛІЗАЦІЇ СИСТЕМИ МІСЦЕВОГО УПРАВЛІННЯ

3.1. Концептуальні засади розвитку системи охорони здоров'я України

Дослідження передбачає обґрунтування концептуальних засад мотиваційного розвитку системи охорони здоров'я України на основі впровадження оптимальних профілів її інфраструктури на базовому, районному та обласному рівнях.

Для цього необхідне застосування системно-структурних засобів оцінки соціально-економічних процесів у сфері охорони здоров'я України з урахуванням успішного досвіду окремих європейських держав. Він полягає у використанні оптимальних просторових профілів населення громад та районів. Мета – якісне і доступне надання медичної допомоги. Механізмом досягнення мети є збір податків та формування життєздатного бюджету на фінансування інфраструктури системи охорони здоров'я. Для цього місцеве самоврядування на рівні громад та районів має стати відповідальним та вмотивованим для раціонального фінансового забезпечення надання медичних послуг. Це потребуватиме синхронного і скоординованого реформування адміністративно-територіального устрою та місцевого самоврядування на рівні громад та районів в межах існуючих областей.

Насущність змін в охороні здоров'я в Україні найбільш контрастно проявляється в компаративному контексті на прикладі Республіки Польща.

Розвиток системи охорони здоров'я в РП відбувається поряд із реформуванням місцевого самоврядування, бюджетної та податкової систем. В Україні окремі зміни в системі охорони здоров'я такої зв'язки не мали і проходили на фоні застарілого каркасу системи місцевого самоврядування і хаотичного перегляду податкового законодавства.

Щодо фінансування розвитку системи охорони здоров'я, то в РП запроваджена страхова медицина на основі платежів всіх категорій громадян, у тому числі пенсіонерів, а також роботодавців.

В Україні відсутнє загальнообов'язкове та розвинене добровільне медичне страхування. Як наслідок, не існує дієвого посередника між надавачами медичної допомоги, пацієнтами та розпорядниками бюджетних коштів. Результатом цього є необґрунтована концентрація фінансових ресурсів для потреб спеціалізованої медичної допомоги на шкоду розвитку первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД) на засадах сімейної медицини.

Попередні результати реформування системи охорони здоров'я в Республіці Польща (РП) та окремих змін, що сталися в Україні, свідчать про розбіжності в тенденціях обох країнах. Так, в РП – з 1989 р. і дотепер має місце зменшення смертності громадян, у тому числі за рахунок розширення доступності й підвищення якості медичної допомоги. Інформації про зменшення смертності громадян від факторів, на які впливає медицина в Україні, не фіксується.

Вихідною причиною неефективного функціонування системи охорони здоров'я України є формальна роль громад, сіл, селищ та міст і районів у формуванні й використанні фінансових ресурсів, непрозора їх консолідація у МОЗ України, інших міністерствах і відомствах та обласних центрах. При цьому частка коштів для системи охорони здоров'я громад та районів фактично надається з урахуванням фінансових потреб високоспеціалізованої медичної допомоги. Таким чином, у системі охорони здоров'я України фінанси фактично фрагментовані на рівнях відомств та областей. Реальне ж наповнення бюджетів на рівні громад, районів та їх раціональне направлення в заклади охорони здоров'я на сьогодні відсутнє. Міністерством фінансів України використовуються показники витрат на заклади охорони здоров'я попереднього року з частковим урахуванням прогнозованої інфляції. Соціально-економічний обрахунок реальних витрат на одного пацієнта, враховуючи статевовікові особливості та стан здоров'я, не здійснюється.

В цілому в Україні у сфері охорони здоров'я вкрай бракує сучасних фахівців-управлінців, економістів та юристів, спроможних працювати за стандартами країн ЄС. Медична громадськість у своїй більшості налаштована проти реальних змін, які потребують кардинальних кадрових підходів щодо суттєвого нарощування профілактичної та первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини. Це має реалізовуватися шляхом підбору і підготовки сімейних лікарів, у тому числі з числа фахівців спеціалізованої ланки. На даний час останні виконують функцію лікарської посади лише на 50%. Середовище громадян знаходиться в пасивному стані через фактичну інформаційну блокаду медичною корпорацією країни реальних причин незадовільного стану надання медичної допомоги. Професіоналізм ЗМІ у сфері охорони здоров'я знаходиться у нерозвиненому стані.

За досвідом Республіки Польща для надання реального права громадам і районам формувати бюджет запроваджені ефективні механізми його наповнення. Так, частка від загальнонаціональних податків складає 25% від фізичних і 15% – від юридичних осіб. Збори від податку на землю, нерухомість, сільськогосподарську діяльність, спадщину на 100% залишаються на місцях [71].

До бази надходжень повітів та міст, які прирівняні до повітів, входять місцеві платежі від торгівлі, паркінгів, платних послуг, продажу. Частка державного бюджету в загальному бюджеті місцевого самоврядування складає лише 0,4%. Кошти ЄС складають 9%.

Межею перевищення бюджетного доходу на душу населення є 15%. Для вирівнювання можливостей регіонів застосовується механізм субсидій і дотацій, кошти Фонду охорони навколишнього середовища, Міжнародного інвестиційного банку, дотації на освіту, кредити, облігації.

Протягом 17 років РП брала участь у європейській програмі створення спеціальних економічних зон. Нині їх діє 14. Обмеження до 2020 р. стосується площі їх функціонування до 20 гектарів кожної з них.

Підприємства звільняються від податку на прибуток і на нерухомість. Передбачена компенсація інвестиційних коштів – 55% для малих підприємств і 45% – для середнього бізнесу. Впродовж зазначеного періоду щорічно інвестовано в економічні зони більше 1 млрд євро та створено 15 тис. робочих місць [72].

Так, після вступу до ЄС з 2004-2006 рр. Республіка Польща щорічно отримувала 3 млрд євро для вирішення зазначених завдань. Із них 30% направлялись у регіони для витрат на власний розсуд. Протягом 2007-2013 рр. було освоєно 37 млрд євро(щорічно близько 9 млрд євро). На наступні 7 років з 2014-2020 рр. передбачено 82 млрд євро. Із них 25% спрямовано в регіони [72].

Вжиття зазначених заходів дозволило в РП збільшити валовий внутрішній продукт на душу населення на 19% (з 49% у 2004 р. до 68% у 2013 р.) [72].

До системних ризиків при проведенні адміністративно територіальної реформи та місцевого самоврядування в Республіці Польща слід віднести:

1. Намагання уряду навантажити самоврядування «незручними» повноваженнями або забрати повноваження і гроші у громад. У зв’язку з цим необхідні чіткі юридичні й адміністративні інструменти для реалізації повноважень. Це стосується відмов уряду від практики внесення змін до законів на свою користь.

2. Надання повноважень і формування фінансів повітам та впровадження відносин: сильні гміна і повіт; повіт і сильне місто; повіт і територія повіту. Формування рад повітів доцільно здійснювати шляхом делегування депутатів рад, гмін.

Спираючись на досвід Польщі можна охарактеризувати стратегію дій української влади і суспільства по створенню нової системи охорони здоров’я.

Сутність адміністративно-територіальної реформи в Україні полягає у формуванні інституційних механізмів дієвого функціонування сфери соціальних послуг, насамперед, громад сіл, селищ та міст. Першими кроками по створенню нової системи охорони здоров’я в Україні на основі формування

сучасних, соціально орієнтованих у ринковому середовищі механізмів місцевого самоврядування, які базуються на адміністративно-територіальній реформі, мають бути:

- законодавче забезпечення прийняття низки нових законів, які сприятимуть демонополізації, детінізації та забезпеченню дотримання реальних прав власності в соціальній інфраструктурі, насамперед, системі охорони здоров'я та її функціонального і фінансового структурування за видами надання медичної допомоги.
- з точки зору політичної – проведення демократичних виборів до органів місцевого самоврядування, які мають забезпечити умови для пріоритетного фінансування профілактичної та ПМСД на засадах сімейної медицини кожного із видів надання медичної допомоги;
- реальне відділення місцевих фінансів від урядових і передача громадам прав по реальному формуванню і наповненню бюджету та його використанню, в тому числі й у сфері охорони здоров'я;
- передача громадам у власність, у тому числі в сфері охорони здоров'я, землі, будівель, медичного устаткування;
- здійснення закупівель медичних послуг на прозорій основі;
- забезпечення реальної самостійності сільських голів.

Умови розбудови нової системи охорони здоров'я України представлені нижче. Це по-перше, політична воля керівництва держави та місцевого самоврядування в обґрунтуванні й реалізації модернізації країни, регіону, району та громад, спроможність долати опір змінам. По-друге, активне залучення експертного середовища, яке знає як, що і коли робити. По-третє, підтримка громадян насамперед молоді у віці до 30 років. По-четверте, підтримка прогресивної, насамперед, по-державницькі мислячої молодіжної частини медичної громадськості. По-п'яте, професіоналізм і незалежні від власників ФПГ і ТНК ЗМІ. По-шосте, професіоналізм сучасних управлінців – економістів, юристів, які навчені ефективно діяти.

Виходячи з інтересів громадян у сфері охорони здоров'я, при проведенні адміністративно-територіальної реформи та реформи місцевого самоврядування

необхідне на рівні територіальних громад в селах, селищах та містах створення амбулаторій сімейної медицини по наданню ПМСД, невідкладної та паліативної і хоспісної медичної допомоги (табл. 3.1, 3.2).

При цьому має бути забезпечено перерахування коштів на пацієнтів, направлених ПМСД до закладів спеціалізованої медичної допомоги. Насамперед, це стосується дітей, інвалідів, вагітних жінок та осіб, про яких нікому потурбуватись.

Таблиця 3.1

Порівняльна таблиця динаміки кількості громад до і після реформи місцевого самоврядування в Республіці Польща, Федеративній Республіці Німеччина та Великій Британії

№ п/п	Країна	Динаміка змін громад в країнах	
		До реформи	***Після реформи***
1.	Республіка Польща	1955 р. - 9,5 тис. міських, селищних та сільських рад	У 1990 р. – 2,5 тис. гмін; у одній гміні 24 нас. пункти, 6760 осіб та 134 кв. км. території; 270 чол. Середня кількість мешканців села; є гміни з чисельністю в 2,5тис. осіб 40. тис солетств; в центральному пункті – голова гмін; у 18-и солетствах-1 нас. пункт; або об'єднання солстисів(ради солетств) діяльність солетств здійснюється згідно статуту і для виконання завдань, делегованих зміною. Дохід власний, а також дотації із бюджету гміни
2.	ФРН	1968 р. – 24,4 тис. міських, селищних та сілких рад	Після 1970 р. – 8,4 тис. громад.
3.	Велика Британія	1971 р. – 1,5 тис. міських, селищних та сілких рад	У 1975 р. – 0,5 тис. громад.

Таблиця 3.2

Прогноз кількості громад сіл та селищ та потреб у ПМСД на засадах сімейної медицини після реформи місцевого самоврядування в Україні

№ п/п	До реформи	Після реформи
	Динаміка змін громад	
1.	2015р. - 11,5 тис. міських, селищних та сільських рад На одну сільську раду припадає 3 сільських населених пункти; 47 кв. км. території; 28% селян проживають у населених пунктах України, віддалених від сільської ради від 3 до 10 км.; В одній сільській раді постійного населення 1,4 тис. тис. чол.; середня кількість мешканців села складає 520 чол.	2017р. [31]- 1,5 тис. громад; 9 тис. чол. в громаді; середня кількість населених пунктів в громаді – 16; територія = 400 кв. км.; максимальна відстань до адміністративного центру 20 км.; чисельність населення в одному селі – 520 чол.
	Медичне забезпечення сіл, селищ	
2.	3 фельдшери у трьох ФАПах, або в рідких випадках сімейний лікар та медсестра; автомобіль нерідко відсутній	Виходячи з критеріїв забезпеченості сімейними лікаря в сільській місцевості (1,2 тис.) для громади чисельністю у 9 тис. осіб необхідно 7-8 сімейних лікарів; 14-16 медичних сестер; 7 молодших медичних сестер

В містах – розгортання центрів ПМСД на засадах сімейної медицини доцільно створити центри стоматологічної допомоги для надання профілактичної, первинної та невідкладної допомоги. На рівні новостворених громад навколо центрів економічного тяжіння – міст, які до реформи мали статус обласного значення з населенням більше 50 тис. осіб необхідно мати центр ПМСД з амбулаторіями загальної практики сімейної медицини, денним стаціонаром та з функціями обслуговування дошкільної і шкільної мережі, відділення невідкладної медичної допомоги (при відсутності окремого закладу); центр ПМСД з функціями надання невідкладної медичної допомоги, замісної підтримуючої терапії, спортивної медицини, при якому доцільне створення відділення профілактики або відділення здоров'я; хоспіс або стаціонарне відділення хоспісної та паліативної допомоги; надання амбулаторної хоспісної і паліативної медичної допомоги; багатопрофільної лікарні інтенсивного

лікування з розрахунку обслуговування 150 тис. громадян у межах новоствореного району (госпітального округу).

Лікарня має фінансуватися з районного бюджету. Передбачається що лікарня інтенсивного лікування буде двох рівнів: 1-й рівень для обслуговування госпітального округу до 350 тис. жителів, а другий – понад 350 тис. жителів. Лікарня інтенсивного лікування другого рівня відрізняється від першого тим, що замість кабінетів створюються відділення, в тому числі нові.

Для надання стаціонарних послуг дітям, які потребують лікування згідно неврологічного, хірургічного та травматологічного профілів, а також дітям, яким необхідне надання інтенсивної терапії у відділені анестезіології та інтенсивної терапії, використовується багатопрофільна лікарня інтенсивного лікування. Вона повинна мати спроможність надавати спеціалізовані медичні послуги як дорослим, так і дітям. У госпітальних округах чисельністю понад 350 тис. жителів створюється дитяча лікарня інтенсивного лікування.

Також на території розгортання центрів ПМСД необхідно зберегти консультативно-діагностичні центри, які повинні обслуговувати значну частину мешканців новоствореного району та фінансуватися з його бюджету. Разом з цим слід діяти спеціалізована стоматологічна клініка має фінансуватися з бюджету району.

Типовою є точка зору, що у сфері охорони здоров’я базового рівня для міст з чисельністю 50 тис. і більше має функціонувати на рівні громад (село, селище, місто) амбулаторій сімейної медицини по наданню ПМСД, невідкладної та паліативної і хоспісної медичної допомоги. При цьому має бути забезпечено перерахування коштів на пацієнтів, направлених ПМСД до закладів спеціалізованої медичної допомоги. Насамперед це стосується: дітей, інвалідів, вагітних жінок та осіб, про яких нікому потурбуватись. В містах – розгортання центрів ПМСД на засадах сімейної медицини необхідно забезпечити розвиток спеціалізованої медичної допомоги.

На рівні громад (міста обласного значення) має існувати: центр ПМСД з амбулаторіями загальної практики сімейної медицини, денним стаціонаром,

відділенням дошкільної і шкільної мережі, відділення невідкладної медичної допомоги (при відсутності окремого закладу); центр ПМСД з функціями надання невідкладної медичної допомоги, амбулаторної хоспісної і паліативної медичної допомоги, замісної підтримуючої терапії, спортивної медицини. При центрі може бути створено відділення профілактики або відділення здоров'я.

На вторинному рівні повинна бути розташована багатопрофільна лікарня інтенсивного лікування з розрахунку 45 ліжок на 10 тис. населення або з урахуванням ліжок на третинному рівні за стандартом 60 ліжок на 10 тис. населення. Крим того доцільно мати на цьому рівні консультативно-діагностичний центр, стоматполіклінік, хоспіс або стаціонарне відділення хоспісної та паліативної допомоги. На рівні районів необхідно забезпечити інтеграцію закладів спеціалізованої медичної допомоги, виходячи з потреб пацієнтів і можливостей бюджету. На рівні обласних центрів потрібно фінансувати лікування пацієнтів із громад та районів й інших територій для надання високоспеціалізованої медичної допомоги.

Важливим заходом є формування і консолідація фінансів для надання послуг у сфері охорони здоров'я України в умовах бюджетної децентралізації. У цьому контексті громади в селах, селищах та містах повинні мати можливості фінансувати функціонування амбулаторій сімейної медицини, надання невідкладної та паліативної і хоспісної медичної допомоги або делегувати ці функції на районний рівень. В громаді має бути здійснена система оцінки потреб мешканців у послугах консультативно-діагностичної та іншої спеціалізованої медичної допомоги (лікарень). Фактично це є обґрунтованим фінансовим ресурсом на районному рівні. Контроль за використанням цих коштів має здійснюватися депутатами від села, селища та міста, які мають входити до складу районних рад. За досвідом РП місцеві депутати громад мають делегуватись у районні ради для контролю за ефективним використанням коштів, насамперед, у сфері охорони здоров'я. Тобто залучення послуг вторинної медичної допомоги має здійснюватись управлінням охорони здоров'я району під контролем уповноваженого від громади депутата районної

ради. При таких умовах структура надання вторинної медичної допомоги буде чітко відповідати реальним потребам в отриманні медичних послуг громадами сіл, селищ, міст, районів, враховуючи їх фінансові можливості.

У зв'язку з цим слід передбачити зростання витрат на профілактичну, ПМСД на засадах сімейної медицини, паліативну і хоспісну допомогу (ПіХД), невідкладну (НМД) та реабілітаційну (РМД) медичні допомоги – в 3 рази. Відповідно мають скоротитися витрати на вторинну медичну допомогу (ВДМ) – в першу чергу на застарілу інфраструктуру лікарень. Це дозволить частково детінізувати ресурси громад для фінансування вторинної медичної допомоги.

Для громади міст це буде локалізація коштів для надання профілактичної, ПМСД, ПіХД, НМД, РМД при чіткому їх фінансуванні відповідно до 10%, 35%, 10%, 10%, 35% від загального обсягу фінансування. В містах доцільно сформувати єдиний пул із автономних модулів кожного з видів надання медичної допомоги. В селах і селищах це буде стосуватися фінансування своїми можливостями профілактичної, ПМСД, НМД, ПіХД або передачу на районний рівень.

Дискусійним питанням, яке потребує додаткового дослідження, є фінансування екстреної медичної допомоги (ЕМД). Громади повинні мати можливості обраховувати реальні потреби в ЕМД і контролювати (делегувати) фінансовий ресурс на районний або обласний рівні.

Консолідація фінансового ресурсу на базовому рівні (громад) має здійснюватися навколо сімейного лікаря та сімейних медичних сестер, які працюють в амбулаторії сімейної медицини або центрі ПМСД. На районному рівні, який відповідатиме за спеціалізовану медичну допомогу, – навколо лікарні.

На перехідному етапі від діючої до нової системи адміністративно-територіального устрою та місцевого самоврядування України доцільним є єднання закупівель послуг ПМСД і ВМД на рівні управління охорони здоров'я районів. Це певним чином співпадає з рекомендаціями ЕРБ ВООЗ [73] щодо об'єднання закупівель ПМД і ВМД.

Враховуючи досвід Республіки Польща, наступним кроком децентралізації управління (мінімум через 5-7 років) має стати створення районних та обласних рівнів місцевого самоврядування. Оскільки це кардинально зачіпає сферу охорони здоров'я (відповідно ВМД,ЕМД, ПіХД), освіту, ЖКХ, управління шляхами та зв'язком, необхідна підготовка та прийняття низки законів.

Формування громад для надання якісної і доступної первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини, невідкладної, а також паліативної і хоспісної медичної допомоги.

Успіх має базуватися виключно на гармонійному розвитку громад [74]. Їх мінімальна чисельність має складати близько 4 тис. чоловік. Середня чисельність громад має становити близько 15 тис. чоловік. Це корелює з тенденціями розвинених європейських країн. Громада має мати спроможність прийняти відповідальність за виконання державних функцій місцевого значення. Це стосується початкової освіти, надання ПМСД, ПіХД, НМД, комунального господарства, соціальної допомоги. Рада громади має обиратися прямим голосуванням. Вона має контролювати прийняття рішень. Голова громади має очолити виконавчий орган. Як наслідок, це дозволить суттєво наростити потенціал ПМСД на засадах сімейної медицини для надання профілактичної, первинної, невідкладної, паліативної та хоспісної медичної допомоги.

При реформуванні системи охорони здоров'я необхідно враховувати особливості утворення районів для надання якісної вторинної медичної допомоги. Чисельність громадян району має скласти близько 100 тис. осіб. В Україні має залишитися близько 100 районів. Крім цього, статус районів можуть отримати міста з чисельністю більше 190 тис. осіб. На районному рівні має передбачатися виконання завдань по наданню послуг наступного рівня середньої освіти, ВМД, ПіХД, захисту прав споживачів та громадського порядку, вирішення завдань зайнятості. Рада району обирає правління як виконавчий орган, який очолює голова.

Що стосується третього рівня – регіонів, у тому числі АРК, для надання третинної медичної допомоги, то їх має бути близько 20-25. В області має функціонувати подвійний урядово-самоврядний тип державної адміністрації.

Місцеве самоврядування має здійснювати обрана на виборах рада, яка обирає виконавчий орган правління на чолі з головою. Самоврядування області створює умови для розвитку суспільної і технічної інфраструктури на основі визначених нею завдань розвитку регіону та створення умов для надходження інвестицій.

Державне управління здійснює голова обласної державної адміністрації, який є представником Президента України (уряду) і контролює законність прийнятих рішень, не блокуючи діяльність місцевого самоврядування. Він координує діяльність військової та санітарної інфраструктури регіону й є відповідальним за діяльність захисту довкілля, ветеринарної, торгівельної інспекцій, служб протипожежної охорони.

Для ефективного державного регулювання розвитку місцевого самоврядування і державних інспекцій необхідно створити спеціалізовані комісії уряду і місцевого самоврядування.

Зазначені спеціалізовані комісії мають бути сформовані на рівні громад, районів, областей, а також Кабінету міністрів України. Зазначений орган має стати базовим для узгодження рішень і підготовки законів щодо державного регулювання місцевого самоврядування. Міністерство інфраструктури України повинно функціонально визначити необхідні відділи і сектори для розробки концепції і стратегії держави на середньостроковий період, розробки інформаційних проектів.

Важливою складовою є прийняття законодавчих положень про порядок проведення реформ. В них необхідно чітко виписати сутність та етапи їх проведення, також зміни в розподілі фінансових ресурсів.

Реформу доцільно розпочати до проведення виборів в органи місцевого самоврядування. Для цього на місцях необхідно здійснити підбір та навчання висококваліфікованих фахівців, які спроможні до їх практично успішного

впровадження. Базовим принципом реформування громад має стати їх єднання по місцю проживання, а не навколо роботи. Це має стати реальним інструментом зміни якості життя на своїй вулиці, в селі, селищі та місті. Для навчання працівників місцевого самоврядування необхідно створення недержавного фонду розвитку демократії на місцевому рівні. Це дозволить залучити кошти іноземних інвесторів для навчання громадян по всій країні.

Формування нової якості медичної культури громадян має початись із нарощування об'єктивності й професіоналізму ЗМІ. Насамперед, це стосується створення громадського «Каналу здоров'я» та сайтів по сучасному інформуванню громадян про їх права та обов'язки і навчанню медичних та управлінських кадрів.

Для розбудови нового фундаменту сучасної системи охорони здоров'я необхідно мінімум 2-3 роки.

Згідно із розпорядженням КМУ№333-р – від 1.04 2014 р «Про схвалення Концепції реформування місцевого самоврядування та територіальної організації влади в Україні» [75] ПМСД і ВМД мають фінансуватися на рівні відповідно громад і районів.

Точка зору окремих українських фахівців В. Лехан, К.Надутий полягала в тому, що єдиний пул фінансування має концентруватися на обласному рівні. На наш погляд, ця концептуальна помилка була закладена при реформуванні системи охорони здоров'я України в 2011-2013 рр. [76-78], де було фрагментоване фінансування ПМСД на міському та районному рівнях, а фінансування вторинної медичної допомоги, третинної медичної допомоги (ТМД) і ЕМД здійснювалося на обласному рівні. В рекомендаціях ЕРБ ВООЗ мова йде про доцільність прийняття рішення щодо єднання фінансування на рівні району-міста чи регіону [73].

У зв'язку з цим доцільним є єднання в селищах, районних центрах та містах обґрунтованих автономних сегментів, фінансових ресурсів для центрів ПМСД, ПіХД, ВМД, НМД. При цьому мають дотримуватися параметри і співвідношення мінімального фінансування видів надання медичної допомоги.

Для сіл й інших селищ ця фінансова база має бути достатньою для фінансування ПМСД на засадах сімейної медицини.

В результаті проведення адміністративно-територіальної реформи та реформи місцевого самоврядування для РП характерним є посилення фінансової самостійності гмін, повітів і воєводств. Для побудови нової системи охорони здоров'я в Україні необхідне проведення реформування місцевого самоврядування та адміністративно-територіальної реформи, яка врахує її спроможність надавати якісну і доступну медичну допомогу. Стосовно наповнення фінансових ресурсів на рівні громад – сіл, селищ та міст пріоритет має бути наданий розвитку ПМСД на засадах сімейної медицини. Для районів оптимальним є вірогідне делегування громадами фінансування мережі ПМСД на основі створення відповідних центрів ПМСД, а також спеціалізованої медичної допомоги, в тому числі паліативної і хоспісної. На регіональному рівні має бути забезпечено фінансування високоспеціалізованої та екстреної медичної допомоги, в тому числі шляхом створення міжрегіональних медичних кластерів шляхом добровільного об'єднання із закладами спеціалізованої медичної допомоги, в тому числі інших областей.

Таким чином, концептуальні основи мотиваційного розвитку системи охорони здоров'я України для надання якісної і доступної медичної допомоги громадянам в умовах адміністративно-територіальної реформи та реформи місцевого самоврядування полягають у впровадженні оптимальних профілів інфраструктури системи охорони здоров'я на базовому, районному та обласному рівнях. Вони мають лягти в основу при утворенні нових громад та районів.

3.2. Удосконалення структури витрат на медичні послуги

Суттєве зростання за останні 10 років в 6,5 разів витрат на систему охорони здоров'я України не вплинули на зменшення запобіжної смертності громадян України [79]. При цьому «загальні витрати на систему охорони

здоров'я України складають 7,8% ВВП, що є нижньою межею країн Європейського Союзу»[80].

У зв'язку із значним попитом на високоякісні послуги закладів охорони здоров'я на всіх рівнях медичного обслуговування населення доцільно запровадити для Україні нову концепцію публічного лімітування (структурування) затрат на медичні послуги і впровадити необхідний рівень фінансової дисципліни в умовах реформування місцевого самоврядування.

Фактично це напрям обґрунтування шляхів переходу на рівні громад, районів та областей від концепції наявної платоспроможності до концепції медичної потреби.

В Україні протягом XX-XXI ст. діє затратний бюджетний механізм функціонування системи охорони здоров'я. Він проявив свою неспроможність в ринкових умовах забезпечити належний рівень якості й доступності медичної допомоги, насамперед, для соціально незахищених верств населення.

Він не передбачає реальної участі в його формуванні та контролі за його використанням з боку асоціації споживачів медичних послуг – пацієнтів та надавачів – асоціацій лікарів. На базовому, районному, обласному рівнях інтереси надавачів медичної допомоги і розпорядників бюджетних коштів практично афільовані. Цю функцію виконують головні лікарі закладів охорони здоров'я, які зазвичай є депутатами відповідних рад. Вони фактично монополізували обґрунтування пропозицій щодо витрат коштів на систему охорони здоров'я, їх використання та контроль.

Підрозділи охорони здоров'я в районних державних адміністраціях у більшості районів України відсутні. На обласному рівні в сфері охорони здоров'я сформовано управлінський механізм, який монополізував фінансові потоки громад та регіонів. На рівні Міністерства охорони здоров'я України рішення по обґрунтуванню витрат «коригується» не під потреби пацієнтів, а виходячи із можливостей бюджету утримувати застарілу інфраструктуру. На сайтах медичних закладів, підрозділів охорони здоров'я на рівні громад, районів, областей та МОЗ України, інших міністерств та відомств відсутня

інформація в режимі реального часу щодо реальних витрат ними бюджетних коштів та вартості медичних послуг.

Аналіз проблем витрат у сфері охорони здоров'я певним чином проведено у працях українських дослідників Е.Лібанової [81], З.Надюк [82], Н.Карпишин [83], В.Лехан, Г.Слабкого [84] та іноземних фахівців V.R. Fuchs [85], Е.Морена [86]. Дослідженню оптимізації витрат у новостворених громадах, районах, а також областях України у сфері охорони здоров'я в умовах адміністративно-територіальної реформи та реформи місцевого самоврядування проведено у працях А.Ткачука [87], Ю.Ганущака [88], І.Коліушко [89, 90]. Перспективи досягнення фінансової стійкості сучасних систем охорони здоров'я обґрунтовані ВООЗ [91, 92, 93, 94], Європейською комісією [95, 96], ОЕСР [97], ЄБРР [98] та ін. Разом із тим питанням упорядкування фінансових надходжень та оптимізації витрат у сфері охорони здоров'я в умовах адміністративно-територіально реформи та реформи місцевого самоврядування приділяється недостатньо уваги.

Надзвичайно актуальним завданням є приведення фінансової дисципліни у сфері охорони здоров'я України до сучасних стандартів. Це передбачає забезпечення відповідальності трьох дієвих інституцій – розпорядників бюджетних коштів, надавачів медичної допомоги та її споживачів. Виходячи із пріоритетності завдань громад, районів та областей по зниженню смертності громадян до рівня країн Центральної та Східної Європи, ними спільно мають детально розроблятися «контрольні» та «м'які» показники оплати і ліміти щодо структури фінансування. Це необхідно робити перед початком нового фінансового року. Насамперед, це стосується профілактичної та первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини, паліативної і хоспісної та екстреної медичної допомоги. Таким чином, мають бути впроваджені механізми публічного лімітування затрат на рівні громад, районів, областей та міністерств. Тобто необхідне впровадження замість показників витрат медустанов показників раціональних оплат при наданні послуг та їх структури.

Метою системи охорони здоров'я України має стати надання доступної й якісної медичної допомоги для зниження рівня смертності, приведення стану захворюваності та госпіталізації громадян відповідно до стандартів країн ЄС.

При цьому пацієнти, надавачі медичної допомоги та розпорядники бюджетних коштів повинні мати щоденну можливість переконуватись в існуванні чіткої фінансової дисципліни в системі охорони здоров'я України на основі надання в режимі реального часу кожним закладом охорони здоров'я поточних витрат.

Актуальним для України є дослідження передових практик системного підходу до забезпечення фінансової дисципліни у сфері охорони здоров'я.

В країнах ЄС офіційні платежі до страхових компаній складають близько 20% від бюджету на систему охорони здоров'я, або 1,6% ВВП [99].

З 1993 р. в основу реформування системи охорони здоров'я Німеччини покладено довгостроковий акт про структурні зміни по посиленню контролю за загальним зростанням витрат шляхом впровадження конкуренції та механізмів контролю з боку суспільства.

Так, в Німеччині фінансова дисципліна досягається системою дій трьох чинників:

- домовленістю по ціні й якості медичної допомоги між надавачами медичних послуг та їх платниками;
- обов'язковістю державного та розвиненістю приватного страхування із системою контролю обґрунтованості вартості медичних послуг;
- загрозою контролю з боку центральної влади при недотриманні фінансової дисципліни та якості медичної допомоги.

Виходячи із зазначеного, управління системою охорони здоров'я України має чітко розділитися на:

- регулювання стандартизації надання медичної допомоги незалежною від МОЗ України агенцією, яка має бути створена;
- фінансування з боку майбутнього Фонду загальнообов'язкового медичного страхування, який повинен мати розвинену мережу на

міжрайонному, обласному та регіональному рівнях та приватних страхових компаній;

- визначення Міністерством економічного розвитку та торгівлі України і Міністерством фінансів України контрольних показників фінансування кожного із видів надання медичної допомоги та медичними закладами;
- повну передачу ліцензійних та регуляторних вимог до кваліфікованих саморегулятивних організацій лікарів. Ефективний захист асоціаціями пацієнтів їхніх прав при отриманні медичних і фармацевтичних послуг, надання їм, а також розпорядникам бюджетних коштів прав реального контролю за їх використанням в системі охорони здоров'я.

Упорядкування витрат в системі охорони здоров'я України має передбачати дієвий урядовий вплив на прийняття рішень по розвитку всіх видів надання медичної допомоги та впровадження медичних технологій. Співвідношення фінансування має складати 6% – на профілактичну медичну допомогу, 32% – ПМСД; 42% – спеціалізовану медичну допомогу; по 5% – на екстрену, невідкладну, паліативну і хоспісну та реабілітаційну медичні допомоги. Це потребує необхідних змін до законів України, які регламентують діяльність системи охорони здоров'я, Бюджетного кодексу України та відповідних наказів міністерства фінансів України і міністерства економіки та торгівлі України.

Оптимальний рівень загальних витрат на систему охорони здоров'я України має орієнтуватись за стандартами країн ЄС. На сьогодні в Україні він становить 7,8% ВВП при нижній межі в країнах ЄС – 8% ВВП [80]. Слід враховувати, що неформальні платежі громадян складають 43% від загальних витрат на охорону здоров'я. Це становить 3,6% ВВП [80].

Для вирішення проблеми детінізації ринку платежів громадян за отримані медичні послуги необхідне запровадження загальнообов'язкового медичного страхування.

За досвідом Німеччини необхідне налагодження в нашій державі взаємодії системи майбутнього загальнообов'язкового медичного страхування, яке має охоплювати 90% населення і надавачів медичних послуг по недопущенню непередбачуваного зростання цін на медичні послуги. Для цього необхідно прийняття закону «Про структурну реформу в сфері системи охорони здоров'я». В ньому слід передбачити необхідні довгострокові заходи.

При цьому доцільним є розгортання співпраці двох систем різноманітних платежів – загальнообов'язкового медичного страхування і добровільного приватного, комунальних, державних та приватних надавачів медичної допомоги, яка має базуватися на умовах відкритого нормування.

Що стосується страхової системи, то в законодавстві слід передбачити, що регіональний (обласний) статутний фонд страхування по хворобі відносить до своїх клієнтів громадян із доходами менше 40 тис. грн на рік (3-3,5 тис. грн на місяць). Це визначено певним чином аналоговим методом станом на 21.03.2014 р. (курс грн/дол. США = 10,10) у порівнянні із 40 тис. дол. для ФРН [99, с.66].

Страховий фонд у своїй діяльності має керуватись ухваленим на рівні Кабінету міністрів України стандартизованим пакетом страхових виплат при захворюваннях за конкретним діагнозом або діагностично-спорідненої групи.

При доходах вище 40 тис. грн пацієнт вибирає страхову послугу в одного з кількох десятків добровільних приватних страхових агенцій, або послуги у майбутній статутній системі страхування. Остання формує страхові премії на 50% від платежів працівників і 50% – роботодавців. При цьому платежі роботодавців мають корелювати зі зниженням загального рівня заробітної плати.

Прозорість платежів майбутнього статутного страхування надання медичних послуг має забезпечуватися діяльністю єдиної системи «all-payer system» за єдиними тарифами. Останні мають щорічно узгоджуватися з асоціацією фондів страхування на хворого й асоціацією надавачів медичних послуг на базовому, районному та регіональному рівнях. При цьому зростання

ціни на медичні послуги не може перевищувати темпів зростання заробітної плати. При відсутності зазначеної кореляції здійснюється зменшення ціни на медичні послуги.

Конкурентність у сфері охорони здоров'я має забезпечуватися максимальним сприянням впровадженню приватних структур в усіх видах надання медичної допомоги на рівноправних умовах з державними (відомчими) та комунальними медичними закладами. У первинній медико-санітарній допомозі це має передбачати впровадження приватних сімейних лікарів, які протягом десятирічного періоду мають скласти не менш ніж 50% від загальної кількості сучасних сімейних лікарів. Така ж пропорція має стосуватись і кількості приватних центрів первинної медико-санітарної допомоги. Що стосується вторинної медико-санітарної допомоги – то це має передбачати створення умов для розгортання приватних консультативно-діагностичних центрів, у тому числі спеціалізованих приватних лікарень із часткою на ринку не менш ніж 50%. У третинній медичній допомозі, яка презентує високотехнологічні й високоспеціалізовані медичні послуги, в тому числі в структурі університетських лікарень, приватна складова має бути не менше ніж 30-40%. Екстрена і невідкладна медична допомога потребують сприяння у створенні мережі приватних станцій екстреної та швидкої медичної допомоги. У паліативній і хоспісній медичній допомозі – до 30-40% хоспісів мають бути засновані як приватні. Для надання профілактичної допомоги доцільне заснування до 30-40% приватних закладів. Така ж пропорція має стосуватись і реабілітаційної медичної допомоги.

Впровадження відкритої та керованої конкуренції має своєю метою передбачати посилення контролю за вартістю й якістю медичних послуг в межах конкретного діагнозу або діагностично-спорідненої групи. Для цього необхідна конкуренція по залученню пацієнта між статутними фондами страхування на рівні громад, районів, міжрайонних та обласних. Актуальною є потреба в запровадженні конкуренції між ними і приватними страховими

фондами у співвідношенні 80:20 в цілому та за кожним із видів надання медичної допомоги.

Для забезпечення належного рівня фінансової дисципліни та платоспроможності страхових фондів (статутних і приватних) необхідно:

- законодавчо на трирічний період визначити частку фінансування кожного із видів надання медичної допомоги від загальних витрат на сферу охорони здоров'я;
- базовим показником зростання витрат за видами надання медичної допомоги може бути зростання заробітної плати в Україні, враховуючи при цьому регіональні аспекти;
- обмеження вартості медичних послуг протягом трьох років має стабілізувати внески до фондів страхування та їх витрати.

3.3. Особливості проведення реформ і управління витратами на послуги в системі охорони здоров'я

В Україні традиційно відсутня атмосфера співпраці й співвідповідальності між споживачами медичних послуг (асоціаціями прав пацієнтів), їх надавачами та інституціями, які це оплачують – розпорядниками бюджетних коштів, страховими компаніями, касами взаємодопомоги.

На фоні старіння населення, зростання попиту на медичні послуги та цін і з метою підтримання інфраструктури системи охорони здоров'я проходить стрімке зростання витрат на неї. Воно призвело до нескоординованого перенесення абсолютної більшості витрат на спеціалізовану медичну допомогу (85% від загального обсягу) при заморожуванні витрат на ПМСД до 9% (замість 35%) та близько 1% на паліативну хоспісну допомогу.

Як наслідок весь тягар профілактичної, первинної медико-санітарної допомоги, в тому числі послуги стаціонару вдома, денного стаціонару, планування сім'ї, лягло на плечі дільничних терапевтів та педіатрів. Вони ніяким чином із бюджету не оплачуються. На такому фоні попит на послуги сімейного лікаря та пропозиція на заміщення цих посад або відсутні, або

знаходяться в зародковому стані. Виключення становлять окремі початкові зрушення в деяких громадах (м. Горішні Плавні Полтавської області, м. Вознесенськ Миколаївської області), які були раніше задіяні в пілотних проектах.

Для досягнення всебічного охоплення населення медичними послугами необхідний пропорційний внесок у цей процес як надавачів медичної допомоги, так і розпорядників фінансових коштів та пацієнтів.

Платоспроможність при отриманні медичної допомоги має базуватися на чіткій і прозорій калькуляції витрат на кожну медичну послугу з розкриттям часток, які покриваються бюджетом, фондом соціального страхування, громадянами і на які потреби ці кошти направлені. Для України характерна переоцінка спроможності громадян оцінити оптимальні кроки для отримання своєчасної і доступної медичної допомоги. Це пов'язано з відсутністю необхідної і своєчасної інформації про можливості та спроможності системи охорони здоров'я в цілому надавати якісну і доступну медичну допомогу по місцю проживання.

Глобальне структурування витрат має базуватися на розробленому і впровадженому соціально-економічному механізмі управління кожним медичним закладом громади, району та області. Для цього необхідне чітке визначення фінансових рамок надання кожного виду медичної допомоги. Це спроможні здійснити управлінці-економісти і підприємці, які в ринкових умовах при підтримці лікарів здатні розробити та впровадити зазначені механізми.

В цих умовах важлива роль належить висококваліфікованому сімейному лікарю. Наступною особливістю для України є потреба в своєчасному затвердженні МОЗ України медичних протоколів за всіма видами надання медичної допомоги та створенню умов для впровадження ефективної та раціональної клінічної практики на засадах доказової медицини.

З боку Міністерства фінансів України та Міністерства економічного розвитку і торгівлі України необхідно встановлення параметрів фінансування

кожного з видів наданням медичної допомоги і структурування використання наявних ресурсів.

Для створення дієвої системи контролю вартості медичних послуг має бути визначено:

1. Складові бюджету, що включає структуру послуг МОЗ України та їх вартість, уніфікований пакет медичних послуг, який підлягає відшкодуванню страховими компаніями, а також перелік традиційних та можливо нетрадиційних медичних послуг, на які не розповсюджуються страхові виплати, а оплата здійснюється пацієнтами.

2. Категорії населення, які підлягають страхуванню. Враховуючи

Враховуючи значну частку бідного населення – більш ніж 33% [100] від загальної кількості громадян, включаючи працююче населення, пенсіонерів, інвалідів, дітей із числа сімей, які проживають нижче прожиткового мінімуму, та обмежені можливості бюджету оплачувати надання якісної і доступної медичної допомоги пацієнтам, бюджетне гарантування має забезпечуватися через загальнообов'язкове (статутне) медичне страхування цих категорій громадян. Цій же меті мають підпорядковуватися програми медичного обслуговування.

На всіх великих підприємствах, у міністерствах та відомствах, місцевих органах влади необхідно створити власну систему страхування. Ключовим моментом у розгортанні системи страхування в Україні має бути трирічний термін впровадження самоокупності. Для започаткування системи статутних фондів необхідно в пілотному проекті залучити від чотирьох до восьми регіонів для фінансування страхових внесків, передбачивши при потребі надання державного кредиту. Особливу увагу слід приділити підбору управлінців статутних фондів та закладів охорони здоров'я, які повинні мати необхідні моральні цінності, спроможність реалізовувати українські державні інтереси та кваліфікацію для налагодження ефективної самоокупності діяльності статутних фондів.

Бюджет має охоплювати для соціально-незахищених верств населення профілактичну, ПМСД на засадах сімейної медицини, невідкладну та екстрену медичну допомогу.

3. Ядро витрат, що гарантовані бюджетом, у складі яких слід враховувати зростання витрат на профілактичну, ПМСД і спеціалізовану медичну допомогу соціально-незахищених верств населення більш ніж в 2 рази та зменшення частки фінансування для представників середнього класу, які нині користуються безкоштовно цими послугами. При цьому слід враховувати, що левова частка витрат громадянами здійснюється за останні 2 роки життя.

4. Принципи соціальної справедливості в різних регіонах при застосуванні гарантованого фінансування значних витрат для профілактичної, ПМСД на засадах сімейної медицини і тарифів для первинної і спеціалізованої медичної допомоги.

З урахуванням неоднакового ступеня концентрації надавачів медичних послуг за різними видами медичної допомоги з боку кількох категорій надавачів для груп населення необхідно чітко визначити, що основною соціально-економічною одиницею для визначення обсягу медичних послуг є наступне:

- для громади села, селища та міста – це профілактична, ПМСД на засадах сімейної медицини, невідкладна, паліативна та хоспісна медична допомога;
- для району – це спеціалізована медична допомога;
- для області – це високоспеціалізована медична допомога (у т.ч. екстрена);

Доступність сфери охорони здоров’я – це стан наближення до громадян персоналу, що надає послуги, та інфраструктури, яка відповідає стандартам. Для оцінки доступності нами застосований структурно-функціональний підхід до визначення здоров’я Він зосереджений на оцінці здатності людського організму повноцінно виконувати соціальні функції в умовах забезпечення

динамічної рівноваги як у середині організму, так і організму з навколишнім середовищем [101, с.143].

Доступність інфраструктури сфери охорони здоров'я залежно від виду надання медичної допомоги включає просторову (км), часову (хв.) – для спеціалізованої та екстреної допомоги, фінансову спроможність громадян та соціальну складову (кваліфікованість медперсоналу, доступність ліків, чистої води, повітря, продуктів харчування, умов праці та відпочинку).

При цьому доцільно визначити коефіцієнти доступності до медичних послуг окремо за кожним із видів надання медичної допомоги див табл. 3.3:

1. Коефіцієнт нормативний профілактичної медичної допомоги:

$$A_{pn} = \frac{\bar{M} + \bar{F}_l + \bar{L}_c + \bar{P}}{\bar{L}}$$

A_{pn} - коефіцієнт нормативний профілактичної медичної допомоги

$\bar{M} = \bar{S}_{fd} + \bar{S}_{fn} + \bar{M}_e + \bar{V}$ - відносний показник доступності профілактичної медичної допомоги (нормативне значення = 1)

$\bar{S}_{fd} = \frac{S_{fd_{real}}}{S_{fd_{normal}}}$ – відносний показник укомплектованості сімейними лікарями – відношення реальної частки сімейних лікарів до нормативної (нормативне значення = 1);

$\bar{S}_{fn} = \frac{S_{fn_{real}}}{S_{fn_{normal}}}$ - відносний показник укомплектованості сімейними медсестрами – відношення реальної частки сімейних медичних сестер до нормативної (нормативне значення = 1);

$\bar{M}_e = \frac{M_{ereal}}{M_{e_{normal}}}$ - відносний показник укомплектованості медичним обладнанням, технікою сучасного закладу – відношення реальної частки до нормативної (нормативне значення = 1);

$\bar{V} = \frac{V_{real}}{V_{normal}}$ - відносний показник наявності профілактичних вакцин – відношення реальної частки наявності профілактичних вакцин до нормативної (нормативне значення = 1);

$\overline{F_i} = \frac{F_{i_{real}}}{F_{i_{max}}}$ - відносний показник фінансової доступності для пацієнтів – відношення реальної частки осіб, які фінансово спроможні оплачувати медичну допомогу, до максимальної частки такої категорії на рівні громади (району, області, держави), (максимальне значення = 1 – 100%)[1];

$\bar{L}_c = \bar{W} + \bar{A}_{ir} + \bar{F} + \bar{W}_c + \bar{R}_c + \bar{H}_l$ - відносний показник сприятливих умов життя – відношення показників існуючих умов життя до нормативних.

$\bar{W} = \frac{W_{real}}{W_{normal}}$ - відносний показник якості питної води – відношення існуючих показників до нормативних, які визначаються у відповідних одиницях вимірювання згідно стандартів (нормативне значення = 1);

$\bar{A}_{ir} = \frac{A_{ir_{real}}}{A_{ir_{normal}}}$ - відносний показник чистоти повітря – відношення існуючих показників до нормативних (нормативне значення = 1);

$\bar{F} = \frac{F_{real}}{F_{normal}}$ - відносний показник якості їжі – відношення існуючих показників до нормативних (нормативне значення = 1);

$\bar{W}_c = \frac{W_{c_{real}}}{W_{c_{normal}}}$ - відносний показник умов праці – відношення існуючих показників до нормативних (нормативне значення = 1);

$\bar{R}_c = \frac{R_{c_{real}}}{R_{c_{normal}}}$ - відносний показник умов відпочинку – відношення існуючих показників до нормативних (нормативне значення = 1);

$\bar{H}_l = \frac{H_{l_{real}}}{H_{l_{normal}}}$ - відносний показник дотримання вимог здорового способу життя – відношення існуючих показників до нормативних (нормативне значення = 1);

$\bar{P} = \overline{P_{ch1}} \times K_1 + \overline{P_{ch3}} \times K_2 + \overline{P_{ch}} \times K_3 + \bar{P}_p \times K_4 + \overline{A_{bp}}$ - відносний показник вікової доступності населення – відношення існуючих показників до максимальної частки на рівні району, області, держави.

$\bar{P} = (\overline{P_{ch1}} + \overline{P_{ch3}} + \overline{P_{ch}} + \bar{P}_p) \times K + \overline{A_{bp}}$

[1] За даними Державної служби статистики України на 2016 рік частка домогосподарств, які могли отримати медичну допомогу становить 77,3% (місто – 76,9%; село – 78,2%)

$\overline{P_{ch1}}$ – відносна частка дітей першого року життя в % до загальної чисельності населення. $\overline{P_{ch1}} = \frac{P_{ch1\,real}}{P_{ch1\,max}}$ відношення реальної частки до максимальної частки дітей першого року життя від загальної чисельності населення на рівні району (області, держави) На 01.01.2017 р. частка цих дітей становить 0,009 від загальної чисельності населення України [28]. Якщо $\overline{P_{ch1}} < 1$, то він = 1;

$\overline{P_{ch3}}$ – відносна частка дітей віком від 2 до 3 років у % до загальної чисельності населення. $\overline{P_{ch3}} = \frac{P_{ch3\,real}}{P_{ch3\,max}}$ відношення реальної частки до максимальної частки дітей віком від 2 до 3 років від загальної чисельності населення на рівні району (області, держави) На 01.01.2017 частка цих дітей становить 0,02 від загальної чисельності населення України [28]. Якщо $\overline{P_{ch3}} < 1$, то він = 1;

$\overline{P_{ch}}$ – відносна частка дітей, крім дітей віком від 1 до 3 років у % до загальної чисельності населення. $\overline{P_{ch}} = \frac{P_{ch\,real}}{P_{ch\,max}}$ відношення реальної частки до максимальної частки дітей, крім дітей віком від 1 до 3 років від загальної чисельності населення на рівні району (області, держави) На 01.01.2017 частка цих дітей становить 0,3 від загальної чисельності населення України [102]. Якщо $\overline{P_{ch}} < 1$, то він = 1;

$\overline{P_p}$ – відносна частка пенсіонерів у % до загальної чисельності населення. $\overline{P_p} = \frac{P_{p\,real}}{P_{p\,max}}$ відношення реальної частки до максимальної частки пенсіонерів від загальної чисельності населення на рівні району (області, держави) На 01.01.2017 р. частка пенсіонерів становить 0,286 від загальної чисельності населення України [28]. Якщо $\overline{P_p} < 1$, то він = 1;

$K = K_1 = K_2 = K_3 = K_4 = 1{,}3$ - коефіцієнт навантаження на медичний персонал при наданні медичних послуг;

K_1 - коефіцієнт навантаження на медичний персонал при наданні медичних послуг дітям першого року життя;

K_2 - коефіцієнт навантаження на медичний персонал при наданні медичних послуг дітям від двох до трьох років;

K_3 - коефіцієнт навантаження на медичний персонал при наданні медичних послуг дітям (крім дітей від двох до трьох років);

K_4 - коефіцієнт навантаження на медичний персонал при наданні медичних послуг пенсіонерам;

$\overline{A_{bp}}$ – відносна частка працездатного населення в % до загальної чисельності населення. $\overline{A_{bp}} = \frac{A_{bp\ real}}{A_{bp\ max}}$ відношення реальної частки до максимальної частки працездатного населення від загальної чисельності населення на рівні району (області, держави) На 01.01.2017 р. частка пенсіонерів становить 0,23 від загальної чисельності населення України [102]. Якщо $\overline{P_p} < 1$, то він = 1;

$\bar{L}$ - відносна відстань до закладу охорони здоров'я. $\bar{L} = \frac{L_{real}}{L_{normal}}$ – відношення реальної відстані до нормативної – 1 (для ПМСД – 5 км.);

$$A_{pn} = 1 + 1 + 1 + 1/\ 1 = 4$$

Чисельність населення України на 01.02.2017 р. 42,5 млн осіб. Чисельність пенсіонерів - 12,2 млн (28,6% від загальної чисельності населення), дітей 7,6 млн осіб. (18% від загальної чисельності населення) [103,104]

0,4 – це 40% від загальної чисельності пенсіонерів які потребують профілактичних щеплень від ГВІ (гострі вірусні інфекції) і т.п. [102,104,105].

0,23 – 23% (9804 тис. осіб) від загальної чисельності працездатного населення, яке працює у сфері послуг.

2. Коефіцієнт доступності ПМД реальний (типовий) для міста:

$$A_{pn} = \frac{0{,}425 + 0{,}6 + 0{,}53 + 1{,}06}{1} = 2{,}6$$

3. Коефіцієнт доступності ПМД реальний (типовий) для села:

$$A_{pn} = \frac{0{,}175 + 0{,}3 + 0{,}4 + 0{,}7}{1} = 1{,}57$$

4. Коефіцієнт доступності ПМСД нормативний:

$$A_n = \frac{\bar{M} + \bar{C}_p + \bar{P}_s + \bar{F}_a}{\bar{L}}$$

A_n - коефіцієнт доступності ПМСД нормативний;

$\bar{M} = \bar{S}_{fd} + \bar{S}_{fn} + \bar{M}_e$ – відносний показник доступності ПМСД – відношення реальної частки медичної доступності до нормативної (нормативне значення = 1);

$\bar{S}_{fd} = \frac{S_{fd_{real}}}{S_{fd_{normal}}}$ – відносний показник укомплектованості сімейними лікарями – відношення реальної частки сімейних лікарів до нормативної (нормативне значення = 1);

$\bar{S}_{fn} = \frac{S_{fn_{real}}}{S_{fn_{normal}}}$ - відносний показник укомплектованості сімейними медсестрами – відношення реальної частки сімейних медичних сестер до нормативної (нормативне значення = 1);

$\bar{M}_e = \frac{M_{e_{real}}}{M_{e_{normal}}}$ - відносний показник укомплектованості медичним обладнанням, технікою сучасного закладу – відношення реальної частки до нормативної (нормативне значення = 1);

$\bar{C}_p = \frac{C_{p_{real}}}{C_{p_{normal}}}$ – відносна частка населення, якому надається протягом року допомога з числа осіб, які уклали угоду з сімейним лікарем (лікарем ПМСД) (нормативне значення = 1), (якщо $C_{p_{real}}$ > або = $C_{p_{normal}}$ то він = 1).

$\bar{P}_s = \frac{P_{s_{real}}}{P_{s_{normal}}}$ - відносна частка населення, якому надається протягом року допомога приватним сімейним лікарем із числа осіб, які уклали з ним угоду (нормативне значення = 1), (якщо $P_{s_{real}}$ > або = $P_{s_{normal}}$ то він = 1);

$\bar{F}_a = \frac{F_{a_{real}}}{F_{a_{normal}}}$ - відносна частка населення, якому Національною службою здоров'я (бюджетом) оплачуються медикаменти, до їх максимальної частки, яка потребує цього на рівні громади (району, області, держави), (нормативне значення = 1);

$\bar{L}$ - відносна відстань до закладу охорони здоров'я. $\bar{L} = \frac{L_{real}}{L_{normal}}$ – відношення реальної відстані до нормативної (нормативне значення = 1), (для ПМСД – 5 км).

Відповідно:

$$A_n = \frac{1 + 1 + 1 + 1}{1} = 4$$

5. Що стосується реального нормативу доступності ПМСД, то він до прикладу буде обрахований наступним чином. Так, для населеного пункту, який знаходиться на відстані 10 км до сімейного лікаря, який укомплектований медичним інструментом на 75%, а охоплення громадян терапевтами, які знаходяться на посадах сімейних лікарів, становить 30%, частка населення, якому оплачуються медикаменти – 10%, то розрахунки будуть виглядати наступним чином:

$$A_r = \frac{0{,}91 + 0{,}75 + 0{,}3 + 0{,}1}{2} = 1{,}03$$

6. Коефіцієнт доступності невідкладної медичної допомоги нормативний:

$$A_{un} = \frac{\bar{M} + \bar{C}_p + \bar{P}_s + \bar{F}_a}{\bar{L}}$$

де:

A_{un} - коефіцієнт доступності невідкладної медичної допомоги нормативний;

$\bar{M} = \bar{S}_{fd} + \bar{S}_{fn} + \bar{M}_e$ – відносний показник доступності невідкладної медичної допомоги – відношення реальної частки медичної доступності до нормативної (нормативне значення = 1)

$\bar{S}_{fd} = \frac{S_{fd_{real}}}{S_{fd_{normal}}}$ – відносний показник укомплектованості сімейними лікарями – відношення реальної частки сімейних лікарів до нормативної (нормативне значення = 1);

$\bar{S}_{fn} = \frac{S_{fn_{real}}}{S_{fn_{normal}}}$ - відносний показник укомплектованості сімейними медсестрами – відношення реальної частки сімейних медичних сестер до нормативної (нормативне значення = 1);

$\bar{M}_e = \frac{M_{e_{real}}}{M_{e_{normal}}}$ - відносний показник укомплектованості медичним обладнанням та технікою сучасного закладу – відношення реальної частки до нормативної (нормативне значення = 1);

$\bar{C_p} = \frac{C_{p_{real}}}{C_{p_{max}}}$ – відносна частка населення, якому надається протягом року допомога, до їх максимальної частки на рівні громади (району, області, держави) (нормативне значення = 1), (якщо $C_{p_{real}}$ > або = $C_{p_{max}}$ то він = 1).

$\bar{P_s} = \frac{P_{s_{real}}}{P_{s_{normal}}}$ - відносна частка населення, якому надається протягом року допомога приватним сімейним лікарем (установою) з числа осіб, які уклали з ними угоду (нормативне значення = 1), (якщо $P_{s_{real}}$ > або = $P_{s_{normal}}$ то він = 1);

$\bar{F_a} = \frac{F_{a_{real}}}{F_{a_{normal}}}$ - відносна частка населення, якому Національною службою здоров'я (бюджетом) оплачуються медикаменти, до максимальної частки населення, що їх потребує на рівні громади (району, області, держави), (нормативне значення = 1);

$\bar{L}$ - відносна відстань до закладу охорони здоров'я. $\bar{L} = \frac{L_{real}}{L_{normal}}$ – відношення реальної відстані до нормативної (нормативне значення = 1), (для ПМСД – 5 км..

Відповідно:

$$A_{un} = \frac{1 + 1 + 1 + 1}{1} = 4$$

7. Що стосується реального нормативу доступності невідкладної медичної допомоги, то він до прикладу буде обрахований наступним чином. Так, для населеного пункту, який знаходиться на відстані 10 км до сімейного лікаря, укомплектований медичним інструментом на 75%, а охоплення громадян терапевтами, які знаходяться на посадах сімейних лікарів, становить 25%, відсутня приватна практика, а частка населення, яким оплачуються медикаменти, складає 2%, то розрахунки будуть виглядати наступним чином:

$$A_{ur} = \frac{0{,}92 + 0{,}25 + 0{,}02}{2} = 0{,}595$$

8. Коефіцієнт доступності стоматологічної медичної допомоги (ПСМД) (профілактичної, первинної, невідкладної) нормативний:

$$S_{mc(p,pr,e)} = \frac{\bar{M} + \bar{C_p} + \bar{P_s} + \bar{F_a}}{\bar{L}}$$

$S_{mc(p,pr,e)}$ - коефіцієнт доступності стоматологічної медичної допомоги (профілактичної, первинної, невідкладної)

$\bar{M} = \bar{S}_{fd} + \bar{S}_{fn} + \bar{M}_e$ – відносний показник доступності стоматологічної допомоги – відношення реальної частки медичної доступності до нормативної (нормативне значення = 1);

$\bar{S}_{fd} = \frac{S_{fd_{real}}}{S_{fd_{normal}}}$ – відносний показник укомплектованості лікарями-стоматологами – відношення реальної частки лікарів-стоматологів до нормативної (нормативне значення = 1);

$\bar{S}_{fn} = \frac{S_{fn_{real}}}{S_{fn_{normal}}}$ - відносний показник укомплектованості медсестрами – відношення реальної частки медичних сестер до нормативної (нормативне значення = 1);

$\bar{M}_e = \frac{M_{e_{real}}}{M_{e_{normal}}}$ - відносний показник укомплектованості медичним обладнанням, технікою сучасного закладу – відношення реальної частки до нормативної (нормативне значення = 1);

$\bar{C_p} = \frac{C_{p_{real}}}{C_{p_{normal}}}$ – відносна частка населення, якому надається протягом року допомога до нормативної частки (нормативне значення = 1);

$\bar{P_s} = \frac{P_{s_{real}}}{P_{s_{normal}}}$ - відносна частка населення, якому надається протягом року допомога приватним лікарем-стоматологом, до нормативної частки (нормативне значення = 1);

$\bar{F_a} = \frac{F_{a_{real}}}{F_{a_{normal}}}$ - відносна частка населення, якому Національною службою здоров’я (бюджетом) оплачуються медикаменти, до їх максимальної частки, яка

потребує цього на рівні громади (району, області, держави), (нормативне значення = 1);

$\bar{L}$ - відносна відстань до закладу охорони здоров'я. $\bar{L} = \frac{L_{real}}{L_{normal}}$ – відношення реальної відстані до нормативної (нормативне значення = 1), (для ПМСД – 10 км).

Відповідно:

$$S_{mc(p,pr,e)} = \frac{1 + 1 + 1 + 1}{1} = 4$$

9. Коефіцієнт доступності стоматологічної медичної допомоги (профілактичної, первинної, невідкладної) реальний:

$$S_{mc(p,pr,e)} = \frac{0{,}73 + 0{,}3 + 0{,}2 + 0{,}01}{2} = 0{,}62$$

10. Коефіцієнт доступності спеціалізованої медичної допомоги нормативний:

$$A_{sn} = \frac{\bar{M} + \bar{C}_p + \bar{P}_s + \bar{F}_a}{\bar{L}}$$

$\bar{M} = \bar{S} + \bar{D}_c + \bar{I}_m$ – відносний показник доступності спеціалізованої медичної допомоги – відношення реальної частки медичної доступності до нормативної (нормативне значення = 1);

$\bar{S} = \frac{S_{real}}{S_{normal}}$ – відносна частка висококваліфікованих спеціалістів до їх нормативної потреби в рамках госпітального округу першої категорії – 150 тис. осіб; другої – 350 тис. осіб і більше (нормативне значення = 1);

$\bar{D}_c = \frac{D_{c_{real}}}{D_{c_{normal}}}$ – відносний показник укомплектованості сучасним медичним обладнанням консультативно-діагностичного центру до нормативного показника (нормативне значення = 1);

$\bar{I}_m = \frac{I_{m_{real}}}{I_{m_{normal}}}$ - відносний показник укомплектованості новітнім медичним обладнанням сучасного закладу спеціалізованої медичної допомоги до нормативного показника (нормативне значення = 1);

$\bar{C_p} = \frac{C_{p_{real}}}{C_{p_{max}}}$ – відносна частка населення, якому надається протягом року допомога до нормативного значення на рівні громади (району, області, держави) (нормативне значення = 1 – за експертними оцінками це становить близько 0,01 від загальної чисельності населення).

$\bar{P_s} = \frac{P_{s_{real}}}{P_{s_{normal}}}$ - відносна частка населення, якому надається протягом року допомога приватними госпітальними закладами, від загальної частки осіб, які цього потребують (нормативне значення = 1);

$\bar{F_a} = \frac{F_{a_{real}}}{F_{a_{normal}}}$ - відносна частка населення, якому Національною службою здоров'я (бюджетом) оплачуються медикаменти та послуги, до їх максимальної частки на рівні громади (району, області, держави), (нормативне значення = 1);

$\bar{L}$ - відносна відстань до закладу охорони здоров'я. $\bar{L} = \frac{L_{real}}{L_{normal}}$ – відношення реальної відстані до нормативної (нормативне значення = 1 – 100 км).

Відповідно до цього A_{sn} розраховується:

$$A_{sn} = \frac{1 + 1 + 1 + 1}{1} = 4$$

11. Коефіцієнт доступності спеціалізованої медичної допомоги реальний (A_{sr}) обраховується, виходячи з реального стану співвідношень зазначених показників.

До прикладу, при відсутності приватної практики:

$$A_{sr} = \frac{0{,}53 + 0{,}01 + 0{,}01}{1} = 0{,}55$$

12. Коефіцієнт доступності спеціалізованої (вторинної) стоматологічної медичної допомоги (ВСМД) нормативний:

$$S_s = \frac{\bar{M} + \bar{C_p} + \bar{P_s} + \bar{F_a}}{\bar{L}}$$

S_s - коефіцієнт доступності спеціалізованої стоматологічної медичної допомоги;

$\bar{M} = \bar{S} + \bar{I}_m$ – відносний показник доступності спеціалізованої медичної допомоги – відношення реальної частки медичної доступності до нормативної (нормативне значення = 1);

$\bar{S} = \frac{S_{real}}{S_{normal}}$ – відносна частка висококваліфікованих спеціалістів до їх нормативної потреби в рамках госпітального округу першої категорії – 150 тис. осіб; другої – 350 тис. осіб і більше (нормативне значення = 1);

$\bar{I}_m = \frac{I_{m_{real}}}{I_{m_{normal}}}$ - відносний показник укомплектованості новітнім медичним обладнанням сучасного закладу спеціалізованої медичної допомоги до нормативного показника (нормативне значення = 1);

$\bar{C}_p = \frac{C_{p_{real}}}{C_{p_{max}}}$ – відносна частка населення, якому надається протягом року допомога, до нормативного значення на рівні громади (району, області, держави) (нормативне значення = 1 – за експертними оцінками це становить близько 0,01 від загальної чисельності населення).

$\bar{P}_s = \frac{P_{s_{real}}}{P_{s_{normal}}}$ - відносна частка населення, якому надається протягом року допомога приватними закладами, від загальної частки осіб, які цього потребують (нормативне значення = 1);

$\bar{F}_a = \frac{F_{a_{real}}}{F_{a_{normal}}}$ - відносна частка населення, якому Національною службою здоров'я (бюджетом) оплачуються медикаменти та послуги, до їх максимальної частки на рівні громади (району, області, держави), (нормативне значення = 1);

$\bar{L}$ - відносна відстань до закладу охорони здоров'я. $\bar{L} = \frac{L_{real}}{L_{normal}}$ – відношення реальної відстані до нормативної (нормативне значення = 1 – 100 км).

Відповідно до цього S_s розраховується:

$$A_{sn} = \frac{1 + 1 + 1 + 1}{1} = 4$$

13. Коефіцієнт доступності спеціалізованої стоматологічної медичної допомоги реальний:

$$A_{sn} = \frac{0{,}7 + 0{,}3 + 0{,}4 + 0{,}01}{2} = 0{,}705$$

14. Коефіцієнт доступності високоспеціалізованої медичної допомоги нормативний в цілому включає такі ж показники, як і для спеціалізованої допомоги, тільки з віднесенням до них консультативно-діагностичного підрозділу (КДП), високоспеціалізованих фахівців (ВФ), високоспеціалізованих закладів третинної медичної допомоги (ТМД) та частки громадян (ЧГ), які потребують високоспеціалізованої медичної допомоги (за експертними оцінкам це складає 0,005%) при умові отримання своєчасних якісних послуг первинної і спеціалізованої медичної допомоги:

$$A_{hsn} = \bar{M} + \bar{C}_p + \bar{P}_s + \bar{F}_a$$

A_{hsn} - коефіцієнт доступності високоспеціалізованої медичної допомоги нормативний;

$\bar{M} = \bar{H}_s + \bar{C}_{du} + \bar{I}_{hm}$ – відносний показник доступності високоспеціалізованої медичної допомоги – відношення реальної частки медичної доступності до нормативної (нормативне значення = 1);

$\bar{H}_s = \frac{H_{s_{real}}}{H_{s_{normal}}}$ – відносна частка високоспеціалізованих фахівців до їх нормативної потреби в рамках університетської клініки, яка надає послуги 1 млн та більше осіб (нормативне значення = 1);

$\bar{C}_{du} = \frac{C_{du_{real}}}{C_{du_{normal}}}$ – відносний показник укомплектованості сучасним медичним обладнанням консультативно-діагностичного підрозділу до нормативного показника (нормативне значення = 1);

$\bar{I}_{hm} = \frac{I_{hm_{real}}}{I_{hm_{normal}}}$ - відносний показник укомплектованості новітнім медичним обладнанням сучасного закладу високоспеціалізованої медичної допомоги до нормативного показника (нормативне значення = 1);

$\bar{C_p} = \frac{C_{p_{real}}}{C_{p_{max}}}$ – відносна частка населення, якому надається протягом року допомога, до нормативного значення на рівні громади (району, області, держави) (нормативне значення = 1 – за експертними оцінками це становить близько 0,005 від загальної чисельності населення).

$\bar{P_s} = \frac{P_{s_{real}}}{P_{s_{normal}}}$ - відносна частка населення, якому протягом року надається допомога приватними високоспеціалізованими закладами, від загальної частки осіб, які цього потребують (нормативне значення = 1);

$\bar{F_a} = \frac{F_{a_{real}}}{F_{a_{normal}}}$ - відносна частка населення, якому Національною службою здоров'я (бюджетом) оплачуються медикаменти та послуги, до їх максимальної частки, що її потребують на рівні громади (району, області, держави), (нормативне значення = 1).

Відповідно до цього A_{hsn} розраховується [63]:

$$A_{hsn} = 1 + 1 + 1 + 1 = 4$$

15. Коефіцієнт доступності високоспеціалізованої медичної допомоги реальний A_{hsr} буде дорівнювати:

$$A_{hsr} = 0{,}2 + 0{,}2 + 0{,}3 + 0{,}001 = 0{,}701$$

16. Коефіцієнт доступності високоспеціалізованої (третинної) стоматологічної допомоги (ТСМД) нормативний:

$$S_{vs} = \bar{M} + \bar{C_p} + \bar{P_s} + \bar{F_a}$$

S_{vs} - Коефіцієнт доступності високоспеціалізованої стоматологічної допомоги;

$\bar{M} = \bar{H_s} + \bar{I}_{hm}$ – відносний показник доступності високоспеціалізованої медичної допомоги – відношення реальної частки медичної доступності до нормативної (нормативне значення = 1);

$\bar{H_s} = \frac{H_{s_{real}}}{H_{s_{normal}}}$ – відносна частка високоспеціалізованих фахівців до їх нормативної потреби (в рамках університетської клініки), яка надає послуги 1 млн. та більше осіб (нормативне значення = 1);

$\bar{I}_{hm} = \frac{I_{hm_{real}}}{I_{hm_{normal}}}$ - відносний показник укомплектованості новітнім медичним обладнанням сучасного закладу високоспеціалізованої стоматологічної медичної допомоги до нормативного показника (нормативне значення = 1);

$\bar{C_p} = \frac{C_{p_{real}}}{C_{p_{max}}}$ – відносна частка населення, якому надається протягом року допомога до нормативного значення на рівні громади (району, області, держави) (нормативне значення = 1);

$\bar{P_s} = \frac{P_{s_{real}}}{P_{s_{normal}}}$ - відносна частка населення, якому протягом року надається допомога приватними високоспеціалізованими закладами від загальної частки осіб, які цього потребують (нормативне значення = 1);

$\bar{F_a} = \frac{F_{a_{real}}}{F_{a_{normal}}}$ - відносна частка населення, якому Національною службою здоров'я (бюджетом) оплачується медикаменти та послуги до їх максимальної частки, що її потребують на рівні громади (району, області, держави), (нормативне значення = 1).

Відповідно до цього S_{vs} розраховується:

$$S_{vs} = 1 + 1 + 1 + 1 = 4$$

17. Коефіцієнт доступності високоспеціалізованої стоматологічної допомоги реальний S_{vs} буде дорівнювати:

$$S_{vs} = 0{,}65 + 0{,}3 + 0{,}7 + 0{,}001 = 1{,}651$$

18. Коефіцієнт доступності екстреної медичної допомоги нормативний:

$$A_{emn} = \frac{\bar{M} + \bar{C_p} + \bar{P_s} + \bar{F_a} + \bar{T} + \bar{R}}{\bar{L}}$$

$\bar{M} = \bar{H_s} + \bar{M_e}$ – відносний показник доступності екстреної медичної допомоги – відношення реальної частки медичної доступності до нормативної (нормативне значення = 1);

$\bar{H_s} = \frac{H_s\ real}{H_{s_{normal}}}$ – відносна частка висококваліфікованих спеціалістів до їх нормативної потреби (нормативне значення = 1);

$\bar{M}_e = \frac{M_{e_{real}}}{M_{e_{normal}}}$ – відносний показник укомплектованості новітнім медичним обладнанням сучасного закладу до нормативного показника (нормативне значення = 1);

$\bar{C_p} = \frac{C_{p_{real}}}{C_{p_{max}}}$ – відносна частка населення, якому надається протягом року допомога, до нормативного значення на рівні громади (району, області, держави) (нормативне значення = 1), (якщо $\bar{C_p} > 1$, то він = 1);

$\bar{P_s} = \frac{P_{s_{real}}}{P_{s_{normal}}}$ – відносна частка населення, якому надається протягом року допомога приватними госпітальними закладами, від загальної частки осіб, які цього потребують (нормативне значення = 1 – за експертними оцінками – 0,025 від загальної чисельності населення);

$\bar{F_a} = \frac{F_{a_{real}}}{F_{a_{normal}}}$ – відносна частка населення, якому Національною службою здоров'я (бюджетом) оплачуються медикаменти та послуги, до їх максимальної частки на рівні громади (району, області, держави), (нормативне значення = 1);

$\bar{T} = \frac{T_{real}}{T_{normal}}$ – відносна частка транспорту, яка відповідає сучасним стандартам, до його загальної чисельності (нормативне значення = 1);

$\bar{R} = \frac{R_{real}}{R_{normal}}$ – відносна частка доріг, які відповідають сучасним стандартам, до загальної протяжності доріг, які використовуються для направлення пацієнтів у медичні заклади (нормативне значення = 1);

$\bar{L}$ - відносна відстань до закладу охорони здоров'я. $\bar{L} = \frac{L_{real}}{L_{normal}}$ – відношення реальної відстані до нормативної (нормативне значення = 1 – 30 км).

Відповідно:

$$A_{emn} = \frac{1+1+1+1+1+1}{1} = 6$$

19. Коефіцієнт доступності екстреної медичної допомоги реальний:

$$A_{emr} = \frac{0{,}4 + 0{,}4 + 0{,}91 + 0{,}04 + 0{,}2 + 0{,}2}{2} = 1{,}075$$

20. Коефіцієнт доступності паліативної і хоспісної медичної допомоги нормативний:

$$A_{phn} = \frac{\bar{M} + \bar{C_p} + \bar{C_c} + \bar{P_s} + \bar{F_a}}{\bar{L_p}\bar{L_s}}$$

A_{phn} - коефіцієнт доступності паліативної та хоспісної медичної допомоги нормативний;

$\bar{M} = \bar{H_s} + \bar{M_e}$ – відносний показник доступності спеціалізованої медичної допомоги – відношення реальної частки медичної доступності до нормативної (нормативне значення = 1);

$\bar{H_s} = \frac{H_{s\,real}}{H_{s_{normal}}}$ – відносна частка висококваліфікованих спеціалістів до їх нормативної потреби (нормативне значення = 1);

$\bar{M_e} = \frac{M_{e_{real}}}{M_{e_{normal}}}$ – відносний показник укомплектованості новітнім медичним обладнанням сучасного закладу до нормативного показника (нормативне значення = 1);

$\bar{C_p} = \frac{C_{p_{real}}}{C_{p_{max}}}$ – відносна частка населення, якому надається протягом року допомога до нормативного значення на рівні громади (району, області, держави) (нормативне значення = 1 – за експертними оцінками це становить близько 0,0008 від загальної чисельності населення). Кількість осіб, які потребують цієї послуги (із загальної кількості осіб, які помирають протягом року, паліативної допомоги потребують не менше 60%, а паліативного догляду – абсолютна більшість із них. Якщо враховувати сучасні стандарти надання паліативної допомоги, яка включає допомогу членам сімей протягом року після смерті, то загальна чисельність осіб, які мають бути охоплені паліативною і хоспісної допомогою, зросте в 1,5 раза).

$\bar{C_c} = \frac{C_{c_{real}}}{C_{c_{max}}}$ – відносна частка населення, яка охоплена паліативним і хоспісним доглядом на рівні громади (району, області, держави) (нормативне значення = 1).

$\bar{P_s} = \frac{P_{s_{real}}}{P_{s_{normal}}}$ - відносна частка населення, якому надається протягом року допомога приватними закладами, від загальної частки осіб, які цього потребують (нормативне значення = 1);

$\bar{F_a} = \frac{F_{a_{real}}}{F_{a_{normal}}}$ - відносна частка населення, якому Національною службою здоров'я (бюджетом) оплачуються медикаменти та послуги, до їх максимальної частки на рівні громади (району, області, держави), (нормативне значення = 1);

$\bar{L_p}$- відносна відстань до закладу охорони здоров'я. $\bar{L} = \frac{L_{real}}{L_{normal}}$ – відношення реальної відстані до нормативної (нормативне значення = 1), (для ПМСД – 5 км).

$\bar{L_s}$ - відносна відстань до закладу охорони здоров'я. $\bar{L} = \frac{L_{real}}{L_{normal}}$ – відношення реальної відстані до нормативної (нормативне значення = 1), (для СМД – 100 км).

Відповідно:

$$A_{phn} = \frac{1+1+1+1+1}{1} = 5$$

21. Коефіцієнт доступності паліативної і хоспісної медичної допомоги реальний (A_{phr}) доступності визначається:

$$A_{phr} = \frac{0{,}1+0{,}1+0{,}1+0{,}01+0{,}01}{2(2)} = 0{,}16$$

22. Коефіцієнт доступності реабілітаційної медичної допомоги нормативний:

$$A_{rn} = \frac{\bar{M} + \bar{C_p} + \bar{P_s} + \bar{F_a}}{\bar{L_p}\bar{L_s}}$$

A_{rn} - коефіцієнт доступності реабілітаційної медичної допомоги нормативний;

$\bar{M} = \bar{H}_s + \bar{M}_e$ – відносний показник доступності реабілітаційної медичної допомоги – відношення реальної частки медичної доступності до нормативної (нормативне значення = 1);

$\bar{H}_s = \frac{H_{s\,real}}{H_{s_{normal}}}$ – відносна частка висококваліфікованих спеціалістів до їх нормативної потреби (нормативне значення = 1);

$\bar{M}_e = \frac{M_{e_{real}}}{M_{e_{normal}}}$ – відносний показник укомплектованості новітнім медичним обладнанням сучасного закладу до нормативного показника (нормативне значення = 1);

$\bar{C}_p = \frac{C_{p_{real}}}{C_{p_{max}}}$ – відносна частка населення, якому надається протягом року допомога до нормативного значення на рівні громади (району, області, держави) (нормативне значення = 1)

$\bar{P}_s = \frac{P_{s_{real}}}{P_{s_{normal}}}$ - відносна частка населення, якому надається протягом року допомога приватними закладами від загальної частки осіб, які цього потребують (нормативне значення = 1);

$\bar{F}_a = \frac{F_{a_{real}}}{F_{a_{normal}}}$ - відносна частка населення, якому Національною службою здоров'я (бюджетом) оплачується медикаменти та послуги до їх максимальної частки на рівні громади (району, області, держави), (нормативне значення = 1);

$\bar{L}_p$- відносна відстань до закладу охорони здоров'я. $\bar{L} = \frac{L_{real}}{L_{normal}}$ – відношення реальної відстані до нормативної (нормативне значення = 1), (для ПМСД – 5 км).

$\bar{L_s}$ - відносна відстань до закладу охорони здоров'я. $\bar{L} = \frac{L_{real}}{L_{normal}}$ – відношення реальної відстані до нормативної (нормативне значення = 1), (для СМД – 100 км).

Відповідно:

$$A_{rn} = \frac{1 + 1 + 1 + 1}{1(1)} = 4$$

23. Коефіцієнт доступності реабілітаційної медичної допомоги (A_{rr}) реальний:

$$A_{rr} = \frac{0{,}35 + 0{,}6 + 0{,}01 + 0{,}1}{2(2)} = 0{,}53$$

7. Що стосується загальнообов'язкового медичного страхування К.охоп.загальнообовяз.страх. = сума коштів страхових внесків / кількість застрахованих.

Таблиця 3.3

Потенціал приведення інфраструктури системи охорони здоров'я до нормативного рівня

Відповідальний рівень місцевого самовряду-вання (за результатами реформ)	Вид медич-ної допо-моги	Коефі-цієнт норма-тивний	Коефіцієнт фактич-ний (Місто/село)	Потенціал покращення інфраструк-тури, % (Кн – Кр / Кн *100)	Розподіл фінансуван-ня – місцеве самовряду-вання / КМУ (діючий), %	Розподіл фінансування – місцеве са-моврядування /КМУ(в перс-пективі) , %
Базовий рівень (громада)	ПМД	4	2,6 / 1,57	53,8 / 60,7	5 / 95	30 / 70
	ПМСД	4	1,03	74,2	40 / 60	70 / 30
	НМД	4	0,6	85,0	40 / 60	70 / 30
	ПСМД	4	0,62	84,5		
Районний рівень	ВМД	4	0,55	86,3	45 / 55	80 / 20
	ВСМД	4	0,705	82,4		
Обласний рівень	ТМД	4	0,701	82,5	35 / 65	75 / 25
	ТСМД	4	1,651	58,8		
	ЕМД	6	1,075	82,1	35 / 65	80 / 20
	ПіХМД	5	0,16	96,8	15 / 85	80 / 20
	РМД	4	0,53	86,8	20 / 80	80 / 20

Для приведення інфраструктури охорони здоров'я до нормативного рівня необхідне якісне і динамічне проведення адміністративно-територіальної реформи та реформи місцевого самоврядування. Критерієм успішності здійснених змін буде формування великих за населенням громад та районів, які будуть мати спроможну виробничу інфраструктуру для належного фінансування освіти, науки, культури та решту інфраструктури. Виходячи із розрахунків, найбільший потенціал покращення інфраструктури відноситься до профілактичної, ПМСД на засадах сімейної медицини, третинної та паліативної і хоспісної медичної допомоги. Важливою є роль Кабінету Міністрів України у стимулюванні об'єднання територіальних громад та районів для нарощування

темпів індустріалізації і, як наслідок, розширення бази фінансування соціальних потреб. При цьому базовий рівень – об'єднана територіальна громада має взяти на себе повну відповідальність за створення сучасної інфраструктури профілактичної, первинної та невідкладної медичної допомоги.

Районний рівень має бути спроможним в межах масштабного госпітального округу надавати якісні послуги спеціалізованої медичної допомоги. Високоспеціалізована медична допомога має нарешті повноцінно надаватися в усіх без виключення обласних центрах та інщих містах-мільйонниках на основі створення сучасних університетських клінік. Враховуючи потребу сфери охорони здоров'я у великому обсязі інвестиційних ресурсів для розвитку інфраструктури, від Кабінету Міністрів України та місцевої і регіональної влади необхідне максимальне сприяння розгортанню приватних форм надання медичної допомоги. Це дозволить залучити достатній обсяг вітчизняних та іноземних фінансів у будівництво сучасних комплексів та придбання високотехнологічного медичного обладнання.

Окремим питанням постає порядок спрямування приросту бюджетних витрат у системі охорони здоров'я в цілому та за видами надання медичної допомоги.

Протягом наступних трьох років (з 2017 по 2020 рр.) необхідно провести структурну реформу системи охорони здоров'я з переведенням надлишкових потужностей медичних закладів на пріоритетний розвиток первинної медико-санітарної допомоги на засадах впровадження сучасної інституції сімейного лікаря. Це передбачає збільшення фінансування ПМСД на засадах сімейної медицини з 9 до 30% від загальних витрат на охорону здоров'я, паліативної та хоспісної допомоги - з 1% до 5%, невідкладної та екстреної медичної допомоги - до 5%. Тобто щорічно необхідно збільшувати частку фінансування ПМСД на 5%, паліативної і хоспісної, екстреної, а також невідкладної медичної допомоги – на 1%. Всього це складе 8,0% від загального обсягу фінансування сфери охорони здоров'я без урахування інфляції.

З урахуванням зростання індексу цін на медичні послуги (до 1% в рік, крім 2015 р., коли цей показник склав 29,1% [106]), це становитиме 9% від загальних витрат на охорону здоров'я України щорічно.

Реальним кроком до вирішення цього завдання є внесення змін до порядку фінансування сфери охорони здоров'я на основі вищезазначених пріоритетів.

В умовах низьких темпів зростання ВВП в Україні надання пріоритетності фінансування зазначених видів медичної допомоги можна забезпечити за рахунок скорочення витрат на управлінські послуги та призупинення капітальних видатків. Крім цього, це потребує приведення витрат на спеціалізовану допомогу відповідно до реального стану надання медичної допомоги. Враховуючи більш ніж 60% щорічну примусову госпіталізацію громадян від загальної кількості стаціонарних хворих, необхідно на 20% зменшувати цю частку.

На рівні Міністерства економічного розвитку і торгівлі України необхідна розробка порядку калькуляції цін на медичні послуги кожного з видів медичної допомоги. Насамперед, це стосується медичної допомоги та послуг, які гарантуються бюджетом.

Перелік медичних послуг по кожному з видів медичної допомоги надається Міністерством охорони здоров'я України Міністерству економічного розвитку і торгівлі України.

Останнє встановлює розміри страхових премій, а також частки страхових внесків працівників, пенсіонерів і роботодавців та служби соціального захисту населення за безробітних. Міністерство економічного розвитку і торгівлі України також розробляє типовий бюджет (уніфікований) бюджет центру ПМСД, екстреної та невідкладної медичної допомоги, різних типів лікарень спеціалізованої медичної допомоги, а також рекомендаційний бюджет для третинної, реабілітаційної та паліативної і хоспісної медичної допомоги.

Крім цього, важливим є розробка типового бюджету на рівні громад (сіл, селищ, міст), районів, областей, а також конкретних програм надання медичної

допомоги. Всі заклади охорони здоров'я громад, районів, областей, Міністерства охорони здоров'я України, інших міністерств та відомств мають в реальному масштабі часу висвітлювати для громадян, неурядових організацій рух коштів за всіма видами видатків.

Для цього необхідна розробка і впровадження стандартизованих визначень, процесів, методик, ідентифікаторів стосовно пацієнтів, надавачів медичної допомоги, програм з детальним розкриттям всіх видів витрат. Рух інформації стосовно фінансових витрат на конкретного пацієнта має бути захищеним із дотриманням правил конфіденційності кожного пацієнта.

Інформаційна система має носити високотехнологічний і всеохоплюючий характер як нормативних, так і гарантованих бюджетом витрат та всіх без виключення джерел фінансування. Це дозволить вносити щорічні обґрунтовані зміни в бюджети громад, районів, областей, розширювати при необхідності перелік нормованих послуг та не допускати перенесення витрат з одних видів медичних послуг на інші. Такий підхід потребує кардинальної зміни діяльності підрозділів охорони здоров'я на базовому, районному, обласному рівнях, МОЗ України, а також міністерств та відомств, Державної служби статистики України України, Центру медичної статистики МОЗ України, статистичних підрозділів та статистичної звітності економічних служб.

Сфера охорони здоров'я України потребує впровадження регулятивної системи контролю за вартістю медичних послуг на базі їх тарифікації, встановлення меж страхової премії та нормування витрат. Структура тарифів має визначати надавачу медичної допомоги вартість кожного показника їхньої діяльності і в розрахунку на одну установу. Це стосується вартості лікувального випадку, прийому одного хворого з конкретною нозологією.

Система оцінки об'єму наданих медичних послуг має базуватися на контролі обсягу використаних ресурсів, виходячи зі спеціалізації надавачів медичної допомоги. Стандартизація об'єму медичної допомоги здійснюється розробкою і впровадженням контрольних показників витрат, які базуються на

тарифах або на обсязі послуг. При цьому необхідне впровадження стандартизації витрат на об'єми фізичних ресурсів.

Основою розвитку системи охорони здоров'я України є впровадження функціонального ринку на основі конкурентної пропозиції, якості й вартості медичних послуг, узгоджених із попитом.

Його регулювання має визначатися Міністерством економічного розвитку та торгівлі. Це має базуватися на створенні ринкового середовища на всіх рівнях і в кожному із видів надання медичної допомоги. Це стосується також стандартизації страхових виплат в залежності від різних ступенів ризиків для різних статевовікових груп населення та різного рівня витрат.

Зазначена стандартизація страхових витрат має сприяти ринковим механізмам, а не блокувати їх. Це має базуватися на контролі з боку асоціацій пацієнтів та лікарів обґрунтованості кількісних показників надання медичної допомоги і бюджетів всіх без виключення закладів охорони здоров'я.

Важливим є пріоритетне розширення якісних і доступних послуг ПМСД на засадах сімейної медицини. Це дозволить позитивно вплинути на кардинальне зменшення існуючої примусової госпіталізації громадян в лікарнях України. Цьому має сприяти перехід медичних закладів на сучасні стандарти.

Інформаційна і фінансова прозорість щодо кількісних показників діяльності медичних закладів дозволить привести їх витрати до реальних потреб пацієнтів.

Важливим при цьому є упорядкування об'єму послуг для стандартизації тарифів і бюджетів медичних закладів. Таким чином, структурування бюджетів медичних закладів за видами надання медичної допомоги з використанням тарифікації і нормування капітальних витрат є чітким механізмом контролю, обґрунтованості витрат на систему охорони здоров'я.

Важливою умовою структурування й упорядкування витрат – як бюджетних, так і страхових премій системи охорони здоров'я та забезпечення сприйнятого рівня якості й доступності медичної допомоги є регуляторне

створення умов для впровадження духу конкуренції. При цьому актуальним є застосування перевірених світовою практикою ефективних і недорогих методик лікування та медичних технологій.

Урядовий контроль в особі Міністерства економічного розвитку і торгівлі України вартості медичних послуг у закладах справить позитивний вплив на забезпечення якості й об'єму послуг. Він має охоплювати всі показники вартості.

Важливою проблемою є впровадження стратегії публічного упорядкування витрат в громадах, районах та регіонах України. Необхідне законодавче визначення відповідальності органів місцевого самоврядування за розширене охоплення населення профілактичною, первинною, невідкладною, спеціалізованою, високоспеціалізованою, екстреною, паліативною та хоспісною і реабілітаційною медичною допомогою у відповідності з повноваженнями. Це має передбачати отримання ними необхідних повноважень по контролю за вартістю медичних послуг.

Органи місцевого самоврядування базового рівня, управління охорони здоров'я районів та департаменти охорони здоров'я областей мають розробляти відповідні розділи «Програм розвитку охорони здоров'я» на п'ятирічний період з прогнозними показниками зменшення смертності громадян, насамперед, у працездатному віці та обґрунтованими показниками охоплення населення медичними послугами, насамперед, послугами денного стаціонару та стаціонару вдома, госпіталізації та викликів екстреної невідкладної медичної допомоги.

Структура показників фінансового ресурсу витрат за видами надання медичної допомоги у відсотках до загального обсягу витрат на охорону здоров'я має включати: профілактичну допомогу – 7%, ПМСД – 30%, екстрену, а також невідкладну допомогу – по 6%, стоматологічну – 6%, паліативну і хоспісну допомогу – 4%, вторинну медичну допомогу – 41%.

При цьому необхідне створення умов для щорічного зменшення на 7% приросту вартості медичних послуг. Це стосується комунальних, приватних та

державної форми власності установ. Головним контролером вартості медичних послуг має виступити управління економіки, а також охорони здоров'я громади, району та області відповідно.

Розробку бюджетів охорони здоров'я на базовому, районному та обласному рівнях слід законодавчо зобов'язати управління охорони здоров'я, економіки та фінансів відповідно громад, районів та областей. При цьому відповідні підрозділи охорони здоров'я мають бути відповідальними за обґрунтування схеми забезпечення загальнодоступної медичної допомоги із залученням закладів охорони здоров'я всіх форм власності й централізованого планування на 5 років надання медичної допомоги.

Детальне обґрунтування бюджетно-податкової складової оплати послуг за надану медичну допомогу слід покласти на економічні та фінансові підрозділи громад, районів, областей.

Протягом 2017 р. необхідно впровадити орієнтовні значення витрат. Після їх практичної апробації проводиться необхідне коригування і встановлюються контрольні показники:

– загального обсягу об'єму коштів на всі види медичної допомоги з розкриттям кожного виду медичних послуг, які необхідно надати наявно проживаючому населенню;

– частка послуг, які надаються комунальними, приватними та державними закладами охорони здоров'я на території громади, району та області;

– кількість жителів інших областей, яким надається медична допомога для проведення взаєморозрахунків;

– межі зростання вартості медичних послуг визначаються управліннями економіки, фінансів, охорони здоров'я громад, районів та областей, надавачами медичних послуг всіх форм власності та фінансуючими установами, а також асоціаціями пацієнтів, лікарів за 3 місяці до початку нового фінансового року.

На рівні кожної області необхідно опрацювати «Стратегію створення нової системи охорони здоров'я» на п'ятирічний період. В її основу слід покласти створення інформаційної інфраструктури по електронній обробці інформації для повного охоплення громадян наданням медичної допомоги і фінансового обґрунтування структури оплати за видами надання медичної допомоги.

При цьому необхідне введення уніфікованої процедури оплати для всіх працівників медичної допомоги перехідного річного періоду для впровадження єдиної системи оплати для надавачів послуг ПМСД на засадах сімейної медицини, амбулаторної допомоги у спеціалізованих закладах.

Це має базуватися на розширенні приватної практики в кожному із видів надання медичної допомоги та підготовки медичних кадрів з метою створення конкурентного середовища та єдиної оплати.

Важливим на рівні громад районів та областей є необхідність :

– розробки контрольних показників надання і фінансування медичної допомоги, які б враховували особливості статевовікового складу населення, захворюваності громад, районів та областей;

– розробки переліку фінансово-економічних показників для впровадження системи оптимізації затрат;

– обрахунку динаміки зростання фінансових і матеріальних ресурсів громад, районів та областей у зв'язку з оплатою перепідготовки лікарів спеціалізованої ланки для отримання права ведення практики сімейного лікаря;

– своєчасного направлення в Кабінет Міністрів України пропозицій з питань системної оптимізації (скорочення) витрат на систему охорони здоров'я;

Розподіл коштів має враховувати обрахунки витрат на надання медичної допомоги, виходячи зі статевовікової структури, особливостей захворювань громадян;

– підрозділи охорони здоров'я базового, районного та обласного рівнів згідно законодавчо-нормативних положень повинні мати чітку відповідальність за висококваліфіковане надання якісної і доступної відповідно

первинної, спеціалізованої та високоспеціалізованої медичної допомоги. Це має бути забезпечено автономними бюджетами відповідно громад, районів та областей. Формування обсягу послуг доцільно впровадити на базовому і районному рівнях.

Експертне рішення щодо структури бюджету мають приймати спеціально створені радами громад, районів та областей позаштатні робочі групи при фінансових підрозділах із включенням до їх складу як отримувачів, так і надавачів медичної допомоги – відповідних асоціацій пацієнтів, сімейних лікарів, сімейних медсестер, паліативної хоспісної допомоги, а також відповідних асоціацій лікарів спеціалізованої і високоспеціалізованої медичної допомоги, представників підрозділів фінансової, економічної та соціальної допомоги.

Основою для упорядкування й оптимізації витрат на систему охорони здоров'я, громад, районного та обласного рівня є розробка Міністерством економічного розвитку та торгівлі України, Міністерством фінансів України, Міністерством охорони здоров'я України, Міністерством соціальної політики України, Національною академією медичних наук України, Держфінпослуг уніфікованих стандартів збирання й обробки інформації.

Важливим є внесення змін до законодавства, яке регулює діяльність підприємств і установ, страхових компаній щодо надання підрозділам охорони здоров'я громад, районів та областей відомостей про витрати на медичне обслуговування громадян, насамперед, працюючих.

На рівні Міністерства фінансів України і Міністерства охорони здоров'я України важливим є застосування адаптивного підходу для різних громад, районів та областей України щодо базового рівня обмеження витрат. У кращому положенні мають бути громади, райони й області, які раціонально зменшують витрати на систему охорони здоров'я.

Міністерству економічного розвитку та торгівлі України, Міністерству фінансів України та Міністерству охорони здоров'я України необхідно

розробити механізми заохочень для громад, районів та областей, які дотримуються визначених показників витрат, а також стягнень для порушників.

Для успіху реформ важливим є проведення моніторингу впливу застосування принципу глобальної оптимізації витрат на основі нарахування тарифів чи обмеження страхових премій по задоволенню потреб пацієнтів в отриманні якісної і доступної медичної допомоги, а також діяльності надавачів медичної допомоги.

Впровадження публічної оптимізації витрат дає можливість визначити такі сценарні результати:

– помітне вдосконалення організації надання медичної допомоги;

– формування нового економічного механізму співпраці між пацієнтом і закладами кожного з видів надання медичної допомоги на договірній основі. Це призведе також до покращення співпраці між ПМСД і спеціалізованою медичною допомогою;

– підвищення вимогливості до діяльності медичних закладів;

– виникнення потреби у перепрофілюванні лікарень для надання медичних послуг, виходячи із реальних потреб пацієнтів – насамперед, у профілактичні, ПМСД на засадах сімейної медицини та паліативній і хоспісній допомозі;

– достатньо вірогідне тимчасове зменшення інвестиційного фінансування на наукові дослідження;

– пацієнти, надавачі медичної допомоги, управління економіки, фінансів, охорони здоров’я мають прийти до згоди в кожній громаді, районі та області щодо першочергової оптимізації витрат на конкретні види медичних послуг;

– доцільним є закріплення принципу вільного вибору пацієнтом сімейного лікаря та інших лікарів із впровадженням принципу оплати за конкретну медичну послугу;

– зростання рівня надання послуг ПМСД для соціально незахищених верств населення, 25-30% яких не звертаються нині за отриманням медичної допомоги через фінансову неспроможність оплатити послуги;

– впровадження сучасних етичних принципів у відношенні лікаря, в першу чергу, ПМСД і пацієнта для забезпечення якості й доступності медичної допомоги.

Певний приклад взаємозалежності структурних реформ і обсягу витрат не медичне обслуговування дає ФРГ. У цій країні у 1992 р. прийнято «Акт про структурну реформу охорони здоров'я», який вступив у дію з 01.01.1993 р., що дозволило провести структурну перебудову сфери охорони здоров'я з метою попередження і недопущення стрімкого збільшення витрат. Як наслідок, при високій ефективності системи охорони здоров'я Німеччини витрати на душу населення на 37% менші, ніж у США [100, с.67].

Що стосується України, то має бути створена система, згідно якої кожен громадянин повинен мати можливості доступу до національного медичного страхування (статутного і приватного). При цьому кожен заклад системи охорони здоров'я має отримати рівні права на надання якісної медичної допомоги. В перспективі у випадку хвороби всі сім'ї в Україні не повинні мати будь-яких фінансових ускладнень.

Розмір внесків домогосподарств у статутний фонд по хворобі має диференціюватися в залежності від платоспроможності й не залежати від стану здоров'я та кількості члені сім'ї.

Має бути забезпечено необмежене право вибору пацієнтом медустанови. Згідно із принципом доповнюваності у випадку, коли приватні страхові компанії не спроможні виконати соціальні функцію, то Держфінпослуг України повинен мати регуляторний вплив на вирішення проблеми.

З метою повного охоплення населення наданням медичної допомоги на перехідному однорічному етапі можливе збереження системи одного платника за послуги охорони здоров'я – «Статутного фонду медичної допомоги», який має бути незалежним від МОЗ України.

Надання медичної допомоги має забезпечуватися на основі максимально домінуючого розвитку на конкурентних засадах приватного ринку медичних послуг у кожному з її видів. При цьому зазначеним фондом вводяться обмеження, які стримують витрати при наданні медичних послуг. Це дозволить забезпечити всеохоплююче надання медичних послуг за рахунок раціоналізації витрат всього населення.

Слід враховувати, що швидкість зростання витрат на систему охорони здоров'я України буде корелювати з країнами ЄС. На першому етапі протягом року необхідно впровадити дієвий загальний контроль вартості медичних послуг у кожному з видів медичної допомоги. На другому етапі – 2018-2020 рр. необхідне впровадження контролю вартості з урахуванням зростання обсягу послуг, їх обґрунтованості та збільшення використаних ресурсів в системі охорони здоров'я. При цьому слід максимально заохотити громади, районні й обласні рівні влади до раціонального використання додатково залучених фінансових ресурсів на розвиток профілактичної, первинної медико-санітарної на засадах сімейної медицини та паліативної і хоспісної допомоги. Це має забезпечуватися шляхом перепрофілювання закладів охорони здоров'я, виходячи із місцевих потреб.

Необхідно також передбачити чітку фінансову прозорість при отриманні винагороди лікарями, її межі згідно із домовленістю між асоціаціями лікарів та пацієнтів, розпорядниками бюджетних коштів і страховими компаніями.

Якщо річний приріст додаткових витрат, пов'язаних із лікарською діяльністю, перевищуватиме 4%, то це має компенсуватись як центральним бюджетом, так і лікарями (у співвідношенні 30:70).

Для ефективного використання фінансових ресурсів в мед установах, крім контрольних даних попередніх бюджетів, необхідне врахування структури захворюваності населення конкретної громади.

У довгостроковій перспективі варто висвітлити динаміку витрат на охорону здоров'я**.** З віком витрати на охорону здоров'я суттєво зростають. Разом із тим, за оцінками Zweifel P., Felder S. та Meiers M. [107, с.3; 108], вік і

витрати на охорону здоров'я не пов'язані між собою. Це відчутно в безпосередній близькості до смерті протягом перебігу останніх двох років життя. Останнє визначає більшу витратність у сфері охорони здоров'я, ніж вік.

У зв'язку з цим можна завчасно спрогнозувати для громадян України стрімке зростання витрат – для чоловіків у віці 63-65 років та для жінок – 72-74 роки.

Частково емпірично підтверджена гіпотеза, що збільшення очікуваної тривалості життя через зменшення смертності може зменшити витрати на охорону здоров'я за умови кращого здоров'я у літньому віці [107, с.3]. Це може призвести до зменшення витрат на охорону здоров'я в цілому [109]. Із існуючих трьох гіпотез між змінами в очікуваності тривалості життя і стану здоров'я єдності серед фахівців не існує. Так, згідно «теорії динамічної рівноваги» [110, 111] зменшення рівня смертності і поширеності хронічних захворювань буде урівноважувати збільшення непрацездатності громадян із зростання тривалості захворювань [108, с.3]. Теорія зниження захворюваності обґрунтовує зменшення слабких сторін здоров'я, які мають проявитися в подальшому житті [109]. Гіпотеза «зростання захворюваності» пояснює, що зменшення смертності урівноважується зростанням захворюваності та інвалідності [112].

За оцінками Baumol W. [113], витрати і ціни у сфері охорони здоров'я зростають швидшими темпами, ніж середній показник інфляції в цілому. Як наслідок, це призводить до значного зростання витрат у структурі бюджетних видатків. За оцінками Nordhaus W. [114], для сфери охорони здоров'я характерна «економічна хвороба цін». Її причиною є повільне зростання продуктивності праці у трудомістких секторах економіки, таких як охорона здоров'я. У зв'язку з цим витрати на охорону здоров'я мають своєю причиною підвищення заробітних плат понад зростання продуктивності всієї економіки. Важлива роль у забезпеченні правил поведінки на ринку надання медичних послуг по забезпеченню якості й доступності медичної допомоги належить законодавчим, урядовим та відомчим актам, які регламентують порядок забезпечення фінансування та витрат у сфері охорони здоров'я.

Ефективним інструментом дотримання фінансової дисципліни на основі контролю за вартістю медичних послуг є впровадження принципу публічного управління витрат. Він створює прозору і визначену систему підзвітності всіх складових системи охорони здоров'я – пацієнтів і надавачів медичної допомоги та платників цих послуг.

Нормування бюджету має базуватися на здатності управлінського апарату на рівні громад, районів, областей, Міністерства охорони здоров'я України обґрунтовувати прийняття рішень та системно контролювати витрати, не допускаючи перевищення лімітів. Для цього необхідне створення достатніх баз відомостей для визначення вартості послуг на систему охорони здоров'я і прогнозування темпів їх зростання.

В основі підходу має бути обґрунтування витрат на кожен вид надання медичної допомоги, оптимальних напрямів і способів надання медичних послуг. Важливим при цьому є застосування принципу керованої конкуренції при наданні медичних послуг і оплаті витрат на них.

Очевидною для України є неспроможність уряду, Міністерства охорони здоров'я України, місцевих органів влади ефективно обраховувати вартість послуг на рівні громад, районів та областей.

Важливим є визначення мети проведення реформування системи охорони здоров'я – зменшення передчасної смертності громадян, насамперед, у працездатному віці, на базі пріоритетного розвитку ПМСД на засадах високоефективної сімейної медицини. Ключовим принципом має бути децентралізація системи охорони здоров'я, детінізація і демонополізація шляхом створення єдиного медичного простору на рівні громад, районів, областей і прозорих фінансових обрахунків для впровадження загальнообов'язкового медичного страхування.

Таким чином, для впровадження в систему охорони здоров'я принципу соціальної справедливості при всебічному охопленні населення медичними послугами необхідне чітке структурування фінансування видів надання

медичної допомоги, створення незалежної від МОЗ агенції по стандартизації медичної допомоги, загальнообов’язкового медичного страхування.

Що стосується Міністерства економічного розвитку і торгівлі, то необхідне надання ним обґрунтувань розрахунків тарифів, здійснення стандартизації оптимальної моделі порядку фінансування з передачею відповідальності за реалізацію всіх підходів на базовому, районному та обласному рівнях. Це є первинними умовами для початку реальних структурних реформ у сфері охорони здоров’я.

При цьому головним завданням має стати застосування принципів децентралізації і різноманітності форм власності.

До перспектив фінансування системи охорони здоров’я слід віднести зростання сукупного попиту на медичні послуги у зв’язку із запровадженням загальнообов’язкового медичного страхування. При цьому витрати і ціни на охорону здоров’я вірогідно будуть зростати швидшими темпами, ніж середній показник інфляції в економіці в цілому. Витрати на охорону здоров’я будуть обумовлюватися підвищенням заробітної плати понад зростання продуктивності праці всієї економіки.

РОЗДІЛ 4. УМОВИ ДОСТУПНОСТІ ПОСЛУГ ЗАКЛАДІВ СОЦІАЛЬНОЇ ІНФРАСТРУКТУРИ

4.1. Регіональна диференціація споживання послуг соціальної інфраструктури

Будь-яке розвинуте суспільство характеризується нерівним розподілом матеріальних і духовних благ, винагород і можливостей як у відношенні окремих індивідів, так і між групами в суспільстві. Однак за роки незалежності в Україні трансформаційні зміни та процеси модернізації супроводжуються безпрецедентним зростанням диференціації в розподілі результатів економічної діяльності. Зниження реальних доходів і, як наслідок, зростання диференціації за доступом до базових соціальних послуг (інформаційних, комунікативних, освітніх, медичних, соціальних тощо) – це дві основні тенденції у зміні рівня життя громадян.

В Україні існує низка соціальних проблем, які вимагають негайного вирішення, серед них важливою є проблема підвищення рівня життя людей, створення таких умов їх проживання, які б відповідали загальноприйнятим світовим стандартам за рахунок покращення роботи галузей соціальної інфраструктури. Ці проблеми мають яскраво виражений диференційний характер, що проявляється в значній диспропорційності в рівні розвитку соціальної інфраструктури серед регіонів нашої держави.

Послуги галузей соціальної інфраструктури мають двоїстий характер: вони одночасно є споживанням благ і інвестиціями в людський капітал. Соціальні послуги належать до змішаних суспільних благ, виробництво і споживання яких визначається як індивідуальним попитом, так і потребами суспільства в цілому.

Варто відмітити, що на сьогодні все ще відсутнє єдине загальноприйняте визначення категорії «соціальні послуги», що зумовлюється неоднозначністю, дискутивністю та багатовимірністю їхньої економічної природи. В різних країнах світу для ідентифікації поняття «соціальні послуги» використовується ряд синонімічних термінів (соціальний добробут, соціальний захист, соціальна

допомога, соціальна робота, персональні соціальні послуги, колективні послуги тощо), які в цілому мають подібне семантичне навантаження та включають практично однаковий перелік різних видів послуг.

Експерти Організації Об'єднаних націй, базуючись на класифікації міжнародної статистичної системи ISIC Rev.4 (*International Standard Industrial Classification Rev.4*), пропонують інше визначення соціальних послуг, а саме: соціальні (колективні) послуги, призначені для кінцевого споживання домогосподарствами, носять виключно некомерційний характер та надаються державними органами, некомерційними установами та неприбутковими організаціями. Згідно останньої редакції ISIC Rev.4, до соціальних послуг відносять три групи послуг, а саме: державне управління та обов'язковий соціальний захист, освітні послуги, охорона здоров'я та соціальна діяльність.

На сьогодні найбільш комплексний підхід щодо визначення сутності категорії «соціальні послуги» та їх позиціонування в державній системі соціального захисту пропонують експерти Європейської Комісії. Зокрема, Комюніке COM 2007 (205) про «Послуги загального інтересу, в тому числі соціальні послуги загального інтересу: нові пріоритети Європейського Союзу» [115] визначає ключову роль системи соціальних послуг в контексті реалізації основних цілей Лісабонської стратегії, насамперед, соціально-економічного та територіального вирівнювання, підвищення рівня зайнятості, прискорення темпів економічного зростання та соціальне включення.

Нажаль, на тлі несприятливих макроекономічних передумов в останні роки в країні зберігається певна система економічних обмежень, яка, власне, і надає специфічних ознак перебігу соціальних процесів. Серед них на особливу увагу в аспекті вирішення нагальних проблем соціального розвитку заслуговують такі групи обмежень та ризиків, як інвестиційні, інституційні та споживчі [116, с. 9].

Найбільш впливовими залишаються інвестиційні обмеження, сформовані внаслідок недостатніх за обсягами і неоптимальних за структурою соціальних інвестицій, недофінансування об'єктів соціальної інфраструктури,

нерівномірного розподілу інвестиційних ресурсів. Інституційні обмеження пов'язані з недосконалістю сучасного господарського механізму, збереженням певної сфери дії неринкових відносин і надмірною комерціалізацією тих сфер суспільного буття, які традиційно є об'єктами державного впливу і підтримки, насамперед, освіти та охорони здоров'я. Споживчі обмеження значною мірою є похідними від попередніх груп, однак мають пріоритетне значення для формування нової траєкторії соціального розвитку, орієнтованої на максимально повне задоволення життєво важливих потреб населення.

Особливість ситуації в Україні полягає в тому, що, маючи невисокий ВВП та невисокі доходи на душу населення, соціально-економічний розвиток відбувається в умовах небувало високої поляризації доходів. При цьому нерівність у розподілі спостерігається на підприємствах, у галузі, на міжгалузевому і міжрегіональному рівнях. Хоча диференціація населення є об'єктивним явищем і, потрібно зазначити, на початкових етапах постсоціалістичних трансформацій диференціація доходів та споживання послуг соціальної інфраструктури була стимулом для економічного розвитку, однак як позитив таке положення може бути лише за умови створення приблизно однакових можливостей для кожного члена суспільства щодо реалізації свого потенціалу. Тому в певні моменти економічного розвитку фактор високої диференціації починає гальмувати економічне зростання, адже висока частка населення з низькими доходами – це значні соціальні видатки, більші вимоги стосовно різних галузей соціальної політики, низький платоспроможний попит, загроза соціальних конфліктів.

Поняття соціальна диференціація існує для визначення відмінностей між людьми, по відношенню до якого соціальна стратифікація є окремим випадком. Соціальна диференціація охоплює відмінності між макро- і мікрогрупами, а також індивідами як за об'єктивними характеристиками (природними здібностями, економічними, професійними, освітніми і т.д.). Це поняття, що застосовується як синонім до слова «відмінність, різниця», вживається для класифікації статусів, ролей, соціальних інститутів і організацій. Саме

соціальна диференціація викликає майнову, владну і статусну нерівність [117, с. 5-6].

У науковій літературі, для характеристики рівня диференціації у суспільстві все більше використовуються такі поняття, як поляризація та нерівність (суспільства), але не дано чіткого їх визначення. Проте поляризація та нерівність – не тотожні поняття диференціації. Поляризація – це процес утворення в суспільстві значимих за своїм розміром підгруп, що знаходяться в діаметрально протилежних умовах. Нерівність як економічна категорія пов'язана з процесом розподілу доходів, нерівністю можливостей, дискримінацією у працевлаштуванні тощо [118, с. 14].

Отже, за своєю соціально-економічною суттю поляризація та нерівність – це процеси розподілу доходів (витрат) та є структурними характеристиками диференціації. Так, від диференціації поляризація відрізняється тим, що принципово інакше змінюється в процесі перерозподілу доходів. При передачі частини доходу від одного суб'єкта іншому, з більш низьким доходом, поляризація зменшиться тільки при умові, якщо дохід другого суб'єкта нижче медіани; якщо доходи другого не нижче медіани, то поляризація збільшиться, хоча диференціація зменшиться. Таким чином, позитивний, з точки зору диференціації, перерозподіл (такий, що зменшує нерівність) може призвести до посилення поляризації. Що стосується нерівності, то вона є формою соціальної диференціації, за якою окремі соціальні групи перебувають на різних рівнях вертикальної соціальної ієрархії, і, відповідно, мають нерівні життєві шанси та можливості задоволення матеріальних та духовних потреб, а отже, нерівний доступ до обмежених ресурсів.

Одним із методів статистичного аналізу диференціації споживання соціальних послуг в регіонах є групування на основі багатовимірних середніх, які дозволяють поєднати безліч видів споживаних послуг в єдину величину, виходячи з відношення фактичних значень до середнього по країні:

$$\overline{p}_i = \frac{\sum_{j=1}^{k} p_j}{k} = \sum_{j=1}^{k} \left(\frac{x_j}{\overline{x}_j} \right) / k \quad , \tag{1}$$

де, $\overline{p}_i$ – багатовимірна середня для i -ої одиниці;

i – номер одиниці сукупності;

j – номер ознаки;

k – кількість ознак;

x_{ij} – значення ознаки x_j для i -ої одиниці;

$\overline{x}_j$ – середнє значення ознаки x_j .

Сучасний розвиток регіонів диктує тенденцію розвитку регіональної політики направленої на зменшення диференціації та підвищення конкурентоспроможності регіонів. На даний момент існує багато підходів та методик оцінки регіональної диференціації, але кожна з них має свої позитивні та негативні сторони. Найпоширенішими серед методів оцінки диференціації можна виділити такі, як рейтинги диференціації регіонального розвитку та методи дослідження нерівності в доходах (крива Лоренца, коефіцієнт Джині), а також класичні математико-статистичні методи з яких виділяють п’ять основних: метод масштабування, метод середнього відхилення, метод «крапка за крапкою» та метод стандартної варіації [119].

Метод масштабування (*scaling techniques*) у зарубіжних джерелах визначається як метод, який займається проблемами вимірювання економічних показників, процедур або методик, а також як і реальний процес вимірювання. Для виміру диференціації цей метод надає можливість порівнювати метричні та неметричні дані. Метод середнього відхилення (*average deviation*) являє собою середню арифметичну з абсолютних значень відхилень окремих варіант від середньої арифметичної. При цьому абсолютні значення відхилень беруться по модулю, таким чином компенсується вплив негативних і позитивних значень. Цей метод містить декілька показників, зокрема, це розмах регіональної

диференціації, середнє лінійне відхилення або розсіювання регіонів, варіація регіонів та коефіцієнт регіональної асиметрії.

Основна суть методу порівняння «крапка за крапкою» *(«point-by-point» method*), автором якого є американський математик М.К. Беннет, полягає у порівнянні регіону за обраним індикатором з максимальним чи мінімальним значенням. Мінімальне значення обирається тоді, коли зменшення індикатора вважається за прогрес, а максимальне значення – у протилежному випадку, тобто прогресом буде вважати збільшення індикатора. Тож для цього використовується шкала значень від 0 до 1, тобто мінімальне значення дорівнює 0 (нижня крапка), а максимальне – одиниці (верхня крапка), у чому і полягає суть методу «крапка до крапки».

Цей метод показує моніторинговий рівень регіону, що може бути використано в рейтингу диференціації між різними регіонами. Завдяки цьому методу також можуть бути обчислені інтегральні показники зваженого середнього арифметичного числа крапок у різних регіонах.

Метод стандартної варіації (*standardized variable method*) заснований на статистико-математичному методі, у якому для визначення міжрегіональної диференціації використовують середнє значення стандартної варіації.

Якщо порівнювати цей метод із методом «крапка до крапки», то у методі стандартної варіації є безпосередні позитивні сторони, які відображаються в тому, що метод враховує мінливості показників.

У кожного метода є свої сильні та слабкі сторони, плюси і мінуси, які відображені в таблиці 4.1, з якої можна зробити висновок, що для оцінки регіональної диференціації краще за все підходять методи «крапка за крапкою» та метод стандартних варіацій.

Це так звані класичні статистико-математичні методи які найчастіше використовуються для оцінки диференційного стану регіонів. Також є багато зарубіжних і вітчизняних авторських методик оцінки диференційного розвитку регіонів та зважаючи на те, що подолання диспропорцій регіонального розвитку завжди супроводжується такими поняттями як соціально-економічний розвиток

регіонів, сталий розвиток та підвищення конкурентоспроможності регіонів, то методики, які оцінюють ці явища тісно пов'язані з проблемою диференційності. Основною різницею між методами є обрані індикатори.

Таблиця 4.1

Позитивні та негативні сторони методів оцінки диференціації

Метод	Позитивні сторони методу	Негативні сторони методу
Ранжування	- впорядкування будь-якого об'єкту в часі і просторі	- неможливість кількісно виміряти диференціацію
Крива Лоренца і коефіцієнт Джині	- легкість розуміння, має наочне зображення у вигляді кривої Лоренца; - може використовуватися для порівняння розподілу доходів як на зовнішньому рівні, так і на внутрішньому	- не враховують джерело доходу та відхилення у дослідженні нерівномірності розподілу доходів серед населення
Індекс Тейла	- однаково чутливий до змін по всій шкалі розподілу; - на відміну від коефіцієнта Джині індекс Тейла можна розкласти	- інваріантний по відношенню до множення, тобто, не змінюється при девальвації
Метод масштабування (scaling techniques)	- порівняння показників за метричним та нематричним базисом; - прозорість та безперебійне розширення аналізованої групи показників	- метод не може розглядатися як тип вимірювання, тому не можливо досягти конкретних числових даних; - псевдо-кількісна оцінка відмінностей
Метод середнього відхилення (average deviation)	- видаляє з аналізованої системи взаємну компенсацію позитивних і негативних відхилень	- неможливо визначити середнє значення всієї системи на основі часткових середніх відхилень
Метод «крапка за крапкою» («point-by-point» method)	- можливість підсумовувати дані, представлених в різних одиницях в одній площині	- абсолютна мінливість показників, неможливо зрозуміти їх відносну мінливість
Метод стандартної варіації (standardized variable method)	- можливість підсумовувати дані, представлені в різних одиницях в одній площині; - обчислені змінні можуть бути зведені без будь-яких проблем; - метод бере до уваги відносну мінливість показників, включених в даний індекс; - підпорядковує абсолютну мінливість, враховує недоліки методу «крапки за крапкою»	- неможливість застосування цього методу в той момент, коли необхідно використовувати в порівнянні загальні змінні

В Україні документ, який визначає методи оцінки регіонального розвитку, є Постанова Кабінету Міністрів «Про запровадження оцінки

міжрегіональної та внутрішньорегіональної диференціації соціально-економічного розвитку регіонів» від 20 травня 2009 року [120].

Дана методика визначає механізм проведення оцінки і порівняльного аналізу економічного стану та якості життя населення регіонів, районів, міст з метою прийняття відповідних управлінських рішень на державному, регіональному та місцевому рівні, спрямованих на розв'язання проблем міжрегіональної та внутрішньорегіональної диференціації соціально-економічного розвитку регіонів, районів, міст та запобігання поглибленню диференціації. Ступінь міжрегіональної та внутрішньорегіональної диференціації соціально-економічного розвитку регіонів, районів, міст залежить від значення коефіцієнта варіації – чим більше значення коефіцієнта варіації, тим більшим є ступінь диференціації.

За останні два роки в Україні спостерігається значне зменшення доходів населення. До основних факторів, які впливали на їх рівень в Україні, належать: військовий конфлікт і збільшення чисельності внутрішніх переселенців (станом на 01 січня 2018 р. – близько 1,5 млн. осіб), зменшення ВВП (впродовж 2014-2016 рр. – на 13,7%), високий темп інфляції (2014 р. – 24,9%, 2015 р. – 43,3%, 2016 р. – 12,4%), збільшення податкового навантаження, прискорення девальвації (впродовж 2013-2016 рр. – понад 200%) [121, 122,123].

Аналіз динаміки доходів населення показує, що за останні роки номінальні доходи частково зростали. Проте, реальні доходи значно зменшилися. Наприклад, лише за другий квартал 2015 р. реальний наявний дохід населення порівняно з 2014 р. зменшився на 34,0% [121]. Водночас зменшення доходів негативно вплинуло на споживання і заощадження. Більша частина споживчих витрат (понад 50%) була пов'язана з оплатою продуктів харчування та комунальних послуг. Найбільше населення економило на товарах розкоші, що загалом відповідає закону Енгеля. Відтак, якщо на початкових етапах постсоціалістичних трансформацій диференціація доходів відігравала роль стимулу для економічного розвитку, наразі вона перетворюється на його гальмо. Висока частка населення з низькими доходами

призводить до значних соціальних видатків бюджету, зростання вимог стосовно заходів соціальної політики, заниження платоспроможного попиту, слабкої інвестиційної спроможності населення та загроз соціальних конфліктів.

Економічною основою диференціації грошових доходів населення переважно є диференціація заробітної плати, що обумовлена соціально-економічною неоднорідністю праці. Таким чином, диференціація доходів не лише кількісний показник, а явище, що є частиною соціально-економічної системи. А тому диференціація грошових доходів населення – об'єктивне соціально-економічне явище, що є наслідком процесу розподілу суспільного продукту в грошовій формі між окремими особами чи соціальними групами, який визначається умовами виробництва та принципом розподілу доходів у суспільстві.

Рівень диференціації регіонів за розміром середньомісячної заробітної плати в останні роки знаходиться в межах 1,5-1,6. Варто зазначити, що значна регіональна диференціація частіше за все зумовлена галузевою спеціалізацією регіону: промисловою чи аграрною спрямованістю його економіки. Як правило, в промислових регіонах рівень доходів значно вищий, ніж в аграрних.

Питома вага заробітної плати у загальних обсягах доходу в цілому по країні знаходиться на рівні 40%, в західних же областях ледь сягає 30%-ї позначки. Таким чином, значимим джерелом доходів населення все ще залишаються державні соціальні трансферти, найбільш суспільно витратним видом з яких є пенсійні виплати. Таким чином, особливістю регіональної диференціації за даний період є перевищення темпів зростання коефіцієнту варіації над темпами зростання грошових доходів і заробітної плати при незначній різниці між областями за купівельною спроможністю грошей. Фактично різниця у грошових доходах населення між областями збільшувалася швидше, ніж відбувався розрив в їх економічному потенціалі й зростанні рівня доходів громадян. Подібна тенденція свідчить про небезпечну ситуацію, в результаті якої диференціація доходів за регіонами супроводжується зниженням реального життєвого рівня населення.

Рівень диференціації визначається на основі двох взаємодоповнювальних підходів. За першим оцінюються розподіл фінансових ресурсів (скільки витрачають на розвиток соціальної інфраструктури місцеві бюджети регіонів і яким є стан об'єктів галузей соціальної інфраструктури), за другим – обсяг одержаних ресурсів домогосподарств й те, наскільки це допомагає вирівнювати можливості споживання населенням послуг, які надають об'єкти соціальної інфраструктури.

Оцінювання й аналіз регіональної диференціації споживання послуг соціальної інфраструктури у динаміці здійснено на основі дискретних рядів розподілу видатків місцевих бюджетів та витрат домогосподарств регіонів України на соціальний розвиток у 2009-2016 роках. Для оцінювання рівня диференціації у кожному році визначемо розмах варіації (R) та коефіцієнт варіації (k) за наступними формулами:

$$R = X_{\max} - X_{\min}, \tag{2}$$

де, $X_{\max}$ – найбільше значення ознаки в сукупності; $X_{\min}$ – найменше значення ознаки в сукупності.

$$k = \frac{\sigma}{\overline{X}} \times 100, \tag{3}$$

де, σ – середнє квадратичне відхилення, що розраховується за формулою $\sigma = \sqrt{\frac{\sum (X - \overline{X})^2 f}{\sqrt{f}}}$; X – значення ознаки; $\overline{X}$ – середнє значення ознаки X; f – частота (вага) кожної варіанти.

В останні роки міжрегіональна диференціація ще більш поглибилася, що зумовлено різницею у вартості життя та обсягах споживання тих чи інших товарів і послуг у різних регіонах, станом соціально-економічного розвитку регіонів, внутрішнього ринку праці, розвитком бізнес-середовища та ринкової інфраструктури.

Диференціація в розвитку соціальної сфери має місце не лише між регіонами, але і всередині їх. При цьому проглядається тенденція: чим бідніший регіон, тим меншою є диференціація. Тож не дивно, що вона є незначною в депресивних і кризових регіонах порівняно з благополучними.

Основними методами планування видатків соціального призначення є балансовий, нормативний, аналітичний (екстраполяції), прямого рахунку, кожний з яких знаходить застосування на певному етапі планування видаткових показників. Однак найбільш широко пропагується в даний час доцільність запровадження програмно-цільового методу планування і виконання місцевих бюджетів, який дає можливість чітко встановити пріоритети в межах існуючих фіскальних обмежень, а також отримати зворотну інформацію від населення про рівень задоволення послугами, наданими об'єктами соціальної інфраструктури [124, с. 6].

Попри очевидні переваги, впровадження програмно-цільового методу в бюджетний процес на рівні місцевих бюджетів довгий час стримувалося нерозробленістю соціальних стандартів, відсутністю критеріїв розрахунку видатків на делеговані функції, методики розробки довготермінових планів, показників результативності бюджетних програм та іншими чинниками. Хоча використання цього методу було передбачене ще в 2003-2004 роках [125], відповідний експеримент на базі кількох пілотних областей було проведено тільки у 2011 р., а повноцінне його запровадження так і не відбулось. Таким чином, фінансування соціальної інфраструктури в Україні продовжує здійснюватися на застарілій методологічній основі, позбавленій стимулів до ефективного використання бюджетних коштів і врахування інтересів громадян.

Результати аналізу видатків місцевих бюджетів в Україні свідчать про посилення їх соціального характеру, проявлене у збільшенні бюджетних видатків на потреби соціальної сфери і соціального захисту населення. Видатки місцевих бюджетів України (із врахуванням міжбюджетних трансфертів) у номінальному виразі збільшились за 2003–2016 рр. у 10,4 рази, однак у реальному виразі це зростання є значно нижчим, оскільки внаслідок високої інфляції в Україні (темпи зростання цін перевищують середньоєвропейські у 3–5 разів) та централізації управління публічними фінансами, що є цілком очікуваним кроком центрального уряду в умовах загострення негативних наслідків соціально-економічної кризи та недостатності бюджетного ресурсу на фінансування соціальних видатків.

Відповідно, це негативно впливає на реальну вартість запланованих бюджетних видатків на послуги соціальної інфраструктури. Причому, найвищий приріст видатків за вказаний період був характерний для видатків на соціальний захист і соціальне забезпечення (в 11,8 разів), унаслідок чого їх частка у структурі видатків місцевих бюджетів зросла з 18,2 % у 2003 р. до 30,3 % у 2016 р. відповідно (рис. 4.1).

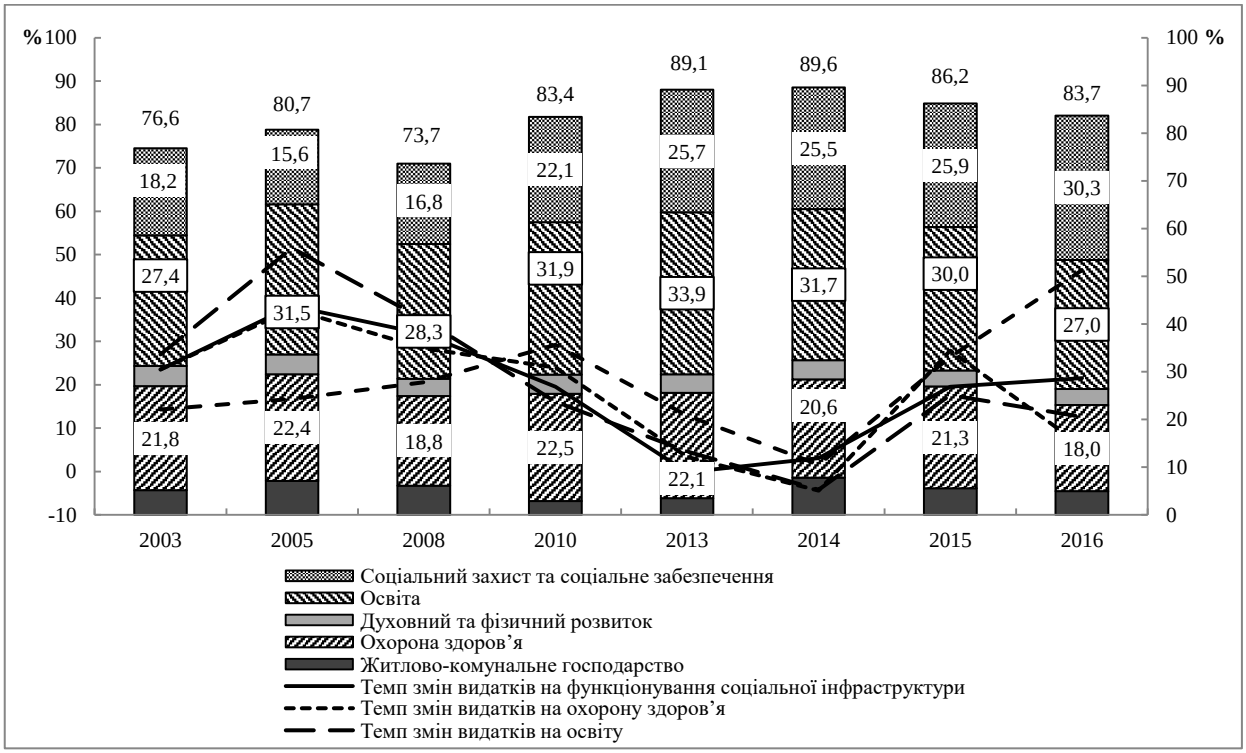

Рис. 4.1. Структура та динаміка змін видатків місцевих бюджетів України на функціонування та розвиток галузей соціальної інфраструктури, %

Джерело: розраховано за даними Міністерства фінансів України.

Диференціація споживання освітніх послуг. Національна доктрина розвитку освіти передбачає положення про рівний доступ до якісної освіти, незалежно від національності, статі, віросповідання, місця проживання та стану здоров'я. Характерним для українського суспільства є те, що нормативно-правові акти про розвиток освіти не реалізуються, а лише декларуються. Незважаючи на законодавче оформлення рівності доступу до освіти, соціальна функція інституту освіти реалізується, чітко відтворюючи соціальну нерівність українського суспільства. Сучасна освіта в умовах соціальної нерівності диференціювалася на елітарну, а також освіту підвищеного, середнього і

низького рівня. Такий поділ стає звичним для українського суспільства, хоча раніше диференціація за рівнем освіти була латентною. Отже, очевидним є посилення диференціюючої функції інституту освіти в сучасному суспільстві.

Освітній ринок в Україні пропонує нині широкий вибір навчальних закладів різного типу і систем навчання, проте розширення освітнього простору не супроводжується підвищенням якості учбового процесу. Спостерігається також зниження доступності високоякісної освіти, оскільки поширення оплати і доплати за навчання значно ускладнило рівний доступ дітей різних верств населення до освіти і, отже, посилило диференціацію споживачів освітніх послуг в Україні [126, с. 149]. Чинниками, що формують освітню диференціацію в Україні, є наступні:

- соціально-економічна нерівність населення за рівнем доходів;
- соціальне походження або соціальний стан родини (учня, студента);
- склад і структура родини (учня, студента);
- обсяг культурного капіталу;
- аскриптивні характеристики (здоров'я дитини, стать і вік учня, розвиток мовлення тощо);
- ціннісне ставлення батьків до навчання своїх дітей;
- ситуація в освітній системі (регіональні й територіальні розбіжності в системі освіти, комерціалізація освіти і соціально-економічна селекція);
- вибір навчального закладу (батьками учня, родиною, особисто абітурієнтом чи студентом);
- відбір до навчальних закладів (шкіл, ВНЗ різних рівнів акредитації);
- реалізація певних парадигм освіти (традиційно-консервативної, інноваційної, особистісно-орієнтованої та ін.).

Видатки місцевих бюджетів на освіту здійснюється на підставі фінансових нормативів бюджетної забезпеченості на одного споживача послуги (дитини дошкільного віку, учня загальноосвітнього, позашкільного, професійно-технічного навчального закладу) та їх контингенту на визначену дату. Для коригування наявного контингенту учнів і вихованців відповідно до

статусу населеного пункту чи навчального закладу, наповнюваності класів, специфіки виховного чи навчального процесу та інших чинників використовується ряд відповідних поправочних коефіцієнтів.

Основна частина видатків традиційно передбачається для фінансування загальної середньої освіти. Однак через поліпшення демографічних тенденцій у 2007-2011 рр. увага органів місцевої влади була зосереджена на прискореному збільшенні видатків на дошкільну освіту. У зв'язку з введенням з 2010 р. обов'язковості дошкільної освіти для дітей 5-річного віку тенденція до швидкого росту видатків на дошкільне виховання в майбутньому збережеться. Зауважимо, що специфіка планування видатків місцевих бюджетів на дошкільну освіту полягає у врахуванні коефіцієнта охоплення нею дітей до 6 років. Таким чином, органи місцевої влади отримують стимул до підвищення цього показника для отримання до бюджету додаткових фінансових ресурсів.

Аналіз видатків місцевих бюджетів свідчить про незначний рівень регіональної диференціації на забезпечення освітніми послугами населення країни. Так, коефіцієнт варіації видатків місцевих бюджетів на освіту коливався у 2009–2016 рр. від 6,9 до 8,2 % (у тому числі на дошкільну освіту – 9,5–12,1 %, на середню загальну освіту – 6,4–8,2 %). Однак, за рівнем споживання домогосподарствами спостерігалася вже значна регіональна диференціація (43,1–62,8 %) (рис. 4.2).

Так, зростання вартості послуг дитячих дошкільних і позашкільних закладів, яке не компенсують державні програми соціального захисту материнства і дитинства, територіальна нерівномірність доступу до цих закладів призводить до невключеності й «випадання» певної частини дітей із системи дошкільної освіти, яка, як відомо, закладає основи для навчання у початковій школі. Наприклад, станом на 01.09.2016 р. лише 74,0 % дітей віком 3–5 років були охоплені дошкільною освітою. Найкраща ситуація у Хмельницький, Черкаський і Сумський областях (93,0 %), а найгірша – в Одеській та Івано-Франківській областях (69,4 та 59,0 % відповідно).

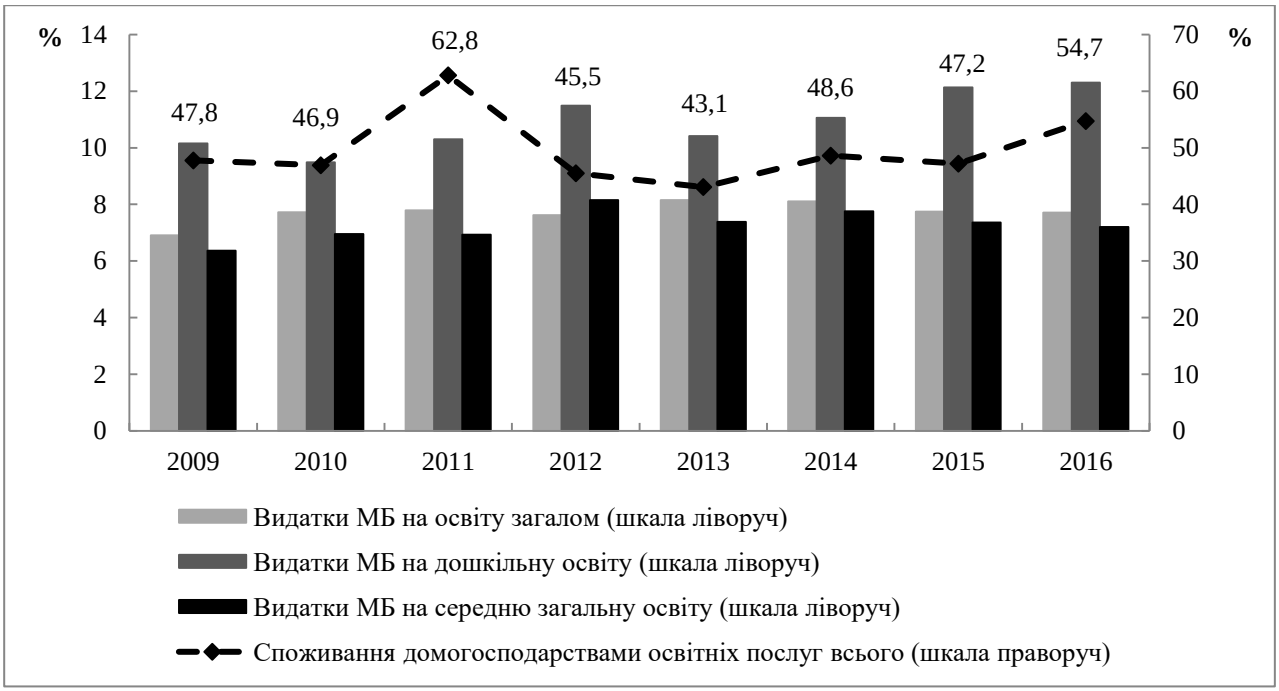

Рис. 4.2. Коефіцієнт варіації видатків місцевих бюджетів на забезпечення населення освітніми послугами та споживання домогосподарства послуг освіти за 2009–2016 рр., %

Джерело: розраховано за даними Міністерства фінансів України.

Як відомо, більшість вищих навчальних закладів зосереджено у м. Київ, східних і південних регіонах України, що ускладнює можливості отримання вищої освіти у західних та центральних областях. Зокрема, кількість студентів на початок 2015–2016 навчального року, які навчалися у ВНЗ III–IV рівнів акредитації, становила в середньому в Україні 322 студента у розрахунку на 10 тис. осіб населення країни і коливалася від 98 осіб у Кіровоградській області до 1261 студента у Києві [3, с. 9, 26].

У Законі України «Про освіту», що прийнятий у 2017 році, передбачено рівноправність доступу до бюджетного фінансування закладів освіти усіх форм власності. Так, уведено поняття «освітня послуга», з метою зміни механізму фінансування освіти – від фінансування закладу до оплати послуг зі здобуття освіти особою. Приватні навчальні заклади матимуть рівні (з державними і комунальними закладами) права на бюджетне фінансування. Водночас державні й комунальні заклади освіти зможуть набувати статусу неприбуткової організації, отримуючи фінансову автономію за збереження податкових пільг бюджетної установи. Крім того, буде створено нові можливості для розширення

державно-громадського партнерства у сфері освіти через нові підходи для співфінансування й управління навчальними закладами.

Диференціація споживання послуг охорони здоров'я. Протягом усіх 25 років від здобуття незалежності Україна декларувала необхідність реформувати систему охорони здоров'я. Однак реальних масштабних реформ у цій сфері так і не здійснено. Крім того, в Україні досі немає чітко визначеного обсягу державних гарантій щодо забезпечення громадян безоплатною медичною допомогою [127].

Хоча фінансування галузі охорони здоров'я в Україні є пріоритетним напрямом бюджетної сфери, ці кошти не задовольняють мінімальних потреб галузі. Державне фінансування закладів охорони здоров'я характеризується останніми роками хронічною нестачею фінансових ресурсів, що вкрай ускладнює розвиток галузі та задоволення потреб населення. Але окрім державних витрат сьогодні медицину фінансують і з приватних джерел (рис. 4.3). За даними Державної служби статистики України, частка витрат домогосподарств, приватних фірм і корпорацій у загальному фінансуванні охорони здоров'я наближається до 50 % [128]. Здебільшого це – оплата ліків та тіньові платежі пацієнтів.

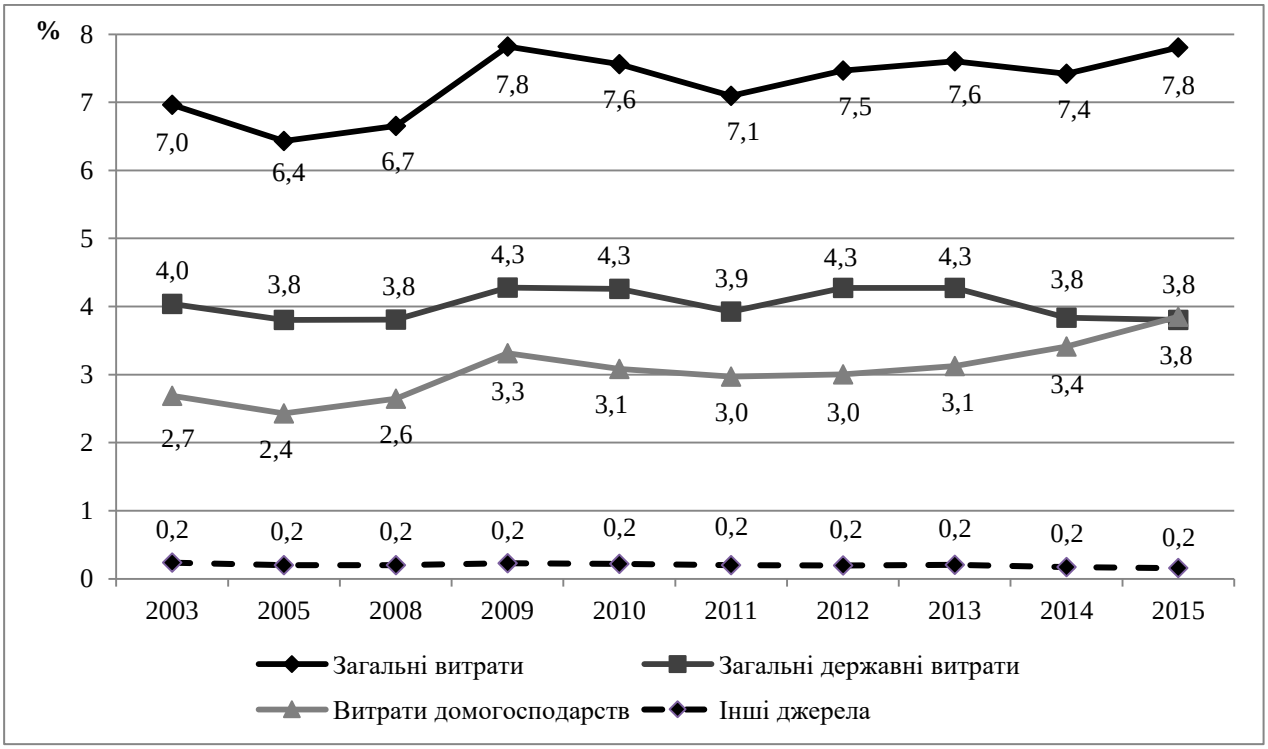

Рис. 4.3. Витрати на охорону здоров'я в Україні, у % до ВВП

Джерело: розраховано за даними Державної служби статистики України [128].

Видатки на охорону здоров'я як держави, так і місцевих бюджетів, характеризуються нестабільністю, що загострює проблеми галузі. Провідне ж місце у фінансуванні галузі державою належить органам місцевого самоврядування.

За рекомендацією ВООЗ, показник видатків з державного бюджету на фінансування медичної галузі:

- 6,41% ВВП розцінюєтьс, як мінімальний рівень бюджетного фінансування (рівень виживання галузі);

- 3,2% ВВП розцінюється як критичний, за якого відбувається зниження рівня і зменшення обсягу медичної допомоги на 1/3;

- 1,6% ВВП і нижче – як позамежний, що розцінюється як рівень повного руйнування структури медичної галузі.

Результати аналізу даних свідчать про реальне щорічне підвищення на макрорівні держави показника загального обсягу видатків із бюджету держави для системи охорони здоров'я. Проте відповідно до вищезазначеного ми можемо стверджувати, що вже більше ніж десять років система охорони здоров'я фінансується за критично низьким рівнем, що спричиняє довготривалий етап руйнування галузі, зниження рівня та зменшення обсягу медичної допомоги. Загальний обсяг державних видатків на фінансування медичної галузі за останні роки варіюється від 3,8 до 4,3% ВВП, що не відображає реальних потреб галузі та не може задовольнити відповідних потреб населення в гарантованому державою обсязі на відповідному рівні.

Крім того, ресурсний потенціал системи охорони здоров'я зазнав суттєвих змін. Динаміка розвитку закладів охорони здоров'я мала тенденцію до постійного скорочення лікарняних закладів поряд зі збільшенням кількості амбулаторно-поліклінічних. Так, за 2009-2016 рр. кількість лікарняних закладів загалом по країні зменшилася на 33,7%. Лідерами за темпами скорочення були Вінницька, Черкаська та Чернігівська області – на 47,1%, 43,9 та 40,3% відповідно. Стосовно амбулаторно-поліклінічної ланки, то майже всі регіони,

окрім Львівської та Сумської (зниження показника на 12,0% та 5,4% відповідно), мали позитивні показники розвитку.

Планування видатків місцевих бюджетів на охорону здоров'я здійснюється на основі показника фінансового нормативу бюджетної забезпеченості на одного жителя з урахуванням коригуючих коефіцієнтів і специфічних цільових видатків, а також чисельності населення адміністративно-територіальної одиниці та відносної вартості витрат на надання медичних послуг залежно від його статевої та вікової структури. Згідно ст. 90 Бюджетного кодексу України на обласні бюджети покладено вагомий обсяг повноважень із фінансування охорони здоров'я, а тому методика розподілу міжбюджетних трансфертів передбачає використання фіксованого коефіцієнта, який становить 0,354 і визначає питому вагу видатків обласних бюджетів (35,4%) в сукупних видатках місцевих бюджетів на охорону здоров'я, а також коефіцієнта їхнього коригування залежно від питомої ваги витрат на оплату праці. Внаслідок цьог, частка обласних бюджетів у сукупних видатках місцевих бюджетів на охорону здоров'я в більшості областей становить близько 1/3 їх обсягу.

Аналіз рівня регіональної диференціації фінансування системи охорони здоров'я місцевими бюджетами 2009–2014 рр. свідчить про симетричний тип забезпечення цими послугами населення регіонів країни. Однак вже у 2016 цей показник становив 17,43 % (у 2015 р. – 21,49 %), що свідчить про посилення диспропорцій за цим показником (розмах варіації становить 1557,0 грн/особу). Однак, за елімінування впливу м. Києва, цей показник зменшується на 7,8 % і свідчить про незначну міжрегіональну диференціацію (розмах варіації – 557,2 грн/особу) (рис. 4.4). Тобто, державні видатки покривають лише близько половини всіх витрат на охорону здоров'я, а решту доплачують пацієнти з власних кишень. Це створює значну нерівність в доступі до лікування. За даними дослідження 2016 року, тільки 10% респондентів оцінили якість медичної допомоги в Україні як добру – це найнижчий рейтинг у Європі.

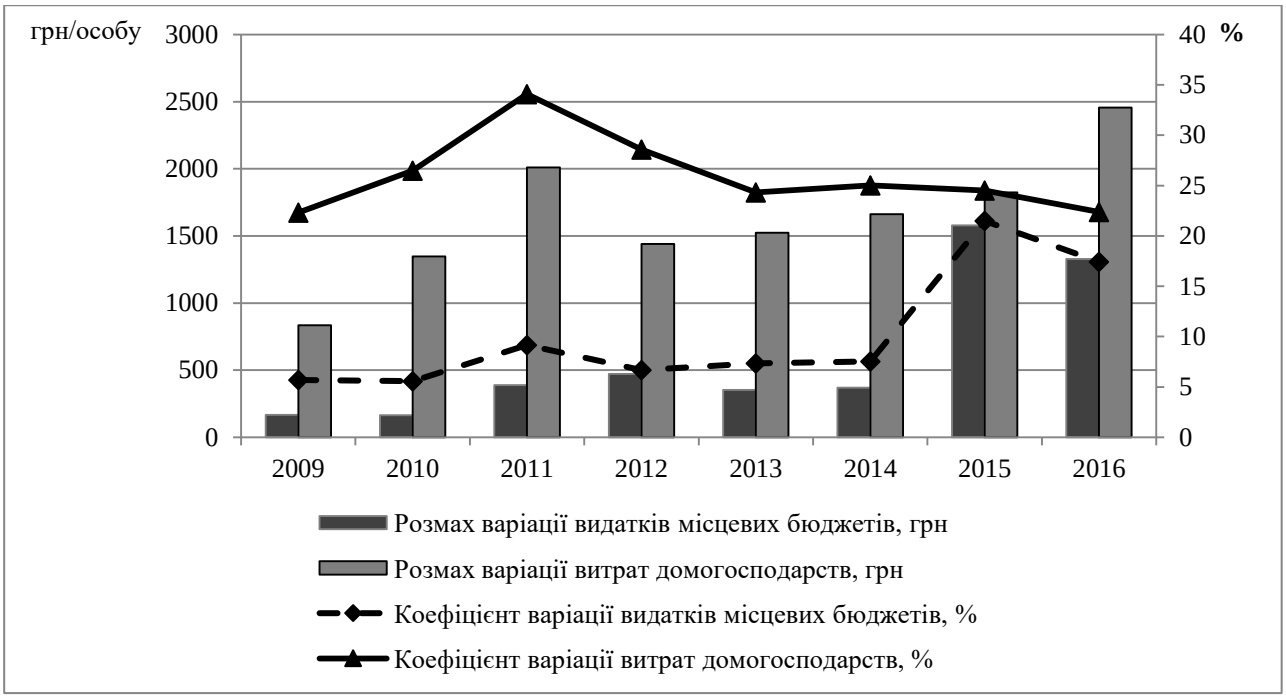

Рис. 4.4. Диференціація споживання послуг системи охорони здоров'я населенням регіонів України у 2009–2016 рр.

Джерело: розраховано за даними Міністерства фінансів України та Державної служби статистики України

Необмежений законом обсяг цих гарантій неможливо покрити лише за рахунок публічних фінансів. Через це громадяни змушені зазнавати значних витрат на оплату медичних послуг та ліків безпосередньо з власних кишень. Існуюча система фінансування охорони здоров'я не може захистити їх від катастрофічних витрат у випадку хвороби. Неефективна модель фінансового забезпечення цементує структурну неефективність системи в цілому.

Незважаючи на певне збільшення в останні роки бюджетного фінансування сфери охорони здоров'я, воно недостатнє. Також спостерігається зростання частки особистих витрат населення на отримання медичної допомоги, що є практично заміщенням безоплатної медичної допомоги платною. Слід також акцентувати увагу на тому, що в умовах переходу до ринкової економіки дещо перебільшується роль економічних методів управління. Так, якщо у 2009 р. майже кожне друге домогосподарство, члени яких потребували медичної допомоги, не отримали її через недоступність необхідних ресурсів для лікування в стаціонарних лікувальних закладах, то у

2016 р. – майже кожне третє. Причому, відмова від необхідного лікування викликана занадто високою його вартістю [129].

З ухваленням нової редакції Бюджетного кодексу України з бюджетів сіл, селищ та міст районного значення кошти на охорону здоров'я не виділяються, адже з 2011 р. фінансування фельдшерсько-акушерських пунктів, дільничних лікарень та інших медичних закладів місцевого значення здійснюється з районних бюджетів. На перший погляд, таке рішення можна оцінювати негативно, бо воно фактично свідчить про звуження повноважень органів місцевого самоврядування. Але за умов перманентної нестачі ресурсів місцевих бюджетів низового рівня, які в більшості випадків практично позбавлені власних джерел доходів, переведення фінансування закладів охорони здоров'я до районних бюджетів сприятиме поліпшенню їх матеріального становища та якості медичного обслуговування.

Наявна в Україні система фінансування охорони здоров'я базується на структурі «розподіл ресурсів на лікарняне ліжко і на лікаря», і має такі недоліки: планування за лікарняними ліжками і медпрацівниками не має раціональних основ і є застарілим, економічно невигідним і ускладнює контроль за використання коштів, а також не відображає фактичні потреби населення в медичних послугах. Вагомим недоліком планування видатків місцевих бюджетів на охорону здоров'я є також те, що вона не передбачає можливості відшкодування витрат медичних закладів на надання медичної допомоги громадянам не за місцем їхнього проживання. Оскільки планування видатків здійснюється відповідно до чисельності постійного населення адміністративно-територіальної одиниці, виникає проблема недостатності коштів місцевого бюджету для відшкодування вартості медичного обслуговування пацієнтів, які не проживають на відповідній території. Водночас, медичні заклади позбавлені права стягувати плату з таких пацієнтів за надану допомогу. Нерідко вона надходить у вигляді «добровільного» благодійного внеску пацієнта, однак частіше така плата має форму неофіційної віддяки безпосередньо лікареві. Неврегульованість цього питання у законодавстві є додатковим фактором тінізації фінансових відносин у сфері охорони здоров'я.

Негативним явищем залишається й недоступність медичних послуг. За даними опитування, проведеного Державною службою статистики України, частка домогосподарств, які повідомили про випадки неможливості отримання медичної допомоги у 2016 р., склала 23,1 % від загальної кількості домогосподарств, що на 8,4 % більше, ніж у 2010 р., і є дуже тривожним фактом (рис. 4.5).

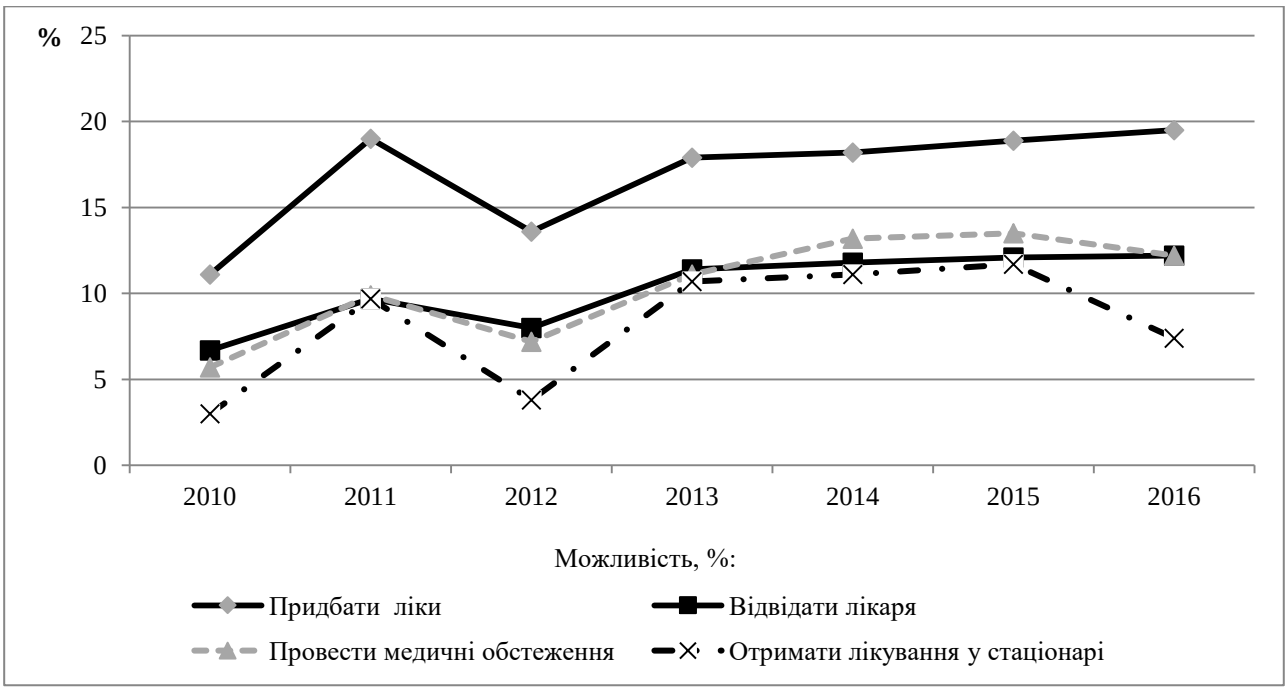

Рис. 4.5. Оцінка доступності домогосподарствами України медичної допомоги, придбання ліків та медичного приладдя у 2010–2016 рр.

Джерело: розраховано за даними Державної служби статистики України

Основною причиною недоступності окремих видів медичної допомоги переважна більшість домогосподарств вважає занадто високу вартість ліків, медичних товарів, послуг закладів охорони здоров'я. Серед домогосподарств, у складі яких були особи, що потребували медичної допомоги, але не змогли її отримати, три чверті повідомляють про випадки неможливості придбання необхідних ліків. Також залишаються проблеми з доступністю послуг лікарів. У трьох із семи домогосподарств хворі не мали можливості відвідати лікаря. Є випадки недоступності для хворих членів родини необхідного лікування у стаціонарних лікувальних установах. Майже всі домогосподарства вказують, що вимушена відмова від належного лікування спричинена занадто високою його вартістю.

Необхідно зазначити, що спостерігаються також суттєві відмінності у доступі до якісних послуг з охорони здоров'я сільського і міського населення України. За даними соціологічних досліджень, не отримано медичної допомоги у 79,0% випадків через високу вартість послуг, у 12,8% – через відсутність медичного спеціаліста необхідного профілю.

Слід констатувати, що найбільш поширеною причиною регіональної диференціації в отриманні медичної допомоги є висока вартість ліків, неефективне регулювання системи ціноутворення на лікарські засоби та відсутність державного забезпечення ліками.

Існуючі дані переконують, що в даний час система охорони здоров'я перебуває в кризовому стані, тобто не здатна задовольнити потреби населення в медичній допомозі, забезпечити доступність, якість та своєчасність медичних послуг.

Згідно з Концепцією реформи фінансування системи охорони здоров'я, схваленою розпорядженням Кабінету Міністрів України від 30.11.2016 № 1013-р, запроваджено нову модель фінансування, яка передбачає чіткі та прозорі гарантії держави щодо обсягу безоплатної медичної допомоги, кращий фінансовий захист громадян у випадку хвороби, ефективний та справедливий розподіл публічних коштів і скорочення неформальних платежів, створення стимулів до поліпшення якості надання медичної допомоги населенню державними і комунальними закладами охорони здоров'я. У перспективі це повинно сприяти зменшенню рівня регіональної диференціації споживання послуг населенням у сфері охорони здоров'я. Відмінності в рівнях економічного розвитку регіонів і фінансування галузей соціальної інфраструктури, отже й можливості їх розвитку, є однією з причин регіональної диференціації споживання населенням послуг, що надають ці галузі.

Диференціація споживання послуг житлово-комунального господарства. В Україні спостерігається збільшення показника забезпеченості міського населення житлом. Нині він становить 22,5 м^2 загальної площі у розрахунку на одного жителя. В регіональному розрізі цей показник коливається від 19,4 у

Волинській до 27,5 м^2 у Київській областях. Однак це далеко не комфортна площа навіть за кількісним параметром. Комфортні умови забезпечуються, за даними ООН, якщо на 1 жителя припадає не менше 30 м^2 житлової площі. Збільшення рівня забезпеченості житлом, що відбулося в Україні, зумовлено не будівництвом нового житла, а, по-перше, збільшенням загальної площі квартир (починаючи з 2001 р.) шляхом включення сюди площі лоджій, балконів і терас з коефіцієнтом відповідно 0,5 – для лоджій, 0,3 – для балконів і терас; а, по-друге, постійним зменшенням чисельності населення.

Аналіз динаміки тарифів на послуги житлово-комунального господарства до 2017 р. свідчить про щорічне зростання собівартості надання послуг, зменшення обсягів грошового відшкодування їх вартості населенням і збереження механізму перехресного фінансування комунального господарства. Так, тарифи для населення за 2009-2016 рр. зросли в середньому за рік у 2,5 раза. За 2016 р. населенням країни сплачено за житлово-комунальні послуги, включаючи погашення боргів попередніх періодів, 75836,4 млн грн (88,1% нарахованих за цей період сум). На початок 2018 р. заборгованість становила 10208,9 млн грн, що на 25,7% менше, ніж на початок 2015 р. Середній відсоток платежу за комунальні послуги в Україні складає 9,79% від середньомісячного сукупного доходу домогосподарства (рис. 4.6).

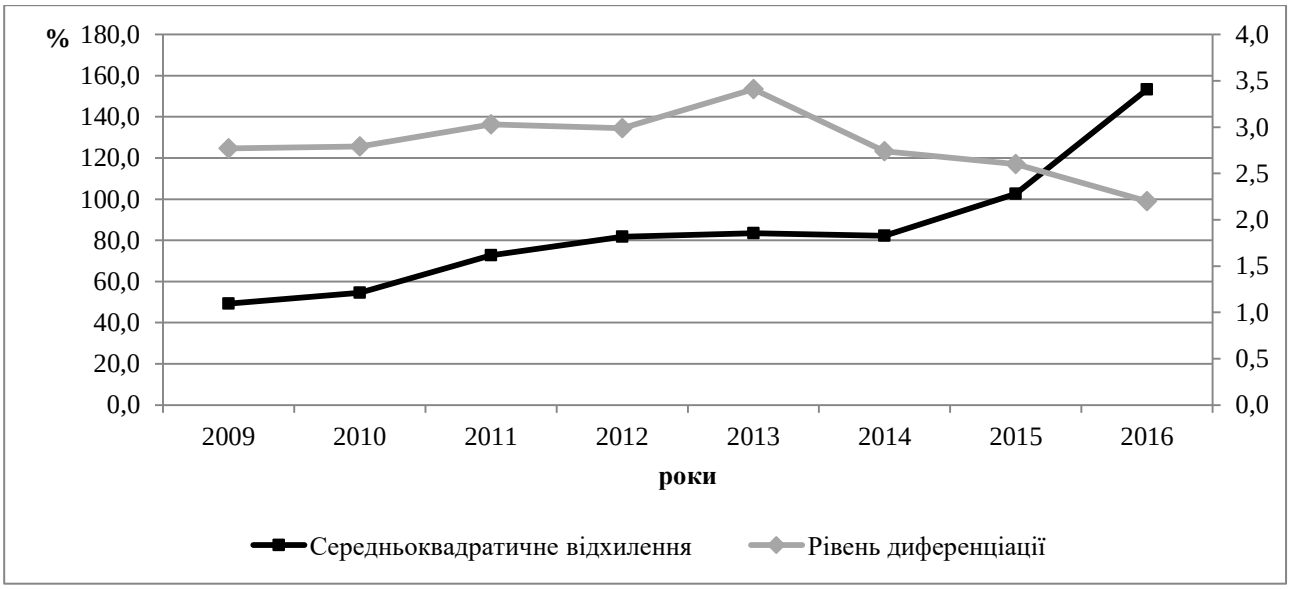

Рис. 4.6. Рівень регіональної диференціації споживання населення житлово-комунальних послуг

Аналіз витрат домогосподарств на оплату житлово-комунальних послуг свідчить про зростання середньоквадратичного відхилення, що вказує на збільшення відхилення регіональних значень від середнього рівня по країні. Хоча рівень диференціації за цим показником за цей період дещо зменшився (з 2,8 до 2,2), однак свідчить про значну нерівність в країні.

Про рівень житлових умов домогосподарств України свідчать статистичні дані щодо облаштування їх житла (табл. 4.2).

Таблиця 4.2

Облаштування житла домогосподарств України у 2010-2016 роках

Домогосподарства (%), у житлі яких наявні	**Роки**							
	2010	***2011***	***2012***	***2013***	***2014***	***2015***	***2016***	***2017***
центральне опалення	41,4	41,6	39,0	38,6	38,9	37,2	37,5	37,0
індивідуальна система опалення	37,3	37,8	40,1	40,9	42,1	45,0	45,1	44,4
водогін	71,9	73,8	74,3	76,2	77,8	78,5	79,0	79,9
каналізація	70,8	72,4	73,1	75,0	77,3	77,6	78,4	79,4
гаряче водопостачання	32,8	32,5	31,6	32,1	35,3	38,1	39,2	39,9
газова колонка	15,0	15,7	17,0	16,5	16,2	16,3	15,8	14,5
централізоване водопостачання	74,4	75,2	75,9	75,8	78,7	79,3	78,1	77,8
балонний газ	15,7	15,2	13,8	14,0	12,1	11,0	11,4	11,7
електроплита підлогова	4,7	4,9	4,8	5,4	4,4	5,4	5,8	6,8
ванна або душ	66,3	68,0	69,1	71,2	73,6	74,0	74,8	75,8
телефон	51,8	49,8	48,1	43,0	40,0	37,2	29,9	25,9

Джерело: дані Державної служби статистики України

У 2017 р. центральним опаленням обладнані помешкання 37,0% домогосподарств, а індивідуальною системою опалення – 44,4%. Централізованим газопостачанням користується 77,8% домогосподарств, лише 11,7% – балонним газом. Газову колонку мають 14,5% домогосподарств, гаряче водопостачання – більше третини домогосподарств. Водогоном і каналізацією обладнані помешкання 79,9% та 79,4% домогосподарств відповідно. Більше половини домогосподарств у своєму користуванні мають домашній телефон. Суттєвих змін не зазнав і розрив в умовах життя сільського і міського населення. Рівень благоустрою житла міських домогосподарств у 2010-2017 рр. залишається вищим, ніж сільських. Найбільш обладнаним є житло

домогосподарств східних областей України – центральне опалення, водогін, каналізація є у близько 60% домогосподарств Дніпропетровської, Донецької, Харківської областей. Житло домогосподарств Закарпатської, Чернівецької, Кіровоградської та Житомирської областей найменш забезпечене сучасними комунальними зручностями.

І хоча впродовж 2010-2017 рр. частка домогосподарств, житло яких обладнано ванною (душем), водогоном, каналізацією, централізованим газопостачанням, індивідуальною системою опалення, телефоном, гарячим водопостачанням, постійно збільшується, проблема комфортності умов проживання залишається дуже гострою, зокрема в сільській місцевості.

Вирішенню проблем у житлово-комунальній сфері, на наш погляд, має сприяти впровадження інноваційної стратегії економічного зростання, яка потребує активного розвитку системи освіти, забезпечення соціалізації здобутків такого зростання. Остання має стати джерелом суттєвого підвищення добробуту країни, наближення рівня та умов життя населення до європейських стандартів, побудови соціальної держави.

Аналіз проведеного Державною службою статистики України у 2015 р. модульного опитування домогосподарств щодо доступності окремих благ та послуг дозволяє зробити висновок про поширення серед міських та сільських домогосподарств випадків позбавлення можливостей забезпечення не тільки мінімально необхідних фізіологічних потреб, а й потреб, пов'язаних із розвитком особистості та створенням належного рівня комфортності життя (табл. 4.3).

Таблиця 4.3

Оцінка домогосподарствами України доступності послуг соціальної інфраструктури у 2017 р.

Ознаки недоступності послуг	Частка домогосподарств, позбавлених суспільних благ та послуг, %		
	усього	*міських*	*сільських*
Житлові умови			
Відсутність:			
житла у нормальному стані (наявне житло потребує капітального ремонту)	9,0	7,0	12,9
водогону в житлі, нестача коштів для його проведення	17,8	5,9	41,9
туалету зі зливом усередині житла	23,0	9,4	50,7
Неможливість:			
своєчасної та в повному обсязі оплати рахунків за житло та необхідні послуги з його утримання	19,6	20,4	18,0
підтримання достатньої температури у житлі протягом опалювального сезону	25,1	21,3	33,3
наявність житлової площі, що не перевищує 5 кв.м/особу	4,7	5,9	2,1
Охорона здоров'я			
Нестача коштів для оплати необхідних:			
послуг лікаря (крім стоматолога) у медичному закладі (за відсутністю таких послуг на безоплатній основі), аналізів, обстежень, процедур, призначених лікарем	28,7	27,4	31,3
ліків та медичного приладдя, призначених лікарем	32,7	31,6	34,8
лікування в стаціонарі без проведення хірургічної операції (за відсутністю таких послуг на безоплатній основі) або життєво необхідної хірургічної операції та подальшого лікування в стаціонарі (за відсутністю таких послуг на безоплатній основі)	28,3	26,6	32,0
Освіта, культура та відпочинок			
Недостатність коштів для:			
отримання будь-якої професійної освіти	7,6	7,2	8,7
Неможливість:			
сімейного відпочинку не вдома, а також у родичів, щонайменше один тиждень а рік	52,1	52,0	52,0
Інфраструктура			
Відсутність:			
поблизу житла об'єктів роздрібної торгівлі	6,5	2,9	13,7
у населеному пункті закладів, які надають побутові послуги (перукарень, хімчистки, ремонту одягу, взуття та побутової техніки тощо)	20,7	5,6	51,5
поблизу житла медичної установи (фельдшерсько-акушерського пункту, лікарської амбулаторії, поліклініки тощо), аптеки	12,3	5,5	26,3
своєчасних послуг швидкої медичної допомоги у населеному пункті	14,8	2,6	39,9
поблизу житла дошкільних закладів (дитячих садків, ясел)	2,4	1,3	4,6
регулярного щоденного транспортного сполучення з іншим населеним пунктом з більш розвиненою інфраструктурою (мережею магазинів, закладів культури, освіти тощо)	9,2	2,6	22,7

Джерело: Державна служба статистики України.

Сільські домогосподарства більш суттєво, ніж міські, відчували дискомфорт, пов'язаний із низьким розвитком інфраструктури. Більше половини домогосподарств у селах потерпали від відсутності закладів, які надають побутові послуги, 40% – від незабезпеченості населеного пункту послугами швидкої медичної допомоги, 26% – від відсутності поблизу житла медичної установи, 23% – від відсутності регулярного щоденного транспортного сполучення з іншим населеним пунктом із більш розвиненою інфраструктурою та 14% – від відсутності поблизу житла об'єктів роздрібної торгівлі, 5% – через відсутність дошкільних закладів біля помешкань.

Частка домогосподарств, які повідомили про неможливість забезпечити нормальні житлові умови у зв’язку з відсутністю коштів, залишилася практично незмінною і склала 9% (в яких проживає 8% населення, в т.ч. 3% дітей). Натомість, частка домогосподарств, які не мали можливості своєчасно та в повному обсязі сплатити рахунки за житло та необхідні послуги з його утримання або оплатити газ для приготування їжі, суттєво зросла (з 9% до 20%), як і частка тих, які не мали можливості підтримувати достатньо теплу температуру в помешканні протягом опалювального сезону – з 11% до 25%. Житлова площа 5% домогосподарств не перевищувала 5 м^2 на особу.

Серед регіонів України найбільша частка домогосподарств, які повідомили про наявність фінансових ускладнень у забезпеченні достатньо теплої температури в помешканні протягом опалювального сезону, склалася у Закарпатській, Херсонській та Івано-Франківській областях (89-50%), найменша частка таких домогосподарств – у м. Києві, Житомирській, Чернівецькій та Київській областях (6-10%).

Залишаються обмеженими через недостатність коштів споживчі можливості населення у сфері охорони здоров’я. Кожне третє домогосподарство (у 2013р. – 22%) повідомило, що з цієї причини не змогло купити призначені лікарем ліки та медичне приладдя, 29% (22%) – дозволити собі скористатися необхідними платними послугами лікаря (крім стоматолога) у медичному закладі, зробити аналізи, обстеження, процедури, призначені

лікарем, 28% (22%) – оплатити життєво необхідну хірургічну операцію або лікування в стаціонарі.

Від обмежень споживчих можливостей, пов'язаних із розвитком інфраструктури, таких, як незабезпеченість населеного пункту своєчасними послугами швидкої медичної допомоги, відсутність поблизу житла медичної установи, потерпали відповідно 15% та 12% домогосподарств (у 2013 р. – 16% та 13% відповідно). Водночас 21% домогосподарств не мали поблизу житла закладів, які надають побутові послуги (17%).

Для встановлення характеру рівня споживання послуг соціальної інфраструктури населенням регіонів України впродовж 2009-2016 рр., нами було проведено їх інтегральне групування за рівнем видатків місцевих бюджетів на розвиток соціальної сфери та витрат домогосподарств на споживання послуг соціальної інфраструктури (табл. 4.4).

Порівняння результатів групування свідчить про те, що впродовж 2009-2016 рр. відбулися істотні зміни у розподілі регіонів за рівнем споживання послуг соціальної інфраструктури населенням регіонів України. Так, якщо у 2009 році до групи з високим рівнем відносилося 5 регіонів, то починаючи з 2013 року тільки 3 регіони. Крім того, відбулося збільшення кількості регіонів із середнім рівнем споживання за рахунок переміщення до їх складу регіонів із інших груп.

Із 2014 р. в Україні здійснюється бюджетна децентралізація та реформа місцевого самоврядування, яка полягає, передусім, у зміні системи адміністративно-територіальних одиниць базового рівня через об'єднання територіальних громад (ОТГ).

Таблиця 4.4

Рівень споживання послуг соціальної інфраструктури населенням регіонів України*

Рівень споживання послуг соціальної інфраструктури	2009 рік	2013 рік	2014 рік	2016 рік
Низький рівень	Вінницька, Волинська, Житомирська, Закарпатська, Кіровоградська, Одеська, Полтавська, Рівненська, Сумська, Херсонська, Чернігівська (11 регіонів)	Вінницька, Волинська, Житомирська, Одеська, Рівненська, Сумська, Херсонська, Хмельницька, Чернігівська (9 регіонів)	Вінницька, Волинська, Житомирська, Київська, Кіровоградська, Львівська, Рівненська, Сумська, Тернопільська, Хмельницька, Чернігівська (11 регіонів)	Житомирська, Кіровоградська, Одеська, Рівненська, Херсонська, Хмельницька, Черкаська, Чернігівська (8 регіонів)
Середній рівень	Дніпропетровська, Запорізька, Львівська, Миколаївська, Тернопільська, Харківська, Хмельницька (7 регіонів)	Дніпропетровська, Запорізька, Івано-Франківська, Київська, Кіровоградська, Львівська, Полтавська, Тернопільська, Харківська, Черкаська, Чернівецька (11 регіонів)	Дніпропетровська, Івано-Франківська, Миколаївська, Одеська, Полтавська, Харківська, Херсонська, Черкаська, Чернівецька (9 регіонів)	Вінницька, Волинська, Дніпропетровська, Запорізька, Київська, Львівська, Миколаївська, Полтавська, Сумська, Тернопільська, Харківська, Чернівецька (12 регіонів)
Високий рівень	Івано-Франківська, Київська, Черкаська, Чернівецька, м. Київ (5 регіонів)	Закарпатська, Миколаївська, м. Київ (3 регіони)	Закарпатська, Запорізька, м. Київ (3 регіони)	Закарпатська, Івано-Франківська, м. Київ (3 регіони)

** Не враховано АР Крим, м. Севастополь, Донецька та Луганська області*

Джерело: розрахунки автора

Безумовно, на даний час у суспільстві особливо гостро постає питання забезпечення планомірного функціонування освітніх та медичних закладів. Наприклад, обсяг медичної субвенції для бюджетів ОТГ залежить від кількості жителів у цих громадах та нормативу фінансової забезпеченості, аналогічного

нормативу для районних бюджетів. Таким чином неможливо чітко визначити обсяг фінансування, тому що медичну субвенцію не розраховують окремо по рівнях допомоги. Тому для стабільного фінансування вторинної медичної допомоги та забезпечення надання якісних та оперативних медичних послуг населенню необхідно внести зміни до порядку розрахунку медичної субвенції, передбачивши окремий розрахунок для медицини первинного та вторинного рівня.

Водночас, залишаються не вирішеними питання фінансування закладів професійно-технічної освіти, зокрема законодавчо не врегульовано передачу професійно-технічних навчальних закладів із державної у комунальну власність, що стримує залучення коштів місцевих бюджетів для їх розвитку та модернізації. На нашу думку, для забезпечення підготовки кадрів закладами професійно-технічної освіти треба окрім освітньої передбачити також субвенцію на підготовку робітничих кадрів.

Для зменшення диференціації споживання послуг соціальної інфраструктури населенням країни необхідно удосконалити механізми вирівнювання фінансової забезпеченості соціальних гарантій для населення регіонів, що відстають. За умов реформування місцевого самоврядування наукова обґрунтованість, цільова спрямованість, адресність, а також рівень виконання соціальних нормативів повинні істотно зрости. Крім того, система соціальних нормативів повинна поступово трансформуватися в систему закріплених законодавчо державних соціальних гарантій, забезпечених відповідною матеріально-фінансовою, організаційною базою, скоригованих на коефіцієнт, що відображає пріоритетність розвитку того чи іншого блоку соціальної інфраструктури конкретної території.

Це дасть змогу більш диференційовано й вибірково підходити до визначення соціальних гарантій, розширюючи їх перелік порівняно з загальнодержавним рівнем. Наскрізний характер формування кожного соціального нормативу, що забезпечує його наповнення конкретним економічним і організаційним змістом, сприятиме рівномірнішому забезпеченню населення послугами й мережею установ соціальної інфраструктури.

Таким чином, існування регіональної диференціації видатків місцевих бюджетів та споживання населенням соціальних послуг є об'єктивним явищем, що характеризується досить сталим розподілом. Вищенаведений аналіз дає можливість визначити кілька важливих тенденцій. По-перше, необхідно відзначити тенденцію до посилення регіональної диференціації соціальних видатків місцевих бюджетів у розрахунку на одну особу: якщо у 2009-2010 рр. значення відповідних коефіцієнтів регіональної варіації демонстрували низький рівень диференціації (6,37-6,89%), то починаючи з 2011 р., коефіцієнти регіональної варіації більшості показників соціальних видатків місцевих бюджетів зросли, однак потрібно зауважити, все ще перебувають у межах так званих статистично «нормальних» значень (на рівні 10%).

Найнижчий рівень регіональної диференціації характеризував розподіл видатків на освіту та охорону здоров'я в розрахунку на одного споживача. Вочевидь, це є наслідком цілеспрямованої політики зниження рівня регіональних диспропорцій у країні, що реалізується за допомогою бюджетного механізму дотацій вирівнювання. Позитивне значення цієї тенденції посилюється і загальним зростанням обсягів видатків місцевих бюджетів, що спрямовуються на соціальні цілі як в номінальному, так і в реальному вираженні.

По-друге, регіональна диференціація розміру соціальних видатків у розрахунку на одну особу не демонструє стійкої залежності від розміру сукупних соціальних видатків регіону, а в окремих випадках навіть характеризується незначною негативною кореляцією. Це пояснюється особливостями механізму фінансування соціальної сфери, що ґрунтується на застосуванні нормативного підходу: рівень фінансування соціальних видатків у регіонах України визначається більшою мірою соціально-демографічними чинниками (чисельність окремих категорій населення як потенційних споживачів відповідних соціальних послуг), ніж економічними передумовами. Внаслідок цього густонаселені регіони з більшим економічним потенціалом часто виявляються в менш сприятливому становищі за рівнем подушових

показників фінансування соціальної сфери порівняно з менш економічно розвиненими, але й менш населеними областями. Яскравим прикладом є ситуація в Дніпропетровській області та м. Києві, які незважаючи на найвищі по Україні обсяги сукупних соціальних видатків, значно поступаються Волинській, Рівненській або Закарпатській областям при перерахунку соціальних видатків на одиницю населення.

4.2. Механізм регулювання диференціації споживання послуг соціальної інфраструктури

Загострення проблем регіональної диференціації споживання послуг соціальної інфраструктури, диспропорцій рівня та якості життя населення, надмірної нерівності в доступі до ресурсів та поширення соціального відторгнення в регіонах України зумовлює нагальну потребу в пошуку ефективних механізмів вирішення соціальних проблем, адекватних масштабам і характеру суспільних перетворень. Натомість, наявна система державного управління процесами соціального розвитку регіонів залишається малоефективною, суперечливою, значною мірою відірваною від суспільних потреб та побудованою на недостатньо досконалих і застарілих методах управління. Отже, актуалізується необхідність вироблення на науковій основі якісно нових засад державного управління соціальною сферою регіонів, оптимізації функцій та вдосконалення механізмів взаємодії суб'єктів управління всіх ієрархічних рівнів, запровадження в діяльність органів влади сучасного інструментарію управлінського впливу.

Відмінності в рівнях економічного розвитку регіонів і фінансування галузей соціальної інфраструктури держави, а відповідно можливості їхнього розвитку виступає однією з причин регіональної диференціації споживання населенням послуг, що надаються цими галузями [130, с. 39].

Механізм реалізації соціальних інвестицій регіонального рівня у формі соціальних видатків місцевих бюджетів є цілком виправданим та доцільним, з погляду забезпечення рівного та загального доступу до базових соціальних

послуг для всього населення. Сама ідея використання фінансового інструменту дотацій вирівнювання на регіональному рівні передбачає створення однакових «стартових» умов для подальшого розвитку представників різних верств суспільства, незалежно від місця проживання, типу населеного пункту, рівня соціально-економічного розвитку або спеціалізації регіону. Досягненню цієї ж мети підпорядковується і використання нормативного підходу при обґрунтуванні фінансових потреб у підтримці розвитку соціальних галузей.

Тому підтримання належного рівня соціальних видатків місцевих бюджетів залишається важливим завданням, оскільки саме вони визначають базові передумови людського розвитку, значною мірою зумовлюють рівень суспільного добробуту, є одним із основних джерел задоволення життєвих потреб громадян. Це потребує відповідності фінансових асигнувань потребам населення та реаліям соціально-економічного розвитку регіонів. Разом із цим саме на місцевому рівні бюджетування соціальної сфери наразі нагромаджено значний обсяг проблем, що зумовлені як недостатньою фінансовою базою місцевого самоврядування, так і недоліками чинної системи управління та розподілу коштів, недосконалістю міжбюджетних відносин в Україні.

Для зменшення диференціації споживання та доступності послуг, що надають установи соціальної інфраструктури, слід більш глибоко реформувати механізми вирівнювання фінансової забезпеченості соціальних гарантій для населення «відстаючих» регіонів.

Соціальні норми і нормативи є одними з найбільш діючих способів державної підтримки діяльності установ і організацій соціальної інфраструктури, вони становлять складну категорію, що характеризує один з основних аспектів життєдіяльності будь-якого суспільства. З функціональної точки зору, соціальні норми і нормативи становлять кількісні параметри закономірностей, що поєднують особисті, групові (колективні) й суспільні потреби з ресурсами і засобами їх задоволення. Саме тому вони можуть використовуватись як один із підходів до вирішення завдання державної

підтримки соціального сектора економіки, який працює на безпосереднє задоволення цих потреб.

При формуванні системи, що забезпечує гарантований мінімум соціальних стандартів життєдіяльності населення, соціально-економічні норми і нормативи повинні:

- відображати особливості поточного соціально-економічного розвитку суспільства, враховувати його специфіку й особливості функціонування галузей соціальної інфраструктури, в тому числі й на регіональному рівні;

- бути включеними в систему державного регулювання економіки як на загальнодержавному, так і на регіональному рівнях.

Виходячи зі сформульованих вимог, що пред'являються до соціально-економічних норм і нормативів, можна визначити їх основні цілі й завдання:

- подолання і недопущення виникнення різких територіальних відмінностей у рівнях надання благ і послуг групам і верствам населення галузями соціальної інфраструктури;

- забезпечення ресурсного поєднання програм розвитку соціальної інфраструктури території з їх реальними матеріально-фінансовими можливостями;

- забезпечення стабільної державної підтримки функціонування установ і організацій соціальної інфраструктури.

В умовах реформування місцевого самоврядування наукова обґрунтованість, цільова спрямованість, адресність, а також рівень виконання соціальних нормативів повинні істотно зрости. Крім того, система соціальних нормативів у подальшому повинна поступово трансформуватися в систему державних соціальних гарантій, закріплених законодавчо і забезпечених відповідною матеріально-фінансовою, організаційною базою, скоригованих на коефіцієнт, що відображає пріоритетність розвитку того або іншого блоку соціальної інфраструктури конкретної території.

Це дозволить більш диференційовано і вибірково підходити до визначення соціальних гарантій, розширюючи їх коло порівняно із

загальнодержавним рівнем. Наскрізний характер формування кожного соціального нормативу, що забезпечує його наповнення конкретним економічним і організаційним змістом, дозволить досягти більш рівномірного рівня забезпеченості населення послугами і мережею установ соціальної інфраструктури.

Під час коригувань (уточнень) соціальних нормативів важливий зворотний зв'язок – відстежування на місцях дієвості та забезпечення їх цільової спрямованості. Ефективність вжитих заходів повинна співвідноситися з динамікою розвитку галузей соціальної інфраструктури регіону і положенням території в рейтингу регіонів країни (відповідно до комплексної оцінки розвитку соціальної інфраструктури). Негативна динаміка в розвитку регіону повинна служити для органів місцевого самоврядування підставою коригувальних рішень щодо зміни структури видатків місцевого бюджету й ефективності процедур його наповнення. Ступінь і характер розбіжностей скоригованих і середньоукраїнських нормативів повинні виступати для місцевої влади індикатором необхідності й доцільності коректування регіональних соціальних нормативів.

Крім того, доводиться констатувати, що Україна впродовж останнього десятиліття не має окремого правового акта із соціальної політики. Основні її напрями, схвалені указами Президента України, реалізовувались упродовж 1997-2000 рр. та 2001-2004 рр. Із того часу не отримав схвалення жоден із підготовлених проектів нормативно-правових актів, а саме: Концепція соціальної політики України (Міністерство праці України), основні напрями соціальної політики на період до 2015 р. (Інститут економіки промисловості НАН України), проект стратегії розвитку соціальної політики України на період до 2023 р. (Науково-дослідний інститут соціально-трудових відносин), проект концепції соціального розвитку України до 2023 р. (Міністерство соцполітики України). До того ж варто зазначити, що, незважаючи на повноту порушених у зазначених документах питань, регіональні аспекти соціальної політики закладені не були.

Таким чином, результати проведеного аналізу дають підстави розглядати державне управління соціальним розвитком регіонів як цілеспрямований вплив з боку держави на процеси соціального розвитку регіональних систем із метою досягнення цілей соціальної політики в її регіональному вимірі, а саме розв'язання соціальних проблем, що виникають на регіональному рівні, підвищення рівня та якості життя населення країни в цілому та окремих її регіонів, забезпечення соціального вирівнювання регіонального розвитку.

Система державного управління соціальним розвитком регіонів розвитку, її цілі, завдання, напрями та механізм здійснення мають формуватися з розуміння соціальної політики як сукупності двох взаємопов'язаних та взаємодоповнюючих складових: соціальної політики держави та соціальної політики регіонів. При цьому недостатня наукова розробленість проблеми та необхідність формування цілісної системи державного управління соціальним розвитком регіонів потребують дослідження питань щодо передумов та механізмів розвитку регіональних соціальних систем з метою з'ясування основних факторів впливу на соціальні процеси регіонального рівня, й відповідно конкретизації цілей, завдань, напрямів, механізмів державного управління соціальним розвитком регіонів.

За роки незалежності України, попри проголошений курс створення соціально орієнтованої економіки, в країні було сформовано модель обмеженого доступу до соціально важливих послуг для значної частини населення, і особливо соціально вразливих верств (пенсіонерів, багатодітних, інвалідів, безробітних, малозабезпечених). Інфраструктура надання відповідних послуг перебуває переважно в державній власності, фінансується з бюджету або повністю контролюється державою через механізми ціноутворення, тарифікації, стандартів якості послуг та обсягів. Це дає змогу виходити з позиції, що неефективність соціальної інфраструктури, головним чином, пояснюється неефективністю державного регулювання та державної соціальної політики. Незважаючи на необхідність перерозподілення утримання соціальної

інфраструктури з державного на місцевий рівень, бюджетно-фінансова система виявляла тенденцію до централізації. Деструктивні фінансові диспропорції порушують рівновагу між функціями, що покладаються на заклади соціальної інфраструктури і можливостями їх реалізації.

Однією з причин такого становища є недосконаліть механізму фінансування соціальної сфери. На наш погляд, складність проблеми полягає в тому, що на тлі ринкового управління економікою країни, з метою забезпечення доступності до соціальних послуг усіх громадян держава гарантує і реалізує через бюджетну регіональну систему мінімальний набір послуг, необхідний для життєзабезпечення незаможних верств громадян, тобто утворюється протиріччя: з одного боку ринок, який пропонує широкий спектр послуг, але ціна на них формується відповідно до ринкової кон'юнктури, з іншого боку, мінімум послуг, які в різних формах надає держава.

У першому випадку, якщо соціальні послуги виробляються приватними підприємствами, то ціна на них формується, як правило, відповідно до понесених витрат виробником і попитом на ринку соціальних послуг. Наприклад, виникнення значної частини приватних освітніх, дитячих дошкільних і медичних установ, фітнес-клубів, спортивно-оздоровчих комплексів – обумовлено платоспроможним попитом певної частини населення. Але послуги цих установ є дорогими і недоступними для більшості споживачів із середнім рівнем доходу. У другому – це фінансування соціальних програм бюджетами всіх рівнів, що дозволяє зняти соціальну напруженість в суспільстві. Однак виробники послуг, існуючи за рахунок бюджету, недофінансовуються, а це посилює техніко-технологічну відсталість більшості галузей соціальної інфраструктури.

Таким чином, у сучасних умовах в Україні спостерігаються наступні протиріччя:

- між неефективним економічним регулюванням і прагненням суб'єктів-виробників до максимального прибутку;

- між необхідністю повноцінного державного фінансування окремих галузей і суб'єктів соціальної інфраструктури та недостатністю бюджетних коштів.

Зважаючи на вищезазначене, в даний час сформувалися два основних джерела фінансування виробництва послуг у соціальній сфері – це приватний капітал і бюджетні кошти.

Для подолання кризового стану соціальної інфраструктури пріоритетним завданням держави має бути знаходження оптимального співвідношення державних витрат на її розвиток залежно від зростання ВВП і обсягу бюджетних надходжень. Збільшення бюджетних витрат на соціальну інфраструктуру має бути підкріплено можливостями системи обслуговування населення забезпечити їх раціональне використання. Для досягнення стратегічних і тактичних цілей необхідно запропонувати інституціональні механізми й організаційні заходи, націлені на реструктуризацію і зміни до підходу модернізації галузей соціальної інфраструктури зі врахуванням їх специфіки, які мають бути спрямовані на детермінанти якості обслуговування у відповідності з сучасними вимогами глобалізованої економіки.

Негативним кроком державної політики слід вважати і розвал системи небюджетної підтримки розвитку соціальної інфраструктури. На початку 90-х років під тиском Світового банку були прийняті рішення про передачу об’єктів соціально-культурного призначення з балансу суб’єктів господарювання на баланс місцевих органів самоврядування.

У цей же період за умов величезного дефіциту державного та місцевих бюджетів проводилася передача на баланс відомчого житла, теплових та водоканалізаційних мереж, дитячих дошкільних закладів, будинків культури, пансіонатів, санаторіїв, спортивних комплексів. На багатьох, навіть економічно-розвинених територіях, ці процеси пройшли з великими потрясіннями, адже традиційно підприємства різних галузей економіки створювали власну потужну соціальну інфраструктуру за рахунок частини прибутку, і її виведення з балансу підприємств без формування адекватних

механізмів утримання та розвитку призвело до фактичного знищення одного з найпотужніших потенціалів людського розвитку країни.

Сьогодні його відновити у попередній формі неможливо. У той же час вартість будівництва за 20 років зросла набагато, і збудувати нові соціально-культурні заклади за рахунок місцевих і навіть державного бюджету стало нереально. Це ставить питання про пошук нових форм небюджетної підтримки створення та розвитку комплексів соціальної інфраструктури. Вважаємо, що цей пошук має перспективи в царині розвитку публічно-приватного партнерства та формування в країні механізмів стимулювання та інституціоналізації соціально відповідального господарювання та соціально відповідального державного управління.

Основна ідея гарантування безоплатних або частково платних послуг соціальної сфери громадянам країни полягає у забезпеченні максимально рівного доступу для всіх. Для цього необхідно створити рівні можливості формування освітнього, творчого, трудового і людського потенціалу та умови для його реалізації. Відповідно до цього наявність істотної диференціації споживання послуг соціальної інфраструктури породжує нерівність, що межує з несправедливістю.

Тенденції й проблеми регіонального розвитку України, пов’язані зі становленням ринкової економіки, демократії й державності, обумовлюють необхідність регіональної диференціації державної політики. Нова, вдосконалена, регіональна політика спрямована на подолання диспропорцій у розвитку окремих регіонів, але це не означає вирівнювання їх за економічними показниками. Йдеться, передусім, про стандартизацію рівня життя населення, забезпечення рівного доступу до якісних освітніх та медичних послуг, сучасного комфортного житла, забезпечення рівних умов зайнятості як основного джерела доходів населення.

Водночас держава не має брати на себе весь обсяг функцій щодо реалізації єдиних стандартів рівня життя населення – це загрожує безвідповідальністю місцевих органів влади, неефективністю бюджетних

витрат і управління в цілому. Отже, необхідний баланс між повноваженнями центральної й місцевої влади.

Кінцевою метою державної політики є поліпшення якості життя широких верств населення. Однак якість життя є результатом дії цілої низки об'єктивних та суб'єктивних чинників, причому останні мають як загальнонаціональний (або навіть глобальний), так і регіональний характер, тобто змінюються під впливом рішень центральної або місцевої влади. До останніх належать якість та доступність переважної більшості соціальних послуг (медичних, освітніх, житлово-комунальних, транспортних тощо).

За радянської доби існувала налагоджена мережа соціальної інфраструктури, яка хоча і мала цілу низку функціональних проблем, проте гарантувала надання, за потреби, кожному громадянину необхідних послуг. У період незалежності постійний дефіцит бюджетних ресурсів, недосконаліть міжбюджетних відносин регіонів, місцевих громад та центру, а також стабільне згортання фінансування інфраструктурних об'єктів призвели до занепаду та повної деградації соціальної сфери малих населених пунктів. У надмалих населених пунктах сільської місцевості вже триває процес масового вибуття з експлуатації медичних, освітніх та культурно-побутових об'єктів, а в населених пунктах районного та обласного значення він може розпочатися будь-якої миті. Отже, проблема обмеженого доступу до послуг соціальної сфери у територіальному розрізі рік від року поглиблюється, і без вирішення принципових питань утримання інфраструктурних об'єктів (насамперед, в населених пунктах, що фінансуються за залишковою схемою) проблема доступності послуг для населення може набути катастрофічних рис.

Однією з найбільш помітних ознак української незалежності стала нерівність між мешканцями різних за розміром населених пунктів, насамперед, у доступі до послуг соціальної сфери та інфраструктурних об'єктів, що має чітко виражену територіальну залежність: зі зменшенням розміру населеного пункту звужуються можливості, обмежується свобода вибору, знижується якість послуг. Сільські жителі значно частіше потерпають від позбавлення

можливості отримати медичні, освітні та інші види послуг, до того ж, як правило, ці послуги значно поступаються за якістю послугам у містах. Оскільки йдеться про різні можливості доступу, що в основному прив'язані до розподілу суспільних ресурсів, то поселенську нерівність можна прирівняти до соціальної несправедливості. Недостатнє забезпечення малих населених пунктів, насамперед, сіл, інфраструктурними об'єктами мало б компенсуватися розвиненою мережею якісних доріг та регулярним транспортним сполученням з більшими за розміром населеними пунктами. Проте за останні десятиріччя ця проблема не тільки не вирішувалась, а й дедалі загострювалась.

Сьогодні однією з основних причин обмеженого доступу населення до базових послуг соціальної сфери, поряд з територіальними проблемами, є фінансова неспроможність домогосподарств. Комерціоналізація соціальної сфери, особливо в частині медичних послуг та послуг дошкільної освіти, призвела до необхідності вибору між державними установами: з низькою платою, не завжди якісними послугами та обмеженим доступом до деяких із них та приватними закладами з надвисокими розцінками та орієнтацією лише на заможні верстви населення.

Створення цінової прірви між державними та приватними установами сприяло поглибленню нерівності в доступі до базових послуг соціальної сфери та прогрішенню якості послуг, які надають державні установи, оскільки основна частина населення була вимушена звертатися до державних лікарень та дитсадків і задля покращення лікування, догляду, сервісу або отримання місця здійснювати неформальні платежі. Результатом такої ситуації став несправедливий, неефективний та соціально необґрунтований розподіл обмежених суспільних благ між різними групами населення, оскільки послуги державних закладів, які декларативно є безоплатними і доступними для всіх, насправді можуть отримати далеко не всі та не за однакових умов.

Загальна доступність та безоплатність середньої освіти і часткова безоплатність професійної є позитивною ознакою сьогодення. Те, що вдалося зберегти від старої системи і розвинути за роки незалежності, дає змогу країні

обіймати достойні місця у міжнародних рейтингах освіченості населення. Проте нагальною залишається проблема доступності якісної середньої освіти, незалежно від місця проживання та рівня доходів родини.

Саме якісні характеристики освітніх послуг сьогодні є ключовим моментом нерівності. Зі зменшенням розміру населеного пункту звужуються можливості навчальної бази та забезпечення викладачами з усіх дисциплін, особливо в сільській місцевості, однак і у великих містах подекуди рівень викладання є наднизьким. Нижча якість середньої освіти (як через низький рівень викладання, так і через нестачу коштів на додаткові заняття з викладачами) поляризує суспільство, створюючи кращі шанси для одних і безвихідь для інших. Дитина, яка не мала змоги, зокрема через брак коштів, отримати достатні знання для вступу у ВНЗ на безоплатних умовах, не зможе здобути бажану освіту на умовах контракту, а отже, втратить життєві шанси.

Таке становище є тим більше негативним, оскільки для майже 92% українців якісна освіта є однією із базових цінностей. Чотири з п’яти випускників загальноосвітніх середніх шкіл орієнтовані на продовження освіти у вищих навчальних закладах. Обмежити своїх дітей та онуків неповною або повною середньою освітою згодні лише 4% мешканців великих міст, середньою спеціальною та базовою вищою – менше 25%. Натомість майже 64% вважають для своїх нащадків достатнім рівень освіти не нижче закінченої вищої (вченого ступеня бажали б менше 5%) [131].

Таке гіпертрофоване зростання цінності освіти значною мірою є наслідком відчуття безпорадності щодо інших способів вирівнювання соціальних та економічних можливостей людини. На жаль, надії на гарантованість збільшення соціальних можливостей не виправдовуються, частково і через гіпертрофований попит на освіту, не обумовлений ані потребами ринку праці, ані здібностями молоді, ані економічними можливостями. Між тим, є підстави і для сумнівів щодо того, що вища освіта повинна займати настільки тотальне місце в системі ціннісних способів досягнення життєвого успіху.

Ці тези підтверджують дані обстеження громадської думки. Для українців вища освіта не самоцінність – менше 20% мешканців великих міст вважають її засобом розширення світогляду, приблизно стільки ж – підвищення соціального статусу, а більше 15% взагалі прагнуть її тому, що «сьогодні так прийнято». Отже, цінністю виступає не освіченість, розвиненість та вищий рівень культури. Мотивація до освіти суто прагматична – отримання хорошої роботи, професійно-кар'єрне зростання, набуття кращого соціального статусу. Студентська молодь визначає головною причиною вступу до ВНЗ майбутню кар'єру (41%), а бажання бути освіченим (32%) або отримати нові знання (15%) є менш важливими [132].

У цій ситуації небезпека полягає в тому, що ринок освітніх послуг орієнтується на популярні соціально-технологічні дисципліни і пропонує вузько спеціальну підготовку за рахунок нехтування фундаментальними суспільними науками. Це призводить до продукування фахівців, які володіють прикладними конкретними компетенціями, але не мають системного розуміння функціонування соціуму, необхідної бази для формування активних членів громадянського суспільства, здатних добиватися справедливості й тривалої усталеності розвитку. У другому аспекті цінність вищої освіти розглядається як формально необхідний атрибут для зайняття посад-сінекур (або з корупціогенним потенціалом) – у сферах надання державних послуг, судочинства, правоохорони тощо. У цьому випадку перспективи сталого і справедливого розвитку апріорі стають невизначеними.

Крім того, формалізація функції освіти як засобу продукування дипломів загострює питання якості людського капіталу. У цьому зв'язку експерти відзначають брак науковості в навчальному процесі (затребуваність реальним сектором результатів досліджень ВНЗ не перевищує 3%), недостатній внутрішній попит на якісну освіту (чинна модель споживання економікою ресурсів попередніх поколінь замість створення нових джерел розвитку не потребує від «продукту» освіти знань і креативності), недостатнє поширення цінностей навчання впродовж життя (за критеріями цього процесу Україна не

входить навіть до першої «двадцятки» країн Європи, хоча за міжнародним індексом освіти населення входить до першої «двадцятки» світу, випереджаючи, наприклад, Англію та Францію), некритичне копіювання деяких форм організації навчання на збиток якості (наприклад, Болонський процес, який відбувається в річищі політики відкритості трансформаційного суспільства європейському досвіду, часто помилково видається за спосіб поліпшення якості освіти, хоча являє собою лише систему обміну і порівняння дипломів в єдиному просторі), невизначеність пріоритетів у системі цінностей освіти внаслідок браку уяви, під який соціально-економічний і суспільно-політичний устрій бажаного майбутнього налаштовувати освіту.

Мало сумісні зі справедливим розвитком ціннісні орієнтації щодо рівності доступу до якісної освіти – більшість українців вважають, що ліпші шанси здобути вищу освіту мають винятково учні кращих шкіл, не вірять, що вступити до ВНЗ мають однакові шанси всі люди, незалежно від їхньої статі, етнічного або соціального походження, турбуються, що не матимуть змоги дати своїм дітям хорошу освіту.

Практика розвинутих країн свідчить, що з розвитком економіки, насиченням ринку товарами росте попит на послуги. Чим економічно слабкіше суспільство, тим у більшому ступені його господарська діяльність обмежується переважно виробництвом матеріальних благ. Чим вище економічний рівень, чим більше розвинута індустріальна основа, тим швидше змінюється структура господарства і зростає значення трудової діяльності, спрямованої на надання послуг.

У свою черг, роль послуг як результат діяльності соціальної сфери постійно зростає. При цьому роль одних видів пов’язана з обслуговуванням сфери матеріального виробництва, процесів розподілу, обміну і споживання продуктів матеріального виробництва, що забезпечує безперебійність системи відтворення. Роль інших – у забезпеченні розвитку робочої сили, підвищенні освітнього і культурно-технічного рівня, зміцненні здоров’я і розвитку здатності до праці, забезпеченні належного відпочинку.

Варто зазначити, останніми роками в країні тривав інтенсивний процес перерозподілу загального обсягу грошових доходів на користь високоприбуткових груп на тлі скорочення частки доходів найбідніших верств населення.

Процеси соціальної диференціації спостерігаються в усіх трансформаційних економіках. Однак варто визнати, що в Україні, ступінь доходної нерівності не має аналогів серед східноєвропейських країн, що здійснюють економічні реформи. Фахівці Світового банку пояснюють істотну диференціацію з недоліком реформ і так званим *state capture* здатністю груп, що мають владу, впливати на політику в інтересах особистого збагачення [133], а також наявністю високого рівня корупції в країні. Проблема ускладнюється також і тим, що сформована в Україні економічна система не містить ніяких механізмів регулювання диференціації споживання соціально важливих послуг не тільки на регіональному рівні, а й у національному масштабі.

Низькі обсяги ВВП на душу населення не могли не позначитися на розвитку соціальної інфраструктури країни та її регіонів, зокрема. Необхідно зазначити, що в останні два десятки років частка працюючих у соціальній сфері зростає в усіх країнах світу. Науковці пояснюють це, перш за все, зростанням продуктивності праці, що дозволяє вивільнити значну частину працівників, які зайнялися наданням різного роду послуг. Саме соціальній інфраструктурі належить роль збільшувати вільний час працівників, підвищувати творчу змістовність їх праці, зробити життя людей більш комфортним та приємним, виконуючи функцію абсорбції людських ресурсів, що вивільняються з інших галузей економіки та її секторів, і сприяючи збалансованості робочих місць, людських ресурсів тощо.

То ж не дивно, що за темпами зростання кількості нових видів послуг соціальна сфера значно випереджає сферу матеріального виробництва. Незважаючи на явну відсталість даної сфери порівняно з її станом в індустріально розвинутих країнах, за роки незалежності вона перетворилась у самостійний сегмент економіки.

Подолання соціальної диференціації регіонів України потребує зміни повноважень органів центральної та місцевої влади й адекватної трансформації системи фінансування, передусім, бюджетного. Якщо сьогодні йдеться про делегування частини державних функцій щодо соціального розвитку місцевим органам влади, то в майбутньому доцільно вести мову про чітке розмежування функцій. Функції загальнонаціонального характеру мають виконувати центральні органи влади, і саме до них мають надходити необхідні кошти.

Надання більшої фінансової самостійності органам місцевого самоврядування, трансформація взаємовідносин з центром, перерозподіл повноважень та відповідальності між рівнями влади щодо надання соціальних послуг населенню, вдосконалення механізму міжбюджетних трансфертів, збільшення доступу органів місцевого самоврядування до кредитних ресурсів, зміни у фіскальній політиці нададуть можливість повніше й ефективніше використовувати наявний потужний потенціал великих промислових міст для забезпечення кращої якості життя населення і впливу на загальнонаціональний соціально-економічний розвиток. Трансформація взаємовідносин центр – регіон має ґрунтуватися на встановленні нових критеріїв відповідальності керівників органів місцевого самоврядування і розпорядників бюджетних коштів (юридичної, фінансової та особистої) та впровадженні нових принципів та механізмів формування взаємовідносин влада – громадськість щодо формування програм, механізмів звітності та громадського контролю.

Враховуючи істотні регіональні розбіжності доступності населення до базових соціальних послуг, нагальною необхідністю є розроблення єдиних державних стандартів їх надання. Центральні органи визначають мінімальний рівень таких стандартів, здійснюють відповідну бюджетну політику, зокрема, через трансферти дотацій, а місцеві органи влади можуть їх підвищувати за наявності потреб у населення і необхідних коштів.

Механізм державного регулювання диференціації споживання послуг соціальної інфраструктури – це цілісна система послідовних етапів, взаємопов’язаних і взаємодіючих структурних елементів, що визначає порядок,

особливості, методи та інструменти цілеспрямованого впливу органів державної влади та місцевого самоврядування (суб’єктів управління) на соціально-економічні процеси на державному та регіональному рівні (об’єкти управління) з метою послаблення або зниження нерівності у доступі населення до соціальних послуг.

Інфраструктурний розвиток України потребує істотної трансформації всієї системи управління, зокрема, зміни відносин між центральними та місцевими органами влади, а саме:

- зміни механізмів фінансування інфраструктурних проектів;

- стимулювання публічно-приватних партнерських відносин;

- передачі прав та обов’язків щодо розвитку та підтримування в належному стані інфраструктурних об’єктів місцевим органам влади та громадам з відповідними трансформаціями податкової та бюджетної системи;

- розподілу приватних та комунальних прав власності на об’єкти інфраструктури.

Державне регулювання у сфері охорони здоров'я повинно грунтуватися на принципах суспільної справедливості. Система охорони здоров'я не може керуватися принципом отримання прибутку, а її послуги повинні забезпечуватися залежно від потреби, а не платоспроможності громадян.[134, с. 326]. Однаково висока якість послуг з охорони здоров'я повинна гарантуватись усім громадянам незалежно від місця проживання, соціально-економічного статусу або інших ознак.

РОЗДІЛ 5. УДОСКОНАЛЕННЯ ФУНКЦІОНУВАННЯ БЮДЖЕТНОЇ СИСТЕМИ – ВАЖЛИВИЙ ФАКТОР ТЕРИТОРІАЛЬНОГО РОЗВИТКУ

5.1. Особливості формування і реалізації трансфертної політики в нових умовах місцевого адміністрування

Закріплені в Конституції України права громадян і зобов'язання держави (соціальної держави) у сукупності пов'язані з «рівнем життя населення». Коли отриманих на стадії первинного розподілу трудових доходів (оплата праці, доходи від підприємницької діяльності та самозайнятості) не вистачає для забезпечення цивілізаційного життєвого рівня для себе і своєї сім'ї, то вказану деструкцію повинен усунути вторинний розподіл створеного продукту. Існує твердження, що найуживанішим мірилом має бути лише один вимір – кількість або відсоток людей, які перебувають поза всяким стандартом. На цій стадії доходи надходять у вигляді поточних трансфертів (державні соціальні допомоги, компенсації, страхові відшкодування, субсидії тощо).

Існує твердження, що найуживанішим мірилом має бути лише один вимір – кількість або відсоток людей, які перебувають поза всяким стандартом. Поділяючи цю тезу, вважаємо, що регуляторні дії держави в рамках розподілу і перерозподілу створеної вартості є визначальними напрямами її внутрішньої політики. Їх реалізація повинна бути спрямована, насамперед, на підтримання щонайменше наперед визначеного соціального рівня та якості життя, соціального захисту малозабезпечених верств населення, їх соціальної безпеки в суспільстві. Порядок розподілу та перерозподілу створеного суспільством продукту задається через систему соціальних стандартів з вимогою відповідності соціальним гарантіям держави при умові наявності та дієвості механізмів її (відповідності) контролю. Політичні діячі повсюдно, якщо вони хочуть досягти успіху на демократичному шляху, віднайти широку популярність, залучити на свій бік більшість населення, говорять, що їх політика полягає у створенні умов для процвітання всіх і кожного. Оскільки це просто нереально, потрібно відшукувати об'єкти допомог у суспільстві.

Саме тому на практиці виходить, що головною оцінкою соціальної функції держави стає кількість громадян, потребуючих допомог, обсяг видатків державного та місцевих бюджетів, які використовуються на соціальний захист та соціальне забезпечення населення.

Проведені оцінки соціально-економічних результатів за всі роки незалежності України показують, що вони слабо корелюються з добробутним характером соціальної реорганізації суспільства. Егалітарне в минулому суспільство поляризувалося й розкололося практично на групу бідних і багатих.

На 10-у році незалежності України рівень бідності населення (частка населення, яка має 75% і менше медіанного рівня середньодушових еквівалентних сукупних витрат) становив 27,2% і фактично почав зменшуватися тільки на 20-у році незалежності України – 24,1%. У 2013 р. він становив 24,5%, а у 2015 р. без урахування непідконтрольних Україні територій – 24,8%. Разом із тим критичним залишається і навіть посилюється той факт, що в країні найбіднішими групами населення є сім'ї з дітьми і пенсіонери.

Разом із тим парадоксальність довготривалих тенденцій високого рівня бідності населення, особливо тих домогосподарств, що утримують дітей, полягає в тому, що вони відбуваються в умовах щорічного збільшення з найвищими темпами зростання видатків на соціальний захист і соціальне забезпечення населення при постійному зростанні їх частки у видатках зведеного бюджету України:

- частка обсягів видатків ЗБУ на соціальний захист та соціальне забезпечення населення у валовому внутрішньому продукту (надалі ВВП) за 2001-2016 рр. зросла у 2,8 раза (із 3,9 до 10,8%);

- із 2008 р. частка обсягів видатків ЗБУ на соціальний захист та соціальне забезпечення населення складає вже майже третину видатків ЗБУ (у 2002 р. – 21,0, у 2016 р. – 30,9%).

- зростання видатків на соціальний захист відбувається за рахунок скорочення частини тих видатків ЗБУ, які витрачаються для надання послуг

соціальної інфраструктури всім верствам населення, а саме: питома вага видатків на охорону здоров'я за 2002- 2016 рр. зменшилася з 12,5 до 9,0% (незважаючи на те, що 2014 р. – надскладний рік військових подій на сході України!); на освіту – з 20,3 до 15,5% відповідно.

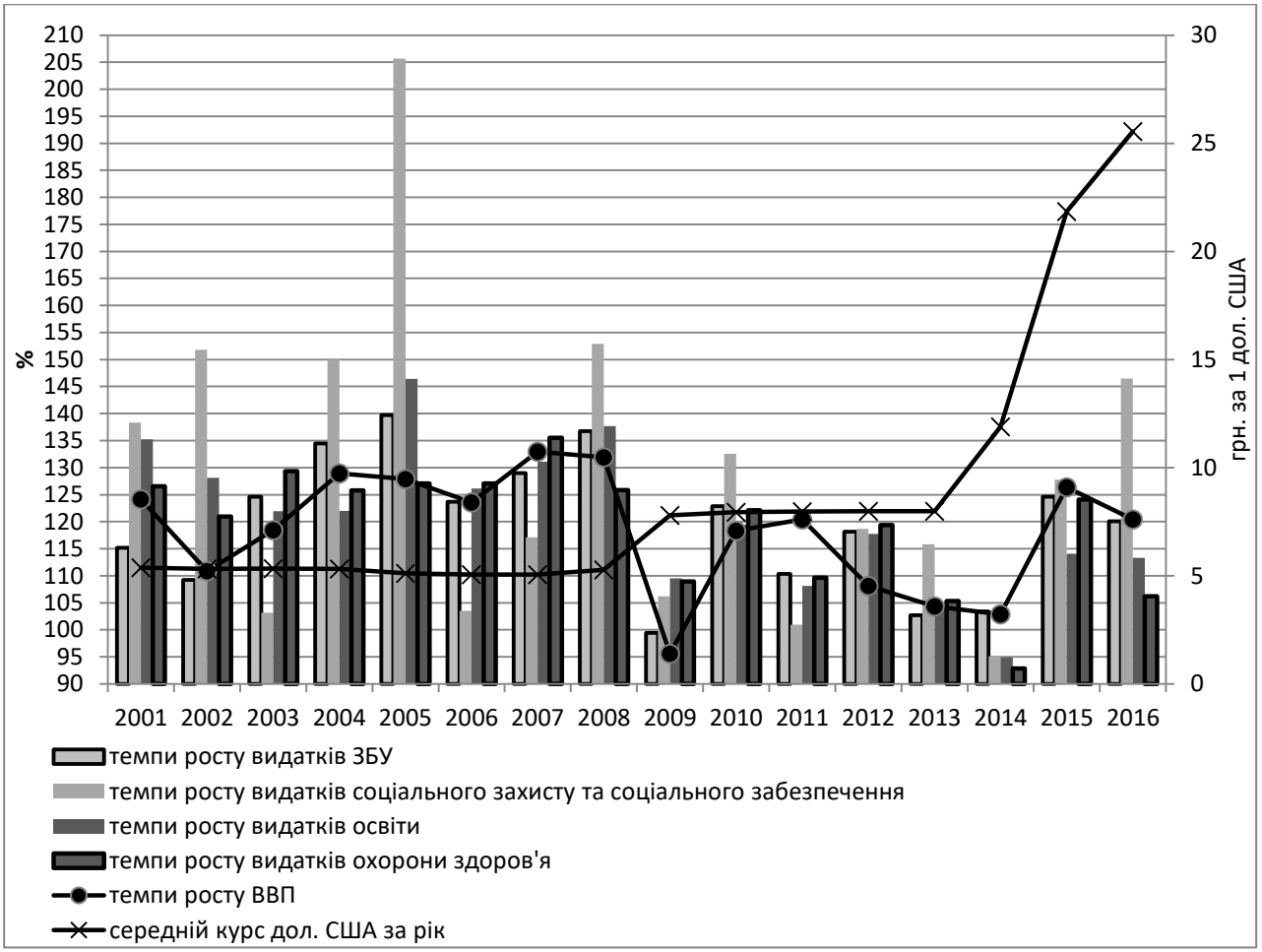

Рис. 5.1. Динаміка темпів видатків Зведеного Бюджету України у порівнянні із темпами росту ВВП

Джерело: складено за даними Державної служби статистики України.

Але вказані темпи зростання видатків на соціальний захист відбуваються не за рахунок адекватного зростання доходів бюджету, а через низький рівень частки тих видатків ЗБУ, які витрачаються для надання послуг соціальної інфраструктури всім верствам населення, насамперед, освіти та охорони здоров'я та ще й в умовах зростання боргових зобов'язань держави про що відмічалося вище**.**

Питома вага видатків на охорону здоров'я зменшилася за 2002- 2016 рр. із 12,5 до 9,0 відсотків, навіть незважаючи на те, що 2014 р. – надскладний рік військових подій на сході України, а на освіту відповідно – із 20,3 до 15,5 відсотків (рис. 5.2 і 5.3 **).** Причому необхідно наголосити, що вказані видатки на відміну від соціального захисту торкаються всього населення, а соціальний захист – частки населення. Врешті решт, це призводить до погіршення суспільного діалогу та зменшення довіри населення до будь-якої влади.

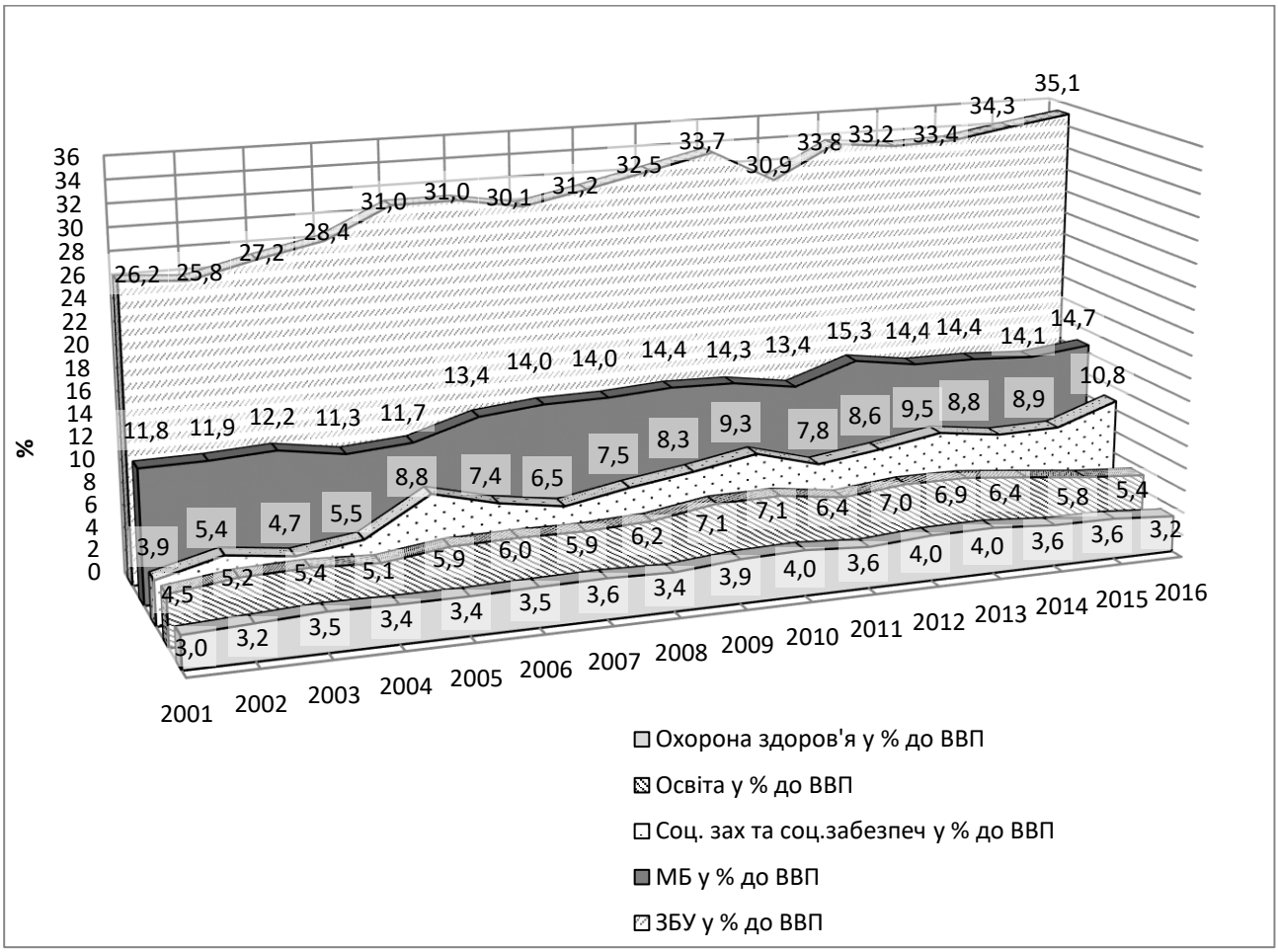

Рис 5.2. Зміни видатків зведеного бюджету України за функціями відносно ВВП у 2001- 2016 роках

Джерело: складено за даними Державної служби статистики України.

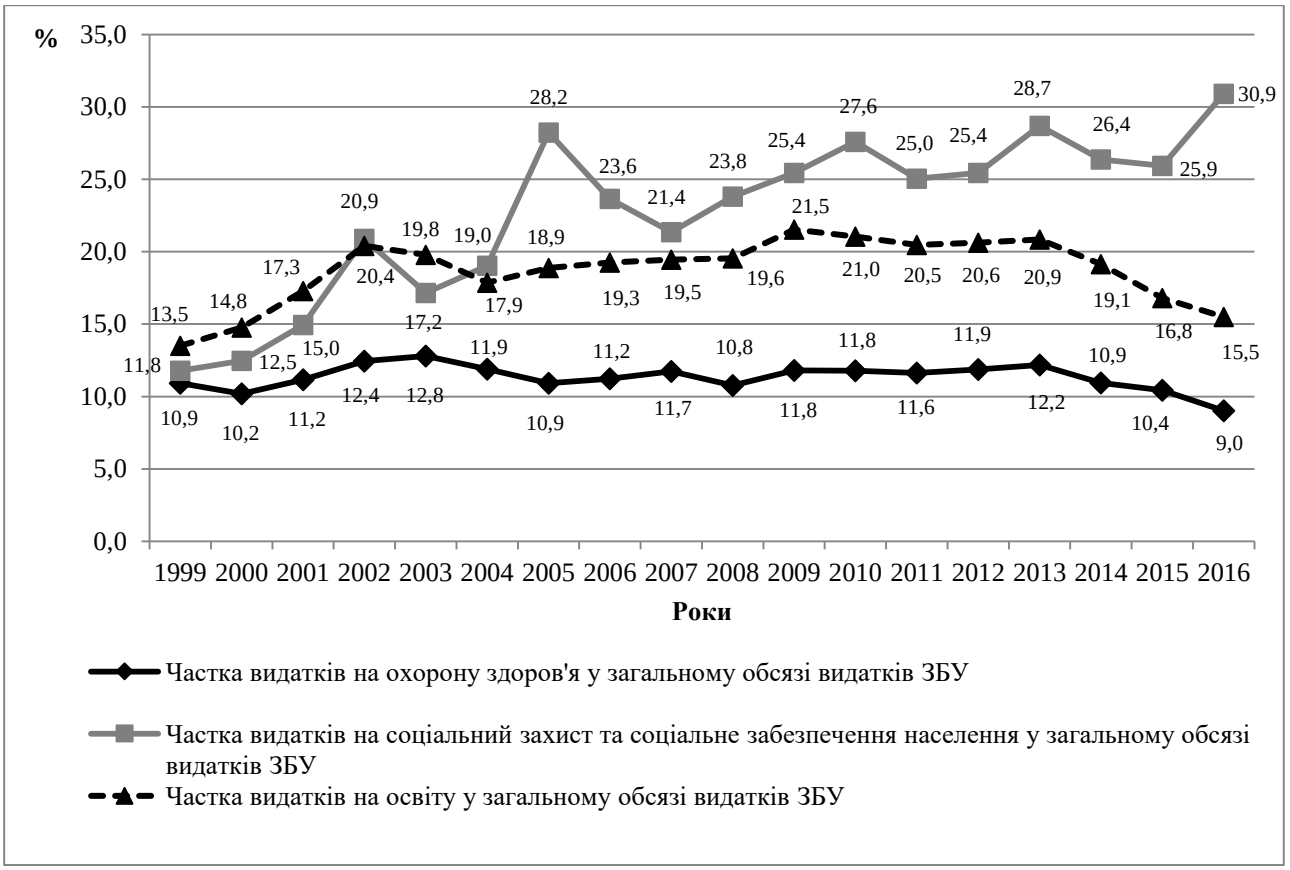

Рис. 5.3. Порівняльний аналіз змін часток видатків соціального захисту та соціального забезпечення населення і охорони здоров’я в ЗБУ

Джерело: складено за даними Державної служби статистики України.

Отже, місцеві органи самоврядування, як і раніше, не мають можливості спрямувати необхідний обсяг бюджетних коштів на житло, мережі комунального господарства, водопостачання, благоустрій міст, сіл, селищ, будівництво доріг, мостів, зміцнення і модернізацію технічної і технологічної бази установ соціальної інфраструктури в тих обсягах, що потребує населення адекватно їх податковому навантаженню без погіршення фінансування по так званим соціально захищеним видаткам.

Проведені оцінки змін структури функціональних видатків місцевих бюджетів за 1999–2016 рр. показують ще більше їх перевантаження видатками на соціальний захист та соціальне забезпечення населення (рис. 5.4). Одночасно пріоритетний розвиток виконання соціальної функції за рахунок видатків ЗБУ на соціальний захист та соціальне забезпечення в державі призвів до непомірного її перевантаження концентрацією на рівні центральних органів

влади всіх механізмів і можливостей щодо забезпечення добробуту населення з практичним відстороненням останнього від вирішення проблем позитивної динаміки власного життя за рахунок власної праці. Не всі складові соціалізації економіки формують потенціал соціалізації.

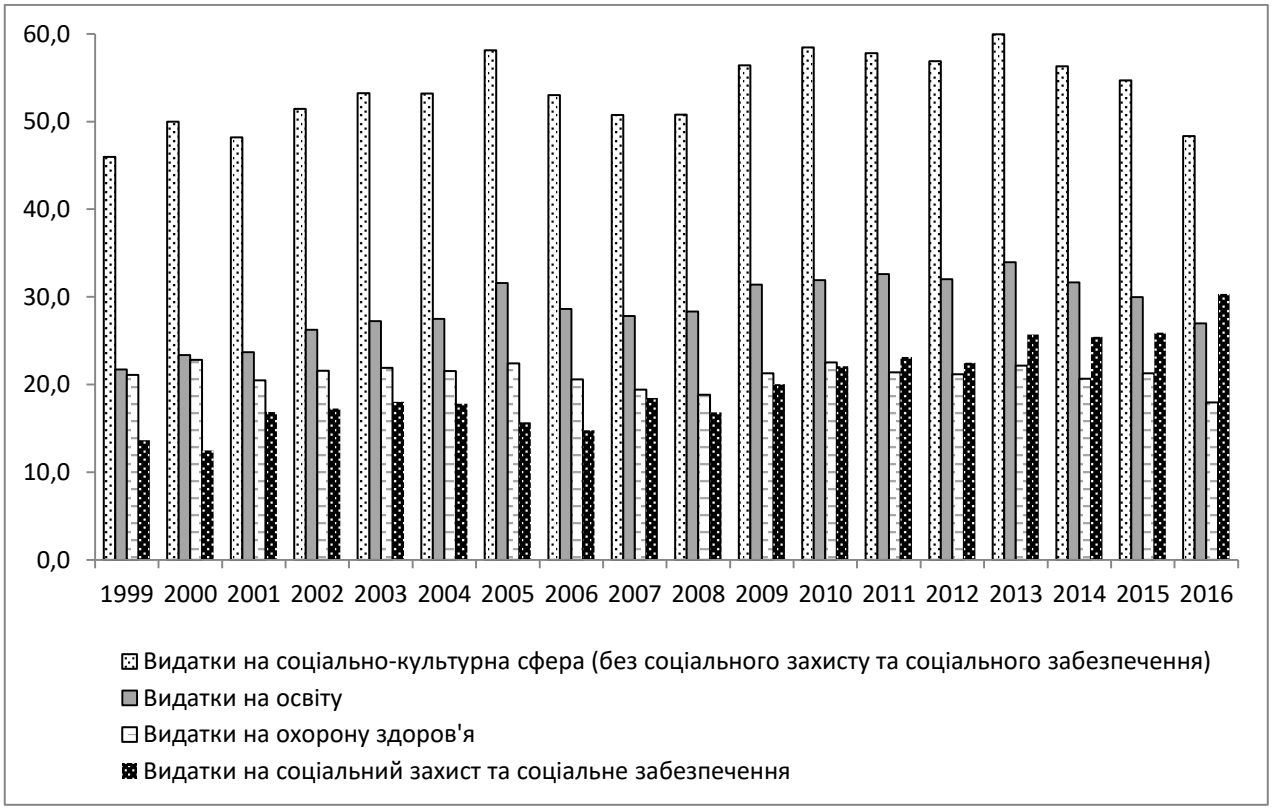

Рис. 5.4. Частка видатків місцевих бюджетів по Україні у 1999-2016 рр., %

Джерело: складено за даними Державної служби статистики України.

Спрямованістю соціалізації є людина, а метою – забезпечення їй у поточному чи майбутньому періодах рівня життя згідно з цивілізаційними стандартами. І якщо більш конкретно, то не просто людина, а, за концепцією помірної колективізації, уся сукупність людей, що підпали під колективне вирішення тієї чи іншої соціально-економічної проблеми. Можна стверджувати, що людині в процесі соціалізації, як й у виробництві продукції, належить визначальна роль, оскільки вона виступає і суб'єктом, і об'єктом соціалізаційних засобів. Від кількості залученої до економічної діяльності робочої сили залежать обсяги самозабезпечення індивідів у суспільстві, а в

сукупності з такими характеристиками людини, як якість, досвід, кваліфікація – забезпечення потреб суспільства в товарах і послугах та вирішення питань соціального захисту.

У цьому контексті згадаємо, що проблема бідності в Україні набула офіційного визнання на десятому році незалежності України. Але все ж таки після затвердження Указом Президента України від 15 серпня 2001 р. N 637 Стратегії подолання бідності (надалі «Стратегія») було встановлено значення терміну «бідність», єдиний відносний критерій віднесення різних верств населення до категорії бідних і основні напрями та етапи подолання бідності на період до 2010 р. Пріоритетним завданням було визначено зменшення до 2010 р. рівня бідності населення із 27,8%, який склався у 1999 р., до 21,5% (частка населення, яка має 75% і менше медіанного рівня середньодушових еквівалентних сукупних витрат).

Практичний досвід автора дозволяє стверджувати, що заплановані показники зниження рівня бідності в «Стратегії» все ж таки не були амбітними, і з огляду на те, що позаду 10 років незалежності України сам факт бідності суспільством сприймався як негативний «здобуток» очікуваних сподівань десятків мільйонів громадян в період розвитку незалежності країни, і враховуючи наявний економічний та трудовий потенціал. Адже в той час кількість найманих працівників підприємств, установ, організацій, порівняно із 2013 р. (2013 р. - із врахуванням всіх регіонів країни) була майже на 40 відсотків більшою (рис. 5.5).

Треба врахувати, що саме наймані працівники підприємств, установ, організацій вносять найбільшу частину обсягів податку на доходи фізичних осіб та зборів до всіх Фондів соціального страхування і, насамперед, до Пенсійного фонду. Зменшення кількості найманих працівників підприємств, установ, організацій на 4,3 млн осіб (зменшилася за 2000-2013 рр. з 16044 до 11701 тис. осіб, або на 4344 тис. осіб) рівнозначно їх кількості, яка склалася в 2014 р. у 8 областях України: Вінницькій - 369,1; Дніпропетровській – 981,5; Закарпатській – 205.5; Запорізькій – 464,4; Київській – 613,8; Львівській –

581,0; Полтавській – 388,0; Харківській – 709,4 тис. осіб. Тобто, завдання «Стратегії» в той час все ж таки не були амбітними з огляду на сучасний стан зайнятості населення. Вони були посильними і реальними при виваженому, наполегливому їх вирішенні у запланованому періоді.

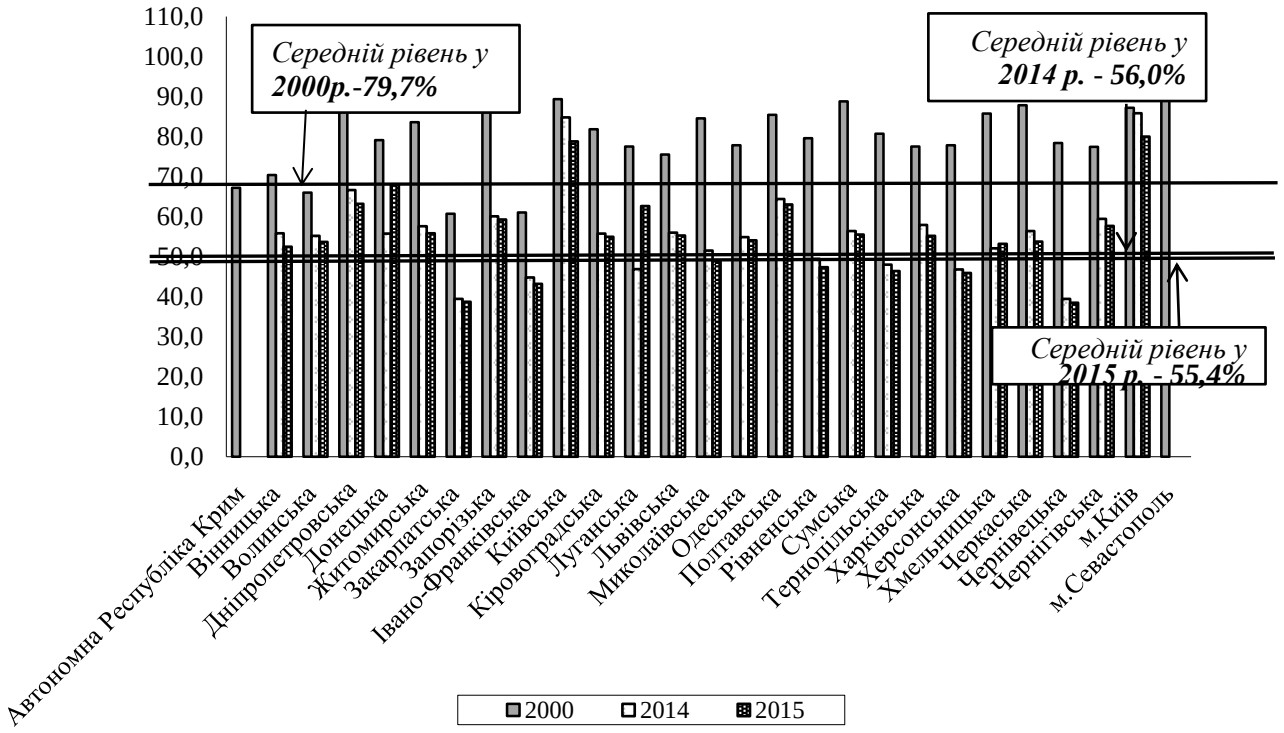

Рис. 5.5. Динаміка співвідношення найманих працівників підприємств, установ, організацій та зайнятого населення за регіонами за 2000, 2012-2015 роки

Джерело: складено за даними Державної служби статистики України.

Але трактування владою міри соціальності бюджету виключно на підставі фінансування соціального забезпечення і соціальних допомог було і є хибним і безперспективним та призвело до втрати пріоритетності заходів щодо удосконалення умов оплати праці й зайнятості населення в більшості питань забезпечення виконання соціальної політики Дотепер вони не враховують, насамперед, ключову роль зайнятості населення і заробітної плати як головного джерела їх власних доходів, так і доходів місцевих бюджетів та стовідсоткового джерела функціонування державної системи загальнообов'язкового соціального і пенсійного страхування. Підтвердженням цьому ствердженню виступають

результати проведених оцінок фактичних змін структури грошових доходів населення у 1995–2013 рр., які наведені на рис. 5.6.

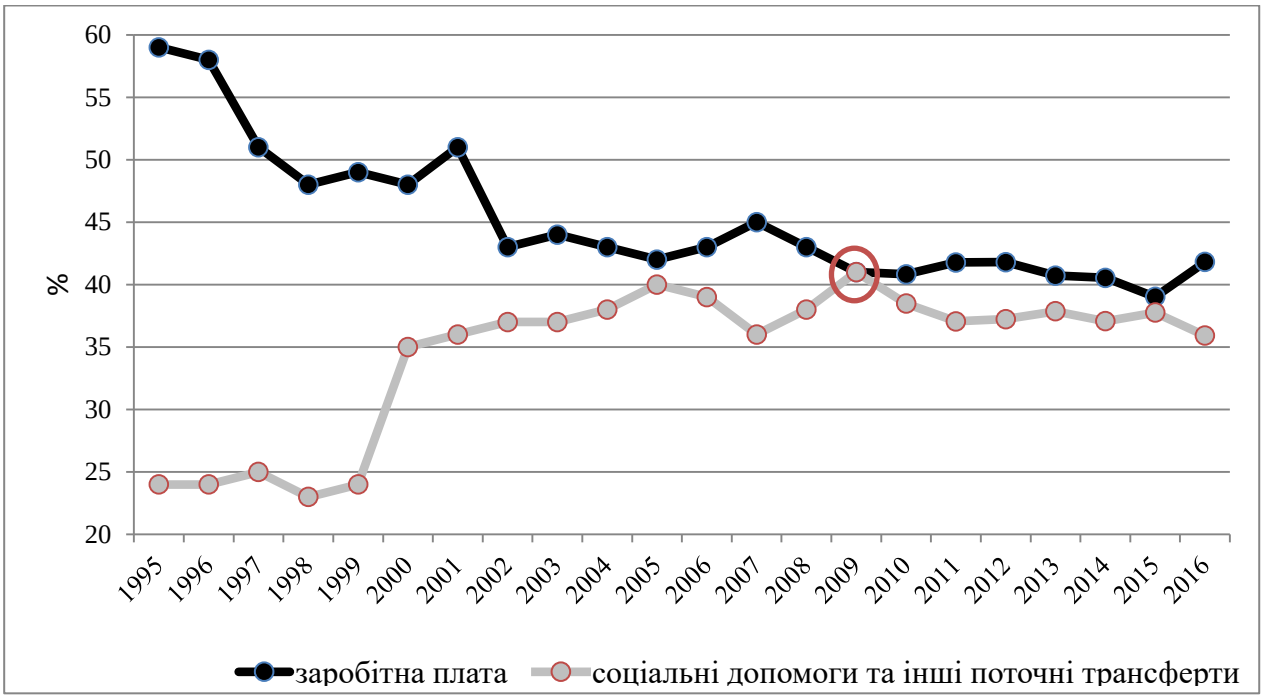

Рис. 5.6. Динаміка часток оплати праці, соціальних трансфертів у грошових доходах населення України у 1995–2016 рр.

Джерело: Складено і розраховано автором.

За офіційними висновками стратегії подолання бідності, затвердженої розпорядженням Кабінету Міністрів України від 16 березня 2016 р. № 161-р про те, що «Програмами соціальної підтримки охоплено 58,3 відсотка бідного населення, при цьому лише 41 відсоток коштів соціальних програм (без урахування житлових субсидій) використано на задоволення потреб такого населення. Водночас серед отримувачів усіх видів соціальної підтримки лише 25 відсотків належало до бідного населення».

В значній мірі це характеризує недостатню обґрунтованість стратегії і тактики розбудови соціальної держави на національних теренах в цілому і соціально-ринкового реформування, зокрема.

Постає питання щодо причин несприйняття соціальної функції держави у виокремленому вигляді за умови, здавалося б, очевидних доказів на її

користь. Але якщо абстрагуватися і не враховувати соціально-економічний устрій, то будь-яка країна внаслідок свого соціального призначення є великою відкритою соціальною системою. Саме соціальною, а не соціально-економічною, як стверджують деякі фахівці. За всіма ознаками вона є складною і містить у собі безліч інших підсистем, відповідно до виконуваних функцій. Специфіка соціальної системи обумовлена передусім тим, що її невід'ємною частиною є людина. Задоволення потреб членів суспільства є метою діяльності подібної системи. Щодо систем нижчого рівня, то, зокрема, для економічної системи він ототожнюється з матеріально-речовими або суто економічними наслідками іншого характеру. Виходить, що природні межі соціальної системи через об'єктивні обставини вже тривалий час штучно звужені до системи нижчого рівня, яку називають соціально-економічною.

На наш погляд, це формує усвідомлення у владному середовищі і наголос на частковості забезпечення соціального призначення держави, незважаючи на конституційне проголошення України соціальною державою, що передбачає в повній мірі ототожнення соціальної політики з діяльністю держави.

Отже, сутність держави в досить різнобічному спектрі конкретизують її функції. Природно, що вже за своєю назвою функції мають відображати її спрямованість. І якщо врахувати той факт, що суспільство не може існувати на основі скороминущих цілей, то необхідно визнати як самостійну соціальну функцію держави. Не потрібні ґрунтовні докази на її відстоювання. Запровадження соціальної функції в усій багатоманітності її складових є не тільки нагальною необхідністю, а й обов'язковою умовою досягнення декларативних цілей розбудови держави суспільного добробуту.

Але суперечливістю соціальної справедливості й ринкової економічної системи в контексті досягнення нею необхідної економічної ефективності є перетворена форма загальноекономічної суперечності між виробництвом і споживанням, і тому в разі збільшення витрат на виробництво залишається менше коштів для споживання, і навпаки. Не викликає сумнівів і результат

спрямування вільних коштів в інвестиційні ресурси – це зменшення потенцій розвитку споживчого сектору в майбутньому.

Таким чином, усі ті суперечності, про які йшла мова вище, містять не лише взаємозаперечення, але й поєднують обидві сторони за умови здійснення соціальної орієнтації економіки, бо виробництво й інвестиції – це не більше, ніж часові вкладення із соціальним ефектом у майбутньому.

Що стосується капіталовкладень у споживчу сферу, то і вони є інвестиціями в людину, яка є головним економічним ресурсом наступного відтворювального циклу. Пошук взаємоприйнятного поєднання реально існуючих суперечностей і вимог суспільного розвитку спирається на таку систему державного регулювання доходів, за якою суспільство підтримувало б і стимулювало отримання підприємницького доходу такою ж мірою, як і трудових доходів.

Соціальне призначення держави ми вбачаємо в іншому. Методологічна похибка, яка зводить нанівець спроби надати соціальній функції держави домінантного і пронизуючого всі інші функції характеру, полягає в тому, що дослідники не розрізняють соціальну функцію держави і внутрішню соціальну функцію діяльності влади.

У Конституції України визначено, що єдиним джерелом влади в Україні є народ. Він управляє через органи влади та органи місцевого самоврядування. Тільки народові належить право визначати і змінювати функції держави. Лише в окремі періоди життя це право може бути узурповано владою. Історія людської життєдіяльності є історією пошуку сфер суспільного життя, органічної єдності людини і природи, людини і суспільства, людини і людини. Цілісність і розвиток суспільства забезпечує гармонійна взаємодія матеріальної сфери суспільного життя (матеріальне виробництво, розподіл, обмін, споживання), суспільно-політичної (соціальні та політичні стосунки людей), духовної (виробництво свідомості, духовний світ людини) та культурно-побутової (освіта, виховання, охорона здоров'я, культурні цінності, сім'я, побут тощо).

У центрі кожної сфери, як і суспільства загалом, стоїть людина, вона об’єднує ці сфери, бо вони є її реальним підґрунтям і змістом життя. Організація суспільного життя за пріоритетами, що виходять із установлення соціальної справедливості та досягнення соціальної гармонії, передбачає існування та взаємоузгоджене функціонування всіх його сфер. Тільки в такому контексті, тобто в контексті сфер суспільного життя, може йти мова про соціальну функцію держави. Ми ж сьогодні ідентифікуємо її як одну із складових інтегративної функції влади, в колі якої здійснюються такі функції, як політична, економічна, соціальна, екологічна, культурна, інформаційна, правоохоронна, функції оподаткування та соціального контролю тощо. І, безумовно, через це постають питання щодо важливості та часових меж існування якщо не всіх, то деяких функцій. Звичайно, влада, як завжди у минулому та сьогодні й, очевидно, у подальшому, виконуватиме класично свої функції. Проте було б помилкою фіксувати роль влади у виконанні якихось локальних функцій або домінуванні тієї чи іншої функції за суттєвого нехтування іншими. Безперечно, зміст та інтенсивність функцій влади залежать від конкретного історичного становища країни, але це зовсім не означає ігнорування деяких із них. Реально ж ситуація з виконанням владою своїх функцій дозволяє говорити про селективний підхід і, як наслідок, здійснення їх з необхідною мірою повноти.

Наш погляд на соціальну функцію держави дещо відрізняється від позиції деяких економістів і політиків, однак ми вважаємо, що соціальне призначення держави полягає – як у часі, так і в просторі – у багатоманітності типів, форм, моделей здійснення, які мають чітке людське спрямування незалежно від сфери прикладення з урахуванням своєрідності країни, окремих її регіонів, традицій та культури.

Із належним сприйняттям соціальної цінності держави і визнання домінантою її соціальної функції зазнають змін практично всі сторони господарської діяльності через реальне їх підпорядкування соціальній компоненті. Більше того, складаються нові контури і складові інститутів

держави із повноцінною соціальною функцією. При цьому відпадає необхідність розглядати еволюцію функцій держави з позицій тих змін, які відбуваються в матеріальному виробництві. Ми маємо на увазі пропозиції щодо згортання функцій держави як в економічній сфері внаслідок втрати нею об'єктів власності, так і в соціальній у зв'язку з переводом проблем добробуту в ринковій економіці на рейки самозабезпечення.

Тут важливо відкреслити, що в широкому макроекономічному змісті концепції соціальної функції держави з погляду цивілізаційної вибудови сфер життєдіяльності людини із задіянням таких фундаментальних понять, як праця і власність, міра добра для кожного, співвідношення трудових заслуг людини перед суспільством та винагороди за них, самореалізація особистості і є переорієнтацією держави в напрямку людини. Зміст переорієнтації полягає в наданні соціальній функції держави (C_{Φ}) апріорі встановленого інтегративного характеру, тобто згідно з цілями і завданнями щодо розбудови соціальної держави остання виконує соціальну суспільну функцію, яка включає агреговані функції:

$$C_{\phi}(t) = \sum_{i=1}^{n} \overline{\Phi}_i(t), \tag{1.1}$$

де $\overline{\Phi_i}(t)$ - агрегована і-*а* функція, підпорядкована виконанню соціальної функції держави в t-*й* період часу;

n - кількість агрегованих функцій.

Агреговані функції охоплюють сфери життєдіяльності суспільства, тобто спрямовані на забезпечення їх розвитку задля формування підвалин нового соціуму. Вони пов'язані, перш за все, з продуктивною діяльністю людей, тобто перетворенням предметів природи на матеріальні й духовні продукти з метою забезпечення людей матеріальними засобами до життя.

Матеріальна і духовна агреговані функції базуються на задоволенні потреб людини, чим підтримується основа виробництва, відтворюється суспільне життя людей і створюються умови розвитку людини як суспільного

індивіда. Результатом, продуктом виробничої діяльності кожного разу виявляються не лише засоби до життя, а й саме життя – суспільство, тобто людина як носій соціальності. Проте щоб жити і розвиватися, суспільство має формувати і підтримувати власний соціальний потенціал. Для цього потрібно, щоб нові покоління могли освоїти і використати успадковані продуктивні сили, технології, духовні й моральні надбання.

Питання цивілізованості, як відомо, має просторово-часовий вимір. Те, що вважається вершиною цивілізаційного злету в минулому, не обов'язково відповідає вимогам сьогодення і, тим більше, майбутнього. Забезпечення соціального прогресу в розвитку покладається на агреговану соціально-політичну функцію, змістом якої є визначення цілей і завдань розвитку суспільства, мобілізація ресурсів, інтеграція всіх елементів суспільства тощо.

Агреговані функції реалізуються через більш конкретизовані. Зокрема, функція задоволення матеріально-побутових потреб людини пов'язана не тільки безпосередньо з виробництвом, а й з розподілом, обміном, споживанням.

Специфічною особливістю агрегованих і конкретних функцій є їх взаємозв'язок. Кожна з агрегованих функцій зв'язана практично з усіма конкретними функціями, що є аксіоматичним. Зокрема, безпосереднє виробництво спрямоване на формування матеріального підґрунтя для всіх агрегованих функцій без винятку. Через зв'язок із конкретними функціями формується взаємозв'язок між агрегованими функціями. Тоді соціальну функцію держави можна подати у вигляді

$$C_{\phi}(t) = \sum_{i=1}^{n} \sum_{j=1}^{m} \Phi_{ij}(t), \quad i = \overline{1,n}\,;\; j = \overline{1,m}\,, \tag{1.2}$$

де $\Phi_{ij}(t)$ – конкретна функція, спрямована на виконання агрегованої функції;

m – кількість конкретних функцій.

Із формули (1.2) випливає, що соціальна функція держави не тільки не скорочується, а навпаки, посилюється й ускладнюється. Адже в разі послаблення присутності держави безпосередньо в продукуванні товарів, робіт

і послуг виникають ускладнення щодо досягнення соціальної справедливості, що, у свою чергу, вимагає принципово нового підходу до здійснення обміну, розподілу та споживання. Таким чином, за умови стабільності агрегованих функцій відбувається трансформація конкретних державних функцій. Більше того, саме зміни в структурі конкретних державних функцій стають складовими загального процесу соціальної трансформації суспільства.

Безпосереднім виконавцем соціальної функції є влада. І в цьому сенсі її слід розглядати як організуючу діяльність. У прагненні організації соціального прогресу породжується нескінченна кількість взаємно незгармонізованих соціальних наслідків, тобто певна дезорганізація. Зіткнення суто організаційних початків із дезорганізаційними стає діалектичним джерелом розвитку. У найпростішому виразі це відома формула заперечення старого та ствердження нового.

Соціальні катаклізми як дезорганізаційні процеси потребують для їх усунення і недопущення в майбутньому специфічних управлінських заходів. Унаслідок цього своїми діями влада може або прискорити, або уповільнити процеси переорієнтації економіки країни на задоволення потреб людини, ускладнити їх і навіть відстрочити в часі. Найвищим призначенням влади в контексті реалізації соціального призначення держави є визначення механізмів етапного роз’єднання делегованих функцій і поєднання конкретних дій в агреговані. У технологічному розумінні процеси роз’єднання та поєднання складових соціальної функції держави є організаційною основою формування соціальної архітектоніки суспільства, що не суперечить законам природи людини. Зрештою, соціальний продукт поєднання елементарних функцій в інтегративний матеріалізується в певній системі. У певному сенсі мета влади полягає в тому, щоб у процесі реалізації соціального призначення держави запропонувати такі схеми організаційних форм та способів досягнення соціальних цілей, щоб задіяти в соціалізаційних заходах якнайбільшу кількість споріднених конкретних функцій і поєднати їх за векторами дій в інтегративній

функції, під час системного існування відповідно до бажаної соціальної гармонії.

Тому мистецтво визначення відповідно до умов досягнення соціальних цілей держави, норм і правил здійснення конкретних функцій, які дозволяють зберегти часову перевагу, послаблення деяких з них за одночасного посилення інших з метою дотримання при цьому інтересів людини, є свідченням ефективності влади. І взагалі, постійне вдосконалення соціальної системи і перетворення її як соціально самодостатнього цілого не на просту суму частин, а на основу формування потужної соціалізаційної якості й є аргументом на користь виконання державою соціальної функції.

Разом із тим фактичний перехід у систему координат соціальної держави, в якій повною мірою мали б бути задіяними такі основоположні принципи розвитку, як цілеспрямованість, варіативність, оптимальність, динамічність, є питанням часу. Успіхів же досягає та влада, яка не тільки формує законодавче середовище виконання соціального призначення держави, а, насамперед, завжди виконує їх сама і тим самим уже створює умови для забезпечення виконання законів усіма суб'єктами економіки.

Найбільшим негативним наслідком періоду незаконної затримки владою затвердження державних соціальних стандартів стала свідомо чи несвідомо допущена законодавча колізія, коли в умовах не приведення мінімальної заробітної плати найманих працівників до розміру прожиткового мінімуму розрахунки всіх видів соціальних допомог проводилися по затвердженим розмірам прожиткового мінімуму для непрацездатних осіб. Це фактично стало початком формалізації пріоритетного розвитку державного регулювання системи соціального захисту та соціального забезпечення населення (різні види соціальних допомог, субсидій, пільг населенню) над зміцненням і системи оплати праці, і приведення її ринковим змінам в економіці.

В результаті дві базові системи людського розвитку - оплати праці і соціального захисту населення - змінювалися у різних напрямках: остання «розросталася» відповідними законодавчими актами, особливо в частині

збільшення мережі й контингенту отримувачів соціальної державної допомоги та обсягів соціальних видатків державного і місцевих бюджетів, а законодавча, нормотворча діяльність держави щодо умов оплати праці найманих працівників повільно «розвалювалась» і фактично була перенесена в другорядні заходи. В контексті регуляторного забезпечення владою соціального призначення держави необхідно наголосити, що за 25 років незалежності України Основні напрями соціальної політики держави з прямим наголосом на соціальну політику затверджувались Указом Президента України двічі: у 1997 р. на 1997-2000 рр. і у 2000 р. на період до 2004 р .

Нова парадигма розвитку суспільства, що отримала назву «сталий розвиток» (sustainable development), витіснила державні стратегічні програми щодо формування, виконання і контролю соціальної політики в ряд державних завдань сталого розвитку, який визначається як форма взаємодії суспільства і природи, при якій забезпечується виживання людства та збереження навколишнього середовища, нинішні покоління забезпечують свої життєві потреби, не позбавляючи майбутні покоління можливості також задовольняти власні потреби.

Метою реформ, визначених Стратегією сталого розвитку "Україна - 2020", яка затверджена Указом Президента України від 12.01.2015 № 5/2015 (далі - Стратегія), визначено досягнення європейських стандартів життя та гідного місця України в світі.

Це потребує в сучасний період надскладного соціально-політичного, економічного і соціального розвитку радикальних змін у здатності влади як регулятора - виконавця соціальної функції держави, зокрема, і первинно – щодо формування об’єктивних, більш точних і правильних уявлень про наявний стан і тенденції розвитку соціалізаційної бази забезпечення добробуту населення, що дозволить створити новітні інструментальні засоби реалізації соціальної функції держави.

Разом із тим наявне відставання теоретико-методологічної та метрологічної бази не тільки в контексті надання економіці соціального

спрямування, а й у забезпеченні соціальної орієнтації економічної системи. враховуючи складність та суперечність соціальних процесів, що відбуваються в країні, вимагають зміни стереотипів мислення щодо реалізації соціальної детермінанти. По-перше, соціалізація має характер змін не лінійний, а багатовекторний і різноспрямований в діапазоні можливостей суспільства, які формуються під впливом виробничих здатностей та міри досконалості механізму перерозподілу суспільного багатства, з одного боку, та мотивацій населення – з іншого. По-друге, суспільство має керуватися підходами, що мають характер різнобічності спектру розвитку для стабільного функціонування соціальних інститутів, продукування порівняно заможного й активного населення, що має назву середнього класу, та забезпечення його динаміки. По-третє, проведення досліджень і теоретичних обґрунтувань, насамперед, результатів бюджетування на всіх його стадіях необхідно розглядати тільки через оцінки балансу доходів і видатків та приділення необхідної уваги питанням можливостей економіки і механізмів її зростання, зокрема, завдяки інвестиційним і процедурним стимулюючим формам природно і законодавчо закріпленого зворотного зв’язку бюджету та фінансової забезпеченості державних соціальних послуг і потреб громадян хоча б тих, які задекларовані діючим законодавством України.

Керуючись цими тезами, зрозуміло, що вище приведений стан соціальних змін у період політично визначеної необхідності реформування місцевого самоврядування і децентралізації влади однозначно передбачає проведення масштабної й об’єктивної ревізії й мобілізації всіх наявних у країні матеріально-фінансових ресурсів та спрямування їх на вирішення поточних і стратегічних завдань людиноцентричного розвитку як перші й базові кроки всіх реформаторських заходів щодо приведення соціальної функції держави до європейських норм і стандартів.

По–перше. Динаміка обсягів доходів та видатків зведеного бюджету України та отриманого фінансового результату від звичайної діяльності до оподаткування суб’єктами господарювання, яка приведена на рис. 5.7, показує,

що доходи зведеного бюджету України у 2007–2016 рр. забезпечувалися не бізнесом, а суб'єктом, відносно якого він мав нести повноцінну соціальну відповідальність.

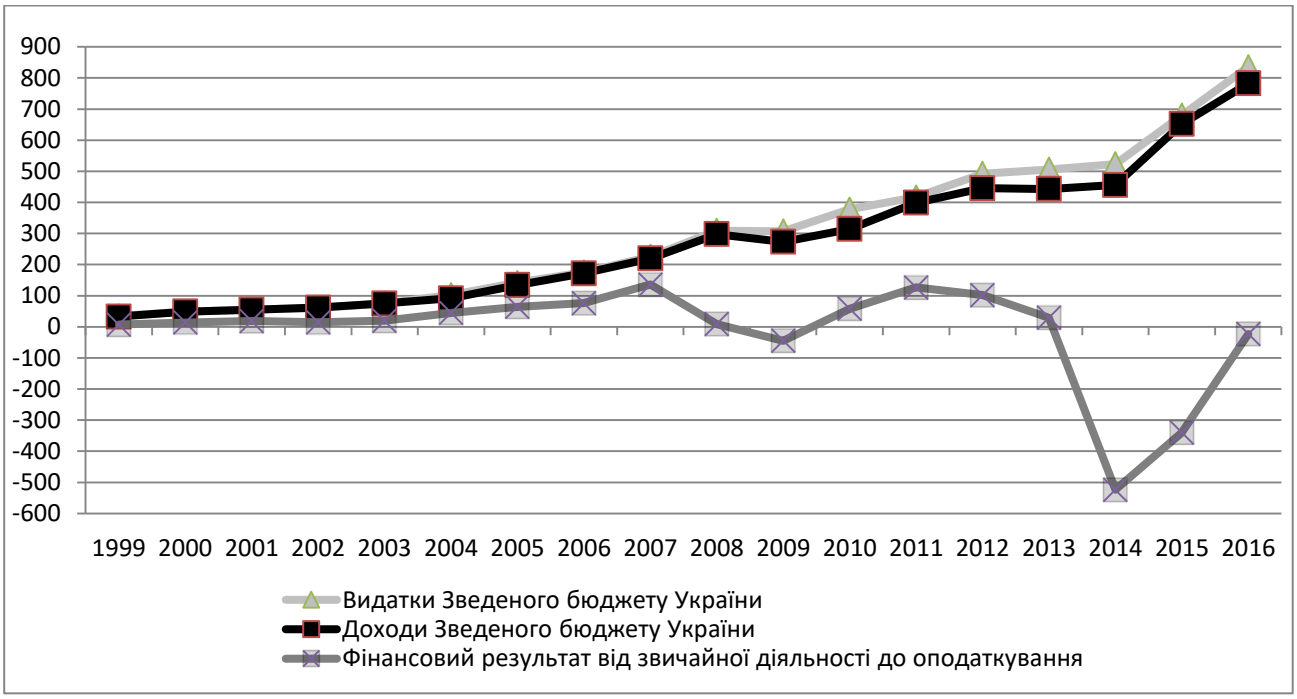

Рис. 5.7. Динаміка виконання бізнесом базових основ соціальної відповідальності через участь у наповненні Зведеного бюджету України результатами господарювання в 1998-2016 роках[1]

Джерело: Складено за даними статистичних збірників «Бюджет України» за 1998-2014 рр.

По–друге. Порівняльний аналіз змін обсягів основних видів податків і зборів за період двох реформ бюджетного і податкового законодавства (із 2001 рр. і дотепер) дозволяють стверджувати про високий рівень впливу інтересів бізнесу на формування податкової політики держави. Так, за період, який аналізується, відбувається постійне зменшення частки обсягів податку на прибуток суб'єктів господарювання, рентної плати, зборів на паливно-енергетичні ресурси та доходів від операцій із капіталом у загальному обсязі доходів ЗБУ. Разом із тим випереджуючими темпами зростають обсяги тих податків, які зменшують реальні власні доходи населення, особливо найманих

[1] За 1998-2008 рр. наведено фінансовий результат від звичайної діяльності до оподаткування у методології відповідного року.

працівників: податки та збір на доходи фізичних осіб, внутрішні податки на товари і послуги: податок на додану вартість, акцизний податок із вироблених в Україні товарів тощо (рис. 5.8).

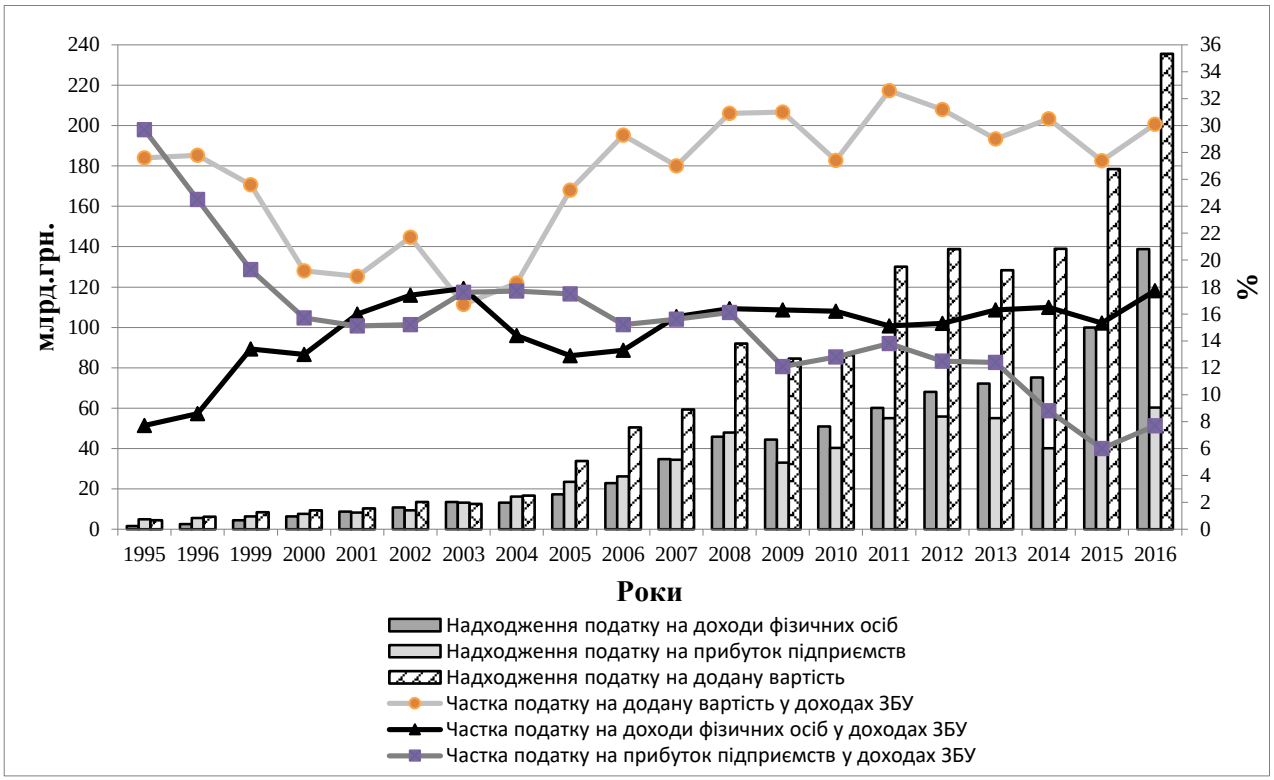

Рис. 5.8. Динаміка змін надходжень податку на доходи фізичних осіб, податку на прибуток підприємств та податку на додану вартість у 1995-2016 рр., млрд грн

Джерело: складено за даними Державної служби статистики України.

По–третє. Частка бюджетних коштів, які були використані на економічну діяльність у 2002 році складала майже рівень видатків на охорону здоров'я всього населення України (11,9 і 12,5 відсотків відповідно). А вже за 2003-2009 рр. видатки на економічну діяльність постійно перевищують не тільки видатки на охорону здоров'я, а навіть обсяг сплачених податків і зборів на зарплату, які сплачуються всіма суб'єктами економіки (рис. 5.9).

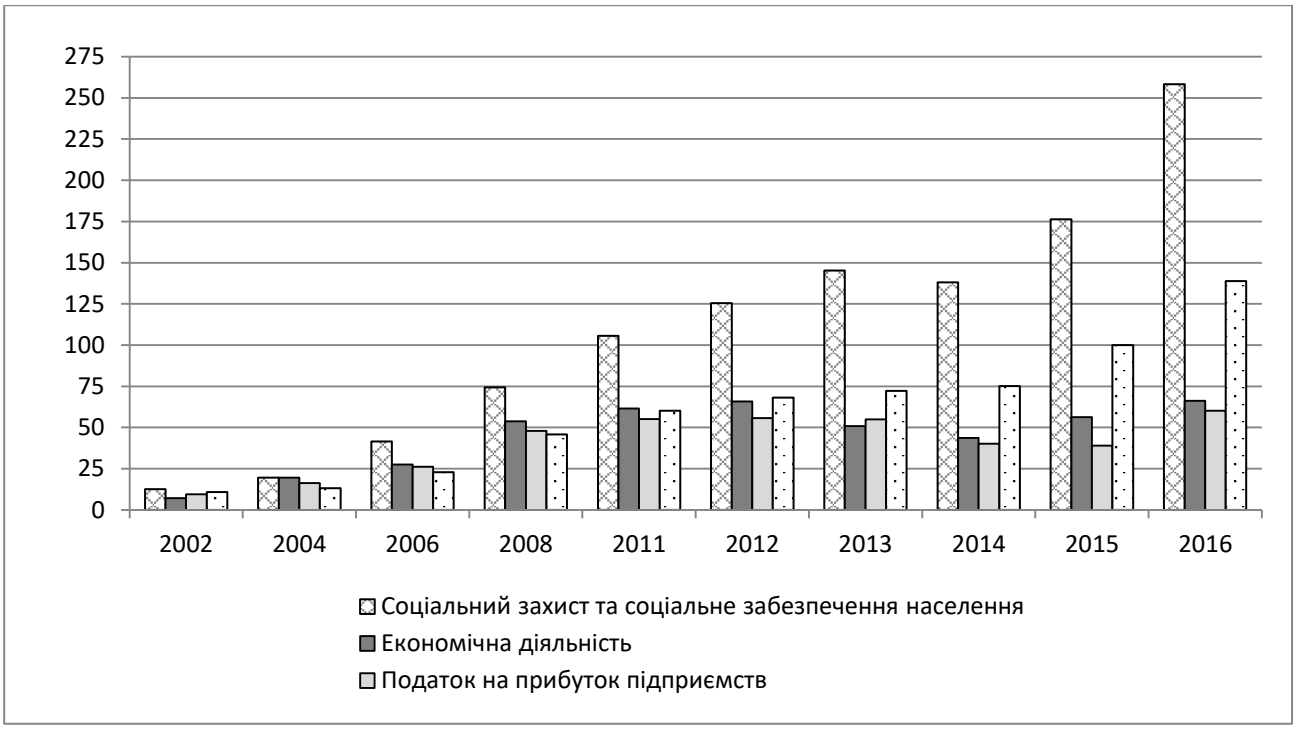

Рис. 5.9. Порівняльний аналіз окремих видатків і доходів зведеного бюджету України за 2002-2016 роки, млрд грн

Джерело: складено за даними Державної служби статистики України.

По–четверте. Трактування міри соціальності бюджету виключно на підставі фінансування соціального забезпечення і соціальних допомог є хибним і безперспективним. Адже саме податки на заробітну плату та податок на прибуток як продукт зайнятого населення є основними джерелами наповнення місцевих бюджетів і, в значній мірі, державного бюджету.

По–п’яте. Відсутність в державі системних дій щодо стимулювання економічного і відповідного бюджетного зростання в цілому по Україні та її територій призвели до щорічного зменшення фінансової забезпеченості соціальної функції держави доходами бюджету, які формуються, зокрема, більше ніж в два рази (із 81,1 до 37,3 відсотків) за рахунок прямих податкових надходжень від суб’єктів економіки, зокрема, податком на прибуток підприємств і податком та збором на доходи фізичних осіб як окремо, так і разом (рис. 5.10).

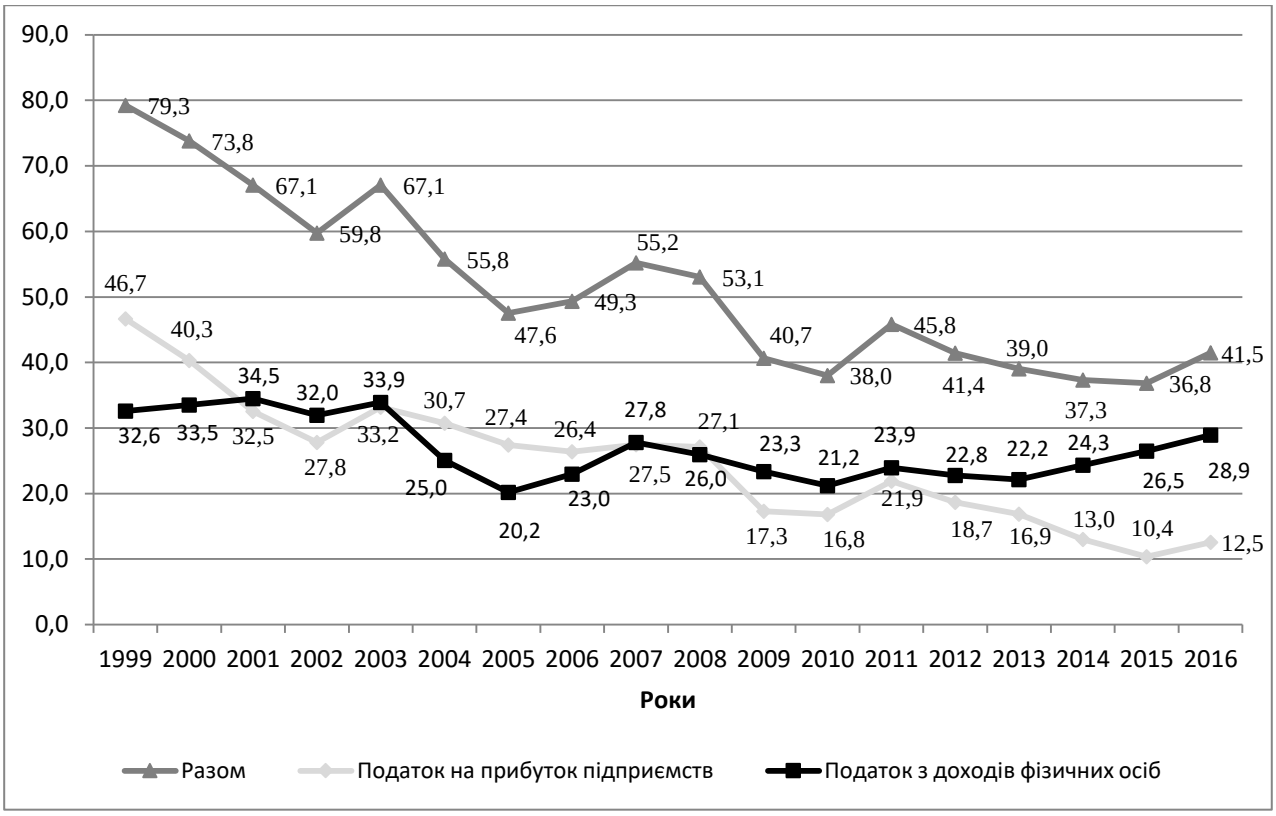

Рис. 5.10. Рівень забезпечення видатків Зведеного бюджету України на соціально-культурну сферу податком на прибуток підприємств та податком з доходів фізичних осіб за 1999-2016 роки, %

По–шосте. Продовжуються тенденції зростання централізації доходів у державному бюджеті при одночасному суттєвому збільшенні навантаження місцевих органів самоврядування через делегування державою додаткових повноважень на місцевий рівень (рис. 5.11). Причому, зменшення частки власних доходів МБ в загальних доходах ЗБУ відбувається в умовах зростання частки тих їх доходів, які формуються за рахунок сплати ПДФО, або простіше – за рахунок основних податків, які сплачуються населенням у відповідних селах, селищах, містах! Ці факти підтверджують думку науковців, що на практиці розвиток економіки розглядається як мета, а покращання умов життя людей – насамперед, як засіб її досягнення.

В таких умовах недостатність необхідних державних механізмів справедливого розподілу доходів ЗБУ і стимулювання всіх суб'єктів економіки щодо зростання як доходів державного, так і місцевих бюджетів та формальний поділ їх адміністрування фактично унеможливлює перехід місцевих органів

самоврядування на новий рівень формування і використання бюджетних коштів на «бюджет розвитку» замість «бюджету споживання».

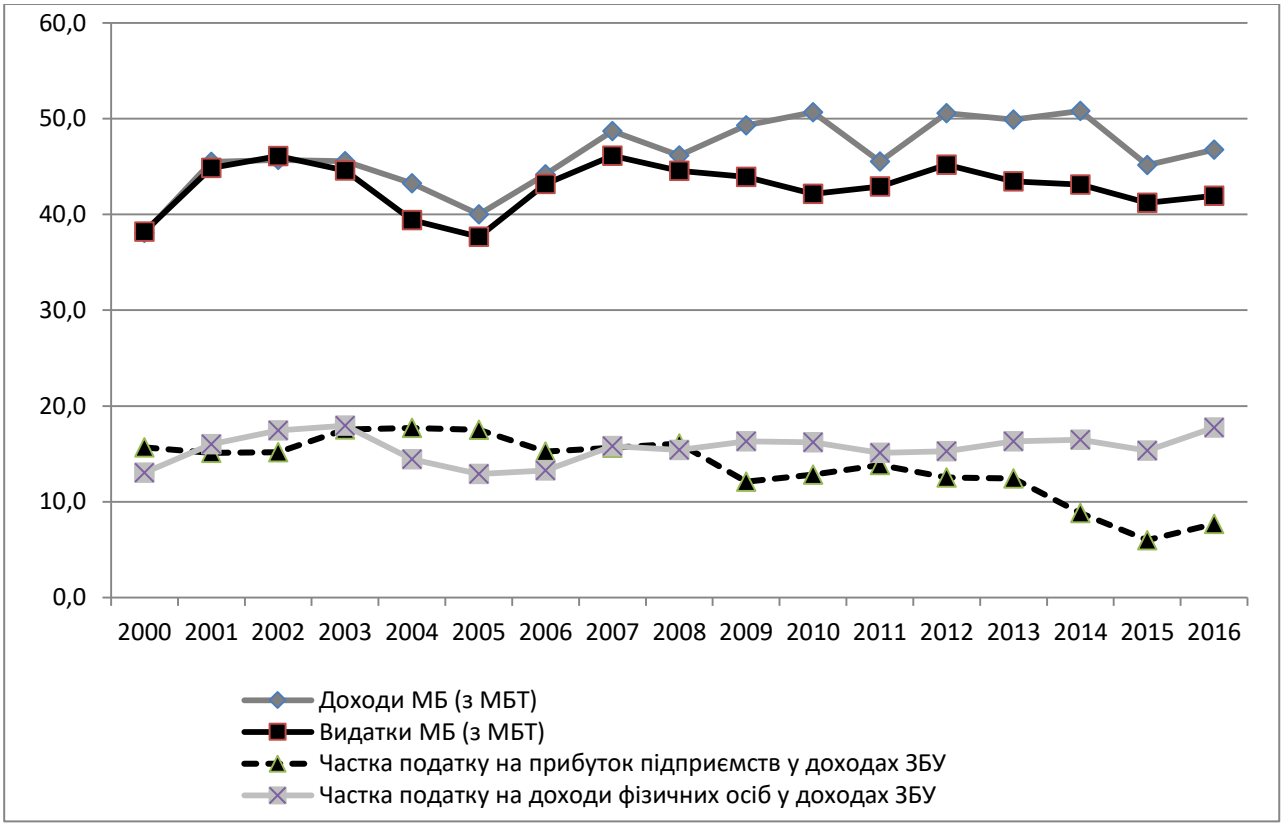

Рис. 5.11. Порівняльний аналіз змін структури доходів і видатків місцевих бюджетів у Зведеному бюджеті України із частками доходів податку на прибуток та ПДФО за 2000 – 2016 роки

Джерело: складено за даними Державної служби статистики.

Власний практичний досвід державного управління та наукові дослідження ефективності фінансування соціальних заходів і закладів на рівні регіонів показав, що проблема об'єктивізації стану соціально-економічного розвитку країни не може бути зведена до узагальнення розрізнених даних про ступінь соціальності системи на тому чи іншому етапі соціально ринкового реформування і навіть до пошуку якого-небудь, так би мовити, «найкращого» показника, що безпосередньо відображає всі сторони процесу соціалізації. Насамперед, необхідно радикально визначитися в інструментальних пріоритетах діагностики соціалізаційних можливостей країни. І не зводити їх, як це розуміють у більшості випадків, до розробки економіко-математичних моделей, програм на основі великого обсягу інформації. Сьогодні найперше

треба дати відповідь на питання про те, які саме чинники слід враховувати в кожній реальній ситуації, які з них з «бородою» і які «новостворені», щоб дійсно пояснити зміст необхідних змін у розвитку потенціалу соціалізації. Важливо вивчити конкретні вихідні параметри та їх співвідношення, які мають братися до уваги загалом і під час конструювання бажаної динаміки соціально-економічної бази добробуту. Для їх визначення необхідно керуватися, по-перше, самою постановкою завдання щодо забезпечення виконання соціальної функції держави в ринкових умовах, яка вимагає як об'єктивно обумовлену необхідніст, невпинне нарощування економічного і фінансово-бюджетного потенціалу до такого рівня, що держава буде здатна забезпечити добробут більшості членів суспільства. По–друге, що первинним і визначальним осередком суспільства є сім'я, в якій відбуваються всі істотно взаємозалежні соціальні процеси, що зумовлюються закономірностями розвитку суспільства.

Усі ті суперечності , про які йшла мова вище, висвітлюють «невидимі» на перший погляд причини повільного розвитку соціального призначення держави. Повертаючись до світової практики розвитку соціалізаційного потенціалу, необхідно особливо врахувати наступне. У будь-якій країні він формується як за безпосередньої, так й опосередкованої участі держави, але незалежно від цього соціальна система в Україні конституційно гарантує надання своїм громадянам соціальних і соціально-економічних прав. Саме неврахування останнього державною владою і є тією «невидимою причиною» повільного розвитку всіх складових соціальної функції держави.

Невідповідність затверджених гарантій Конституцією України і довільне їх виконання різними гілками влади, постійним неконституційним внесенням змін в законодавчі акти свідчить про політичну обмеженість розуміння в тому, чи країна визнана соціальною, чи то прагне стати такою.

Отримані результати порівняльного аналізу змін прямих витрат на соціальний захист та соціальне забезпечення населення ЗБУ та рівня бідності населення показують, що він не залежить від обсягу видатків ЗБУ, які

витрачаються безпосередньо на соціальний захист та соціальне забезпечення населення, і залишається стабільно високим (рис. 5.12).

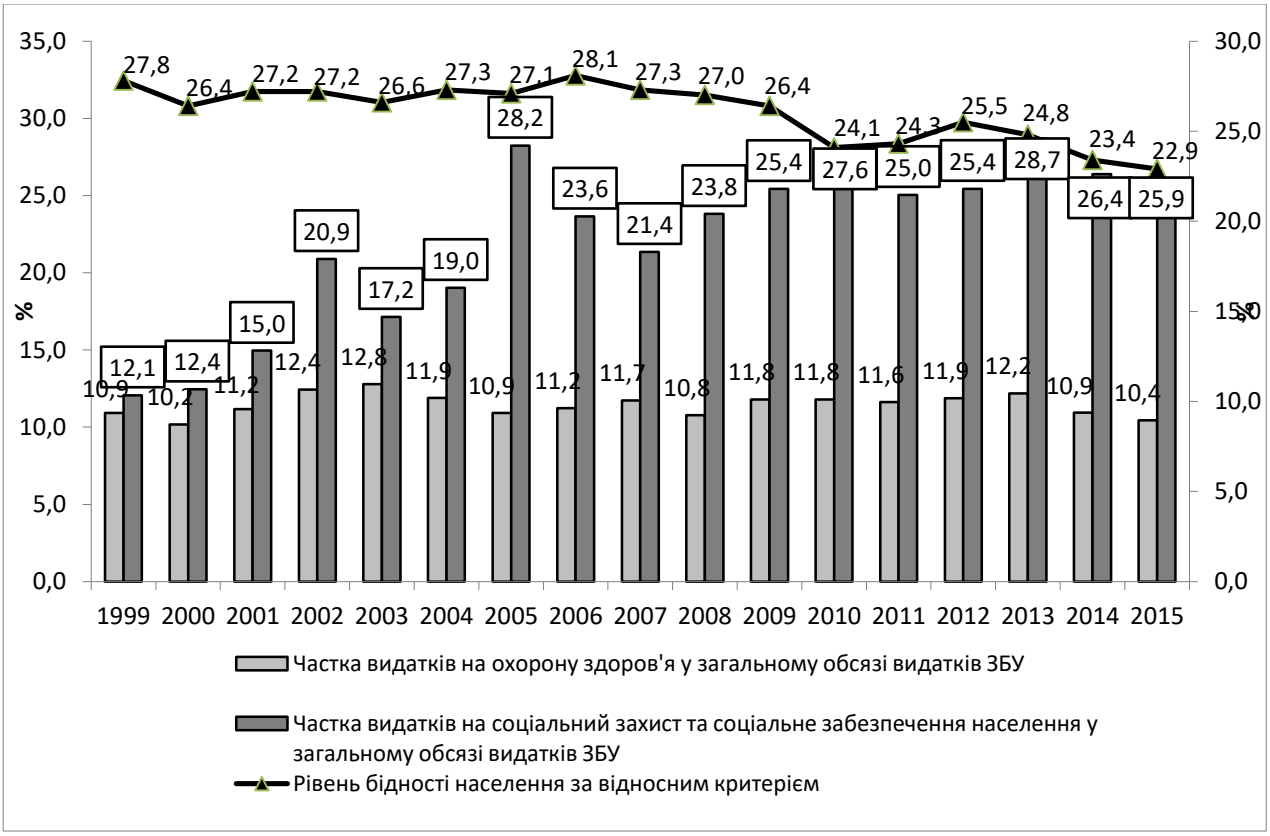

Рис. 5.12. Зміна часток окремих видатків Зведеного бюджету України та рівня бідності населення за відносним критерієм за 1999-2015 рр.

Джерело: складено за даними Міністерства фінансів України й Інституту демографії та соціальних досліджень ім. М.В. Птухи НАН України.

Але не тільки зміна обсягів видатків на соціальний захист та соціальне забезпечення населення повинні мати прямий вплив на зменшення рівня бідності населення. Логічно, що ефективність витрат видатків ЗБУ щодо утримання бюджетних установ, розвитку соціальної інфраструктури, які надають державні й комунальні соціальні послуги, визначені Конституцією України та Законами України про місцеве самоврядування, місцеві державні адміністрації так само, як і бюджетні інвестиції у розвиток економіки держави у формі дотацій та інших засобів державної підтримки суб'єктів господарювання за рахунок використання доходів державного та місцевих бюджетів, повинні також безпосередньо впливати на зростання добробуту населення і відповідно

зменшувати рівень його бідності, насамперед, тому , що доходи державного та місцевих бюджетів є по суті не державні, а народні кошти. Термін «народні кошти», на жаль, не передбачені законодавством України і не вживаються нашими політиками. Разом із тим, враховуючи сутність терміну «соціальної держави» та конституційну норму про те, що єдиним джерелом влади в Україні є народ. Народ здійснює владу безпосередньо і через органи державної влади та органи місцевого самоврядування в теперішній час, коли відбувається зміцнення солідарності суспільства, особливо в усіх формах їх прояву щодо захисту державності й незалежності України на Сході й Півдні України, все ж таки доцільно розглянути питання про зміни та уточнення загальноприйнятих термінів «державні» доходи, «державні» витрати, «бюджетні установи» тощо.

Таким чином, формування здатності соціальної системи до соціалізації її об’єктів є нічим іншим як процесом. Способи задоволення потреб, виявляються насамперед, у тому, наскільки вони сприяють розвитку окремої людини і прогресу суспільства загалом.

Для прискорення реалізації першого в теперішній час нової хвилі реформування соціальних заходів, зокрема, бюджетного забезпечення розвитку місцевого самоврядування та модернізації системи розвитку зайнятості населення, надзвичайно важливо їх проводити з радикальним удосконаленням оцінок виконання запланованих показників, визначених саме СТРАТЕГІЄЮ подолання бідності населення, затвердженою розпорядженням Кабінету Міністрів України від 16 березня 2016 р. № 161-р на 2016-2020 рр.

Одне з загалних завдань полягає в плануванні й виконанні бюджету та формуванні міжбюджетних відносин у період проведення адміністративної реформи. Проблеми, які існують на цьому шляху, зводяться до двох напрямів. Перший з них передбачає наступне:

1. Планування обсягів доходів і відповідно міжбюджетних трансфертів проводиться без публічних критеріїв оцінки виконання доходів попередніх років і без єдиних соціальних стандартів бюджетної забезпеченості

та вичерпного переліку бюджетних послуг і порядку формування умов для їх доступності незалежно від місця проживання;

2. Не створена система стимулювання всіх суб'єктів економіки (влада, бізнес, суспільство, громадянин) щодо зростання економіки і відповідно отримання власних доходів та державного і місцевих бюджетів; відсутня державна програма щодо зростання доходів місцевих бюджетів, у т. ч. завдяки виконанню місцевими органами самоврядування їх повноважень, визначених Конституцією України та відповідними законодавчими актами (наприклад, створення нових робочих місць).

3. Затримка визначення єдиних державних норм і стандартів по соціально-культурних послугах, які надаються за рахунок державного і місцевих бюджетів, незалежно від територій їх надання в державі (унітарній державі), крім розміру заробітної плати, допомог малозабезпеченим сім'ям тощо, досягла критичної межі.

4. Соціальні видатки, в тому числі пільги, допомоги та державні соціальні програми, проводяться різними інституціями, фінансуються з різних рівнів бюджету, без обліку їх надання отримувачами та фінансування за обсягом і якістю в розрізі місцевих бюджетів і відповідних адміністративно–територіальних одиниць.

5. До цього часу не затверджена державна межа сумарного обсягу соціальних виплат, які надаються за рахунок бюджету незалежно від інституцій їх надання. Не створена електронна система персоніфікованого обліку (соціальних накопичувальних карток) та уніфікованих соціальних досьє громадян, які отримують бюджетні кошти за рахунок усіх видів бюджету.

6. Відсутні правила і процедури оцінки і контролю достатності соціальних послуг.

Наслідками їх не вирішення є:

- Різке зростання обсяг дотацій місцевим бюджетам;
- Місцеві бюджети з найбільшими доходами на душу населення мають нижчі від середніх по Україні видатки на душу населення.

- Розвиваються споживацькі настрої в суспільстві , в місцевих органах самоврядування. Штучно стимулюється дотаційність і затратність місцевих бюджетів замість зростання їх доходів.
- Бюджетні кошти розпорошуються по різних розпорядниках та різних рівнях бюджетів, соціальні виплати дублюються;
- Соціально-культурні послуги для населення практично залежать від місця проживання, а не від єдиних стандартів;
- Зростає контингент і обсяг преференцій суб'єктам господарювання.

Пропозиції щодо удосконалення порядку планування і виконання бюджету та формування міжбюджетних відносин в період проведення адміністративної реформи:

- Затвердити порядок визначення обсягу міжбюджетних трансфертів та доходів Державного бюджету, виходячи з єдиних публічних критеріїв оцінки фактичного виконання за попередні роки, впровадити планування щорічного приросту доходів.
- Впровадити складання соціального бюджету як державного і регіонального інструменту для прийняття рішень по обсягу соціальних витрат.
- Об'єднати всі інституції їх надання в одну систему планування, використання і контролю соціальних видатків. За рахунок зменшення централізованих видатків міністерств і відомств, які надаються фактично на виконання делегованих повноважень місцевим органам влади, впровадити єдині стандарти соціальних послуг. Впровадити також єдиний облік, звітність всіх централізованих видатків в розрізі їх отримувачів - місцевих бюджетів. Надати їм публічність.
- Враховуючи, що повністю врахувати всі чинники, які впливають на обсяг видатків місцевих бюджетів неможливо, а також той факт, що процес затвердження всіх соціальних норм тривалий, з метою забезпечення поступового переходу до бюджету зростання регіонів поряд із вирівнюванням регіонів створити при Міністерстві фінансів України за рахунок зменшення централізованих видатків галузевих міністерств фонд реформування управління

регіональних фінансів або фінансової підтримки регіонів у складі Державного бюджету з відповідним затвердженням методики розподілу їх коштів, виходячи з критеріїв оцінки виконання місцевих бюджетів попередніх бюджетних років на стадії планування, виконання та контролю з обов'язковим введенням додаткових оцінок високодотаційних місцевих бюджетів:

- Фонд реформування управлінням регіональних фінансів
- Фонд фінансування всіх державних соціальних програм.
- Затвердити єдині стандарти створення і функціонування бюджетних установ, у тому числі окремо - спеціальних бюджетних закладів (наприклад, по охороні здоров'я - туберкульозні, онкологічні медичні заклади), по мережі, контингенту та нормам витрат.
- Задіяти додаткові джерела формування бюджету розвитку, зокрема, затвердити єдині правила розвитку регіонального фондового ринку для розвитку внутрішніх інвестицій.
- Запровадити практику складання Кодексу кращих практик бюджетування та поширення досвіду роботи місцевих органів влади і місцевого самоврядування щодо зростання доходів бюджету та ефективності виконання державного і місцевих бюджетів, у т.ч.державних і регіональних програм.

Другий напрям стосується неефективності діючої структури управління місцевими бюджетами та міжбюджетними відносинами. Проблеми, які існують в міжбюджетних відносинах, зводяться до наступного.

По-перше, відсутня єдина структура управління бюджетними коштами та єдині правила і процедури на всіх етапах планування, виконання місцевих та Державного бюджету.

По-друге, зростання обсягу інформаційних потоків на всіх стадіях бюджетного процесу перетворило облдержадміністрацію і фінансове управління в статистичний орган (обсяг контрольних інформацій центральних органів влади збільшився в рази).

По-третє, різко збільшилося дублювання функцій з планування, виконання, обліку, контролю виконання місцевих бюджетів різними

центральними органами влади. Види, кількість та обсяг статистичної звітності не приведено до вимог Бюджетного кодексу України.

- По-четверте, спостерігається бюрократизація правил і процедур.

В результаті цього відбувається ряд негативних наслідків:

- Стримується виконання всіх державних програм.
- Різко збільшуються залишки коштів бюджетів, у т.ч. й цільових фондів.
- Збільшується час та витрати для розгляду всіх документів.
- Неефективно використовуються бюджетні кошти в умовах реального дефіциту часу.
- Відсутній єдиний банк звітних даних для виконання бюджетоутворюючих функцій усіх учасників бюджетного процесу.
- Не визначений єдиний координатор і методист управління навчальними заходами підготовки методичних інструментів, підвищення кваліфікації.
- Склалася тенденція зростання контролюючих органів, їх чисельності при зменшенні кількості виконавців.
- Відсутні єдині критерії оцінки місцевих органів влади на всіх стадіях бюджетного процесу (кількість правопорушень та неефективності використання бюджетних коштів зростає)
- Низький рівень кваліфікації розпорядників коштів.
- Значний документообіг та кількість перевіряючих призвели до великої плинності кадрів, особливо бухгалтерів.

Для поліпшення міжбюджетних відносин можна запропонувати наступне:

1. Затвердити єдину структуру нормативного управління Державним і місцевими бюджетами та аналізу впливу законодавчих актів на зростання бюджету й ефективності його виконання.

2. Створити в Міністерстві фінансів та відповідно на рівні області Управління аудиту, моніторингу й експертизи виконання державної бюджетної політики, а також незалежну контрольну структуру – Генеральну фінансову інспекцію Мінфіну та відповідний підрозділ на рівні області за рахунок

чисельності місцевих фінансових органів, казначейства та інших служб Мінфіну.

3. Визначити єдині першоджерела інформації та єдину систему моніторингу соціально-економічного розвитку та стану бюджетної сфери (єдині форми, види і терміни надання інформацій; перелік установ і організацій, які мають надавати інформацію, зводити й аналізувати по Україні й регіону, інформувати центральні та обласні виконавчі органи, населення).

4. Ввести до підрозділів місцевих відділів Державного казначейства бухгалтерів усіх головних розпорядників бюджетних коштів, у тому числі й бухгалтерів об'єднаних громад для виконання роботи по бухгалтерському обліку та попередньому контролю при розгляді бухгалтерських документів на проведення оплати рахунків.

5. Затвердити адміністративні й функціональні стандарти повноважень і відповідальності розпорядника бюджетних коштів.

6. Затвердити порядок призначення та звільнення на посаду керівників місцевих фінансових, казначейських, податкових, контрольно-ревізійних органів та головних розпорядників коштів, у тому числі й місцевих бюджетів, який передбачатиме екзамени спеціальній комісії Міністерства фінансів та облдержадміністрації на предмет глибоких знань всього бюджетного законодавства, відповідних нормативних актів та законів, указів Президента України, постанов Уряду, наказів Міністерства фінансів України з питань бюджетного, правового, соціально-економічного розвитку держави і регіонів та оцінку попередньої діяльності в фінансовій системі.

7. Визначити порядок призначення посадових осіб головного розпорядника коштів окремо по функціях: готує висновки; приймає рішення; має право їх схвалювати та надавати для виконання органам казначейства і т.д. Ввести як обов'язкову процедуру затвердження цих посадових посад головного розпорядника коштів наказами Міністра фінансів по державному бюджету; розпорядженням голови облдержадміністрації - по обласному бюджету, а рішенням міського голови - по міському бюджету, розпорядженням голови

районної державної адміністрації - по районному бюджету, рішенням голови сільської, селищної ради - по сільському, селищному бюджету за погодженням із головним фінансовим управлінням та обласним казначейством із визначенням їх функцій і прав та відповідальності.

5.2. Фінансові аспекти регіональних завдань

Місцеве самоврядування як один із важливих суспільних інститутів, накопичуючи позитивний потенціал розвитку, одночасно потребує свого подальшого удосконалення. Потреби місцевих бюджетів, особливо базового рівня, для фінансування власних і делегованих повноважень непорівняні з доходами об'єднаних територіальних громад. На місцеві бюджети покладені найбільш ресурсомісткі повноваження: електро-, тепло-, газо-, водопостачання населення, водовідведення, будівництво, діяльність по інфраструктурному забезпеченню, ремонту та прокладки доріг та інші[1] [135, с. 4-8]. Ці питання місцевого значення не забезпечені фінансовими ресурсами. Частка власних доходів місцевих бюджетів зменшилася протягом 2000-2016 рр. у 2,3 раза. При цьому частка державних трансфертів підвищилась із 23,4% до 55,4% (без врахування трансфертів об'єднаним територіальним громадам) (рис. 5.13).

Така ситуація склалася не тільки в результаті уповільнення економічної динаміки. Певною мірою вона є наслідком неефективного підходу до процесу бюджетування, оподаткування та управління соціальною інфраструктурою. Індекс валового внутрішнього продукту України у 2014 і 2015 рр. становив 93,4 та 90,1. У той же час невикористані трансферти (субсидії) територіальним громадам, які накопичилися на казначейських рахунках за ці два роки, дорівнювали 17,5 млрд грн.

[1] Повноваження органів місцевого самоврядування базового рівня: розвиток місцевої інфраструктури, зокрема доріг, мереж водо -, тепло -, газо -, електропостачання і водовідведення, інформаційних мереж, об'єктів соціального та культурного призначення; планування розвитку території громади; вирішення питань забудови території (відведення земельних ділянок, надання дозволів на будівництв, прийняття в експлуатації будівель); благоустрій території; надання житлово-комунальних послуг (централізоване водо-, теплопостачання і водовідведення, вивезення та утилізація відходів, утримання будинків і споруд, прибудинкових територій комунальної власності); організація пасажирських перевезень на території громади; утримання вулиць і доріг у населених пунктах; громадської безпеки; гасіння пожеж; управління закладами середньої, дошкільної та позашкільної освіти; надання послуг швидкої медичної допомоги, первинної охорони здоров'я, з профілактики хвороб; розвитку культури та фізичної культури (утримання та організація будинків культури, клубів, бібліотек, стадіонів, спортивних майданчиків); надання соціальної допомоги через центри надання таких послуг.

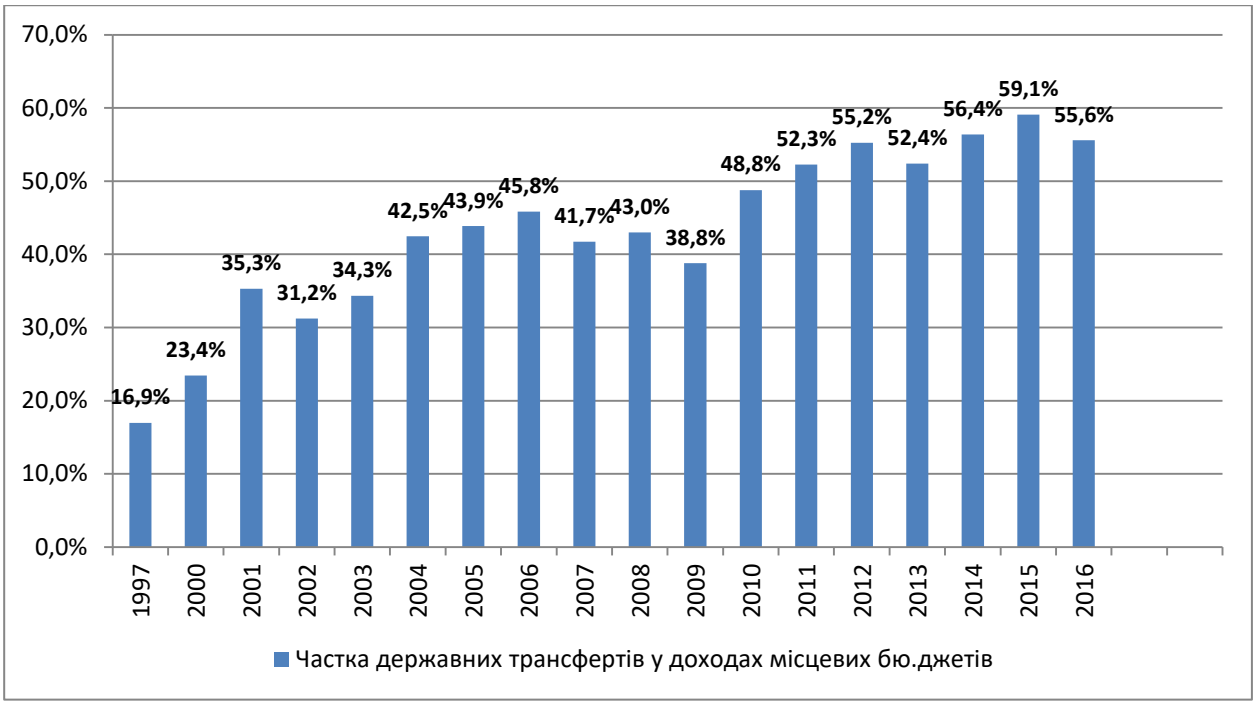

Рис. 5.13. Частка державних трансфертів у доходах місцевих бюджетів

Джерело: побудовано за даними Міністерства фінансів України

Для практики фінансування місцевого самоврядування такий стан речей означає невизначеність системи фінансування завдань на надання бюджетних послуг. Поняття «бюджетної послуги» не має поки чіткого економічного та юридичного трактування. В Бюджетному кодексі України визначення «бюджетної послуги» відсутнє. Між тим, бюджетна послуга стає необхідним елементом планування місцевих бюджетів і регулювання діяльності закладів соціальної інфраструктура в межах сучасного етапу реформ охорони здоров'я й освіти, які охоплюють великий обсяг соціально важливих послуг разом із послугами соціального забезпечення, культури, мистецтва, спорту. В ринкових умовах бюджетні послуги мають фінансуватися відповідно до муніципального замовлення, який стає фактично державним планом і розміщується на договірній і конкурсній основі між надавачем і замовником. Юридичний статус замовлення визначено в Законі України «Про державне замовлення для задоволення пріоритетних державних потреб» [136] та у Господарському кодексі України [137].

Не дивлячись на введення в цих нормативних документах поняття «державного замовлення», не відмічається суттєвих змін в системі планування надання послуг на основі договорів (контрактів). До наступного часу, незважаючи на ряд підходів до застосування державного замовлення, в договорах не встановлюються вимоги до складу, якості, обсягу, умовам, порядку надання бюджетних послуг. Фактично не залучаються до виконання державного замовлення організації недержавної або приватної форми власності за рахунок бюджетних коштів. Між тим, на казначейських рахунках накопичилося 17,5 млрд грн невикористаних трансфертних ресурсів.

Однією з причин недосконалості практики застосування інституту державного замовлення є відсутність адекватної системи критеріїв визначення й оцінки завдань. Нормативно-правова база й інструменти бюджетної політики недостатні для заключення контрактів на надання послуг. Державне замовлення визначається у двох Законах України: «Про поставки продукції для державних потреб», «Про закупівлю товарів, робіт і послуг за державні кошти» [138].

У діючих документах всі положення стосовно державного замовлення визначені або стисло, або формально. В них представлені переважно адміністративні вимоги до укладання завдань: найменування, строки, реєстрацію та інше. Так, наприклад, в розділі VI., ст.34., п.6 Закону України «Про закупівлю товарів, робіт і послуг за державні кошти» визначено, що «Інформація щодо укладеного договору повинна містити: повне найменування та місцезнаходження замовника; джерело фінансування закупівлі; предмет закупівлі; дату проведення процедури закупівлі; дату акцепту; дату укладання та ціну договору; інформацію про переможця торгів (повне найменування, місцезнаходження, телефон, ідентифікаційний код за Єдиним державним реєстром підприємств та організацій України (для юридичних осіб), прізвище, ім'я, по батькові, місце реєстрації, телефон, ідентифікаційний номер за Державним реєстром фізичних осіб - платників податків та інших обов'язкових платежів (для фізичних осіб)» [137].

В Україні неодноразово висловлювалися пропозиції про доцільність зробити державне замовлення дійсним інструментом бюджетної політики. Це потребує поєднання цільових завдань державного замовлення з розрахунками фінансових нормативів надання бюджетних послуг, оцінкою потреб різних верств населення в обслуговуванні, з критеріями якості й кількості споживання послуг. Вимоги до якості й умов надання послуг за бюджетні кошти мають визначатись у відповідності до стандартів якості. Вертикальна система формування процесу надання бюджетних послуг в її предметній формі представлена в законодавчих документах із медичної реформи.

Зазначені положення певною мірою знайшли відображення в Законі України «Про державні фінансові гарантії надання медичних послуг та лікарських засобів», який прийнято з метою реалізації Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я, затвердженої розпорядженням Кабінету Міністрів України від 30 листопада 2016 року № 1013-р. Цим законом, по-перше, вводиться поняття гарантованого пакету, яким визначається мінімальний гарантований обсяг медичних послуг і лікарських засобів, повна або часткова оплата за рахунок коштів державного солідарного медичного страхування згідно з тарифом покриття, який щороку затверджується Кабінетом Міністрів України. Кабінет Міністрів України може розширити обсяг державного гарантованого пакету за умови збільшення загального обсягу бюджетних призначень на державне солідарне медичне страхування, передбачених у Державному бюджеті України на відповідний рік.

По-друге, в якості інституціонального інструменту передбачається укладання договору про медичне обслуговування населення в письмовій (у т.ч. електронній) формі між Національною службою здоров'я України і закладами охорони здоров'я всіх форм власності та фізичними особами-підприємцями, які одержали ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики. По-третє, в договорі про медичне обслуговування населення визначаються умови та обсяг надання застрахованим особам медичних послуг і лікарських засобів, вимоги щодо їх якості, порядок оплати тарифу покриття за

надані медичні послуги та лікарські засоби, права та обов'язки сторін, а також відповідальність за невиконання або неналежне виконання умов такого договору.

Перехід до бюджетування, орієнтованого на результат, передбачає формування завдань у вигляді цільових показників державного замовлення, яке містить вимоги до якості та умов надання бюджетних послуг. Останні, в тому числі й у сфері медичного обслуговування населення, державне замовлення повинно орієнтуватися на державні соціальні стандарти та гарантії, соціальні норми і нормативи споживання послуг.

Сукупність згаданих проблем обумовлюють розробку нових методичних підходів до процесу формування державного замовлення, спрямованих на розвиток регіональних ринків бюджетних послуг. Нормативи споживання послуг можуть визначатися на основі нормативно-правових актів. У сфері дошкільного виховання та загальної освіти вони визначаються конституційними нормами її доступності та стандартами надання бюджетних послуг, які мають бути адекватними програмним завданням освітньої реформи.

Аналогічними вбачаються підходи до формування державного замовлення, який отримав соціальну форму гарантованого пакету медичного обслуговування. У складі пакету гарантій Міністерством охорони здоров'я України за законом щорічно затверджуватимуться соціальні норми, на основі яких визначатимуться фінансові нормативи. Запропоновані зміни дозволяють залучити до надання медичних послуг за рахунок бюджетних коштів заклади охорони здоров'я недержавної форми власності та фізичних осіб – підприємців. Така законодавча норма, мабуть, вперше однозначно допускає і стимулює передачу бюджетних коштів підприємницьким структурам, що має позитивно відобразитись на якості надання послуг, зокрема, медичних.

Нормативно-подушне фінансування закладів соціальної інфраструктури зумовлює необхідність суб'єктам бюджетного планування здійснювати розрахунок обсягів муніципальних завдань у сфері їх компетенцій. В цілому місцеві бюджетні асигнування на певну бюджетну послугу на

середньостроковий період розраховуються як добуток кількісного нормативу надання послуг та контингенту споживачів:

$$O_i = H_i * \mathrm{N}_i \text{ , де}$$

O_i – середньостроковий обсяг надання і – тої бюджетної послуги; H_i^0 – чисельність споживачів і –тої бюджетної послуги; N_i – норматив надання бюджетної послуги відповідно до чисельності населення, грн.

Ця формула деталізується і коригується цілим рядом положень, серед яких уточнення потреби в послугах за рахунок соціологічних обстежень, оцінки потужності медичних закладів, які надають відповідні бюджетні послуги, визначення обсягів послуг, що надаватимуться на платній основі. Окремим питанням є фінансове забезпечення державного замовлення як для бюджетних закладів, так і для закладів інших форм власності – недержавних та приватних.

З огляду на реформи у двох крупних галузях соціальної інфраструктури - освіті та охороні здоров'я формування державних завдань відбуватиметься під впливом вартісного фактору. Особливо це стосується медичного обслуговування населення, де послуги надаватимуться за рахунок бюджету на кошти громадян. У цих умовах питання ціноутворення набувають актуального значення. Вартість бюджетної послуги має бути законодавчо визначена на основі повного врахування витрат на її надання. У зв'язку з цим важливо прийняти до уваги методичну базу оцінки вартості послуг, яка дозволяє використати систему цінової форми завдання в якості ефективного інструменту бюджетної політики. У цьому контексті вартість бюджетної послуги включає чотири елементи: оплату праці, матеріальні витрати, втрати на утримання будівель та споруд і витрати на комунальні послуги:

$$P_i^t = S_i^t + T_i^t + Q_i^t + Z_i^t \text{ , де}$$

P_i^t – вартість і-тої бюджетної послуги;

S_i^t – витрати на оплату праці;

T_i^t – витрати на матеріали та продукти харчування при наданні послуг;

Q_i^t – витрати на утримання будівель та споруд;

Z_i^t – комунальні витрати.

Прогнозні показники на наступні роки складання державного бюджету, який має трирічний цикл, розраховується методом індексації по кожному виду витрат:

$$S_i^{t+1} = \quad S_i^t * S_i^{t+1} =, \text{ де}$$

$S_i^{t+1} =$ – прогнозні витрати на заробітну плату при наданні бюджетної послуги;

$S_i^{t+1} =$ індекс-дефлятор витрат на оплату праці.

Аналогічним методом розраховуються прогнозні показники витрати на наступні структурні елементи вартості бюджетної послуги:

$$T_i^{t+1} = T_i^{t+1} T_i^{t+1}, \text{ де}$$

T_i^{t+1} – прогнозні витрати на матеріали та продукти харчування при наданні послуг;

$I^{t+1,p} -$ індекс-дефлятор витрат матеріальні витрати при наданні послуг.

$$Q_i^{t+1} = Q_i^t * I^{t+1,p} -, \text{ де}$$

Q_i^{t+1} – прогнозні витрати на утримання будівель та споруд;

$I^{t+1,p} -$ індекс-дефлятор витрат утримання будівель і споруд.

$$Z_i^{t+1} = Z_i^t * I_{\imath}^{t+1,p}, \text{ де}$$

Z_i^{t+1} – прогнозні витрати на оплату комунальних послуг;

$I_{\imath}^{t+1,p}$ індекс-дефлятор на комунальні послуги.

При передачі бюджетних ресурсів до недержавних і приватних закладів вартість одиниці послуг, які надаватимуться ними, може встановлюватися на рівні нижче, ніж у державних закладах. Це пояснюється необхідністю конкурентного відбору закладів для більш ефективного надання послуг за

бюджетні кошти, цілеспрямованого використання їх організаційно-матеріального потенціалу, а також кредитних ресурсів. Нижча межа вартості одиниці послуги, що надаватиметься закладами недержавної і приватної форми власності, не може бути меншою за обсяг витрат на надання бюджетної послуги. Верхня – вище кінцевої вартості бюджетної послуги для державних закладів соціальної інфраструктури. Граничний тариф визначається наступним чином:

$$P_i^t \leq K_i^t \leq N_i^t, \quad \text{де}$$

K_i^{2018} – вартість одиниці бюджетної послуги, що надаватиметься закладами недержавної і приватної форми власності.

N_i^t – середньоарифметична вартість бюджетної послуги, що надається державними закладами [139, с. 112].

Науково-методичне визначення вартості послуг доцільно з огляду на медичну реформу, у межах якої всі медичні послуги будуть розподілені на повністю безоплатні, частково оплачувані державою (співплатні) та платні. У державний гарантований пакет послуг входитимуть 80 % найбільш розповсюджених причин звернень до лікаря, а саме: невідкладна допомога, первинна медична допомога, паліативна допомога. Крім того держава передаватиме свої функції по медичному обслуговуванню населення недержавним закладам. Вартість послуг для лікування серцевосудиних захворювань становитиме 103–130 грн. операції на шлунку – 39–45тис.грн., лікування травм – 63–71 тис. грн. Перебування в нейрохірургічної лікарні – 10 тис. грн. за один день. Ціні на медичні послуги встановлені емпірично і потребують уточнення за науково визначеною методикою. Вони можуть розрізнятись залежно від потужності лікарняного закладу, регіону, технологічної бази та інших ознак. Крім того, розвиватиметься телемедицина, що наблизить рівень медичних послуг в регіонах до рівня столиці і обласних

центрів. Застосування телемедичних технологій дає змогу заощадити до 40 % витрат на охорону здоров’я.

Представлені підходи по формуванню державного замовлення враховують необхідність впровадження економічних методів оцінки вартості бюджетних послуг на основі прийнятих соціальних стандартів, що дозволяє здійснювати контроль за виконанням завдань у межах бюджетного планування. На підставі аналізу можливо приймати рішення про доступність бюджетних послуг і залучення до надання послуг закладів різних організаційно-правових форм власності.

Аналітичні розрахунки показують, що вартість бюджетної послуги у сфері медичного обслуговування населення знаходиться відповідно до вищенаведеної формули в інтервалі 1 та 2,5: $1 \leq K_i^{2018} \leq 2{,}5$, де нижча межа становить 205 грн, верхня – 530 грн за одноразове надання і-тої послуги. Розрахунки виконано на основі показників вартості проміжного споживання, оплати праці та споживання основного капіталу в системі охорони здоров’я [140, с. 48].

Ціноутворення в охороні здоров’я відіграє ключове значення у визначенні державного замовлення на медичні послуги як визначальний чинник доступності населення до медичного обслуговування. Ефективна організація державного замовлення можлива тільки при створенні адекватної системи, що буде дозволяти об’єктивно аналізувати й оцінювати структурну організацію надання медичних послуг у розрізі фінансових потоків та їх оптимізацію та використання з метою нейтралізації нераціональних витрат і обмеження надлишкових прибутків.

Однією з найбільш визнаних систем оцінки використання фінансових ресурсів в медицині є система національних рахунків охорони здоров’я, яка дає достовірне уявлення про надходження коштів в охорону здоров’я й яку доцільно залучати для встановлення цін на медичні послуги. Основна цінність національних рахунків охорони здоров'я полягає в можливості проведення

моніторингу витрат на охорону здоров'я за всіма учасниками системи надання медичних послуг та у поєднанні з нефінансовими даними, такими як, наприклад, рівень споживання ресурсів провайдерами послуг, розробка стратегії ефективного фінансування й управління галуззю.

Обсяг послуг, які надаються за рахунок державних коштів і фактично є економічною формою державного замовлення на медичне обслуговування населення, можливо в аналітичному огляді структури загальних витрат на охорону здоров'я за джерелами фінансування (рис. 5.14).

Основними джерелами фінансування охорони здоров'я є місцеві бюджети і кошти домогосподарств, які разом складають 87,5% загальних витрат на медичне обслуговування населення (рис.5.14). Частка домогосподарств дорівнює 52,8 %, що свідчить про формування переважного обсягу медичних послуг за ринковими цінами і не контрольованість цього процесу державними структурами.

При цьому обсяг коштів місцевих бюджетів у загальних витратах на охорону здоров'я знижувався протягом 2013 -2016 рр. (рис. 5.15). Цю тенденцію можна розцінювати незадовільно, оскільки вона суперечить ідеології реформи децентралізації системи управління, коли акцент ставиться на зростанні значення місцевих органів влади у надані соціально важливих послуг.

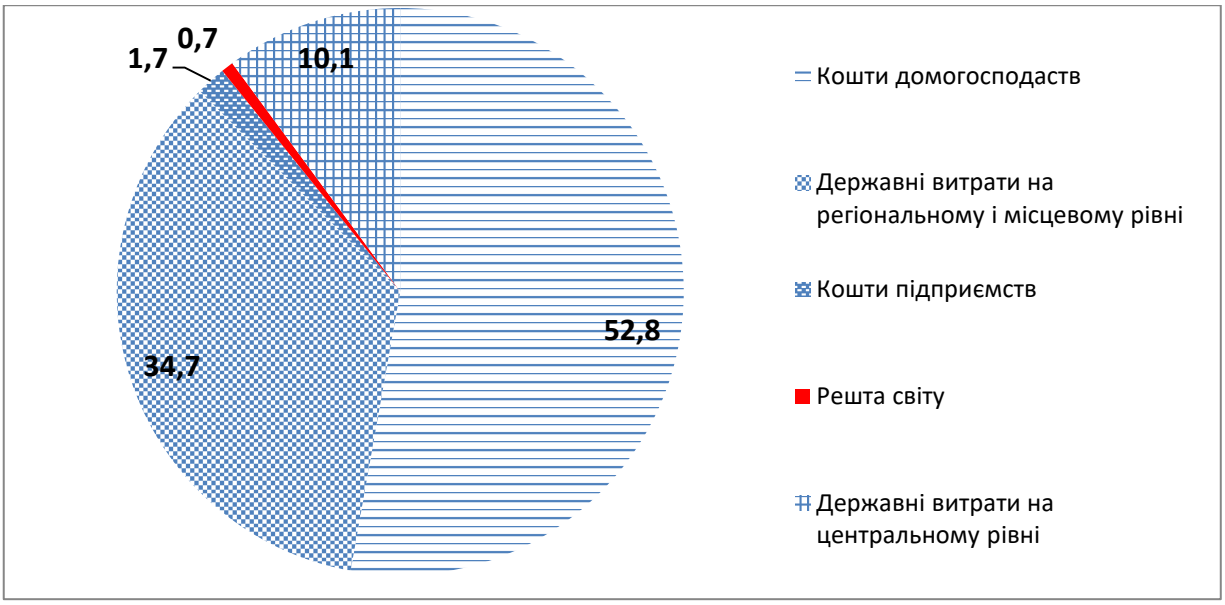

Рис. 5.14. Структура загальних витрат на охорону здоров'я за джерелами фінансування

*Джерело:*Національні рахунки охорони здоров'я (НРОЗ) України у 2016 році**:** Стат. бюлетень/ Державна служба статистики України. – К., 2017. – С.13. [141]

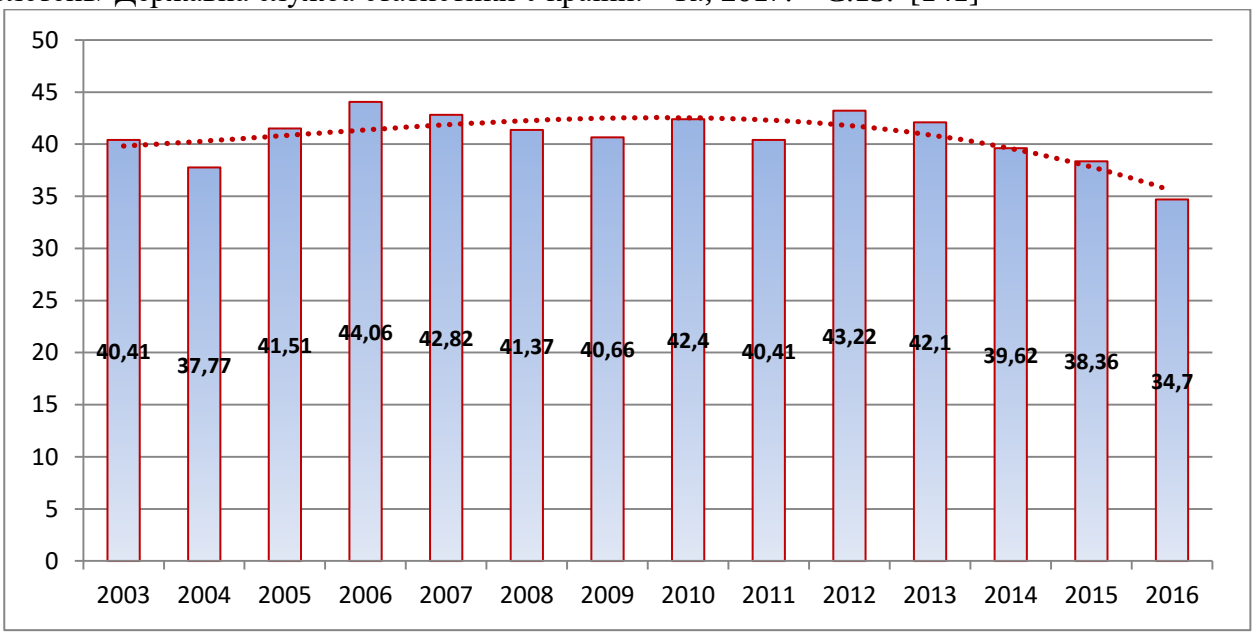

Рис. 5.15. Частка муніципальних витрат у загальних витратах на охорону здоров'я

Джерело: Національні рахунки охорони здоров'я (НРОЗ) України у 2016 році**:** Стат. бюлетень / Державна служба статистики України. – К., 2017. – с.131. [141]

Цю тенденцію можна розцінювати незадовільно, оскільки вона суперечить ідеології реформи децентралізації системи управління, коли акцент ставиться на зростанні значення місцевих органів влади в наданні соціально важливих послуг.

Укрупнюючи деякі статистичні показники функціональної структура загальних витрат, можна бачити, що у 2016 році найбільша їх частка – 39,3% спрямовувалась на придбання ліків та медичне обладнання, 21,6% – на стаціонарне лікування, 16,1% на амбулаторне лікування, 2,7% – на реабілітацію, 5,3% – на супутні послуги, 1,1% – на профілактичні та громадські послуги охорони здоров'я, 7,5% – на управління охороною здоров'я, 3,9 % та 2,5% на формування капіталу та на іншу діяльність відповідно (рис. 5.16). Безпосередньо 40,7% сфери медичних послуг пов'язані з наданням первинної, спеціалізованої та високоспеціалізованої допомоги медичних центрах, в поліклініках і лікарнях.

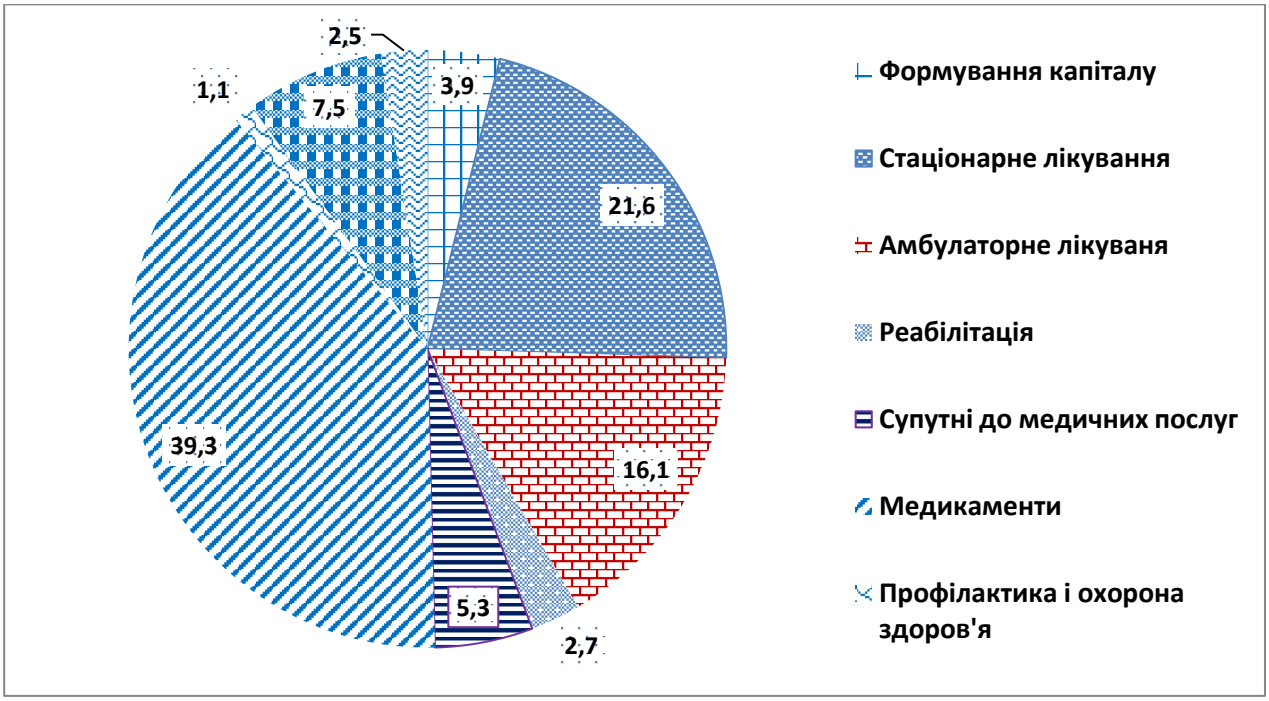

Рис. 5.16. Структура загальних витрат на охорону здоров'я по функціях

Джерело: Національні рахунки охорони здоров'я (НРОЗ) України у 2016 році: Стат. бюлетень/ Державна служба статистики України. – К., 2017. – с.13. [141]

В ході медичної реформи структура загальних витрат на охорону здоров'я по функціях має зазнати значних змін, оскільки вводиться гарантований пакет послуг та механізм їх співплати, де 20% оплати за медичну допомогу покладається на пацієнтів. При цьому залежно від стану Державного бюджету мінова вартість співплати може бути різною, а отже, неоднаковим буде й обсяг коштів, які пацієнти сплачуватимуть за лікування. Відповідно в структурі

провайдерів підвищиться частка надавачів амбулаторної допомоги мінімум на 15-20% на першому етапі. На підставі цього можна оцінити перспективні зміни в споживання послуг. Зараз лікарнями споживається 85% суспільних коштів та коштів приватних структур і тільки 15% коштів домогосподарств. Послуги амбулаторно-поліклінічних закладів поглинають 51,9% коштів домогосподарств та приватних фірм і компаній, 42,5% суспільних коштів. Перенос акцентів у медичному обслуговування населення на лікарні підвищить, перш за все, доходи амбулаторної ланки охорони здоров'я приблизно до 12-17%. Отже, співвідношення між державними і приватними джерелами зміниться пропорційно. Одночасно прогресивно зміниться надходження до фінансової системи, насамперед, до бюджетів самоврядних територій і місцевих бюджетів, оскільки первинна медична допомога переважно збільшиться на місцевому рівні (табл. 5.1).

Таблиця 5.1

Зміна джерел фінансування охорони здоров'я (%)

Джерела	До реформи	Після реформи
Домогосподарств	40,7	52 – 69
Приватні джерела	50,9	48 – 31
Надходження до фінансової системи	0,1	10 –20

*Джерело:*Розрахунки на основі зб. Національні рахунки охорони здоров'я (НРОЗ) України у 2016 році: Стат. бюлетень / Державна служба статистики України. – К., 2017. – с.9-11. [141]

За обсягами надходження зростатимуть і на районному й регіональному рівнях, де розташовані стаціонарні заклади і вартість лікування значно перевищує амбулаторну. Доступність медичної допомоги значною мірою залежить від цін на медичні послуги За реформою цінова політика в сфері охорони здоров'я проголошує рівність цін на однотипні послуги. Це можливо, якщо матеріальні витрати на послуги не відрізняються по регіонах, що неможливо внаслідок різниці в будівельно-монтажній вартості споруд. У цих умовах досягнення цінового паритету забезпечуватиметься через механізм дотацій.

В системі охорони здоров’я виокремлюється три рівня цін: на амбулаторні послуги, на стаціонарне лікування та діагностичні процедури. Вартість послуг у закладах первинної медико-санітарної допомоги визначена Міністерством охорони здоров’я України в розмірі 210 грн, що майже ідентично вищенаведеним розрахункам. Ціни на послуги стаціонарних закладів, які опубліковано по вибірковим 193 прайсам, становлять в середньому 81773 грн, на діагностичні послуги – 85179 грн.

Кінцева вартість одиниці бюджетної послуги, яка надається в порядку державного замовлення, повинна відповідати не тільки витратам по оплаті праці й матеріальним витратам, але і платоспроможності населення**.** В Україні потенційно середня вартість медичної послуги після реформування перевищуватиме середню номінальну заробітну плату штатного працівника підприємств, установ та організацій, яка у січні 2018 року становила 7711 грн., у 10,6 раз.

Для забезпечення доступності населення до медичних послуг необхідний контроль за встановленням завдань з боку регіональних суб’єктів бюджетного планування і контроль за цінами в рамках системи моніторингу ефективності суспільних фінансів. Ціни на медичні послуги повинні спиратись на стандарти якості бюджетних послуг, що має бути закріплено на законодавчому рівні. В умовах значного перевищення вартості послуг охорони здоров’я понад платіжним потенціалом населення необхідно бути запроваджувати фінансові преференції або удосконалювати страховий механізм на основі поєднання бюджетних і корпоративних джерел.

РОЗДІЛ 6. РЕГІОНАЛЬНІ ПИТАННЯ СТРУКТУРНОЇ Й ІНВЕСТИЦІЙНОЇ ПОЛІТИКИ РОЗВИТКУ СОЦІАЛЬНОЇ ІНФРАСТРУКТУРИ

6.1. Регіональні особливості інвестиційних умов розвитку соціальної інфраструктури в умовах децентралізації місцевих бюджетів

Досягнення цілей соціальної та гуманітарної політики держави щодо підвищення якості та доступності соціально важливих послуг для населення може бути здійснено завдяки забезпеченню динамічного розвитку регіональної соціальної інфраструктури. Незадовільний рівень розвитку соціальної інфраструктури регіонів зумовлений недостатньою інвестиційною діяльністю та обмеженістю фінансових ресурсів державного та місцевих бюджетів. Така ситуація впродовж довгих років призвела до фізичного і морального старіння основних фондів, недостатнього технологічного розвитку соціально важливих галузей, що негативно впливає на якість та рівень життя населення. Розвиток соціальної інфраструктури, що забезпечується шляхом інвестування, доступність та якість соціальних послуг, що надаються на її матеріальній базі, значною мірою визначають ступінь задоволення потреб населення у соціально значущих послугах та якості життя. Тому активізація інвестиційної діяльності та значне нарощування обсягів інвестицій у соціальну інфраструктуру є гостро актуальним питанням.

Залучення додаткових ресурсів для фінансування соціальної сфери при недостатності бюджетних коштів має відбуватися на фінансових ринках та здійснюватись із використанням сучасних фінансових інструментів. Кожна складова соціальної інфраструктури (охорона здоров'я; освіта; побутове обслуговування населення і житлово-комунальне господарство; культура і мистецтво; фізична культура і спорт; торгівля і громадське харчування тощо) має свою економічну й організаційну специфіку, різні рівні підпорядкування та системи фінансового забезпечення. Тому політика залучення інвестицій у кожній із галузей соціальної інфраструктури має свої особливості.

Вагомими проблемами соціального комплексу регіонів, які вимагають вирішення через інвестиційну політику, є наступні:

- загальне зменшення за останні роки кількості об'єктів соціальної інфраструктури, обсягів й асортименту послуг, які надаються населенню, що частково пов’язано з перепрофілюванням та переобладнанням раніше займаних площ під інші цілі в результаті приватизації;
- слабке врахування соціально-демографічних чинників при інвестуванні в соціальну сферу, регулюванні й прогнозуванні розвитку її установ;
- регіональні відмінності в рівні життя населення часто не обумовлені соціально-економічним станом території;
- відсутність уніфікованого й єдиного підходу і, як наслідок цього, втрата комплексності у вирішенні соціальних проблем у національних органів управління;
- зростання витрат населення на послуги установ соціальної інфраструктури, що негативно впливає на доступність соціально важливих послуг та рівень життя населення тощо.

Економіко-правові відносини під час здійснення інвестиційної діяльності в Україні встановлюються і регулюються Законом України від 18 вересня 1991 р. № 1560-ХП «Про інвестиційну діяльність» [142], Бюджетним кодексом України [143], Постановою Кабінету Міністрів України від 22.07.2015 №571 «Деякі питання управління державними інвестиціями», постановою Кабінету Міністрів України від 27.12.2001 №1764 «Про затвердження Порядку державного фінансування капітального будівництва», «Деякі питання управління державними інвестиціями» та іншими законодавчими актами України. Закон «Про інвестиційну діяльність» визначає загальні правові, економічні та соціальні умови інвестиційної діяльності на території України. Він спрямований на забезпечення рівного захисту прав, інтересів і майна суб’єктів інвестиційної діяльності всіх форм власності та на ефективне інвестування національного господарства України, в тому числі в соціальній сфері.

У відповідності до Закону, ***інвестиціями*** є всі види майнових та інтелектуальних цінностей, що вкладаються в об'єкти підприємницької та інших

видів діяльності, в результаті якої створюється прибуток (дохід) або досягається соціальний ефект.

У відповідності до Методологічних положень з організації державного статистичного спостереження щодо капітальних інвестицій, які затверджено наказом Державної служби статистики України №335 від 31.10.2013, к***апітальні інвестиції*** – інвестиції у придбання нових і тих, які були у використанні, або виготовлення власними силами для власного використання матеріальних і нематеріальних активів, витрати на капітальний ремонт та модернізацію. До інвестицій у матеріальні активи належать інвестиції у житлові та нежитлові будівлі, інженерні споруди, машини, обладнання та інвентар, транспортні засоби, землю, довгострокові біологічні активи тваринництва та рослинництва, інші матеріальні активи. До інвестицій в нематеріальні активи належать інвестиції у придбання або створення власними силами прав користування природними ресурсами та майном, програмного забезпечення та баз даних, прав на комерційні позначення, на об'єкти промислової власності, авторських і суміжних прав, патенти, ліцензії, концесії тощо.

Інвестиції в основний капітал (капітальні вкладення) - інвестиції в капітальне будівництво, придбання машин, обладнання, інструменту, інвентаря, транспортних засобів та інші капітальні роботи та витрати.

Інвестиції в основний капітал у житлове будівництво − це витрати на будівництво нового житла, а також реконструкцію та розширення існуючого житлового фонду за рахунок усіх джерел фінансування.

Законом України № 288-VIII 07.04.2015 «Про внесення змін до Бюджетного кодексу України щодо державних інвестиційних проектів» визначено:

державні капітальні вкладення – це капітальні видатки державного бюджету (надання кредитів із державного бюджету), що спрямовуються на створення (придбання), реконструкцію, технічне переоснащення основних засобів державної власності, очікуваний строк корисної експлуатації яких перевищує один рік;

державний інвестиційний проект – це інвестиційний проект, що реалізується шляхом державного інвестування в об’єкти державної власності з використанням державних капітальних вкладень та/або кредитів (позик), залучених державою або під державні гарантії.

Таким чином, можна визначити ***інвестиції в соціальну інфраструктуру*** як кошти, цінні папери, інше майно, в тому числі майнові й інші права, що мають грошову оцінку, які вкладаються в об’єкти соціальної інфраструктури і(або) здійснювану ними діяльність з метою одержання прибутку (доходу) та підвищення рівня життя населення шляхом задоволення їх матеріальних, духовних чи соціальних потреб.

Капітальні вкладення в соціальну інфраструктуру - інвестиції в основний капітал (основні засоби), в тому числі витрати на нове будівництво, розширення, реконструкцію і технічне переозброєння діючих об’єктів соціальної інфраструктури, придбання машин, устаткування, інструменту, інвентаря, проектно-дослідницькі роботи й інші витрати.

Інвестиційні умови розвитку соціальної інфраструктури на макроекономічному рівні визначаються обсягами інвестицій та їх часткою у ВВП (табл. 6.1). Темпи зростання обсягів інвестицій як в економіку загалом, так і в соціальну інфраструктуру, до 2008 р. мали позитивну тенденцію та коливалися від 5 % до 56 % порівняно з попереднім роком. У 2009 р. всі основні макроекономічні показники інвестиційного процесу різко скоротилися, що було пов’язано з фінансово-економічною кризою в країні. У 2010-2016 рр. обсяги інвестицій в основний капітал по економіці в цілому та, зокрема, в соціальну інфраструктуру зросли, проте їх частка у ВВП не досягла рівня 2007-2008 рр.

Таблиця 6.1

Основні макроекономічні показники інвестиційного процесу у 1996-2016 рр. (у фактичних цінах, млрд грн) [144, с. 30; 145, с. 30, 193; 146, с. 21-25]

	1996	**2001**	**2006**	**2007**	**2008**	**2009**	**2010**	**2011**	**2012**	**2013**	**2014**	**2015**	**2016**
ВВП	81,5	204	544	721	948	913	1095	1317	1409	1506	1587	1989	2383
Інвестиції в основний капітал	12,6	32,6	125,3	188,5	233,1	151,8	150,7	209,1					
з них: Інвестиції в основний капітал у соціальну інфраструктуру	3,9	7,5	37,6	59,0	74,7	43,0	52,8	67,0					
Капітальні інвестиції[1]							180,6	241,3	273,3	249,9	219,4	273,1	359,2
з них: Капітальні інвестиції у соціальну інфраструктуру							50,1	57,9	67,8	65,1	57,9	72,6	84,0
Питома вага інвестицій в основний капітал у ВВП, %	15,4	16,0	23,0	26,2	24,6	16,6	13,8	15,8					
Питома вага капітальних інвестицій[1] у ВВП, %							16,5	18,3	19,4	16,6	13,8	13,7	15,1
Питома вага інвестицій в основний капітал галузей соціальної інфраструктури у ВВП,%	4,8	3,6	6,9	8,2	7,9	4,7	4,8	5,1					
Питома вага капітальних інвестицій у соціальну інфра-структуру[1] у ВВП, %							4,6	4,4	4,8	4,3	3,6	3,7	3,5

[1] операції без урахування тимчасово окупованої території Автономної Республіки Крим і м.Севастополя, за 2014-2015 роки також без частини зони проведення антитерористичної операції

Джерело: за даними Державної служби статистики України

Обсяг інвестицій за всіма джерелами фінансування в галузі соціальної інфраструктури стало зростав до 2008 р. та скоротився на 43 % у 2009 р. (табл. 6.2, 6.3), що пов'язано із загальною фінансово-економічною кризою в країні. У наступних 2010-2011 рр. обсяг інвестицій значно збільшився та по деяким видам економічної діяльності у сфері соціальної інфраструктури (освіта, надання комунальних послуг, діяльність у сфері культури та спорту, діяльність готелів та ресторанів) перевищив значення 2008 р. Більш ніж удвічі зросли обсяги інвестицій у сфері культури та спорту – з 3320 млн грн у 2010 р. до 6803,3 – у 2011 р., що можна пов'язати з підготовкою до проведення в Україні Євро-2012. Обсяги інвестицій у такі соціально важливі галузі, як охорона здоров'я та надання соціальної допомоги, житлове будівництво, у 2011 р. не відновилися.

У 2012 р. Державна служба статистики припинила публікувати дані щодо інвестицій в основний капітал, натомість оприлюднюючи результати спостереження зі статистики капітальних інвестицій за системою показників, адаптованою до міжнародних стандартів. Наразі ці результати неспівставні з попередніми та, за деякими показниками, значно відрізняються від оприлюднених результатів у попередні роки. Тому аналіз даних 2010-2016 рр. можна проводити лише за цей період.

Таблиця 6.2

Інвестиції в основний капітал у соціальну інфраструктуру у 2001-2016 рр., у фактичних цінах, млн грн

	2001	**2005**	**2008**	**2009**	**2010**	**2011**	**2013***	**2015[1]***	**2016[1]***
Інвестиції в основний капітал у соціальну інфраструктуру	**7453,0**	**25132**	**74722**	**42956**	**52843**	**67023**	**81441**	**72616**	**84005**
Освіта	407,0	870,0	2321,7	1484,3	1872,5	2485,2	1053,9	1540,0	2257,3
Дошкільна освіта							*23,8*	*79,4*	*113,2*
Початкова загальна освіта	*20,1*	*64,4*	*251,7*	*108,5*	*186,7*	*356,8*	*3,5*	*7,7*	*15,1*
Середня освіта	*178,1*	*363,2*	*1279,1*	*681,6*	*1039,5*	*1419,7*	*230,3*	*461,6*	*682,7*
Вища освіта	*200,7*	*395,8*	*711,1*	*563,4*	*597,5*	*652,8*	*727,4*	*900,6*	*1287,6*
Інші види діяльності у сфері освіти	**	*46,5*	*79,8*	*130,8*	*48,7*	*55,9*	68,6	90,9	158,8
Охорона здоров'я та надання соціальної допомоги	474,0	1297,0	3530,6	1931,6	2753,9	3451,5	2156,7	2367	4479
Діяльність у сфері охорони здоров`я людини	*466,6*	*1235,2*	*3386,9*	*1857,0*	*2688,7*	*3370,0*	*1928,0*	*2195*	*4208*
Надання комунальних та індивідуальних послуг; діяльність у сфері культури та спорту	686,0	1826,0	5420,5	4808,5	5315,0	10501,5	**	**	**
Діяльність у сфері культури та спорту, відпочинку та розваг	*429,0*	*1195,0*	*4054,2*	*3642*	*3320,0*	*6803,3*	11775,9	1044	969,9
Житлове будівництво	4132,0	12017	35533	18052	28000	28413	41567	45609	44864
Торгівля; ремонт автомобілів, побутових виробів та предметів особистого вжитку	1285,0	7614,0	24694,5	14091,2	11830,0	17264,1	22411,0	20663,8	29956,9
Діяльність готелів та ресторанів (з 2013 – Тимчасове розміщування й організація харчування)	469,0	1508,0	3221,9	2589,0	3072,0	4907,6	2476,8	1393,0	1477,9
діяльність готелів	*257,0*	*751,0*	*1510,6*	*1423,2*	*1624,0*	*2934,7*	*1636,5*	*890,0*	*756,1*

* *капітальні інвестиції, **нема даних*

[1] Без урахування тимчасово окупованої території Автономної Республіки Крим і м. Севастополя та частини зони проведення антитерористичної операції

Джерело: за даними Державної служби статистики України

Таблиця 6.3

Індекси інвестицій в основний капітал (капітальні вкладення) у соціальну інфраструктуру у 2001-2014 рр., % до попереднього року

	2001	**2005**	**2008**	**2009**	**2010**	**2011**	**2013***	**2014***
Освіта	138,9	75,7	110,3	56,9	112,3	113,0	64,5	64,9
Початкова загальна освіта	-	*144,9*	*137,6*	*38,6*	*151,2*	*162,5*	-	-
Середня освіта	-	*60,5*	*102,1*	*47,7*	*133,3*	*116,2*	-	-
Вища освіта	-	*83,2*	*117,2*	*70,1*	*97,5*	*94,5*	-	-
Інші види діяльності у сфері освіти	-	-	*118,1*	*137,3*	*34,8*	*100,5*	-	-
Охорона здоров'я та надання соціальної допомоги	116,1	73,3	113	49,3	129,2	108,3	71,9	43,9
Діяльність в сфері охорони здоров`я людини	**	*0,0*	*113,6*	*49,4*	*131,2*	*108,2*	-	-
Надання комунальних та індивідуальних послуг; діяльність у сфері культури та спорту	136,4	69,1	102,5	81,6	98,0	172,0	-	-
Діяльність у сфері культури та спорту, відпочинку та розваг	*192*	*71*	*106,7*	*82,5*	*81,0*	*178,5*	*141,3*	*31,8*
Житлове будівництво	101	108,9	88,1	45,6	145,4	87,3	104,1	83,5
Торгівля; ремонт автомобілів, побутових виробів та предметів особистого вжитку	154	118	109	51,7	74,8	128,2	92,8	73,9
Діяльність готелів та ресторанів (з 2013 - Тимчасове розміщування й організація харчування)	123,4	113,7	96,1	72,1	105,1	139,3	85,8	103,1
діяльність готелів	*138,2*	*107,8*	*92,1*	*84,8*	*100,7*	*156,9*	*82,7*	*135,3*

** капітальні інвестиції, - нема даних*

[1] Без урахування тимчасово окупованої території Автономної Республіки Крим і м. Севастополя та частини зони проведення антитерористичної операції

Джерело: за даними Державної служби статистики України

Динаміка всіх економіко-соціальних процесів в Україні, в тому числі й інвестування в соціальну інфраструктуру, впродовж 2013-2016 рр. відбувалася під впливом негативних подій, пов'язаних з окупацією Криму та проведенням АТО. Обсяг капітальних інвестицій у 2013-2016 рр. наводиться без урахування тимчасово окупованої території Автономної Республіки Крим і м. Севастополя та частини зони проведення антитерористичної операції, що відобразилося на динаміці цього показника.

Капітальні інвестиції значно скоротилися (табл. 6.3): в освіту – на 35% щороку, в охорону здоров'я - на 28% у 2013 р. та на 56% у 2014 р.; в оптову і роздрібну торгівлю – на 7 % у 2013 р., на 28% – у 2014. Капітальні інвестиції в діяльність у сфері культури та спорту, відпочинку та розваг у 2013 р. зросли на 41% і різко скоротилися на 68% у 2014 р. Капітальні інвестиції у житлове будівництво мали незначне зростання у 2013 р. та скоротилися на 16 %.

Незважаючи на скорочення обсягів капітальних інвестицій за видом діяльності «тимчасове розміщування й організація харчування» протягом 2013-2014 рр., індекс інвестицій у 2014 р. склав 135,3 %. Активізація інвестиційної діяльності в цій сфері пов'язана з військовими діями, що відбуваються на території України, появою великої чисельності внутрішньо переміщених осіб та необхідністю забезпечення їх житлом, у тому числі тимчасовим.

Таким чином, протягом аналізованого періоду динаміка обсягів та індексів капітальних інвестицій у соціальну інфраструктуру характеризувалася нестійким трендом за всіма напрямами. Така ситуація свідчить про відсутність чіткої стратегії розвитку галузей соціальної інфраструктури в країні та на регіональному рівні та необхідності її розробки з метою підвищення якості й доступності соціальних послуг.

Важливим питанням інвестиційної діяльності є обмеженість і недостатня ефективність використання джерел фінансування інвестицій. В Україні інвестиційна діяльність здійснюється на основі таких джерел:

- інвестування, здійснюваного громадянами, недержавними підприємствами, господарськими асоціаціями, спілками і товариствами, а

також громадськими і релігійними організаціями, іншими юридичними особами, заснованими на колективній власності;

- державного інвестування, здійснюваного органами влади й управління України, Кримської АРСР, місцевих Рад народних депутатів за рахунок коштів бюджетів, позабюджетних фондів і позичкових коштів, а також державними підприємствами та установами за рахунок власних і позичкових коштів;
- іноземного інвестування, здійснюваного іноземними громадянами, юридичними особами та державами;
- спільного інвестування, здійснюваного громадянами та юридичними особами України, іноземних держав.

Докладний аналіз джерел інвестування на даному етапі зробити важко через відсутність опублікованих даних про інвестиції в основний капітал за рахунок місцевих бюджетів, власних коштів підприємств і організацій та інших коштів за галузями соціальної інфраструктури.

Різноспрямовані тенденції в освоєнні інвестицій за галузями соціальної інфраструктури свідчать про відсутність чіткої стратегії її розвитку та про необхідність розробки інвестиційної політики держави в галузі соціальної інфраструктури з метою забезпечення рівного доступу всіх громадян до якісних соціальних послуг галузей інфраструктури.

Впродовж 2010-2016 рр. спостерігалися значні регіональні відмінності в обсягах освоєння капітальних інвестицій як загалом, так і на одну особу. Найвищі показники традиційно спостерігалися в м. Києві, Київській та Дніпропетровській областях, найнижчі – в Чернівецькій, Рівненській, Закарпатській та Херсонській областях. У зв’язку з окупацією частини Донецької та Луганської областей, починаючи з 2014 р., обсяги інвестицій значно знизилися (рис. 6.1).

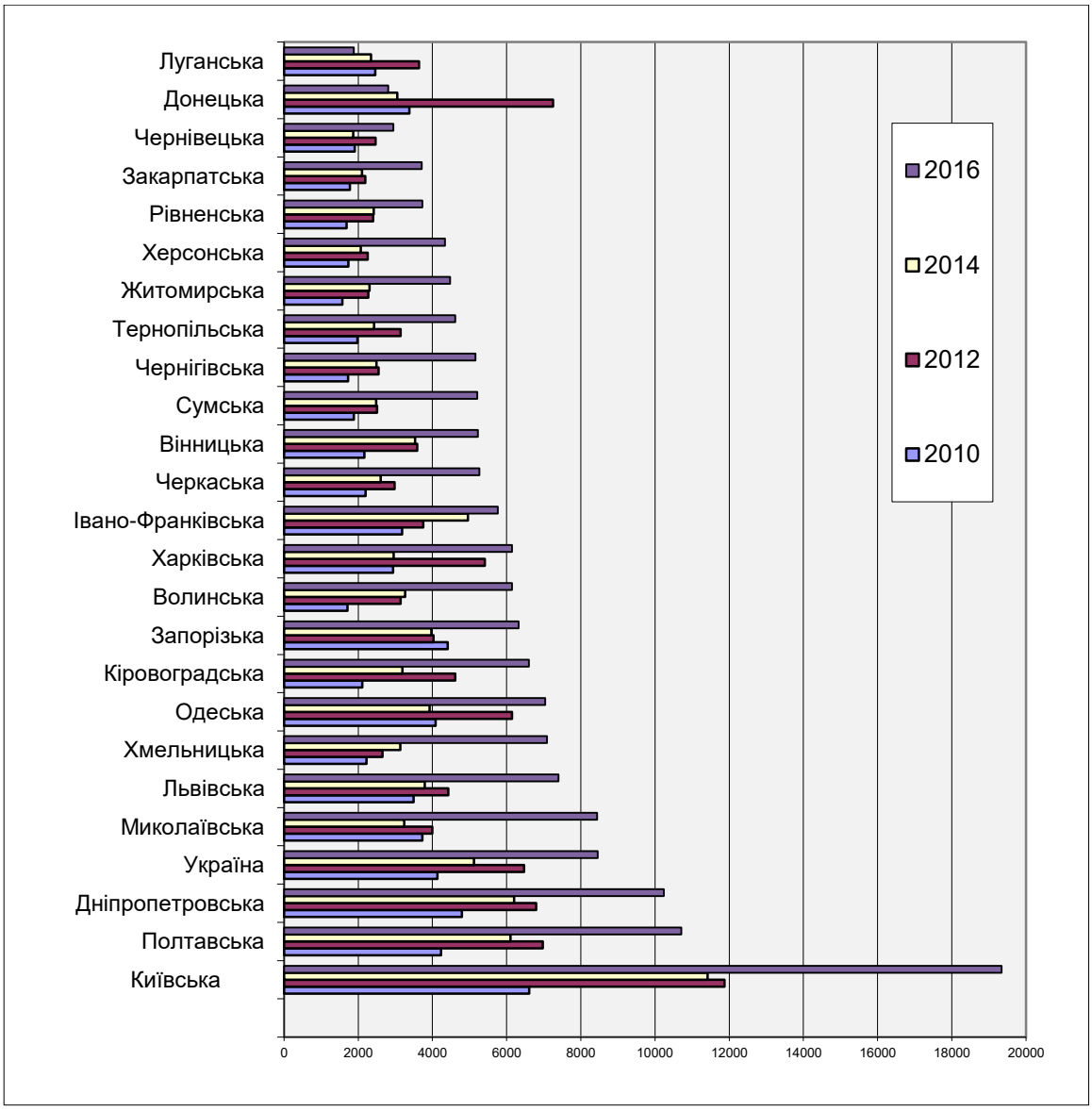

Рис. 6.1. Обсяг капітальних інвестицій на одну особу населення за регіонами, 2010-2016 рр.

Джерело: побудовано за даними Державної служби статистики України

Для оцінки рівня регіональної диференціації інвестиційних умов розвитку соціальної інфраструктури розраховані числові характеристики розсіювання (розмах, дисперсія, коефіцієнт варіації) для капітальних інвестицій на одну особу постійного населення.

Розмах варіації – це різниця між найбільшим і найменшим значеннями ознаки. Він характеризує межі, в яких варіюють значення ознаки.

Середнє квадратичне відхилення (стандартне відхилення) характеризує абсолютну міру варіації, це іменоване число і виражається у тих же одиницях

виміру, в яких виражені варіанти. Воно показує наскільки в середньому відхиляються індивідуальні значення варіантів від їх середнього значення.

Коефіцієнт варіації показує наскільки однорідною є сукупність, яка досліджується. Чим більша його величина, тим більший розкид значень ознаки навколо середньої, тим менша однорідна сукупність. Коефіцієнт варіації дає можливість проводити оцінку міжрегіональної та внутрішньорегіональної диференціації соціально-економічного розвитку регіонів, районів, міст шляхом порівняння його значення за одним показником за кілька років або за кількома показниками за один рік.

Якщо коефіцієнт варіації менше 33%, то сукупність вважається однорідною, в разі, якщо коефіцієнт варіації більший 33 % - сукупність неоднорідна, а середня – не інформативна.

Тобто в разі, якщо коефіцієнт варіації перевищує 33%, це свідчить про значну регіональну диференціацію інвестиційних ресурсів, показник середнього значення капітальних інвестицій не відображає загальної тенденції, і його не доцільно використовувати при аналізі обсягів інвестиційних ресурсів.

Результати розрахунків, наведені у таблицях 6.5-6.10 свідчать, що в Україні існує значна регіональна диференціація умов інвестиційного розвитку. Розрахунки показників варіації зроблені з та без врахування Києва. За 2014-2015 р. дані наведено без урахування тимчасово окупованих територій АРК та АТО.

Таблиця 6.5

Капітальні інвестиції за видом економічної діяльності «Оптова та роздрібна торгівля; ремонт автотранспортних засобів і мотоциклів» на 1 особу постійного населення, грн

	2010	2011	2012	2013	2014[1]	2015[1]
Україна	**413,8**	**536,7**	**543,2**	**493,9**	**484,5**	484,2
АРК	127,5	86,5	121,9	78,4		
Вінницька	101,7	165,1	125,6	90,3	113,5	148,8
Волинська	157,2	226,5	150,7	232,1	162,9	232,7
Дніпропетровська	512,7	425,7	523,5	415,7	405,6	610,6
Донецька	125,0	255,5	304,4	388,1	188,2	81,8
Житомирська	70,5	112,5	170,6	167,1	208,3	137,3
Закарпатська	88,7	88,2	116,0	125,0	64,0	79,6
Запорізька	190,5	572,6	120,9	122,2	90,7	161,5
Івано-Франківська	92,2	92,7	120,0	100,4	320,7	511,0
Київська	885,9	2166,8	2363,3	2032,8	1127,3	2243,0
Кіровоградська	423,5	1142,2	488,8	101,9	185,1	115,4
Луганська	169,6	193,1	211,0	467,5	61,1	11,8
Львівська	338,7	393,5	372,1	248,0	254,8	384,5
Миколаївська	984,6	652,0	531,5	297,1	393,4	639,3
Одеська	155,3	228,0	239,7	176,6	213,8	292,2
Полтавська	237,0	319,8	1095,3	129,7	112,9	121,9
Рівненська	79,1	120,2	96,0	67,6	86,2	113,8
Сумська	54,5	75,9	55,1	66,8	33,6	120,1
Тернопільська	69,1	135,7	125,5	109,0	79,8	182,2
Харківська	311,2	658,2	367,9	193,1	160,3	187,5
Херсонська	168,4	230,5	85,8	81,7	91,8	128,8
Хмельницька	71,1	88,6	79,7	85,1	70,4	115,1
Черкаська	147,4	189,3	196,6	175,0	374,9	145,5
Чернівецька	59,0	63,7	61,7	56,0	62,7	88,2
Чернігівська	115,7	165,7	163,0	124,9	82,5	100,8
м. Київ	1953,0	3087,1	3454,9	3692,8	4143,7	2931,7
м. Севастополь	185,3	421,0	99,6	93,3		
Станд_відхил усього	405,7	682,6	760,5	763,2	817,9	686,8
Станд_відхил без Києва	237,8	444,2	472,8	382,6	225,7	448,2
Середнє	291,6	457,7	438,6	367,3	363,5	395,4
Середнє_без Києва	227,7	356,5	322,5	239,4	206,0	289,7
Коеф_вар	**139,1**	**149,1**	**173,4**	**207,8**	**225,0**	**173,7**
Коеф_вар_без Києва	**104,4**	**124,6**	**146,6**	**159,8**	**109,6**	**154,7**
min	54,5	63,7	55,1	56,0	33,6	11,8
max	1953,0	3087,1	3454,9	3692,8	4143,7	2931,7
max_без Києва	984,6	2166,8	2363,3	2032,8	1127,3	2243,0
розмах	1898,6	3023,5	3399,8	3636,8	4110,1	2919,9
розмах_без Києва	930,1	2103,2	2308,2	1976,8	1093,8	2231,3
мах/мін	**35,8**	**48,5**	**62,7**	**66,0**	**123,5**	**249,0**
мах/мін без Києва	**18,1**	**34,0**	**42,9**	**36,3**	**33,6**	**190,5**

[1] Без урахування тимчасово окупованої території Автономної Республіки Крим і м. Севастополя та частини зони проведення антитерористичної операції

Джерело: побудовано за даними Державної служби статистики України

Таблиця 6.6

Капітальні інвестиції за видом економічної діяльності «Тимчасове розміщування й організація харчування» на 1 особу постійного населення, грн

	2010	**2011**	**2012**	**2013**	**2014[1]**
Україна	37,2	51,4	64,7	54,7	34,7
АРК	322,3	328,8	271,9	485,9	
Вінницька	10,8	3,1	7,2	21,8	3,4
Волинська	5,1	12,4	3,1	8,3	4,8
Дніпропетровська	9,6	13,3	13,6	23,7	9,9
Донецька	16,9	85,2	94,2	40,9	8,6
Житомирська	4,7	3,9	9,1	2,9	5,8
Закарпатська	12,4	9,8	17,5	10,4	16,5
Запорізька	8,8	126,4	8,1	6,5	8,2
Івано-Франківська	19,1	27,8	60,0	12,9	18,2
Київська	26,4	82,5	83,1	23,4	42,5
Кіровоградська	6,3	4,0	18,4	3,5	1,3
Луганська	2,5	3,1	7,3	4,1	1,1
Львівська	27,9	48,0	62,0	94,3	104,2
Миколаївська	26,1	7,3	24,0	18,6	22,9
Одеська	85,8	27,5	24,6	36,0	84,5
Полтавська	4,2	5,3	7,0	4,3	2,7
Рівненська	1,7	17,8	7,2	3,3	4,9
Сумська	3,8	5,2	2,5	3,4	7,0
Тернопільська	2,0	4,7	9,4	1,7	3,8
Харківська	11,7	4,8	10,8	9,5	66,9
Херсонська	15,6	14,9	6,8	17,0	2,3
Хмельницька	2,2	5,4	2,7	2,3	2,2
Черкаська	6,6	5,0	6,0	6,6	4,8
Чернівецька	7,6	6,0	4,9	9,6	50,9
Чернігівська	5,2	4,4	10,2	15,2	10,0
м. Київ	136,7	154,4	399,7	226,0	174,1
м. Севастополь	24,7	41,2	143,8	127,9	
Станд_відхил усього	65,1	70,1	91,2	100,7	41,5
Станд_відхил без Києва	62,8	67,5	59,5	95,8	28,5
Середнє	29,9	39,0	48,7	45,2	26,5
Середнє_без Києва	25,8	34,5	35,2	38,2	20,3
Коеф_вар	**218,0**	**179,9**	**187,3**	**222,7**	**156,9**
Коеф_вар_без Києва	**243,5**	**195,5**	**168,9**	**250,5**	**140,2**
min	1,7	3,1	2,5	1,7	1,1
max	322,3	328,8	399,7	485,9	174,1
max_без Києва	322,3	328,8	271,9	485,9	104,2
розмах	320,6	325,7	397,2	484,2	173,0
розмах_без Києва	320,6	325,7	269,4	484,2	103,1
мах/мін	191,5	107,3	159,5	290,8	155,0
мах/мін без Києва	191,5	107,3	108,5	290,8	92,8

[1] Без урахування тимчасово окупованої території Автономної Республіки Крим і м. Севастополя та частини зони проведення антитерористичної операції

Джерело: побудовано за даними Державної служби статистики України

Таблиця 6.7

Капітальні інвестиції за видом економічної діяльності «Освіта» на 1 особу постійного населення, грн

	2010	**2011**	**2012**	**2013**	**2014[1]**	**2015**
Україна	41,4	45,7	32,3	23,3	19,2	36,1
АРК	49,6	60,6	18,8	8,7		
Вінницька	17,3	31,2	25,1	31,9	25,9	58,8
Волинська	25,6	10,0	12,6	12,8	12,5	28,8
Дніпропетровська	24,0	13,3	6,8	6,3	8,1	19,3
Донецька	37,2	12,2	7,2	5,9	8,0	11,9
Житомирська	15,7	17,8	18,2	15,4	18,3	12,0
Закарпатська	19,5	22,0	19,7	25,8	26,7	40,6
Запорізька	13,2	11,2	12,1	10,1	6,4	25,6
Івано-Франківська	28,6	21,6	11,2	14,6	10,1	15,2
Київська	79,3	123,8	23,8	11,2	4,2	14,5
Кіровоградська	16,9	12,0	9,2	9,2	5,4	9,3
Луганська	22,1	15,3	18,2	12,2	1,1	22,6
Львівська	41,9	43,2	44,3	23,3	23,2	43,7
Миколаївська	18,6	14,6	16,0	11,2	12,6	14,6
Одеська	102,2	35,4	18,4	18,5	16,5	38,2
Полтавська	25,4	21,3	20,9	11,6	12,8	17,4
Рівненська	43,8	26,7	26,4	28,5	29,2	25,9
Сумська	161,6	196,3	120,3	19,9	18,4	48,4
Тернопільська	23,7	32,7	22,0	15,9	22,6	29,1
Харківська	70,5	162,2	59,5	57,1	58,0	94,9
Херсонська	27,8	32,2	18,1	9,3	9,9	22,6
Хмельницька	17,8	21,5	13,3	13,7	10,6	34,8
Черкаська	24,2	17,7	11,9	16,2	14,2	24,1
Чернівецька	32,3	51,7	14,8	14,6	4,4	34,2
Чернігівська	12,1	13,3	12,7	4,1	4,9	8,6
м. Київ	78,1	154,4	199,9	123,3	66,9	116,2
м. Севастополь	45,3	41,2	22,1	16,8		
Станд_відхил усього	*33,4*	*51,2*	*40,6*	*23,1*	*15,7*	*25,6*
Станд_відхил без Києва	*33,2*	*47,2*	*22,7*	*10,7*	*12,0*	*19,2*
Середнє	*39,8*	*45,0*	*29,8*	*20,3*	*17,2*	*32,5*
Середнє_без Києва	*38,3*	*40,8*	*23,2*	*16,3*	*15,2*	*29,0*
Коеф_вар	**84,1**	**113,7**	**136,6**	**114,0**	**91,3**	**78,9**
Коеф_вар_без Києва	**86,7**	**115,6**	**97,8**	**65,8**	**79,8**	**66,1**
min	12,1	10,0	6,8	4,1	1,1	8,6
max	161,6	196,3	199,9	123,3	66,9	116,2
max_без Києва	161,6	196,3	120,3	57,1	58,0	94,9
розмах	149,5	186,3	193,1	119,2	66,2	107,6
розмах_без Києва	149,5	186,3	113,5	53,0	57,3	86,2
мах/мін	12,6	20,3	31,2	32,8	74,3	13,5
мах/мін без Києва	12,6	20,3	19,2	15,2	64,4	11,0

[1] Без урахування тимчасово окупованої території Автономної Республіки Крим і м. Севастополя та частини зони проведення антитерористичної операції

Джерело: побудовано за даними Державної служби статистики України

Таблиця 6.8

Капітальні інвестиції за видом економічної діяльності «Охорона здоров'я та надання соціальної допомоги» на 1 особу постійного населення, грн

	2010	2011	2012	2013	2014[1]	2015
Україна	**49,7**	**51,4**	**71,1**	**47,6**	**28,6**	55,5
АРК	184,2	147,1	187,5	187,8		
Вінницька	23,8	24,9	35,9	43,4	41,2	61,3
Волинська	27,3	37,3	65,9	49,4	30,4	51,9
Дніпропетровська	76,7	73,2	88,4	62,4	22,9	44,4
Донецька	16,9	36,5	58,0	55,8	14,4	41,2
Житомирська	15,7	29,6	61,4	45,8	31,7	42,3
Закарпатська	49,7	46,5	35,0	56,2	35,1	53,3
Запорізька	22,1	18,6	32,2	21,1	29,9	70,5
Івано-Франківська	120,8	108,2	33,7	18,1	20,3	50,0
Київська	26,4	92,9	11,9	11,3	13,6	35,4
Кіровоградська	21,1	32,0	64,6	19,6	14,3	151,5
Луганська	61,5	61,3	58,2	34,8	8,9	34,0
Львівська	115,2	115,2	115,2	28,5	27,7	60,4
Миколаївська	41,0	18,2	40,0	21,9	17,1	42,2
Одеська	40,9	35,4	67,6	40,0	55,5	59,2
Полтавська	38,1	32,0	69,8	55,1	40,2	50,1
Рівненська	18,5	24,5	36,0	10,5	15,2	32,7
Сумська	16,9	15,7	20,0	19,6	27,2	48,4
Тернопільська	15,8	7,0	25,1	16,1	10,9	20,7
Харківська	38,2	14,3	37,9	42,4	36,9	62,4
Херсонська	17,4	14,9	18,1	22,1	16,5	25,4
Хмельницька	31,1	34,9	29,2	21,5	27,8	88,1
Черкаська	39,6	27,8	56,6	20,3	28,0	50,7
Чернівецька	28,5	35,8	32,1	18,0	20,8	47,4
Чернігівська	19,0	19,9	15,3	18,3	13,4	31,7
м. Київ	78,1	102,9	228,4	112,0	72,4	112,4
м. Севастополь	45,3	45,8	83,0	112,0	-	
-Станд_відхил усього	39,6	36,3	49,6	39,1	14,7	28,0
Станд_відхил без Києва	39,8	35,2	37,1	37,3	11,4	25,8
Середнє	45,5	46,4	59,5	43,1	26,9	54,7
Середнє_без Києва	44,3	44,2	53,0	40,5	25,0	52,3
Коеф_вар	**86,9**	**78,3**	**83,3**	**90,7**	**54,5**	**51,2**
Коеф_вар_без Києва	**89,9**	**79,6**	**69,9**	**92,3**	**45,7**	**49,4**
min	15,6	7,4	14,0	10,4	9,0	20,7
max	183,1	150,4	219,1	188,0	72,4	151,5
max_без Києва	183,1	150,4	190,3	188,0	55,3	151,5
розмах	167,5	143,0	205,2	177,6	63,3	130,8
розмах_без Києва	167,5	143,0	176,3	177,6	46,3	130,8
мах/мін	11,7	20,3	15,7	18,1	8,0	7,3
мах/мін без Києва	11,7	20,3	13,6	18,1	6,1	7,3

[1] Без урахування тимчасово окупованої території Автономної Республіки Крим і м. Севастополя та частини зони проведення антитерористичної операції

Джерело: побудовано за даними Державної служби статистики України

Таблиця 6.9

Капітальні інвестиції за видом економічної діяльності «Мистецтво, спорт, розваги та відпочинок» на 1 особу постійного населення, грн

	2010	**2011**	**2012**	**2013**	**2014[1]**	**2015**
Україна	**20,7**	**34,3**	**64,7**	**58,3**	**11,9**	24,46
АРК	14,2	26,0	103,1	47,8		
Вінницька	2,2		3,6	3,5	3,2	6,88
Волинська		17,4	18,8	4,0	4,7	4,81
Дніпропетровська	4,8	6,7	34,0	26,2	8,9	23,30
Донецька	104,8	48,7	21,7	259,1	8,0	6,33
Житомирська	4,7	5,9	6,8	7,8	13,3	8,78
Закарпатська	7,1	4,9	6,6	13,2	8,7	15,12
Запорізька	4,4	3,7	4,0	4,0	2,5	3,98
Івано-Франківська	-	-	-	-	0,9	2,17
Київська	19,8	20,6	35,6	9,7	4,3	1,74
Кіровоградська	10,5	4,0	-	5,1	20,2	7,21
Луганська	2,5	12,3	7,3	5,5	0,6	3,17
Львівська	14,0	28,8	17,7	13,5	8,4	28,20
Миколаївська	11,2	10,9	12,0	5,7	6,0	14,65
Одеська	12,3	23,6	6,1	5,5	5,1	6,30
Полтавська	8,5	5,3	-	2,9	3,7	4,87
Рівненська	1,7	2,2	2,4	2,4	2,9	7,76
Сумська	3,8	7,9	-	0,9	1,6	0,90
Тернопільська	2,0	-	3,1	5,1	1,3	12,21
Харківська	61,7	90,6	129,9	164,7	16,4	13,29
Херсонська	5,2	5,0	9,0	6,7	9,0	5,64
Хмельницька	8,9	2,7	2,7	2,5	1,3	2,32
Черкаська	4,4	7,6	3,0	11,0	4,2	4,02
Чернівецька	3,8	4,0	2,5	3,5	3,6	9,92
Чернігівська	1,7	4,4	7,6	6,1	1,5	12,48
м. Київ	39,1	231,5	656,7	250,2	89,8	232,14
м. Севастополь	4,1	96,1	143,8	5,5	-	
Станд_відхил усього	23,1	50,3	137,7	72,5	17,5	45,2
Станд_відхил без Києва	23,0	26,0	41,9	58,7	5,0	6,7
Середнє	14,3	27,9	53,8	33,5	9,2	17,5
Середнє_без Києва	13,3	19,1	26,4	24,9	5,8	8,6
Коеф_вар	**161,4**	**179,8**	**255,7**	**216,3**	**190,5**	**257,9**
Коеф_вар_без Києва	**173,2**	**136,0**	**158,6**	**236,1**	**87,8**	**78,4**
min	1,7	2,2	2,4	0,9	0,6	0,9
max	104,8	231,5	656,7	259,1	89,8	232,1
max_без Києва	104,8	96,1	143,8	259,1	20,5	28,2
розмах	103,1	229,3	654,3	258,2	89,5	231,2
розмах_без Києва	103,1	93,9	141,4	258,2	20,1	27,3
мах/мін	**62,2**	**104,0**	**273,6**	**277,1**	**199,2**	**259,1**
мах/мін без Києва	**62,2**	**43,2**	**59,9**	**277,1**	**45,5**	**31,5**

[1] Без урахування тимчасово окупованої території Автономної Республіки Крим і м. Севастополя та частини зони проведення антитерористичної операції

Джерело: побудовано за даними Державної служби статистики України

Таблиця 6.10

Капітальні інвестиції у житлове будівництво на 1 особу постійного населення, грн

	2010	**2011**	**2012**	**2013**	**2014[1]**	**2015[1]**
Україна	628,9	649,2	848,9	917,4	775,9	1068,8
АРК	1088,6	1126,6	1588,0	2116,6		
Вінницька	548,6	632,3	633,2	777,4	486,4	798,5
Волинська	538,6	569,0	856,6	684,1	780,6	1264,3
Дніпропетровська	264,5	237,6	287,9	310,9	283,2	435,9
Донецька	202,2	285,3	391,9	399,8	157,1	26,7
Житомирська	353,8	315,6	362,5	397,2	374,0	690,6
Закарпатська	566,3	650,0	847,3	864,5	907,9	1189,0
Запорізька	228,7	101,4	433,5	264,7	147,9	191,6
Івано-Франківська	1002,5	835,8	1081,1	1217,4	1753,2	1820,0
Київська	2049,1	1902,1	2400,0	2587,9	2605,7	3556,7
Кіровоградська	249,1	238,0	313,4	302,5	167,3	349,3
Луганська	145,9	123,4	190,7	204,2	45,6	62,5
Львівська	625,6	747,9	918,1	897,2	1201,1	1600,7
Миколаївська	199,0	211,9	290,2	305,1	229,5	424,8
Одеська	661,3	793,7	1024,5	726,7	645,6	571,7
Полтавська	376,9	343,1	460,8	625,3	514,9	774,3
Рівненська	482,2	648,3	720,7	828,1	749,9	1034,1
Сумська	455,1	444,2	559,5	423,5	417,4	512,5
Тернопільська	700,7	600,6	1037,6	974,7	639,4	1390,2
Харківська	354,6	315,0	578,9	550,4	420,5	606,1
Херсонська	393,8	293,2	357,6	337,1	264,4	324,3
Хмельницька	599,7	472,6	656,8	849,8	1216,4	2344,2
Черкаська	337,3	227,0	319,0	310,1	330,1	750,1
Чернівецька	871,0	801,8	1476,0	1426,8	831,4	1637,4
Чернігівська	372,5	413,0	581,6	577,2	380,1	676,7
м. Київ	2125,1	2491,1	2681,9	3355,2	3083,2	3945,7
м. Севастополь	2252,4	2039,0	3123,0	3383,9		
Станд_відхил усього	581,6	595,0	757,3	889,7	748,4	989,6
Станд_відхил без Києва	513,4	478,7	681,0	763,7	580,5	806,0
Середнє	668,3	661,5	895,2	951,8	745,3	1079,1
Середнє_без Києва	612,3	591,1	826,5	859,3	647,9	959,7
Коеф_вар	**87,0**	**90,0**	**84,6**	**93,5**	**100,4**	**91,7**
Коеф_вар_без Києва	**83,9**	**81,0**	**82,4**	**88,9**	**89,6**	**84,0**
min	145,9	101,4	190,7	204,2	45,6	26,7
max	2252,4	2491,1	3123,0	3383,9	3083,2	3945,7
max_без Києва	2252,4	2039,0	3123,0	3383,9	2605,7	3556,7
розмах	2106,6	2389,8	2932,3	3179,7	3037,6	3919,0
розмах_без Києва	2106,6	1937,7	2932,3	3179,7	2560,2	3530,0
мах/мін	15,4	24,6	16,4	16,6	67,6	147,7
мах/мін без Києва	15,4	20,1	16,4	16,6	57,2	133,2

[1] Без урахування тимчасово окупованої території Автономної Республіки Крим і м. Севастополя та частини зони проведення антитерористичної операції

Джерело: побудовано за даними Державної служби статистики України

За всіма видами економічної діяльності, які відносяться до соціальної інфраструктури, коефіцієнт варіації перевищував нормативне значення 33% варіацією за роками. І якщо такий стан справ можна пояснити у сферах комерційної спрямованості орієнтацією на кращі соціально-економічні умови, то у таких сферах, як освіта, охорона здоров'я та соціальний захист, основним регулятором є державна політика, яка повинна сприяти зменшенню регіональних відмінностей соціального розвитку. При збереженні таких тенденцій буде зростати територіальна диференціація будівництва та розвитку об'єктів соціальної сфери і, як наслідок, зростання нерівності у забезпеченості та доступності населенню послуг закладів соціальної інфраструктури.

За роки незалежності процес будівництва та введення в дію об'єктів соціальної сфери був дуже повільним та кількісно несуттєвим. За оцінками, основна частина (до 80%) існуючих закладів освіти та охорони здоров'я були введені в експлуатацію до 1980 р.

Протягом 2001-2016 рр. динаміка введених в експлуатацію об'єктів соціальної інфраструктури (закладів освіти, об'єктів охорони здоров'я, культури та мистецтва) мала негативну або нейтральну тенденцію, за виключенням житлових будівель, кількість яких постійно зростала до 2009 р. (табл. 6.11).

Кількість введених в дію таких суспільно важливих об'єктів соціальної сфери, як загальноосвітні навчальні заклади, дошкільні заклади, лікарні, амбулаторно-поліклінічні заклади, коливалися з року в рік та значно скоротились у 2009 р. (табл. 6.12). Так, введення в дію учнівських місць у загальноосвітніх навчальних закладах скоротилося вдвічі з 12,3 тис. у 2008 р. до 6 тис. у 2009 р.; вдвічі скоротилося введення в експлуатацію амбулаторно-поліклінічних закладів; незначно (на 10 %) зменшилася кількість введених в дію лікарняних ліжок. У подальшому обсяги введення в експлуатацію об'єктів соціальної інфраструктури зросли та досягли докризового рівня.

Таблиця 6.11

Введення в експлуатацію об’єктів соціальної інфраструктури

Рік	Житлові будівлі, тис.м^2	Загальноосвітні навчальні заклади, учн. місць	Дошкільні заклади, місць	Лікарні, ліжок	Амбулаторно-поліклінічні заклади,відвідувань за зміну	Клуби та будинки культури, місць
1995	8663	54200	6600	2474	9879	5400
2001	5939	14800	530	453	3076	1100
2002	6073	8000	500	411	1440	1200
2003	6433	10697	435	1222	3678	948
2004	7566	12849	90	650	2734	3143
2005	7816	10586	558	853	4012	900
2006	8628,4	10959	635	1106	3836	370
2007	10243,7	11672	295	497	2533	1 508
2008	10495,6	12381	2310	1098	4876	720
2009	6399,6	6064	599	1007	2736	700
2010	9339,3	7116	550	1051	5271	1250
2011	9410	14648	3120	787	6440	-
2012	10749,5	8532	2382	1082	4094	-
2013	11217.2	5564	3900	910	3763	-
2014[1]	9741,3	2616	1691	207	3455	-
2015[1]	11044,4	1256	3455	442	2944	-
2016[1]	9366,8	2885	4568	495	4004	-
2011 до 2010, %	100,8	205,8	567,3	74,9	122,2	-
2012 до 2011, %	114,2	58,2	76,3	137,5	63,6	-
2013 до 2012, %	104,4	65,2	163,7	84,1	91,8	-
2014 до 2013, %	86,8	47,0	43,4	22,7	91,8	-
2015 до 2014, %	113,4	48,0	204,3	213,5	85,2	-
2016 до 2015, %	84,8	229,7	132,2	112,0	136,0	-

- *нема даних*

[1] Без урахування тимчасово окупованої території Автономної Республіки Крим, м.Севастополя та частини зони проведення антитерористичної операції.

Джерело: за даними Державної служби статистики України

Таблиця 6.12

Введення в експлуатацію житла за регіонами у 2015 р.

	Введено в експлуатацію, тис.м² загальної площі		**З них за рахунок коштів державного бюджету, тис.м² загальної площі**		**на 1000 постійного населення, м² загальної площі**
	усього	***у % до попереднього року***	***усього***	***у % до попереднього року***	
Україна	11044	113,4	53	160,6	259
Вінницька	391	135,8	–	-	245
Волинська	329	144,3	–	-	316
Дніпропетровська	340	165,9	1	-	104
Донецька	43	22,5	–	-	10
Житомирська	213	180,5	–	-	170
Закарпатська	442	111,9	3	150	352
Запорізька	101	90,2	–	-	58
Івано-Франківська	856	94,2	–	-	621
Київська	1864	107,9	4	-	1081
Кіровоградська	117	205,3	0	-	121
Луганська	22	40,0	–	-	10
Львівська	1165	122,1	0	0	463
Миколаївська	168	160,0	2	-	145
Одеська	632	70,9	2	40	265
Полтавська	266	152,9	–	-	185
Рівненська	361	129,4	2	-	311
Сумська	157	114,6	–	-	141
Тернопільська	480	200,8	1	100	451
Харківська	384	136,7	9	-	142
Херсонська	113	93,4	–	-	106
Хмельницька	469	133,6	7	77,8	362
Черкаська	193	152,0	–	-	155
Чернівецька	382	162,6	–	-	422
Чернігівська	190	158,3	3	-	183
м.Київ	1366	94,7	19	-	478
-	– явищ не було				
0	– явища відбулися, але у вимірах, менших за ті, що можуть бути виражені використаними у таблиці розрядами				

[1] Без урахування тимчасово окупованої території Автономної Республіки Крим і м. Севастополя та частини зони проведення антитерористичної операції

Джерело: за даними Державної служби статистики України

Кількість прийнятих в експлуатацію житлових будівель постійно зростала до 2009 р., коли обсяг введеного в дію житла скоротився у 1,6 рази, що було наслідком фінансово-економічної кризи в Україні. Основним чинником скорочення обсягів житлового будівництва було зменшення у 2,5 рази обсягів

введеного в експлуатацію індивідуальними забудовниками житла, частка якого у загальних обсягах становила 36 %. У 2010-2013 рр. кількість введених у дію житлових площ зростала й у 2012 р. перевищила значення показника у 2008 р.; у наступних 2014-2016 рр. введення в дію житлових будівель мало тенденції до зниження, що пов'язано з військовим конфліктом на Сході країни та тимчасовою окупацією АР Крим і м. Севастополя.

Показники введеного житла традиційно найвищі в Київській області та перевищують середні показники по країні в 4 рази (табл. 6.12, 6.13).

У розрахунку на 1 тис. осіб наявного населення у 2015 р. найбільше житла введено в Київській області – 1081 кв.м, що у 4,3 раза перевищує середній показник по Україні (259 кв.м). Високий зазначений показник зафіксовано також у таких регіонах: Івано-Франківській область – 621 кв.м, м. Київ – 478 кв.м, Львівська – 463 кв.м, Тернопільська – 451 кв.м, Чернівецька області – 422 кв.м на одну тисячу осіб. Найменше житла на одну тисячу осіб наявного населення у 2015 р. введено в областях: Луганській (10 кв.м), Донецькій (10 кв.м), що пов'язано з військовим конфліктом та проведенням на їх території АТО, Запорізькій (58 кв.м), Дніпропетровській (104 кв.м), Кіровоградській (121 кв.м) областях.

У вирішенні житлової проблеми не менш важливе значення має утримання і збереження вже існуючого житла. У 2013 р. загальна площа капітально відремонтованих житлових приміщень становила 815 тис. кв. м, у тому числі 807 – у містах, 8 – у сільській місцевості, на що витрачено 282,4 млн грн, у тому числі 278,2 млн грн у містах, 4,2 млн грн – у сільській місцевості. На капітальний ремонт одного квадратного метра загальної площі витрати становили 346,6 грн.

Таблиця 6.13

Прийняття в експлуатацію житла на 1000 осіб, м² загальної площі

	2000	2005	2009	2010	2011	2012	2013	2014[1]	2015[1]
Україна	**113**	**167**	**140**	**204**	**207**	**237**	**248**	**227**	**259**
АРК	86	143	198	274	258	375	492		
Вінницька	78	205	104	178	197	199	218	179	245
Волинська	119	149	134	170	193	293	217	220	316
Дніпропетровська	117	108	51	68	71	81	93	62	104
Донецька	70	71	39	66	66	79	96	44	10
Житомирська	83	144	69	157	127	137	138	94	170
Закарпатська	167	187	136	236	262	293	303	315	352
Запорізька	66	85	56	80	34	109	101	63	58
Івано-Франківська	150	239	276	436	421	386	458	659	621
Київська	186	360	396	691	613	681	882	1003	1081
Кіровоградська	68	101	65	97	76	131	111	58	121
Луганська	69	104	15	64	51	78	79	25	10
Львівська	138	195	155	254	286	290	268	379	463
Миколаївська	78	101	72	112	101	102	104	90	145
Одеська	108	188	226	269	334	324	267	373	265
Полтавська	102	135	104	166	118	121	136	120	185
Рівненська	90	125	85	180	198	207	233	240	311
Сумська	83	116	118	156	161	171	126	121	141
Тернопільська	129	220	134	266	268	380	369	224	451
Харківська	85	130	155	152	123	139	144	104	142
Херсонська	105	144	69	167	124	163	177	113	106
Хмельницька	116	209	199	272	226	273	222	270	362
Черкаська	76	120	112	145	87	103	103	102	155
Чернівецька	125	222	183	326	241	450	376	259	422
Чернігівська	74	131	95	146	145	178	179	114	183
Київ	330	455	347	368	543	539	536	508	478
Севастополь	161	173	403	529	583	648	796		
Станд_відхил усього	55	83	104	147	160	171	209	223	230,9
Станд_відхил без Києва	34	62	98	147	149	164	206	220	231,9
Середнє	113	169	148	223	219	257	268	230	275,9
Середнє_без Києва	105	158	140	218	206	246	257	218	267,5
Коеф_вар	***48***	***49***	***70***	***66***	***73***	***67***	***78***	***97***	***83,7***
Коеф_вар_без Києва	***32***	***39***	***70***	***68***	***72***	***67***	***80***	***101***	***86,7***
min	66	71	15	64	34	78	79	25	10
max	330	455	403	691	613	681	882	1003	1081
max_без Києва	186	360	403	691	613	681	882	1003	1081
розмах	264	384	388	627	579	603	803	978	1071
розмах_без Києва	120	289	388	627	579	603	803	978	1071
мах/мін	5	6	27	11	18	9	11	40	108,1
мах/мін без Києва	3	5	27	11	18	9	11	40	108,1

[1] Без урахування тимчасово окупованої території Автономної Республіки Крим і м. Севастополя та частини зони проведення антитерористичної операції

Джерело: побудовано за даними Державної служби статистики України

На сьогодні майже єдиним джерелом фінансування капітального ремонту житлового фонду лишаються бюджетні кошти. Проте їх обмеженість призводить до зменшення обсягів ремонту житла і погіршення його технічного стану, тобто прискорення його старіння і вибуття з експлуатації. У 2009 р. в експлуатації знаходилося 5,1 млн кв.м житлового фонду з граничним ступенем зносу (ветхого та аварійного), або 0,6 % від усього житлового фонду, в якому проживало 139,1 тис. осіб [147]. Протягом 2009 р. у зв'язку із ветхістю та аварійністю вибуло із житлового фонду 607,8 тис.кв.м загальної площі. На початок 2009 р. 48 тис. будинків загальною площею 3,9 млн кв.м знаходилось у ветхому, а 12,9 тис. будинків площею 1,1 млн кв.м – в аварійному стані. У 2013 р. в експлуатації знаходилося 4,9 млн кв.м житлового фонду з граничним ступенем зносу (ветхого та аварійного), або 0,6 % від усього житлового фонду, в якому проживало 109,5 тис. осіб. У зв'язку із ветхістю та аварійністю протягом 2013 р. вибуло із житлового фонду 332,9 тис. кв.м загальної площі.

Таким чином, за роки незалежності процес будівництва та введення в дію житлових об'єктів був дуже повільним та кількісно несуттєвим. Якщо в середині 80-х рр., тобто напередодні радикальних економічних реформ, в Україні протягом року вводилося 19–20 млн кв. м житлової площі, то до середини 90-х рр. цей показник зменшився у 2,5 раза. Державне фінансування введення в експлуатацію житла скоротилось у 32 рази, а його обсяги – у 8 разів (табл. 6.14).

Причини незадовільного стану забезпечення населення житлом обумовлені цілим рядом факторів, один із головних – відсутність економічних механізмів реалізації урядових житлових програм, розроблення яких розпочалося в середині 90-х рр. За 17 років в Україні жодної реформи до кінця не довели, а в житлово-комунальній сфері, по суті, не починали.

Таблиця 6.14

Введення в експлуатацію житлових будівель

Рік	тис. м2 загальної площі		У % до 1960 року	
	Усього	***в т.ч. індивідуальні***	***Усього***	***в т.ч. індивідуальні***
1960	20838	12595	100,0	100,0
1965	18892	9912	90,7	78,7
1970	18764	7606	90,0	60,4
1975	19842	7451	95,2	59,2
1980	17326	4641	83,1	36,8
1985	19193	5178	92,1	41,1
1990	17447	4397	83,7	34,9
1995	8663	3877	41,6	30,8
2000	5558	3351	26,7	26,6
2001	5939	3446	28,5	27,4
2002	6073	3613	29,1	28,7
2003	6433	3864	30,9	30,7
2004	7566	5026	36,3	39,9
2005	7816	4369	37,5	34,7
2006	8628	4652	41,4	36,9
2007	10244	5677	49,2	45,1
2008	10495,6	5831	50,4	46,3
2009	6399,6	2287	30,7	18,2
2010	9339,3	6190	44,8	49,1
2011	9410	5096	45,2	40,5
2012	10749,5	7021	51,6	55,7
2013	11217,2	6725	53,8	53,4
2014	9741	4501	46,7	35,7
2015	11044	5588	53,0	44,4

Джерело: за даними Державної служби статистики України

Особливо низьким є введення в дію дошкільних закладів, особливо в період до 2011 р. (табл.6.15).

Впродовж 2001-2010 рр. середня кількість введених в дію місць у дошкільних закладах становила 650, що зважаючи на високу завантаженість існуючих закладів (у 2010 р. у 8,4 тис. дошкільних закладів (68 % загальної кількості) чисельність дітей перевищувала кількість місць), є низьким показником.

У 2011- 2016 рр. кількість введених в дію місць у дитячих садочках значно зросла (табл. 6.15), але кількість дошкільних закладів, в яких чисельність дітей перевищує кількість місць, зросла до 9,5 тис., тобто темпи

зростання кількості введених в експлуатацію дошкільних навчальних закладів не покривають потреби населення.

Таблиця 6.15

Введення в експлуатацію місць у дошкільних навчальних закладах за регіонами, одиниць

	1995	2000	2005	2008	2009	2010	2013	2014[1]	2015[1]	2016[1]
Україна	**6640**	**605**	**558**	**2310**	**599**	**550**	**3900**	**1691**	**3455**	**4568**
АРК	330	-	-	-	-	–	–			
Вінницька	300	90	-	15	-	–	32	281	954	28
Волинська	115	-	-	90	-	–	310	–	217	424
Дніпропетровська	305	-	-	45	-	–	180	20	25	524
Донецька	540	50	-	-	-	–	335	150	–	195
Житомирська	290	-	-	-	-	–	72	–	15	40
Закарпатська	-	-	-	50	169	–	190	41	204	339
Запорізька	190	-	-	-	-	–	–	–	–	–
Івано-Франківська	75	-	-	50	60	–	50	40	380	242
Київська	190	25	138	80	120	140	245	162	350	440
Кіровоградська	370	-	20	-	-	–	–	20	28	120
Луганська	330	-	-	36	-	–	330	–	–	40
Львівська	420	-	-	76	-	140	110	25	65	325
Миколаївська	-	50	-	-	-	80	25	–	–	20
Одеська	25	-	-	160	-	–	365	145	357	–
Полтавська	90	-	-	18	-	50	83	28	–	165
Рівненська	145	305	-	-	-	–	17	48	–	95
Сумська	25	-	-	-	-	–	–	–	–	–
Тернопільська	-	-	-	-	-	–	155	–	55	15
Харківська	140	50	-	-	-	–	487	–	60	111
Херсонська	115	-	-	-	-	–	–	–	–	–
Хмельницька	50	35	25	50	-	–	60	–	92	56
Черкаська	165	-	90	-	-	–	–	–	–	–
Чернівецька	-	-	50	200	80	140	12	225	100	–
Чернігівська	560	-	35	40	50	–	16	40	23	119
м.Київ	1780	-	200	1400	120	–	826	466	530	1270
м.Севастополь	90	-	-	-	-	–	–	–	–	–

[1]Наведено кількість місць після реконструкції.

[1] Без урахування тимчасово окупованої території Автономної Республіки Крим і м. Севастополя та частини зони проведення антитерористичної операції

Джерело: за даними Державної служби статистики України

Введення в дію місць у дошкільних навчальних закладах не відповідає потребам населення. Аналіз даних за регіонами свідчить, що протягом 2000-2010 рр. кількість введених в дію місць у дошкільних закладах була мізерною (від 90 до 635 місць за рік) та дещо збільшилась, починаючи з 2011 р., але все

ще залишається недостатньою для задоволення населення послугами ДНЗ (табл. 6.15).

У деяких областях нові місця в дошкільних закладах не створювалися протягом 14 (Херсонська область, м. Севастополь) та 13 років (Запорізька, Сумська, Черкаська області), тобто, починаючи з 2000 р., тут не побудовано жодного ДНЗ. Охоплення дітей дошкільними навчальними закладами перевищує середньоукраїнський показник та становить від 64 до 73% дітей відповідного віку (1-6 років). Середня завантаженість ДНЗ перевищувала норму на 4-22 %, що відбувалося за рахунок низької завантаженості ДНЗ у сільській місцевості. У міських поселеннях завантаженість перевищувала норму на 22-31%.

Про незадовільний рівень забезпечення населення послугами ДНЗ свідчать дані про охоплення дітей дошкільними навчальними закладами (табл. 6.16), які перевищують середньоукраїнський показник, та становили у Херсонській області від 40% дітей відповідного віку (1-6 років) у 2000 р. до 70% у 2014 р. і від 59% дітей відповідного віку (1-6 років) у 2000 р. до 68% у 2013 р.; середній показник завантаженості ДНЗ у Херсонській області складав 93-101 особу в розрахунку на 100 місць у ДНЗ, що було спричинено низькою завантаженістю в сільських дошкільних закладах.

У м. Севастополь середня завантаженість ДНЗ перевищувала кількість наявних місць. Завантаженість ДНЗ у цих двох регіонах зростала як у сільській, так і в міській місцевості. У містах Херсонської області цей показник зріс зі 120 дітей у розрахунку на 100 місць до 130 у 2014 р., у сільській місцевості - з 64 до 70 у 2014 р. В м. Севастополь завантаженість зросла до 121 дитини у розрахунку на 100 місць у міській місцевості та 109 – у сільській 2013 р. (у зв’язку з анексією Криму дані за 2014 рік не наведено). Таким чином, завантаженість ДНЗ перевищує норматив на 20 та 30 %, а додаткові місця в дію не вводяться.

Таблиця 6.16

Охоплення дітей дошкільними навчальними закладами за регіонами

	1985	**1990**	**1995**	**2000**	**2005**	**2010**	**2011**	**2012**	**2013**	**2014[1]**
Україна	**60**	**57**	**44**	**40**	**51**	**53**	**55**	**57**	**61**	**56**
АРК	73	68	50	37	48	48	49	50	53	
Вінницька	56	58	43	38	51	55	56	59	63	64
Волинська	39	44	34	24	38	45	45	48	50	51
Дніпропетровська	70	65	55	48	58	57	59	61	63	64
Донецька	66	63	54	53	62	61	62	64	72	29
Житомирська	48	52	38	35	47	55	61	64	66	66
Закарпатська	44	43	29	25	37	42	50	51	55	55
Запорізька	70	66	51	49	59	59	60	62	64	64
Івано-Франківська	31	31	22	20	28	34	35	37	38	39
Київська	60	57	48	48	59	60	61	62	64	67
Кіровоградська	70	68	47	39	53	55	57	59	62	62
Луганська	62	59	42	39	51	50	51	55	59	14
Львівська	35	35	23	23	33	41	43	45	47	49
Миколаївська	70	66	51	43	55	59	62	63	69	69
Одеська	66	60	43	37	49	47	48	50	54	55
Полтавська	64	61	50	45	56	58	60	62	71	73
Рівненська	36	40	29	23	32	41	43	44	56	55
Сумська	67	66	48	49	60	66	68	70	71	73
Тернопільська	44	43	31	29	41	45	48	50	52	53
Харківська	68	62	52	46	53	54	55	56	61	63
Херсонська	71	70	45	40	52	59	60	61	71	70
Хмельницька	52	57	44	43	59	61	62	62	64	65
Черкаська	69	68	56	49	65	66	66	69	70	71
Чернівецька	46	43	27	26	45	53	55	56	58	59
Чернігівська	56	57	44	39	50	54	56	58	63	63
м.Київ	73	60	58	63	65	59	60	62	63	67
м.Севастополь			59	63	68	62	64	65	68	

1 Дані попередні. У розрахунку використано дані про загальну кількість вихованців дошкільних навчальних закладів, включаючи дітей, охоплених соціально-педагогічним патронатом, та чисельність постійного населення України станом на 01.01.2014.

Джерело: за даними Державної служби статистики України

Особливо гостро стоїть проблема в західних областях. Введення в експлуатацію місць у дошкільних навчальних закладах у західному регіоні не забезпечує потреби місцевого населення у послугах ДНЗ. Незважаючи на те, що кількість введених в дію місць у Волинській, Закарпатській, Івано-Франківській, Львівській, Рівненській, Тернопільській та Чернівецькій областях перевищувала показники інших регіонів (табл. 6.16), ситуація із забезпеченістю

ДНЗ залишається незадовільною. Охоплення дітей ДНЗ в усіх областях західного регіону протягом останніх 14 років не перевищує середнього показника по Україні (табл. 6.17) та є одними з найгірших (рис. 6.2).

Таблиця 6.17

Завантаженість дошкільних навчальних закладів за регіонами на кінець 2014 року, кількість дітей у дошкільних навчальних закладах у розрахунку на 100 місць (осіб) МП - міські поселення, СМ - сільська місцевість

	2010			2012			2014[1]		
	Всього	***МП***	***СМ***	***Всього***	***МП***	***СМ***	***Всього***	***МП***	***СМ***
Україна	**112**	**123**	83	119	129	92	**120**	**132**	**94**
АРК	94	123	55	102	132	63			
Вінницька	103	129	75	110	137	80	114	143	82
Волинська	128	138	111	136	146	120	141	151	125
Дніпропетров-ська	108	114	74	116	123	79	117	122	83
Донецька	111	115	73	116	120	79	101	106	78
Житомирська	119	128	97	125	130	114	119	130	97
Закарпатська	121	138	109	136	139	134	131	137	127
Запорізька	116	128	72	119	130	76	120	131	80
Івано-Франківська	121	127	110	129	137	114	132	141	115
Київська	119	136	91	128	145	100	132	150	103
Кіровоградська	99	118	65	108	128	74	110	128	79
Луганська	118	122	81	122	125	94	105	115	75
Львівська	137	142	117	144	149	127	147	156	122
Миколаївська	104	130	67	117	140	83	120	141	88
Одеська	112	134	80	119	140	87	121	145	86
Полтавська	115	131	81	122	138	89	134	154	93
Рівненська	124	138	103	134	148	113	137	153	115
Сумська	125	133	102	124	134	99	115	127	86
Тернопільська	110	133	83	118	145	88	120	151	88
Харківська	111	118	76	108	113	82	109	115	81
Херсонська	93	120	64	99	128	70	101	130	70
Хмельницька	114	130	90	120	136	97	118	136	91
Черкаська	98	116	74	105	121	83	104	122	81
Чернівецька	125	140	110	132	147	118	128	144	115
Чернігівська	108	116	76	115	125	84	117	126	88
м.Київ	112	112	-	119	119	-	125	125	-
м.Севастополь	112	113	95	117	117	107			

[1] Без урахування тимчасово окупованої території Автономної Республіки Крим і м. Севастополя та частини зони проведення антитерористичної операції

Джерело: за даними Державної служби статистики України

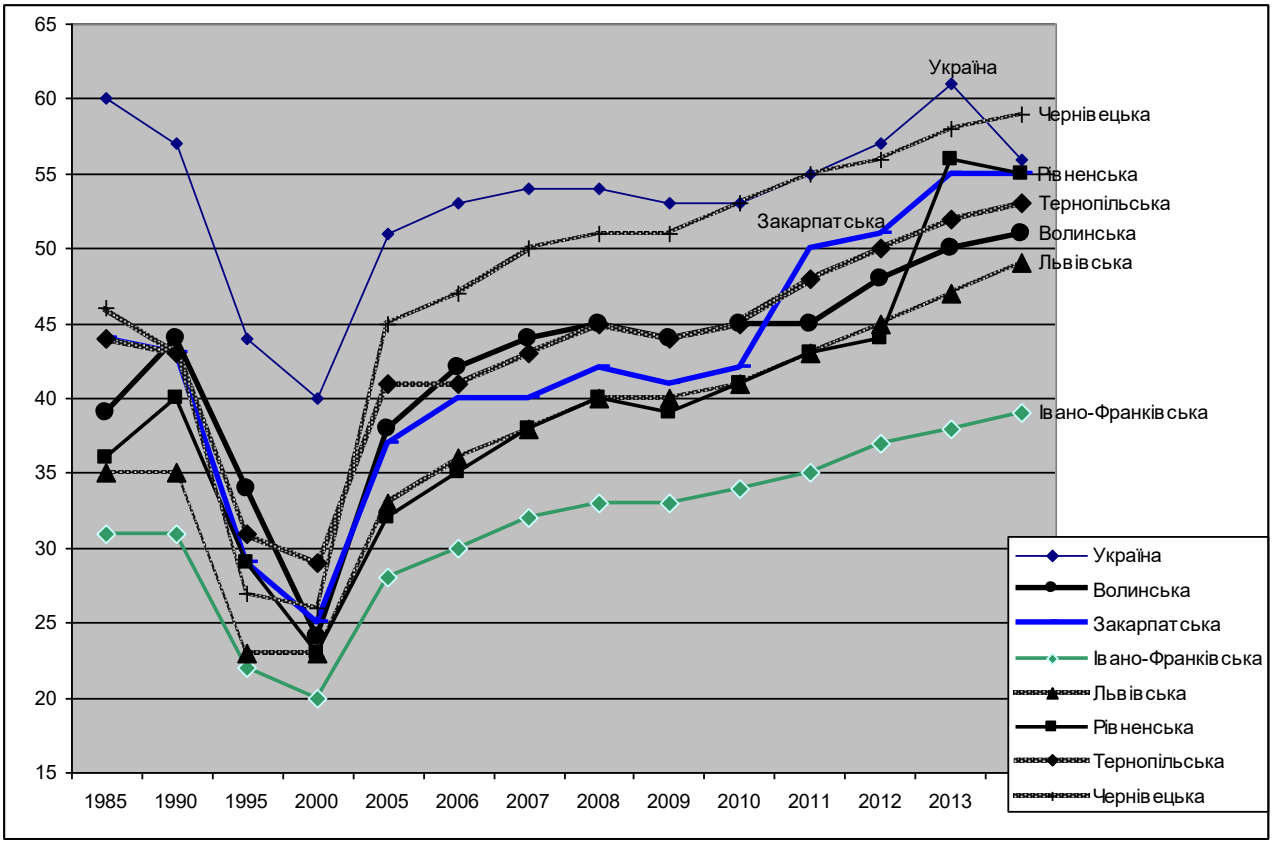

Рис. 6.2. Охоплення дітей дошкільними навчальними закладами у західних областях

Джерело: за даними Державної служби статистики України

При постійному зростанні рівня охоплення дітей дошкільного віку навчальним закладами у 2014 р. він не перевищував 55 % дітей відповідного віку (1-6 років), а в Івано-Франківській досяг лише 39% [148]. Рівень завантаженості ДНЗ у перерахованих областях найвищий по Україні та значно перевищує середньоукраїнський (табл. 6.17). У 2014 р. завантаженість ДНЗ складала від 147 дітей у розрахунку на 100 місць у Львівській області до 128 – у Чернівецькій (середня по Україні – 120 осіб на 100 місць).

Характерною особливістю областей західного регіону є те, що завантаженість ДНЗ у сільській місцевості також дуже висока – від 127 осіб на 100 місць у Закарпатській області до 115 – у Чернівецькій (середня по Україні – 97 осіб на 100 місць).

Кількість прийнятих в експлуатацію загальноосвітніх навчальних закладів протягом 2010-2014 рр. була дуже низькою та не перевищувала 1% існуючої кількості учнівських місць, що відображає сучасні тенденції в системі

освіти – скорочується кількість учнів у загальноосвітніх навчальних закладах та скорочується мережа таких закладів (табл. 6.18).

Таблиця 6.18

Прийняття в експлуатацію загальноосвітніх навчальних закладів, учнівських місць

	2000	**2005**	**2009**	**2010**	**2011**	**2012**	**2013**	**2014**
Україна	**15392**	**10586**	**6064**	**7116**	**14648**	**8532**	**5564**	**2616**
АРК	–	1372	–	–	1198	–	100	
Вінницька	40	50	308	–	1090	1296	108	15
Волинська	120	473	–	156	812	48	612	263
Дніпропетровська	2828	–	–	–	–	1023	–	–
Донецька	484	50	–	–	–	–	665	660
Житомирська	720	374	190	–	360	220	–	–
Закарпатська	732	–	350	830	960	300	350	170
Запорізька	–	–	–	–	234	–	–	–
Івано-Франківська	1770	1288	100	712	398	232	280	–
Київська	540	50	784	225	1128	–	288	–
Кіровоградська	–	–	–	–	433	115	–	–
Луганська	25	–	–	75	–	–	45	–
Львівська	1604	1059	170	276	675	520	365	264
Миколаївська	360	–	562	492	1303	117	–	–
Одеська	602	1206	460	–	1830	1435	–	146
Полтавська	1276	–	–	–	10	–	–	–
Рівненська	–	366	942	1456	963	384	406	96
Сумська	84	270	–	–	284	–	–	–
Тернопільська	150	–	–	360	–	212	–	262
Харківська	689	654	414	–	198	–	130	20
Херсонська	360	–	–	–	–	–	–	–
Хмельницька	1302	2080	454	694	440	834	–	–
Черкаська	–	–	10	860	262	–	640	–
Чернівецька	180	1114	–	120	480	650	450	–
Чернігівська	260	–	–	–	–	546	–	–
Київ	1266	180	820	860	1590	600	1125	720
Севастополь	–	–	500	–	–	–	–	

Джерело: за даними Державної служби статистики України

Наразі в Україні відбувається реформа системи освіти в межах децентралізації повноважень центральних органів влади, однією з ключових позицій якої є оптимізація мережі загальноосвітніх навчальних закладів, скорочення малокомплектних шкіл. Урядом внесено зміни в порядок створення освітніх округів, а також визначено умови функціонування загальноосвітніх навчальних закладів. Відповідну постанову прийнято на засіданні 20 січня 2016 р. [149].

У 2016 р. в областях проведено удосконалення мережі загальноосвітніх навчальних закладів, закрито 94 малочисельні школи. До 01.09.2016 р. планується закрити ще 89. Через демографічний спад призупинили свою діяльність 72 школи. До 01.09.2016 р. передбачається призупинення функціонування ще 46 шкіл.

У сільській місцевості проведено реорганізацію 378 загальноосвітніх навчальних закладів, у тому числі з пониженням ступеня – 209. До 01.09.2016 р. реорганізовано 429 шкіл, з яких у 312 понижено ступінь.

З метою забезпечення рівного доступу дітей до якісної освіти у сільській місцевості, створення умов для здобуття загальної середньої освіти, впровадження допрофільної підготовки, поглибленого вивчення окремих предметів, а також раціонального й ефективного використання наявних ресурсів створюється мережа опорних шкіл.

У той же час створення опорних шкіл та пониження статусу шкіл-філій можливі лише за умови організації якісного підвезення дітей, що передбачає наявність шкільних автобусів та відремонтованих доріг.

Для підвезення дітей до опорних шкіл та до дому наявні 172 автобуси, проте необхідно ще додатково придбати 152 автобуси. Водночас на місцях необхідно подбати про ремонт понад 2,5 тис. км доріг, які перебувають у незадовільному стані та не дозволяють безпечно підвозити дітей до опорної школи [150]. Станом на 01.09.2016 р. функціонувало 137 опорних шкіл із філіями (рис. 6.3).

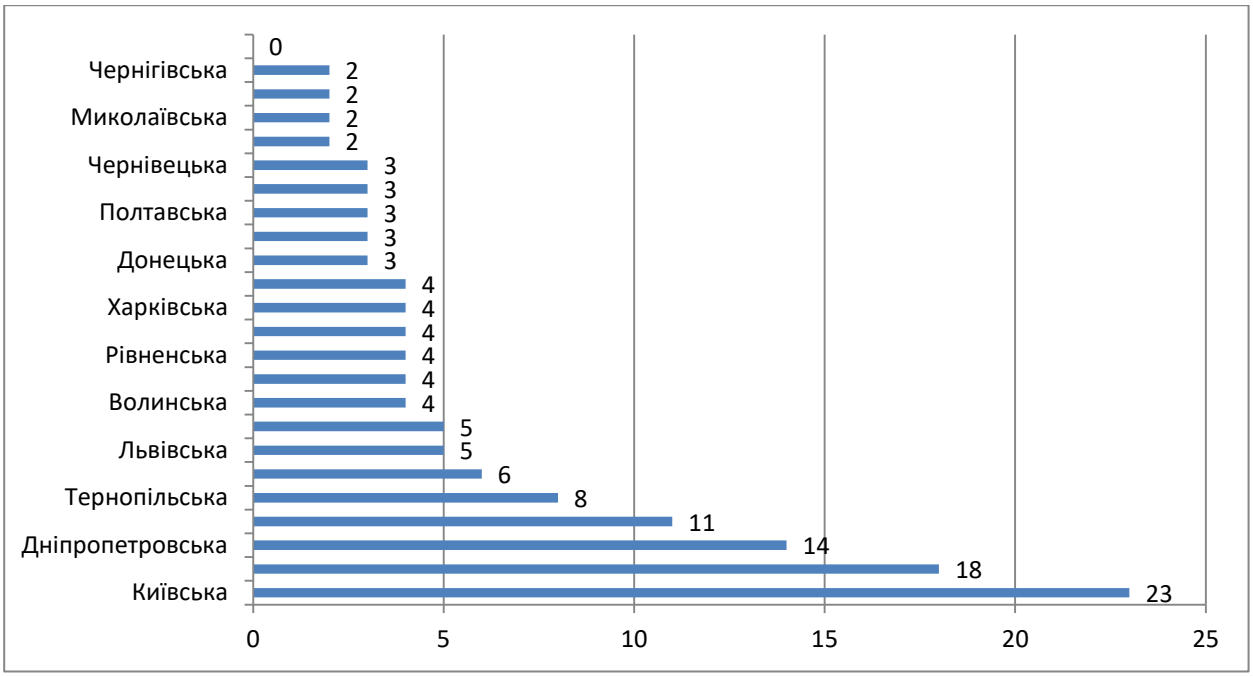

Рис. 6.3. Інформація щодо опорних закладів та їхніх філій, які функціонують з 1 вересня 2016 року в Україні

Джерело: за даними Державної служби статистики України

Створення мережі опорних шкіл є одним із пріоритетів Плану діяльності Уряду, затвердженого розпорядженням Кабінету Міністрів України від 27 травня № 418. Урядом було виділено 200 млн грн для покращення матеріально-технічної бази опорних шкіл, а також 600 млн грн на придбання автобусів на засадах співфінансування з місцевими органами влади.

Наразі, основними проблемними питаннями щодо створення освітніх округів та опорних загальноосвітніх навчальних закладів є, зокрема: [150]

створення освітніх округів, опорних загальноосвітніх навчальних закладів та філій депутати місцевих рад сприймають як таке, що викличе соціальну напругу серед батьків, педагогічних працівників, відповідно рішення місцевих рад неохоче приймаються;

небажання батьків, щоб їхні діти відвідували навчальні заклади в іншому населеному пункті;

складність створення опорних шкіл і філій у гірських районах та віддалених населених пунктах через відсутність доріг належної якості.

В умовах децентралізації створення освітніх округів з опорними закладами і філіями стримується через повільний процес створення об'єднаних територіальних громад та визначення їхніх меж.

Обсяги ведення в дію лікарняних закладів (ліжок) та амбулаторно-поліклінічних закладів (відвідувань за зміну) незначний та не досягає 1% існуючого ліжкового фонду. У регіональному розрізі кількість прийнятих в експлуатацію лікарняних ліжок та кількість відвідувань за зміну амбулаторно-поліклінічних закладів наведено в табл. 6.19.

Таблиця 6.19

Прийняття в експлуатацію закладі охорони здоров'я за регіонами

	Прийняття в експлуатацію лікарняних закладів, ліжок					**Прийняття в експлуатацію амбулаторно-поліклінічних закладів, відвідувань за зміну**				
	2000	***2005***	***2010***	***2012***	***2014***	***2000***	***2005***	***2010***	***2012***	***2014***
Україна	**784**	**853**	**1051**	**1082**	**207**	**2283**	**4012**	**5271**	**4097**	**3455**
АРК	–	–	–	–		–	–	–	–	
Вінницька	–	–	70	–	25	–	–	419	108	166
Волинська	–	19	–	125	–	13	124	16	136	41
Дніпропетровська	–	–	–	89	40	500	–	320	280	50
Донецька	72	6	6	6	–	–	140	–	65	170
Житомирська	75	–	15	90	–	450	–	–	270	29
Закарпатська	–	–	–	–	–	–	–	–	–	30
Запорізька	–	201	–	–	–	–	–	–	64	105
Івано-Франківська	32	179	80	–	–	30	10	70	245	221
Київська	–	–	–	–	10	–	1580	600	130	330
Кіровоградська	–	–	72	97	–	25	–	–	265	–
Луганська	–	40	–	9	–	–	60	100	15	–
Львівська	–	40	6	40	–	–	430	544	380	402
Миколаївська	–	40	–	–	–	–	40	36	233	141
Одеська	30	148	–	32	–	–	36	1042	185	206
Полтавська	–	–	25	94	–	20	640	116	144	–
Рівненська	82	39	–	93	5	75	215	106	179	7
Сумська	–	38	–	–	–	–	–	265	14	20
Тернопільська	80	–	–	–	4	–	–	55	193	194
Харківська	130	–	49	31	–	–	220	–	30	3
Херсонська	–	–	60	21	–	–	100	90	300	31
Хмельницька	68	–	43	11	10	22	125	266	131	113
Черкаська	–	–	345	–	28	–	45	384	12	770
Чернівецька	–	73	–	184	70	128	–	12	257	40
Чернігівська	52	30	45	–	–	20	17	30	6	156
Київ	163	–	235	160	15	1000	210	800	380	230
Севастополь	–	–	–	–		–	20	–	75	

Джерело: за даними Державної служби статистики України

Наразі в Україні продовжується реформа системи охорони здоров'я, в межах якої відбувається реструктуризація мережі та скорочення лікарняних закладів. Постановою Кабінету Міністрів України від 25 листопада 2015 року № 1024 "Про затвердження нормативу забезпечення стаціонарними лікарняними ліжками в розрахунку на 10 тис. населення" затверджено граничний норматив забезпечення стаціонарними лікарняними ліжками в розрахунку на 10 тис. населення не більш як 60 ліжок. Методика щодо забезпечення стаціонарними лікарняними ліжками в розрахунку на 10 тис. населення розробляється МОЗ. Таким чином, ліжковий фонд буде скорочено на 25%.

Мережа закладів охорони здоров'я характеризує забезпеченість населення медичними послугами та їх доступність. Погіршення стану здоров'я населення обумовлює зростаючу потребу в медичній допомозі, що в свою чергу зменшує можливості системи охорони здоров'я у забезпеченні населення якісними медичними послугами за умов обмежених фінансових ресурсів галузі. Ресурсний потенціал галузі охорони здоров'я повинен відповідати потребам населення в медичній допомозі, адже діяльність галузі направлена на забезпечення якісної й доступної медичної допомоги, продовження середньої тривалості життя та зменшення рівня смертності населення. Визначити потребу можливо на основі аналізу характеристик чисельності та структури населення, коливаннях у рівнях та структурі захворюваності, які дозволяють отримати її кількісну оцінку.

Такий підхід ґрунтується на тому факті, що біологічні чинники є вагомими показниками, що визначають стан здоров'я людини на 19-20 %. До інших факторів, що мають вагомий вплив на здоров'я особи і таким чином на потребу у забезпеченні населення медичними кадрами, відносять: умови та спосіб життя, у тому числі паління, зловживання алкоголем, шкідливі умови праці тощо (50-52 %); вплив навколишнього середовища, що визначає 20-21 % здоров'я, медичні чинники (щеплення, профілактичні обстеження, якісна медична допомога тощо), які на 9-10 % впливають на здоров'я.

Впродовж 2013-2016 рр. продовжувалось упорядкування та перепрофілювання мережі, структури і функції медичних закладів, реорганізація первинної медико-соціальної допомоги на засадах сімейного лікаря-лікаря загальної практики, реструктуризація вторинної та третинної медичної допомоги.

У 2013 р. мережа закладів охорони здоров'я України складалася з 2,2 тис. лікарняних закладів, у тому числі 1,6 тис. закладів системи МОЗ, кількість яких за останні роки значно скоротилася (табл. 6.20). У той же час кількість осіб, що були госпіталізовані в лікарняні заклади (МОЗ), не зменшилася, тобто скорочення мережі ЛЗ відбувалося з урахуванням потреб населення в медичній допомозі і не перешкоджали наданню допомоги.

Протягом 2009-2013 рр. мережа лікарняних закладів скоротилася на 36,2%. Скорочення загальної кількості лікарняних установ системи МОЗ відбувалося зі значними регіональними коливаннями від 6 до 60 % (табл. 6.21): найменше скорочення відбулося в м. Києві, найбільше – в Чернівецькій (61%), Вінницькій (56,9%) та Полтавській (56,8%) областях. Загалом, скорочення кількості лікарняних закладів, у тому числі закладів системи МОЗ, не призвело до підвищення захворюваності населення за окремими регіонами – при аналізі динаміки змін не було встановлено залежності між динамікою захворюваності та кількістю закладів охорони здоров'я.

Таблиця 6.20

Основні показники охорони здоров'я в Україні

	1990	1995	2000	2005	2009	2010	2011	2012	2013
Кількість лікарів усіх спеціальностей									
тис. осіб	227	230	226	224	225[1]	225[1]	224[1]	217[1]	217[1]
на 10 000 населення	44,0	45,1	46,2	47,9	49,1[1]	49,3[1]	49,3[1]	47,9[1]	48,0[1]
Кількість середнього медичного персоналу									
тис. осіб	607	595	541	496	467	467	459	441	441
на 10 000 населення	117,5	116,5	110,3	106,2	102,0	102,4	101,0	97,2	97,4
Кількість лікарняних закладів, тис. од.	3,9	3,9	3,3	2,9	2,8	2,8	2,5	2,4	2,2
Кількість лікарняних ліжок,									
тис. одиниць	700	639	466	445	431	429	412	404	398
на 10 000 населення	135,5	125,1	95,0	95,2	94,2	94,0	90,6	89,1	88,0
Кільк. лікарських амбулаторно-поліклінічних закладів[1], тис. од.	6,9	7,2	7,4	7,8	8,8	9,0	8,2	8,3	10,8
Планова ємність амбулаторно-поліклінічних закладів									
тис. відвідувань за зміну	895	966	973	990	1000	993	999	1023	1037
на 10 000 населення	173,1	189,0	198,4	211,7	218,3	217,7	219,8	225,4	229,2
Кільк. станцій (відділень)швидкої медичної допомоги (МОЗ), од.	970	1064	1039	976	998	990	940	866	935
Кількість осіб, яким надано допомогу амбулаторно та під час виїздів швидкої медичної допомоги (МОЗ)									
млн осіб	17,8	16,0	14,0	13,8	13,5	13,4	12,8	12,7	11,0
на 1 000 населення	345	313	285	294	295	294	281	279	243
Кількість самостійних стоматологічних поліклінік (МОЗ), од.	311	324	320	309	282	279	270	257	252
Кількість закладів, що мають стоматвідділення,кабінети (МОЗ), одиниць	4782	4676	4593	4645	4728	4751	4452	4022	2409
Кількість осіб, що були госпіталізовані у лікарняні заклади (МОЗ)									
млн осіб	12,6	11,2	9,6	10,1	10,3	10,5	10,3	10,2	10,2
на 100 осіб	24,4	21,9	19,4	21,6	22,4	22,9	22,6	22,4	22,4
Із загальної кількості госпіталізованих – діти[2]									
млн осіб	2,1	1,9	1,5	1,6	1,9	1,9	1,9	1,8	1,9
на 100 дітей	19,1	17,9	17,7	22,0	23,0	24,1	23,6	23,1	23,3
Середня тривалість перебування хворого у стаціонарі (МОЗ), днів	16,4	16,8	14,9	13,5	12,7	12,5	12,2	12,1	11,9

[1]У кількості лікарських амбулаторно-поліклінічних закладів відображено всі медичні заклади, що здійснюють амбулаторний прийом (поліклініки, амбулаторії, поліклінічні відділення лікарняних закладів, диспансери, лікарські пункти охорони здоров'я тощо).

[2] До 2006 року діти віком 0-14 років включно, з 2006 року діти 0-17 років включно

Джерело: за даними Державної служби статистики України

Таблиця 6.21

Мережа закладів охорони здоров'я системи МОЗ України у 2009-2013 рр.

Адміністративно-територіальна одиниця	2010		2011		2012		2013		Темпи скорочення (%)	
	Всього	*МОЗ*	*Всього*	*МОЗ*	*Всього*	*МОЗ*	*Всього*	*МОЗ*	*Всього*	*МОЗ*
Україна	2763	2 442	2473	1911	2369	2 042	2156	1587	22,0	36,2
АР Крим	91	81	87	74	88	78	84	69	7,7	15,9
Вінницька	121	115	68	56	64	57	63	50	47,9	56,9
Волинська	59	56	57	50	53	50	50	43	15,3	23,2
Дніпропетров-ська	195	168	149	110	150	122	143	104	26,7	39,5
Донецька	225	204	211	161	191	169	186	138	17,3	33,7
Житомирська	77	73	71	62	74	65	67	55	13,0	24,7
Закарпатська	70	64	60	49	58	53	54	43	22,9	33,8
Запорізька	105	92	100	78	93	81	84	61	20,0	36,5
Івано-Франківська	87	78	85	61	85	74	82	58	5,7	25,6
Київська	102	94	94	80	97	88	83	66	18,6	31,3
Кіровоградська	83	74	76	56	69	61	56	40	32,5	48,1
Луганська	168	150	143	109	139	123	126	96	25,0	36,4
Львівська	132	122	128	102	128	118	135	102	-2,3	16,4
Миколаївська	72	62	67	51	54	44	53	39	26,4	36,1
Одеська	143	123	129	100	119	96	103	73	28,0	41,6
Полтавська	118	110	94	74	88	80	72	51	39,0	56,8
Рівненська	75	69	69	56	65	59	51	41	32,0	40,6
Сумська	78	69	72	56	70	63	60	45	23,1	35,7
Тернопільська	67	63	67	54	64	59	65	51	3,0	20,3
Харківська	146	121	127	88	132	98	129	80	11,6	33,3
Херсонська	71	65	68	57	63	58	43	33	39,4	50,0
Хмельницька	89	78	82	66	77	65	56	39	37,1	50,6
Черкаська	98	88	87	72	80	72	75	60	23,5	35,5
Чернівецька	67	59	62	46	59	51	40	25	40,3	61,5
Чернігівська	92	86	86	74	84	80	67	55	27,2	36,8
м.Київ	114	65	116	60	108	66	112	61	1,8	6,2
м.Севастополь	18	13	18	9	17	12	17	9	5,6	30,8

Джерело: за даними Державної служби статистики України

В умовах обмежених фінансових ресурсів потребує уваги раціональне використання ліжкового фонду та приведення його до нормативів потреби населення в стаціонарній медичній допомозі. Такий середньоукраїнський норматив становить 80 ліжок у відповідності до постанови КМУ № 640 від 28.06.1997 р. За період 2009-2013 рр. забезпеченість населення стаціонарними ліжками зменшилася з 94 на 10 тис. осіб до 88, в тому числі в закладах системи

МОЗ з 86,8 на 10 тис. осіб до 72,03. Таким чином, загальна забезпеченість населення лікарняними ліжками у 2013 р. перевищувала норматив на 10 %, забезпеченість ліжками в лікарняних закладах системи МОЗ – на 10 % меншою встановленого нормативу (табл. 6.22).

Таблиця 6.22

Динаміка забезпеченості населення України лікарняними ліжками у 2009-2013 рр., на 10 тис. населення

Адміністративно-територіальна одиниця	2010		2011		2012		2013		Норматив потреби на 1.01.1999	Відхилення від нормативу	
	Всього	*МОЗ*	*Всього*	*МОЗ*	*Всього*	*МОЗ*	*Всього*	*МОЗ*		*Всього*	*МОЗ*
Україна	94,0	86,5	90,6	83,0	89,1	81,47	88,0	72,03	80	8,0	-8,0
АР Крим	88,0	85,9	85,5	83,1	85,8	81,61	85,2	72,4	80	5,2	-7,6
Вінницька	87,8	84,2	83,2	79,8	78,8	75,37	75,9	64,1	80	-4,1	-15,9
Волинська	83,3	80,9	82,3	79,8	81,5	79,12	80,9	71,5	80	0,9	-8,5
Дніпропетровська	106,0	97,3	93,6	85,0	92,6	83,97	90,9	74,9	81	9,9	-6,1
Донецька	87,1	81,9	84,6	79,0	83,0	77,73	82,9	68,8	82	0,9	-13,2
Житомирська	79,6	74,6	79,1	74,1	78,7	73,69	78,5	66	81	-2,5	-15,0
Закарпатська	80,7	77,8	78,2	75,3	74,8	72,75	72,5	65,6	76	-3,5	-10,4
Запорізька	92,8	87,7	91,0	85,9	90,0	84,83	89,3	72,3	81	8,3	-8,7
Івано-Франківська	90,6	88,9	86,9	85,2	84,9	83,08	82,6	70,3	76	6,6	-5,7
Київська	87,8	84,1	86,2	82,2	84,9	80,46	82,8	71,7	81	1,8	-9,3
Кіровоградська	97,5	93,6	95,4	91,4	90,5	86,57	90,0	77,1	79	11,0	-1,9
Луганська	105,3	99,0	96,3	90,0	95,4	89,19	94,7	77,9	81	13,7	-3,1
Львівська	97,9	90,9	96,3	89,2	96,0	88,77	93,6	77,3	76	17,6	1,3
Миколаївська	85,9	80,5	85,7	80,1	84,8	79,06	84,7	69,2	80	4,7	-10,8
Одеська	94,1	84,2	89,3	79,3	86,9	76,85	85,2	68,7	80	5,2	-11,3
Полтавська	90,6	84,2	88,7	82,2	88,0	81,52	87,0	70,7	80	7,0	-9,3
Рівненська	91,3	87,3	86,7	82,6	85,3	81,58	82,2	69,7	80	2,2	-10,3
Сумська	96,7	93,2	94,6	91,2	90,9	87,68	90,9	77,5	80	10,9	-2,5
Тернопільська	91,1	89,7	91,2	88,2	89,0	85,88	90,6	76,6	79	11,6	-2,4
Харківська	92,0	78,7	90,8	77,4	90,5	76,52	90,7	70	80	10,7	-10,0
Херсонська	102,2	83,8	101,0	82,5	99,2	81,01	93,5	71,3	79	14,5	-7,7
Хмельницька	92,8	88,0	88,9	84,0	88,2	83,17	86,3	73,6	80	6,3	-6,4
Черкаська	89,3	86,4	86,6	83,9	85,2	82,53	85,5	71,1	80	5,5	-8,9
Чернівецька	89,5	85,2	83,0	78,8	82,6	78,28	79,9	65,5	79	0,9	-13,5
Чернігівська	115,5	114,0	112,0	110,6	111,5	109,99	109,8	93,6	79	30,8	14,6
м.Київ	108,8	76,7	108,5	76,6	105,4	74,15	104,9	71,2	81	23,9	-9,8
м.Севастополь	89,1	78,9	89,1	78,8	88,5	78,32	88,0	68,1	79	9,0	-10,9

Джерело: за даними Державної служби статистики України

У 2015 р. в результаті реформи системи охорони здоров’я, в межах якої відбувається реструктуризація мережі та скорочення лікарняних закладів, затверджено граничний норматив забезпечення стаціонарними лікарняними ліжками в розрахунку на 10 тис. населення не більш як 60 ліжок у відповідності до Постанови Кабінету Міністрів України від 25 листопада 2015 року № 1024 "Про затвердження нормативу забезпечення стаціонарними лікарняними ліжками в розрахунку на 10 тис. населення". Регіональні нормативи ще не розроблено. Таким чином, починаючи з листопада 2015 р., забезпеченість населення стаціонарними ліжками перевищує встановлений норматив на чверть.

Скорочення мережі об’єктів гуманітарного і медичного призначення стало наслідком прискорених ринкових перетворень, які призвели до обвалу основних показників соціально-економічного розвитку країни. Швидкість трансформації планово-розподільчої системи в економіку ринкового типу і бюджетні обмеження зумовили протиріччя між економічною політикою і реалізацією стратегії реформ у галузях соціальної інфраструктури.

Значення соціальної інфраструктури в прогресі суспільства, відповідальність держави за її розвиток при обмежених фінансових можливостях визначають необхідність оновлення і вдосконалення інвестиційного інструментарію з метою підвищення ефективності витрат і більш повного задоволення потреб суспільства. Як видно з попереднього аналізу, державний і місцеві бюджети не володіють достатніми ресурсами для забезпечення потреб галузей соціальної сфери в інвестиціях. Одним із перспективних вирішень інвестиційної проблеми у житловому будівництві, культурі та туризмі, частково в освіті та охороні здоров’я є поєднання державних і приватних джерел для реалізації інвестиційних програм і проектів.

У 2001-2016 рр. особливостями інвестиційного розвитку соціальної інфраструктури в Україні можна виокремити наступні:

– Стан більшості об’єктів соціальної сфери, рівень їх благоустрою та безпеки не відповідає сучасним вимогам. Відновлення об’єктів соціальної інфраструктури, вилучення з експлуатації морально і фізично застарілих фондів та інтенсивність оновлення відбувається вкрай повільно (коефіцієнт відновлення 3,32%, коефіцієнт ліквідації 0,61%, коефіцієнт оновлення 16,09 % у 2010 р.). Недостатньо інтенсивне відновлення та вибуття фондів призводить до нагромадження значної кількості застарілих фондів та збільшення ступеню їх зносу (74,9 % у 2010 році).
– Зниження темпів приросту основних засобів, нагромадження морально і фізично застарілих фондів негативно впливає на ефективність діяльності галузей соціальної інфраструктури. Високий ступінь зносу основних фондів значної частини установ соціальної сфери не дозволяє якісно і своєчасно надавати послуги за місцем проживання. Отже, технічне переозброєння і модернізація має бути метою реформ соціальної сфери, що потребує значних інвестиційних ресурсів.
– Протягом аналізованого періоду 2001-2014 рр. коливання обсягів інвестицій в основний капітал у соціальну інфраструктуру не мали чітко направленої тенденції ні за одним напрямом. Динаміка обсягів інвестицій у соціальну сферу, в тому числі за рахунок держбюджету, та звужений характер інвестиційного процесу свідчать про відсутність чіткої стратегії розвитку галузей соціальної інфраструктури в країні та на регіональному рівні та необхідності її розробки з метою підвищення якості й доступності соціальних послуг.
– Характер інвестиційного процесу в таких галузях, як освіта, охорона здоров’я та соціальна допомога, є звуженим (амортизаційні відрахування перевищують обсяг інвестицій). В інших галузях соціальної сфери інвестиції вдвічі перевищують амортизаційні відрахування, що свідчить про їх активний розвиток.

- Роль державних інвестицій в освіту та охорону здоров’я за період 2001-2012 рр. значно зросла та становить майже третину вкладень. У таких галузях, як житлове будівництво, торгівля, діяльність готелів та ресторанів, інвестиції за рахунок державного бюджету незначні.
- Обсяги введених в дію соціальних об’єктів за період 1995-2012 рр. значно коливались і переважно мали тенденцію до зниження. Особливо низький рівень введення в дію дошкільних закладів, враховуючи перевантаженість існуючих об’єктів.
- При постійному зростанні кількості введених в дію житлових будинків спостерігається значна диференціація за регіонами та видами поселень.
- Особливостями структури інвестицій за джерелами фінансування у житлове будівництво є: значне зростання обсягу (в 3 рази) та частки (в 2 рази) інвестицій за рахунок коштів населення на індивідуальне житлове будівництво; скорочення частки інвестицій за рахунок коштів населення та кредитів банків та інших позик на будівництво власних квартир; зменшення обсягів та частки інвестицій за рахунок коштів державного та місцевих бюджетів і власних коштів підприємств та організацій.
- Не організовані регулярний збір, актуалізація та комплексний аналіз інформації про об'єкти соціальної інфраструктури з метою постановки і вирішення управлінських завдань.

За умови обмеженості бюджетних коштів існує необхідність розробки механізму стимулювання інвестицій в об'єкти соціальної інфраструктури з використанням регіональних важелів впливу, методів залучення недержавних форм інвестування та коштів населення. Адже соціальна інфраструктура відіграє виключно важливу роль у прискоренні соціально-економічного розвитку країни, формуванні трудового потенціалу, підвищенні рівня життя населення країни.

Причини незадовільного стану забезпечення населення житлом обумовлені цілим рядом факторів, один із головних – відсутність економічних механізмів реалізації урядових житлових програм, розроблення яких

розпочалося в середині 90-х рр. За 17 років в Україні жодної реформи до кінця не довели, а в житлово-комунальній сфері, по суті, не починали.

Вирішення житлової проблеми залежить від використання широкого набору бюджетно-податкових і фінансово-кредитних механізмів, які спираються на взаємодію державних, муніципальних і корпоративних методів регулювання ринку житла. Формування конкурентоздатної державно-корпоративної моделі розвитку ринку житла передбачає використання ефективних соціальних технологій забезпечення житлових потреб населення, поєднаних із широкою інфраструктурною, кредитною, пільговою та іншою державною підтримкою проектів у сфері житлового будівництва. Найбільш прийнятним способом забезпечити доступність житла, як свідчать зарубіжні практики і результати аналізу внутрішнього платоспроможного попиту на придбання житла, є будівництво дохідних будинків з правом безстрокової оренди квартир громадянами [151].

В Україні варіанти такої моделі на державному і регіональному рівнях, у тому числі й на рівні об’єднаних територіальних громад, поки не розповсюджені. Найбільш розробленими є моделі продажу житла населенню, які включають різні схеми управління інвестиційними ресурсами, наприклад, фонди банківського управління, схеми використання облігацій, фонди фінансування житла, іпотечні кредити та інші. В найближчій перспективі з урахуванням зростання цін на придбання житла і збереження низького рівня доступності іпотеки попит на орендне житло з високою вірогідністю може стати превалюючим на житловому ринку. Можливість його реалізації забезпечить схема державно-приватного партнерства, яка створює особливий режим інвестування коштів, особливо на рівні територіальних громад.

Для налагодження взаємовигідних стосунків територіальних органів і бізнес-структур з приводу розвитку орендного житла варто прийняти на державному і муніципальному рівнях низку законодавчих актів, націлених на підтримку державного курсу розвитку орендного житла. Сфера їх компетенції має охоплювати питання надання земельних майданчиків під будівництво

дохідних домів, акумуляцію фінансових ресурсів для оснащення останніх інфраструктурою та інші.

Для масштабного житлового будівництва і забезпечення молоді житлом потрібно реалізувати комплекс заходів, які включають:

- значне розширення сегменту спеціалізованого орендного житла: комерційного, соціального, некомерційного, яке надається населенню в оренду на сприятливих умовах.
- введення програми державних гарантій інвесторам житлового будівництва;
- розвиток і поліпшення науково-дослідницької бази житлового будівництва, впровадження виробничо-технічних заходів, спрямованих на оволодіння сучасними технологіями індустріалізації та підвищення ефективності й якості житлового будівництва;
- нові напрями будівництва житла – кооперативні, муніципальні й індивідуальні форми будівництва житлових будинків, стимулювання адміністративними і ціновими методами громадян, особливо в сільській місцевості та невеликих містах, для масової участі у будівництві житла;
- збільшення частки залучених коштів (іпотеки) у капітальних вкладеннях, що дозволить оновлювати житлові умови раз у 15-18 років;
- виконання урядових програм забезпечення населення житлом організаційно й економічно поєднане з можливостями регіонів і самоврядними територіями;
- розвиток нових форм кредитування житлового будівництва на основі позиково–ощадних інститутів.

6.2. Роль місцевих бюджетів в інвестиційному розвитку галузей соціальної інфраструктури

Державні інвестиції є важливою складовою економічного зростання та досягнення Україною цілей розвитку. Хоча основна частка інвестицій повинна надходити з приватного сектора, уряд має відігравати ключову роль у

просуванні цих приватних капіталовкладень та в забезпеченні базової інфраструктури, якою може користуватися приватний сектор.

Загальний рівень капітальних видатків зведеного бюджету незначний, у 2013 р. становив 1,9 % ВВП та знизився до 1,29 у 2014 р. (у 2004 р. 6 % ВВП). При цьому більше половини цих видатків (1,12 % ВВП) становлять капітальні трансферти підприємствам. За цією статтею витрат, біля 65 % трансфертів є або прямими субсидіями державним підприємствам, або трансфертами розпорядникам бюджетних коштів. Капітальні трансферти становлять значну частину капітальних видатків, витісняючи видатки на інфраструктуру. На трансферти підприємствам витрачається близько половини капітального бюджету. Динаміка їх питомої ваги в загальному обсязі капітальних витрат наведено в табл. 6.23.

Таблиця 6.23

Видатки Зведеного бюджету України за економічною бюджетною класифікацією, тис.гривень

	2004	**2006**	**2008**	**2009**	**2010**	**2011**	**2012**	**2013**	**2014**
Капітальні видатки	20770175	24535786	41152833	20052275	30648152	41946865	40745247	29380202	20199662
Придбання основного капіталу	9622886	11732236	21392315	10799643	14845342	20178514	21770503	17061797	14626040
Капітальні трансферти	10311420	12410663	17704360	9252631	15802810	21768351	18974745	12318406	5573622
% КТ у КВ	49,6	50,6	43,0	46,1	51,6	51,9	46,6	41,9	27,6
ВВП, млн грн	345113	537667	948 056	913 345	1120585	1349178	1459096	1522657	1566728
% капітальних видатків до ВВП	6,02	4,56	4,34	2,20	2,74	3,11	2,79	1,93	1,29
% капітальних трансфертів до ВВП	2,79	2,18	2,26	1,18	1,32	1,50	1,49	1,12	0,93

Джерело: за даними Міністерства фінансів України

Місцеві бюджети відіграють значну роль в інвестиціях в інфраструктуру в Україні. Більше 40% сукупних державних капітальних видатків здійснюються через місцеві бюджети і більш ніж 60% ресурсів, що спрямовуються виключно на капіталовкладення (в основний капітал), використовуються на місцевому

рівні (табл. 6.24). Інвестиції у житлово-комунальний сектор (які охоплюють системи опалення, водопостачання та водовідведення) та у сфери охорони здоров'я й освіти здійснюються, головним чином, через місцеві бюджети. Від бюджетів місцевих органів влади істотно залежать також інші важливі сектори, такі, як транспорт (передовсім, дороги), соціальна допомога.

Таблиця 6.24

Капітальні видатки місцевих бюджетів України

	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Капітальні видатки	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Придбання основного капіталу	62,0	72,8	75,1	75,5	69,8	72,0
Капітальні трансферти	38,0	27,0	24,9	24,5	30,2	28,0
Частка місцевих капітальних видатків у капітальних видатках Зведеного бюджету України, %	47,0	43,3	41,5	39,8	48,5	69,1
% капітальних видатків до ВВП	1,25	1,18	1,29	1,11	0,94	0,89
% капітальних трансфертів до ВВП	0,48	0,32	0,32	0,27	0,28	0,25

Джерело: за даними Міністерства фінансів України

До основних джерел фінансування капітальних видатків на місцевому рівні належать: субвенції з центрального бюджету місцевим бюджетам на інвестиційні проекти (тобто капітальні субвенції /трансферти органам місцевої влади); субвенції державним установам і підприємствам, включаючи субвенції на «цільові програми»; джерела доходів органів місцевого самоврядування, в тому числі «власні» місцеві податки і збори, кошти від продажу землі, плата за забруднення навколишнього природного середовища та інші дрібні джерела надходжень. На перші два джерела припадає найбільша частка в загальній структурі капітальних інвестицій на місцевому рівні.

Відповідно до Закону України «Про місцеве самоврядування в Україні» необхідно розмежовувати поняття поточного бюджету та бюджету розвитку. Під поточним бюджетом розуміють доходи і видатки місцевого бюджету, які утворюються і використовуються для покриття поточних видатків.

Бюджет розвитку – доходи і видатки місцевого бюджету, які утворюються і використовуються для реалізації програм соціально-економічного розвитку, зміцнення матеріально-фінансової бази.

До витрат бюджету розвитку місцевих бюджетів належать:

1) погашення місцевого боргу;

2) капітальні видатки;

3) внески органів влади Автономної Республіки Крим та органів місцевого самоврядування до статутного капіталу суб'єкта господарювання;

4) проведення експертної грошової оцінки земельної ділянки, що підлягає продажу відповідно до законодавства, за рахунок авансу, внесеного покупцем земельної ділянки;

5) підготовка земельних ділянок несільськогосподарського призначення або прав на них державної (до розмежування земель державної та комунальної власності) чи комунальної власності для продажу на земельних торгах та проведення таких торгів;

6) платежі, пов'язані з виконанням гарантійних зобов'язань Автономної Республіки Крим чи територіальної громади міста;

7) розроблення містобудівної документації на місцевому та регіональному рівнях.

Капітальні видатки бюджету розвитку спрямовуються на: соціально-економічний розвиток регіонів; виконання інвестиційних програм (проектів); будівництво, капітальний ремонт та реконструкцію об'єктів соціально-культурної сфери і житлово-комунального господарства; будівництво газопроводів і газифікацію населених пунктів; будівництво і придбання житла окремим категоріям громадян відповідно до законодавства; збереження та розвиток історико-культурних місць України та заповідників; будівництво та розвиток мережі метрополітенів; придбання вагонів для комунального електротранспорту; розвиток дорожнього господарства; придбання шкільних автобусів та автомобілів швидкої медичної допомоги; комп'ютеризацію та

інформатизацію загальноосвітніх навчальних закладів; інші заходи, пов’язані з розширеним відтворенням.

Бюджет розвитку місцевих бюджетів є складовою частиною спеціального фонду місцевих бюджетів.

Кошти бюджету розвитку щодо здійснення заходів на будівництво, реконструкцію і реставрацію об’єктів виробничої, комунікаційної та соціальної інфраструктури розподіляються за об’єктами за рішенням Верховної Ради, ради Автономної Республіки Крим, відповідної місцевої ради при затвердженні місцевих бюджетів та при внесенні змін до них. За об’єктами, строк впровадження яких довший, ніж бюджетний період, визначаються індикативні прогнозні показники бюджету розвитку в складі прогнозу місцевого бюджету на наступні за плановим два бюджетні періоди та враховуються при затвердженні місцевих бюджетів протягом усього строку впровадження таких об’єктів.

Інвестиційну можливість територіальної одиниці визначає обсяг дохідної частини бюджету у вигляді надходжень до місцевого бюджету податків, зборів та інших обов’язкових платежів, а також фізична база: земля, природні ресурси, рухоме та нерухоме майно комунальної власності, що мають свою вартість та формують структуру капіталу муніципального утворення.

Формування інвестиційного ресурсу здійснюється за рахунок як власних, так і позичкових коштів. Власними коштами для органу місцевого самоврядування є надходження до місцевого бюджету (бюджет розвитку), що слугують для покриття значної частини витрат та фінансовим забезпеченням отриманих кредитів. Так, бюджет розвитку територіальної одиниці включає в себе надходження єдиного податку, коштів від відчуження майна, що знаходиться у власності територіальної громади, в тому числі від продажу земельних ділянок несільськогосподарського призначення; надходження дивідендів, нарахованих на акції (частки, паї) господарських товариств; місцеві запозичення, субвенції на виконання інвестиційних проектів, що мають цільове призначення та чітко визначений обсяг. За рахунок таких субвенцій держава фінансує розвиток

пріоритетних галузей, що мають загальнонаціональний характер, або коли держава є замовником і споживачем таких послуг. З метою збільшення інвестиційного ресурсу територіальної громади, відповідно до нової редакції Бюджетного кодексу України, з 01.01.2012 р. до бюджету розвитку зараховуються надходження від пайової участі в інфраструктурних проектах територіальної одиниці. Фактично орган місцевого самоврядування або жорстко лімітує фінансові ресурси капітальних видатків, так як грошовий потік обмежений обсягом бюджету розвитку, який може бути інвестований протягом бюджетного року, або зовсім не здійснює інвестиційні витрати

Обмеженість ресурсів місцевих бюджетів не дає змоги органам місцевого самоврядування здійснювати інвестиції в розвиток місцевої інфраструктури, оновлювати основні фонди комунальних підприємств.

До категорії позичкових коштів відносяться кошти єдиного казначейського рахунку, які муніципалітети можуть отримати через запозичення, та тимчасово вільні грошові кошти (заощадження) суб'єктів господарської діяльності та населення, тобто фінансові ресурси, які через фінансовий ринок трансформуються в інвестиційний капітал.

У багатьох країнах світу одним із альтернативних та значних джерел фінансування місцевого економічного розвитку виступають саме муніципальні запозичення. Так, за рахунок позичок у країнах ЄС формується, як правило, 10–15% доходів місцевих бюджетів. Найвищий показник у Сан-Марино, який становить 69%; у Нідерландах цей показник становить 19%, у Бельгії – 13%, на Кіпрі – 12%, у Чехії – 11%, в Іспанії та Франції – 10%. Світовим лідером з обороту ринку місцевих облігацій є США [152].

Міська рада має право на здійснення внутрішніх запозичень та зовнішніх через випуск облігацій внутрішньої та зовнішньої позики. При цьому надано право керівнику місцевого фінансового органу за рішенням відповідної місцевої ради в межах поточного бюджетного періоду здійснювати придбання державних цінних паперів, а також цінних паперів, емітованих Автономною Республікою Крим, відповідною міською радою, з подальшим поверненням таких коштів до

кінця поточного бюджетного періоду [153]. Рефінансування бюджетів місцевих адміністрацій за допомогою випуску боргових зобов'язань є нормою фіскальної політики будь-якої країни з розвиненою ринковою економікою та дає змогу за допомогою ринку цінних паперів повністю обслуговувати бюджетний дефіцит.

Місцеві запозичення – це сукупність відносин між органом місцевого самоврядування та фізичними і юридичними особами, що передбачають залучення коштів від юридичних та фізичних осіб та виникнення боргових зобов'язань органу місцевого самоврядування як позичальника грошових коштів. Залежно від способу здійснення запозичень розрізняють такі їх основні форми:

• кредити, що залучаються від банківських та інших фінансових установ;

• облігаційні позики, що передбачають емісію муніципальних облігацій;

• вексельні позики, що передбачають емісію короткострокових казначейських векселів та казначейських зобов'язань;

• взаємні позики органів місцевого самоврядування, зокрема, ті, які здійснюються комунальними банками взаємного кредитування (взаємними муніципальними банками);

• казначейські позики, які здійснюються за рахунок тимчасово вільних коштів державного або регіонального бюджету [153].

Кожна форма місцевих запозичень має певну сферу застосування. Кредити здебільшого використовуються для фінансування відносно недорогих та короткострокових проектів; облігаційні позики – для фінансування довгострокових капіталовкладень; вексельні позики – для покриття дефіциту місцевого бюджету поточного року; взаємні позики та казначейські позики – для покриття короткострокових касових розривів.

Найбільш вагому роль у фінансуванні дорогих інвестиційних проектів відіграють саме облігації внутрішньої місцевої позики, які є вагомим інструментом фінансування таких важливих суспільних потреб, як будівництво житла, закладів освіти, охорони здоров'я, культури, спорту. Облігаційна позика як механізм фінансування місцевого економічного розвитку передбачає розміщення

облігацій органами місцевого самоврядування на внутрішньому фондовому ринку на умовах строковості, платності та поверненості.

Облігації місцевих позик (ОМП) є важливою формою боргового фінансування місцевих бюджетів та перспективним інструментом залучення додаткових фінансових ресурсів.

Перші місцеві облігаційні позики в Україні було здійснено у 1995 р. в таких містах, як Київ, Дніпропетровськ, Харків та Донецьк. До середини 1998 р. вже 10 міст випустили облігації місцевих позик на суму майже 200 млн грн. Запозичені кошти використовувалися здебільшого для вирішення проблем комунального господарства, житлового будівництва та розвитку міської транспортної інфраструктури. Найбільш вдалою вважається емісія облігацій Харківською міською радою, кошти від розміщення яких було вкладено в купівлю міських автобусів, що були передані в оренду, а за рахунок орендної плати здійснювалося погашення облігацій.

Негативний вплив на подальший розвиток облігаційних позик в Україні справили дефолт міста Одеси у 1998 р. за облігаціями, випущеними у 1997 р., фінансовий скандал з авалюванням векселів Житомирською обласною владою, а також використання облігаційної позики АР Крим для переказу коштів в офшорні зони. У 1998 р. Указом Президента України було встановлено, що емісія облігацій внутрішніх місцевих позик підлягає реєстрації у НКЦПФР після погодження її розміру з Міністерством фінансів України. Цього року була зареєстрована лише одна емісія облігацій Броварською міською радою на суму 0,5 млн грн. Надалі Міністерство фінансів України протягом чотирьох років не надавало дозволів на випуск облігацій місцевих позик. Із прийняттям у 2001 р. Бюджетного кодексу, який по-новому унормував процедури здійснення місцевих запозичень, процес випуску муніципальних цінних паперів інтенсифікувався, але будь-якої сталої динаміки на ринку місцевих запозичень не спостерігалося.

У 2003 р. була зареєстрована емісія облігацій місцевої позики Київської міської ради на суму 100 млн грн. У серпні 2004 р. до бюджету Донецька було залучено 20 млн грн від випуску трирічних облігацій. Запорізька міська рада

випустила дворічні облігації муніципальної позики на суму 25 млн грн. У 2005 р. НКЦПФР зареєструвала 10 випусків облігацій місцевої позики на загальну суму 345 млн грн. Емісію здійснили 4 міста: Харків, Донецьк, Запоріжжя та Одеса. Протягом 2006 р. на ринку облігаційних позик знову спостерігався спад: зареєстровано 7 випусків облігацій на суму 88,5 млн грн. Емітентами стали 5 міських рад, зокрема, таких міст, як Черкаси, Івано-Франківськ, Комсомольськ, Вінниця та Донецьк [154, 155].

Фінансово-економічна криза, що розгорнулася в Україні у другому півріччі 2008 р., суттєво знизила активність українських міст у застосуванні механізму облігаційних позик. Висока вартість позикових ресурсів (до 25% річних) не дала змоги більшості органів місцевого самоврядування скористатися позиковими ресурсами для наповнення бюджету розвитку. Не вдалося реалізувати плани щодо розміщення облігацій внутрішніх позик міським радам Миколаєва, Києва, Одеси, Харкова. У 2009 р. НКЦПФР зареєстровано лише 3 (з шести запланованих) випуски облігацій внутрішніх місцевих позик Львівською, Луцькою та Донецькою міськими радами. Сума залучених коштів становила 272,3 млн грн, ставка купона все ще залишалася досить непривабливою [155].

У 2010 та 2013 рр. не зареєстровано жодного випуску ОМП (у зв'язку з необхідністю скорочення державного боргу, у тому числі й місцевого, за вимогою МВФ для отримання чергового траншу кредиту [156]. У 2011 р. облігаційні позики здійснили Харківська міська рада на суму 99,5 млн грн та Запорізька міська рада – на суму 25 млн грн. Також Міністерство фінансів у 2010–2011 рр. все ж дало змогу деяким муніципалітетам провести рефінансування шляхом додаткових випусків облігацій внутрішньої місцевої позики (Одеса, Черкаси) та реструктуризації боргових зобов'язань (Луцьк) задля уникнення дефолтів

Протягом січня–жовтня 2012 р. Мінфін погодив 19 місцевих запозичень, з яких 5 міст (Київ, Кременчук, Львів, Запоріжжя, Дніпропетровськ) отримали дозвіл на випуск облігацій внутрішньої місцевої позики з відсотковими ставками за користування залученими коштами від 14% до 19% річних; 9 міст (Вінниця, Житомир, Горлівка, Львів, Павлоград, Конотоп, Краматорськ, Київ, Чернігів) – на

отримання кредитів; трьом містам (Луцьку, Одесі, Харкову) дозволено реструктуризацію і рефінансування [157]. Загалом у 2012 р. Національною комісією цінних паперів та фондового ринку було зареєстровано 12 випусків облігацій місцевих позик на загальну суму 6,9 млрд грн, що порівняно з 2011 р. на 7,5 млрд грн більше.

Протягом 2013 р. українські фінансові ринки діяли в умовах девальваційних очікувань, пов'язаних з виплатами у вересні значних за обсягами боргових зобов'язань України та адміністративними методами регулювання валютного ринку. У 2013 р. органи місцевого самоврядування емісію облігацій не здійснювали. І лише 12 міських рад здійснили запозичення шляхом отримання кредитів від міжнародних фінансових організацій зі строком погашення від трьох до 13 років [158].

У 2014 р. було зареєстровано один випуск облігацій місцевих позик Київської міської ради на суму 2,38 млрд грн з метою рефінансування облігацій попереднього випуску 2012 р. У 2015 та 2016 рр. не було зареєстровано жодного випуску облігацій місцевих позик.

На рис. 6.4 наведена динаміка загального обсягу зареєстрованої емісії та кількість випусків облігацій в Україні за період з 2000 по 2016 рр.

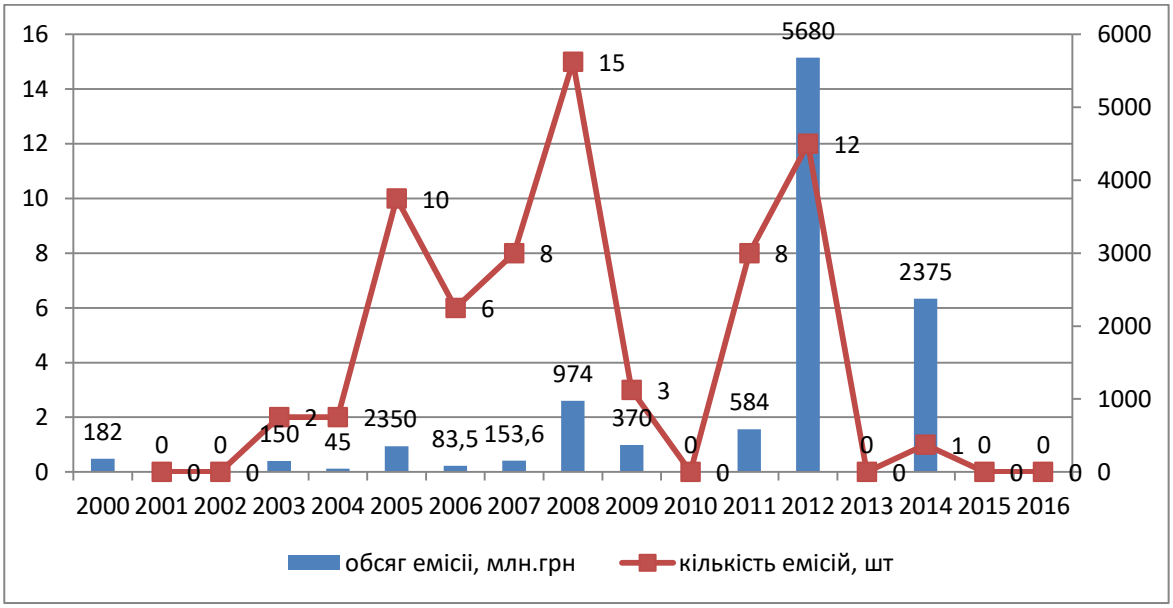

Рис. 6.4. Динаміка зареєстрованих емісій місцевих облігацій у 2000-2016 рр.

Джерело: складено за даними Національної комісії з цінних паперів і фондового ринку України [155].

Отже, динаміка на ринку місцевих запозичень в Україні характеризується нестабільністю та фрагментарністю. За роками певного пожвавлення спостерігалися періоди, коли міста взагалі не здійснювали запозичень. Обсяг емісії муніципальних цінних паперів за період 2001-2016 рр. до показника ВВП у 2014 р. становить лише 0,8 % [145]. Це надзвичайно мало, адже досвід центрально - і східноєвропейських країн із транзитивною економікою, таких країн як Чехія, Польща, Словаччина, Естонія, свідчить про можливість досягнення місцевими запозиченнями рівня 2-3 % ВВП без суттєвих загроз для фінансової стабільності [154].

Водночас для інвесторів місцеві облігації все ще є не досить привабливими. Про це свідчать дані про анулювання випусків (їх скасування) НКЦПФР через неможливість розмістити облігації серед інвесторів за прийнятними для емітента відсотковими ставками. Так, протягом 2011–2012 рр. було анульовано емісії облігацій Дніпропетровська, Львова та Автономної Республіки Крим.

Отже, облігації внутрішньої місцевої позики як фінансовий інструмент для наповнення місцевих бюджетів України не набули значного поширення на території України, а сам ринок муніципальних облігацій розвинений слабо. У той же час саме за рахунок позикових коштів формується суттєва частка доходів місцевих бюджетів європейських країн – 10 % у Франції та Іспанії, 13 % - у Бельгії [154].

Аналіз здійснених у 2003–2012 рр. випусків облігацій внутрішньої місцевої позики свідчить про те, що найчастіше запозичення не мали інвестиційного характеру, випуск облігацій здійснювався з метою фінансування робіт з реконструкції комунального господарства (табл. 6.25).

Таблиця 6.25

Напрями цільового використання запозичених коштів при емісіях місцевих облігацій

Мета позики	Емітент
Придбання обладнання для збирання побутових відходів	Луганськ
Реконструкція котелень,теплових мереж, мереж гарячого водопостачання, вузлів обліку пального та тепла, заходи з енергозбереження	Краматорськ, Луганськ, Луцьк, Львів, Сєвєродонецьк, Харків
Реконструкція житлового фонду	Бердянськ, Луцьк, Харків
Будівництво житлових будинків	Донецьк, Луганськ
Будівництво об'єктів комунального і соціально-культурного призначення, будівництво медичних закладів	Донецьк, Запоріжжя, Луцьк
Реконструкція зелених насаджень парків, скверів	Луганськ
Реконструкція зовнішнього освітлення	Бердянськ, Луганськ, Львів
Розвиток міського громадського транспорту	Краматорськ
Розвиток міського електротранспорту	Кременчуг
Реконструкція доріг та асфальтового покриття прибудинкових територій	Бердянськ, Бориспіль, Вінниця, Донецьк, Луганськ, Луцьк, Львів, Харків, Черкаси
Реконструкція закладів освіти	Луцьк
Внески у статутні фонди комунальних підприємств (придбання обладнання)	Харків
Реалізація екологічного проекту з переробки твердих відходів у м. Сімферополь	АР Крим
Будівництво стадіону для проведення фінальної частини чемпіонату Європи з футболу 2012 р. Будівництво та реконструкція об'єктів комунального і соціально-культурного призначення та розвитку транспортної інфраструктури у зв'язку з підготовкою до проведення фінальної частини чемпіонату Європи з футболу 2012 р.	Львів Донецьк, Харків
Погашення заборгованості за векселями; виконання кредитної угоди; забезпечення подальшого розвитку дорожньо-транспортної інфраструктури та поліпшення транспортного забезпечення; будівництва об'єктів водопровідно-каналізаційного господарства; розвитку паливно-енергетичного комплексу; виконання робіт із капітального ремонту житлового фонду; внесків органів місцевого самоврядування у статутні фонди суб'єктів підприємницької діяльності	Київ

Джерело: складено за даними Національної комісії з цінних паперів і фондового ринку України .

На сьогодні в Україні існує низка перешкод для подальшого розвитку ринку місцевих запозичень. Це, зокрема:

низька інституційна спроможність органів місцевого самоврядування самостійно організовувати випуск облігацій і відповідно висока вартість такої організації через користування послугами професійних посередників;

обмеженість джерел доходів бюджетів розвитку, за рахунок яких здійснюється погашення основної суми місцевого боргу, що знижує можливості здійснювати запозичення; використання залучених коштів на фінансування переважно проектів, ефект від реалізації яких безпосередньо не призводить до збільшення доходів місцевих бюджетів у майбутньому;

неврахування органами місцевого самоврядування ймовірних ризиків (політичних , валютних), пов'язаних з обслуговуванням та погашенням боргових зобов'язань;

зниження вимог до дотримання фіскальної дисципліни органами місцевого самоврядування шляхом списання заборгованості за позиками з єдиного казначейського рахунку, надання дозволів на здійснення запозичень для погашення зобов'язань за раніше випущеними облігаціями та ін.

Вітчизняний ринок місцевих позик виявився надзвичайно чутливим до погіршення макроекономічної ситуації в країні, що проявилось у зменшенні його обсягів і подорожчанні ресурсів. Водночас делегування управлінських повноважень місцевому самоврядуванню і розширення його фінансової автономії є необхідним. Тому подальше пожвавлення ринку місцевих запозичень пов'язано, насамперед, зі стабілізацією політичної й економічної ситуації в країні та проведенням низки інституційних і структурних реформ. На сьогодні актуальним є виявлення перспектив для подальшого розвитку місцевих запозичень в Україні та урізноманітнення боргових інструментів органів місцевого самоврядування.

Перевагами здійснення облігаційних позик для органів місцевого самоврядування, економіки окремого міста та національної економіки є [159, с. 82]:

– збільшення ресурсів для фінансування зростаючих потреб в об’єктах інфраструктури;

– можливість міжчасового вирівнювання навантаження на місцеве населення;

– підвищення ринкової дисципліни органів місцевого самоврядування;

– розширення обсягів і структури фінансового ринку;

– поліпшення інвестиційного іміджу міста;

– покращення конкурентних позицій юрисдикції, що здійснює запозичення, порівняно з іншими.

Потенційні ризики здійснення облігаційних позик [159, с. 82]:

– зменшення обсягів фінансування поточних видатків;

– нерівномірний розподіл вигод і витрат між різними поколіннями місцевого населення;

– збільшення залежності органів місцевого самоврядування від центрального уряду, адже надмірний місцевий борг може створювати політичний і фіскальний тиск на центральний уряд, що підвищує ймовірність перекладення на нього відповідальності за місцевими позиками та перетворення в додатковий інструмент тиску центральної влади на органи місцевого самоврядування.

З огляду на ці недоліки боргового фінансування місцевого економічного розвитку в багатьох країнах поширеним є закріплення в законодавстві “золотого правила”, згідно з яким за рахунок місцевих запозичень мають фінансуватися капітальні видатки місцевих органів, особливо оновлення і розширення місцевої інфраструктури, що забезпечують створення суспільно значущих об’єктів довготривалого користування. Для зменшення навантаження на місцеві бюджети з обслуговування запозичень доцільно, щоб принаймні частина облігаційних позик були дохідними. Це надасть змогу не тільки розширити комунальну інфраструктуру, а й суттєво зміцнити матеріально-фінансову базу муніципалітетів, оскільки такі запозичення спрямовуються не стільки на розв’язання місцевих проблем, скільки на вирішення стратегічних завдань, що дають змогу досягнути якісно вищого рівня місцевого економічного розвитку.

“Золоте правило” також передбачає врахування часового фактора, тобто синхронності періодів обслуговування і погашення місцевого боргу та періодів отримання вигод від реалізованих проектів. Таким чином має забезпечуватися принцип, згідно з яким за отримані вигоди у вигляді збільшення обсягів місцевих суспільних послуг, покращення їх якості мають сплачувати ті покоління, які безпосередньо ними користуються. При здійсненні облігаційних позик виправданим також є підхід, згідно з яким щорічні додаткові витрати на обслуговування і погашення місцевого боргу мають не перевищувати обсяги зростання доходів місцевих бюджетів [160, с. 803].

Важливою умовою досягнення позитивного ефекту від здійснення облігаційних позик є відповідний рівень управління запозиченнями, тобто проведення зваженої боргової політики з вираховуванням всіх переваг та недоліків різних форм залучення позикових коштів. Перед органами місцевого самоврядування постає завдання забезпечити оптимальну структуру боргу з метою мінімізації видатків на його обслуговування, підтримання економічно безпечного рівня боргового навантаження, забезпечення рівномірного в часі графіка виплат за борговими зобов’язаннями.

Ситуація, що склалася на ринку облігацій місцевих позик у 2013 р., пояснюється, звісно, нездатністю місцевих бюджетів конкурувати з державою, яка перебирає на себе левову частку ліквідності на внутрішньому ринку запозичень (наприклад, шляхом випуску ОВДП Міністерству Фінансів України в 2013 р. вдавалося досить активно залучати кошти). У цьому ж році більшість органів місцевого самоврядування стикнулися з ускладненнями розрахуватися за попередніми облігаційними випусками [161]. Разом із зазначеними причинами призупинення випуску облігацій місцевої позики в цей період відзначається і політична криза в Україні, яка виникла наприкінці 2013 р.

Міжнародне рейтингове агентство Moody’s Investors Service знизило суверенний кредитний рейтинг України в 2013 р. до рівня “Caa1”, а на початку 2014 р. – до рівня “Caa2” з негативним прогнозом. Міжнародне рейтингове агентство Standard & Poor’s знизило рейтинги України за зобов’язаннями в

іноземній валюті до “CCC+/C” у зв’язку зі складною політичною ситуацією. Як правило, рейтинги такого рівня свідчать про переддефолтний стан; боргові зобов’язання є дуже низької якості та мають високий кредитний ризик. Слідом за зниженням суверенного рейтингу України також знизилися рейтинги Києва і Харкова до рівня “Caa2” з негативним прогнозом; така ж ситуація спіткала і решту українських міст [162].

В Україні на сьогодні в обігу перебувають 18 емісій місцевих облігацій українських еміентів. Сукупний обсяг емісій в обігу становить лише 10,3 млрд грн. Загалом в Україні розмір місцевого боргу становить близько 1,5% від ВВП. Отже, можна вважати, що переддефолтний стан українських міст-позичальників здебільшого є технічним, оскільки, зрозуміло, їхні рейтинги не можуть бути вищими за рейтинг країни [162].

Аналіз основних факторів впливу фінансової та політичної кризи на ринок місцевих запозичень України вказує на існування суперечностей: між зменшенням фінансових можливостей органів місцевого самоврядування та збільшенням їх потреби у фінансових ресурсах для виконання власних функцій в умовах економічної кризи; між зниженням інвестиційного потенціалу покупців місцевих боргових інструментів, насамперед, комерційних банків та інституційних інвесторів і необхідністю залучати капітал з покращеними параметрами, передусім, щодо вартості та термінів залучення; між загостренням конкуренції на вітчизняному фінансовому ринку, насамперед, з боку держави, і нестабільною позицією органів місцевого самоврядування; між погіршенням параметрів боргового капіталу, що залучається на фінансовому ринку, необхідністю дотримуватися встановлених на рівні законодавства обмежень щодо максимальних видатків на обслуговування боргу [163].

За таких умов міста мають ставити перед собою набагато складніші питання, ніж просто “позичати чи не позичати?”, а саме про доцільність таких запозичень, можливості, які відкриваються у зв’язку з отриманням позики, та про наслідки, пов’язані з обслуговуванням та погашенням боргу. Зважена оцінка та управління ризиками за місцевими запозиченнями в органах місцевого

самоврядування є першим кроком на шляху посилення власної самодисципліни та самоконтролю. Зі світової практики доведено, що обмеження, встановлені центральним урядом, є менш ефективними, ніж самостійно встановлені правила. Перехід до фінансової самодисципліни та самоконтролю є тривалим процесом і тісно корелюється з демократизацією публічного управління, оскільки передбачає активну участь місцевої громади у прийнятті ключових рішень щодо місцевого розвитку.

У цьому контексті досвід бюджетного менеджменту органів місцевого самоврядування потрібно переглянути з огляду на те, чи він заохочує, чи заважає місцевим політикам у прийнятті бюджетної відповідальності. Тому управління місцевим боргом є не стільки проблемою фіскальної спроможності, як проблемою самоконтролю. Формальне дотримання інституційних правил щодо запозичень і боргу при цьому не є суттєвим. Органи місцевого самоврядування мають взяти на себе відповідальність за свої фінансові рішення не тільки відповідно до закону, а також відчуваючи відповідальність перед платниками податків. Місцевий борг, таким чином, є оптимальним рішенням для фінансування місцевих інвестицій, оскільки він встановлює баланс інтересів між тими, хто приймає рішення, бенефіціарами і платниками податків.

Для економічного відновлення країни надзвичайно важливе значення має вибір адекватної стратегії управління місцевим боргом, оскільки надлишкове запозичення чи його нераціональне використання можуть призвести до боргової кризи. Політика місцевої влади має забезпечувати утримання розміру місцевих позик в економічно безпечних межах, а витрати на їх обслуговування мають бути мінімізовані у середньо- та довгостроковому періодах. Головні джерела ризиків мають бути чітко визначені й підлягати пильному моніторингу [164].

Боргове фінансування також вимагає зваженої й проактивної фінансової політики, в якій витрати і вигоди оцінені окремо для кожного інвестиційного проекту, а обсяг інвестицій скоригований відповідно до реальної фіскальної спроможності. Враховуючи необхідність значних інвестицій в інфраструктуру і водночас обмеженість фінансових ресурсів, органи місцевого самоврядування

об’єктивно зацікавлені в прийнятті на себе бюджетної відповідальності як провідного принципу фінансового менеджменту.

Отже, зміцнення фінансової автономії органів місцевого самоврядування вимагає від місцевої влади посилення ініціативності в пошуку альтернативних ресурсів розвитку. Система міжбюджетних відносин також потребує трансформації в напрямі збільшення фіскальної автономії органів місцевого самоврядування і розширення власних доходів. Тому муніципальні позики є надійним джерелом наповнення місцевих бюджетів та одним із найважливіших інструментів фінансування нагальних суспільних потреб. Для забезпечення стабільності місцевих фінансів і формування ефективних ринків місцевих запозичень мають обов’язково проводитися широкі суспільно-економічні реформи та забезпечуватися макроекономічна стабільність в державі.

6.3. Залучення інвестиційних джерел для розвитку соціальної інфраструктури через механізм державно-приватного партнерства

Забезпечення населення якісними послугами соціальної інфраструктури, будівництво нових та модернізація існуючих закладів соціального призначення – це важливі завдання, покладені на органи місцевого самоврядування.

Проте їх вирішення ускладнюється глибокими проблемами соціальної інфраструктури, такими як застарілі технології та матеріальна база, стан якої постійно погіршується у зв’язку з обмеженим бюджетним фінансуванням; скорочення мережі об’єктів гуманітарного і медичного призначення, що частково пов’язано з недоліками і витратами процесів приватизації організацій соціальної сфери (втрата профілю роботи, переобладнання раніше займаних площ під інші цілі та ін.); необґрунтовані регіональні відмінності у забезпеченості та доступності закладів соціальної інфраструктури, часто не обумовлені соціально-економічним станом території; зростання витрат населення на послуги закладів соціальної інфраструктури, що негативно відображається на рівні життя та доступності соціальних послуг та ін.

Одним з ефективних та перспективних інструментів економічного і соціального розвитку на регіональному та місцевому рівні, засобом залучення коштів у проекти, де державні та місцеві органи влади намагаються зберегти контроль та налагодити співпрацю з інвесторами, є державно-приватне партнерство. Під час такого співробітництва між державою і суб'єктами господарювання досягаються кращі техніко-економічні показники та результати господарювання, ефективніше використовуються державні ресурси і комунальне майно.

На початку 1990 років в країнах Європи та Америки почали використовувати механізм державно-приватного партнерства (ДПП) [165], що дозволяє без приватизації майна, яке належить державі чи громаді, залучати приватного партнера до його модернізації.

В Україні питання розвитку відносин державно-приватного партнерства та його ролі у підвищенні ефективності впровадження інфраструктурних проектів як на національному, так і на місцевому рівнях також набуває актуальності. При обмеженості фінансових ресурсів державного та місцевого бюджетів для забезпечення потреб галузей соціальної сфери в інвестиціях одним із перспективних рішень інвестиційної проблеми в житловому будівництві, культурі та туризмі, частково в освіті та охороні здоров'я є поєднання державних та приватних джерел для реалізації інвестиційних програм та проектів. Про це свідчить розробка нормативно-правової бази для таких відносин: прийняття Закону України "Про державно-приватне партнерство" [166] та його вдосконалення з метою усунення регуляторних бар'єрів для розвитку державно-приватного партнерства та стимулювання інвестицій, в якому визначено організаційно-правові засади взаємодії державних та приватних партнерів та основні принципи державно-приватного партнерства на договірній основі (Закон України «Про внесення змін до деяких законів України щодо усунення регуляторних бар'єрів для розвитку державно-приватного партнерства та стимулювання інвестицій в Україні» (який президент підписав 22 лютого 2016 року) [167].

У той же час реалізація проектів у соціальній інфраструктурі в Україні із застосуванням механізму державно-приватного партнерства залишається недостатньо поширеним явищем, хоча необхідність модернізації та розвитку інфраструктури визріла давно. Неоднозначні тенденції в освоєнні інвестицій за галузями соціальної інфраструктури свідчать про необхідність розробки інвестиційної політики держави в галузі соціальної інфраструктури (рис. 6.5).

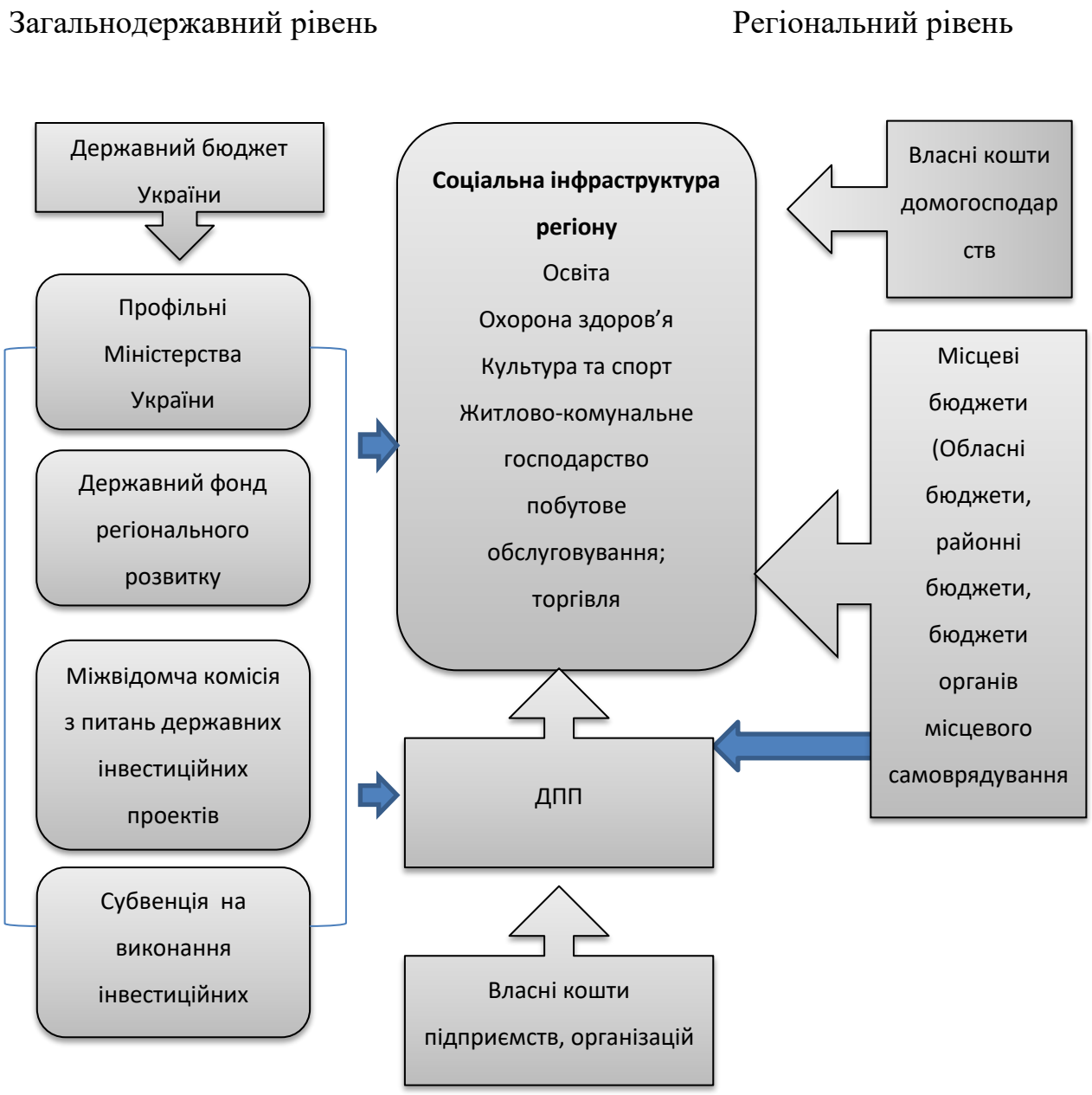

Рис. 6.5. Інвестиційні джерела розвитку соціальної інфраструктури

Термін “Public Private Partnership” у вітчизняній літературі часто перекладається як “державно-приватне партнерство”, “приватно-державне партнерство”, “публічно-приватне партнерство”. Оскільки в якості публічного партнера можуть виступати не тільки органи державної влади, але й органи місцевого самоврядування, потужні громадські організації та благодійні фонди, найбільш близьким до відображення змісту, як пропонують українські фахівці, є термін “публічно-приватне партнерство”. Проте у відповідному законі використовується термін «державно-приватне партнерство», що відображає провідну роль держави. За визначенням Закону України «Державно-приватне партнерство - співробітництво між державою Україна, Автономною Республікою Крим, територіальними громадами в особі відповідних державних органів та органів місцевого самоврядування (державними партнерами) та юридичними особами, крім державних та комунальних підприємств, або фізичними особами - підприємцями (приватними партнерами), що здійснюється на основі договору в порядку, встановленому цим Законом та іншими законодавчими актами, та відповідає ознакам державно-приватного партнерства, визначеним цим Законом» [166].

У сучасному розумінні партнерство державного і приватного секторів означає таку форму співпраці між державними органами влади та світом бізнесу, що має на меті забезпечити фінансування, будівництво, відновлення, управління або утримання інфраструктури чи надання суспільних послуг. Відмінною характеристикою публічно-приватного партнерства є те, що воно формується для досягнення як соціально важливих, так й економічно вигідних цілей [158, с.8].

Державно-приватне партнерство є доцільним для розвитку та забезпечення нормального функціонування суспільно значущих об’єктів, експлуатація яких потребує значних бюджетних коштів. Такими об’єктами є підприємства комунальної сфери, автомобільні дороги, аеропорти, навчальні заклади та заклади охорони здоров’я та інші. Державно-приватне партнерство може стати суттєвим кроком на шляху вирішення важливих для всього

суспільства соціально-економічних проблем. Хоча публічно-приватні партнерства найбільш поширені в комунальній і транспортній інфраструктурі, в багатьох країнах світу також набувають поширення проекти ДПП і в окремих секторах соціальної інфраструктури, таких як охорона здоров'я, освіта, туристична галузь та збереження культурної спадщини.

Проекти державно-приватного партнерства мають певні характеристики, що відрізняють їх від інших форм відносин держави і приватного бізнесу:

- щоб розглядати проект як ДПП, він повинен ґрунтуватися на довгостроковому договорі (наприклад, у випадку концесії – до 50 років) із чітко розподіленими ризиками між приватним і державним партнерами;
- специфічні форми фінансування проектів, перш за все, за рахунок приватних інвестицій, доповнених державними фінансовими ресурсами, або спільне інвестування декількох учасників;
- реалізація партнерських відносин у конкурентному середовищі, коли для відбору партнера приватного сектору проводиться конкурс за участю декількох потенційних учасників;
- розподіл відповідальності між партнерами, який передбачає, що державний партнер визначає цілі проекту в контексті інтересів суспільства, а також кількісні та якісні показники, виконує моніторинг реалізації проекту, а приватний партнер здійснює оперативну діяльність на різних етапах проекту: розробки, фінансування, будівництва та експлуатації, управління, реалізації послуг споживачам (рис. 6.6).

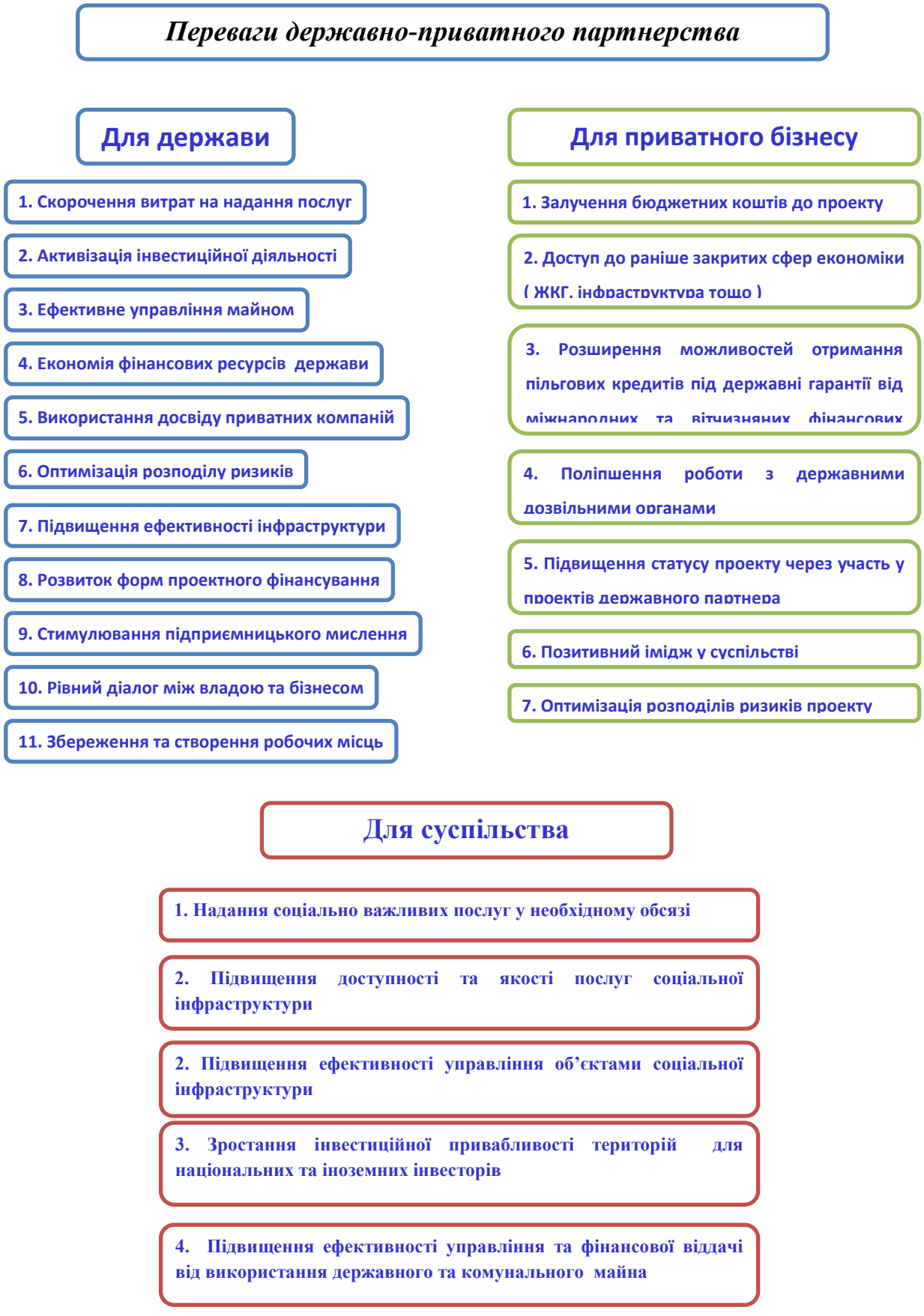

Рис. 6.6. Переваги державно-приватного партнерства

Відповідно до матеріалів Європейської економічної комісії ООН «Guidebook on Promoting Good Governance in Public-Private Partnership» (Женева, 2008) прийнята міжнародна типологія моделей інфраструктурних проектів державно-приватного партнерства:

- BOT (Build — Operate — Transfer) — «будівництво — управління — передача»: приватний партнер здійснює будівництво та експлуатацію (в основному — на правах власності) протягом встановленого строку, після чого об'єкт передається державі;
- BTO (Build — Transfer — Operate) — «будівництво — передача — управління»: приватний партнер будує об'єкт, який передається державі (концеденту) у власність відразу після завершення будівництва, після чого він передається в експлуатацію концесіонеру;
- BOO (Build — Own — Operate) — «будівництво — володіння — управління»: приватний партнер будує об'єкт і здійснює подальшу експлуатацію, володіючи ним на правах власності, термін дії якого не обмежується;
- DBFO (Design — Build — Finance — Operate) — «розробка — будівництво — фінансування — управління»: приватна компанія розробляє і будує медичний заклад відповідно до вимог і стандартів, затверджених органами влади, а також фінансує капітальні витрати і здійснює управління об'єктом;
- DBFM (Design — Build — Finance — Maintain) — «розробка — будівництво — фінансування — утримання»: даний вид контрактів передбачає додаткове надання неклінічних послуг, у тому числі окремих (прибирання, логістика, безпека тощо);
- DBB (Design — Bid — Build) — «розробка — тендер — будівництво»: модель, заснована на поділі функцій розробки та створення медичної установи між незалежним приватним розробником та іншою приватною компанією, що здійснює функції підрядника;

- BOOT (Build — Own — Operate — Transfer) — «будівництво — володіння — управління — передача»: приватний інвестор будує об’єкт, що знаходиться в його власності, орган влади надає медичні послуги протягом певного періоду, потім право власності переходить до органу влади;
- BOLB (Buy — Own — Lease — Back) — «придбання — володіння — повернення з лізингу»: приватний підрядник купує медустанову, а потім за лізинговою угодою передає в управління органам влади.

На відміну від наведеної типології прийнята Світовим банком практика, крім класифікації найпоширеніших моделей ДПП при реалізації інфраструктурних проектів, характеризує основні принципи розподілу ризиків між державою і приватним сектором, а також диференціює їх за наступними чотирма категоріями [169]:

а) «Контракти на управління й оренду» (Management and Lease Contracts) – модель ДПП, коли приватна компанія бере на себе управління державним інфраструктурним об'єктом на фіксований період часу. При цьому право власності й обов'язок фінансування залишаються у держави. В дану групу потрапляють наступні різновиди даної моделі:

«Контракт на управління» (MC – Management Contract) – держава оплачує приватній компанії її витрати з управління своїми активами; за експлуатаційні ризики несе відповідальність держава;

«Договір оренди» (LC – Lease Contract) – держава надає своє майно (інфраструктурні об'єкти) в оренду приватному операторові на зворотній основі; експлуатаційні ризики приватна компанія бере на себе;

б) «Концесії» (Concessions) – модель ДПП, коли приватний сектор бере на себе управління приналежною державі власністю (інфраструктурного об'єкта) і значні інвестиційні ризики протягом певного періоду. До даної групи належать наступні різновиди моделі:

«Відновлення (реконструкція), експлуатація і передаваня» (ROT – Rehabilitate, Operate and Transfer) – приватний інвестор відновлює

(реконструює) існуючий об'єкт, потім здійснює його експлуатацію протягом установленого договірного терміну, приймаючи на себе пов'язані з цим ризики, а потім повертає об'єкт державі;

«Відновлення, оренда і передача» (RLT – Rehabilitate, Lease or Rent and Transfer) – приватний інвестор відновлює (реконструює) існуючий об'єкт, потім орендує або бере його у державного власника в лізинг на зазначений у контракті період часу, приймаючи на себе всі пов'язані з цим ризики, а потім повертає його державі;

«Будівництво, відновлення (реконструкція), управління і передача» (BROT – Build, Rehabilitate, Operate and Transfer) – приватна компанія здійснює нове будівництво (реконструкцію) інфраструктурного об'єкта, потім експлуатує його протягом періоду дії контракту, приймаючи на себе всі пов'язані з цим ризики, а потім повертає його державі;

в) «Проекти “з чистого аркуша”» (Greenfield Projects) – приватна компанія або спільне державно-приватне підприємство здійснює будівництво й експлуатацію нового інфраструктурного об'єкта протягом періоду контракту, після закінчення якого об'єкт може бути повернутий державі. До даної групи належать наступні різновиди моделі:

«Будівництво, оренда і передача» (BLT – Build, Lease and Transfer) – приватний інвестор здійснює будівництво нового інфраструктурного об'єкта, приймаючи на себе власні ризики, передає готовий об'єкт у власність державі, потім орендує та експлуатує його, приймаючи на себе всі ризики до закінчення терміну оренди. Держава зазвичай забезпечує приватній компанії гарантію мінімального доходу через викуп послуг інфраструктурних об'єктів на тривалий період («take-or-pay contracts») або компенсацію мінімального трафіка;

«Будівництво, експлуатація і передача» (BOT – Build, Operate and Transfer) – приватний інвестор здійснює будівництво й експлуатацію нового інфраструктурного об'єкта, приймаючи на себе ризики, потім передає його державі після закінчення терміну дії контракту. Приватний інвестор може мати

право власності на створені об'єкти протягом контрактного періоду. Держава зазвичай забезпечує приватній компанії гарантію мінімального доходу через викуп послуг інфраструктурних об'єктів на тривалий період («take-or-pay contracts») або компенсацію мінімального трафіка;

«Будівництво, володіння й експлуатація» (BOO – Build, Own, and Operate) – приватний інвестор здійснює будівництво, володіння та експлуатацію нового інфраструктурного об'єкта, приймаючи на себе всі ризики. Держава зазвичай забезпечує приватній компанії гарантію мінімального доходу через викуп послуг інфраструктурних об'єктів на тривалий період («take-or-pay contracts») або компенсацію мінімального трафіка;

«Комерсант» (Merchant) – приватний інвестор здійснює будівництво нового інфраструктурного об'єкта, вигравши конкурс на вільному конкурентному аукціоні, за умовами якого держава не надає гарантію доходу приватному інвесторові. Приватна компанія приймає на себе всі будівельні, експлуатаційні та інші ризики по проекту;

«Оренда» (Rental) — приватний інвестор здійснює будівництво, володіння й експлуатацію нового інфраструктурного об'єкта, приймаючи на себе всі ризики, а потім передає його в оренду державі, як правило, на період від 1 до 15 років. Держава при цьому забезпечує приватному партнерові гарантію мінімального доходу через викуп послуг інфраструктурних об'єктів на короткий період («short-term purchase agreements»);

г) «Передача активів» (Divestitures) – приватна компанія купує пакет акцій державного підприємства, що володіє інфраструктурним об'єктом, через публічний продаж активів, програми приватизації та інші механізми. У дану групу входять наступні моделі:

«Повна» (Full) – держава передає 100% пакету акцій державного підприємства приватній компанії; «Часткова» (Partial) – держава передає деякий пакет акцій державного підприємства приватній компанії. Це може передбачати передавання управління інфраструктурним об'єктом приватній компанії [170].

За методологією Світового банку, інфраструктурний проект може розглядатися як проект державно-приватного партнерства, тільки якщо приватна компанія приймає на себе частину експлуатаційних ризиків разом з експлуатаційними витратами та асоційованими ризиками. І це не залежить від того, чи експлуатує приватна компанія державний інфраструктурний об'єкт самостійно або разом з державним органом через володіння пакетом акцій компанії – власника об'єкта або іншим способом. Наприклад, у моделях першої розглянутої групи («Контракти на управління й оренду») передавання частини експлуатаційних ризиків приватній компанії, як правило, здійснюється через механізм контрактних зобов'язань. У моделях третьої і четвертої групи («Проекти “з чистого аркуша”» і «Передача активів»), крім передачі зобов'язань (ризиків) за контрактом, використовується спосіб передачі за допомогою придбання приватним інвестором пакета акцій компанії – балансоутримувача інфраструктурного об'єкта [170].

Слід зазначити, що більшість інфраструктурних проектів з приватною участю можна віднести до однієї з розглянутих вище груп моделей ДПП. Однак відповідно до тієї ж методології Світового банку, межі між цими групами і, відповідно, моделями ДПП не завжди чітко окреслені, а деякі проекти можуть бути віднесені більш ніж до однієї моделі ДПП. У цьому випадку проект вважається приналежним тій моделі, яка краще відображає ризики приватного сектора.

Дослідження показують, що за період з 1990 р. найбільша кількість (одна третина) реалізованих інфраструктурних проектів на основі ДПП припадає на країни Європейського Союзу, близько чверті — на країни Азії/Океанії і Північної Америки. На частку країн Латинської Америки припадає п'ята частина, а проекти, що залишилися, — на частку країн Африки і Близького Сходу.

В Європі угоди державно-приватного партнерства набули поширення в якості засобу фінансування суспільної інфраструктури. Всебічна макроекономічна оцінка державно-приватного партнерства в Європейському

Союзі була дана в дослідженні Європейського інвестиційного банку «Public-private partnerships in Europe – before and during the recent financial crisis» [171]. Зазначений документ представляє опис діяльності в галузі ДПП в ЄС з аналізом як по секторах, так і по країнах. В останні роки в ЄС ДПП розвивалося від традиційного спрямування в транспортному секторі до галузей будівництва громадських споруд та їх обладнання (школи, лікарні тощо) й упорядкування навколишнього середовища (водопостачання і каналізація, боротьба зі спустошенням тощо) [172; 173].

За обсягами інвестицій у проекти ДПП транспортний сектор є найбільш активним. З обсягом інвестицій у 9,6 млрд євро він складає понад половину загальної ринкової вартості проектів ДПП в Європі. Сектор охорони здоров'я найбільш швидко зростаючий у 2013 р. у вартісному виразі. Тут було реалізовано 12 проектів на суму 1,5 мільярда євро (382 млн євро в 2012 р.). Кількість угод, реалізованих у секторі освіти, досягла 21, що робить його найбільш активним сектором у 2013 р. за кількістю проектів. Сектори громадського порядку і безпеки та відпочинку і культури значно скоротились у вартісному виразі (на 59 % і 41 % відповідно).

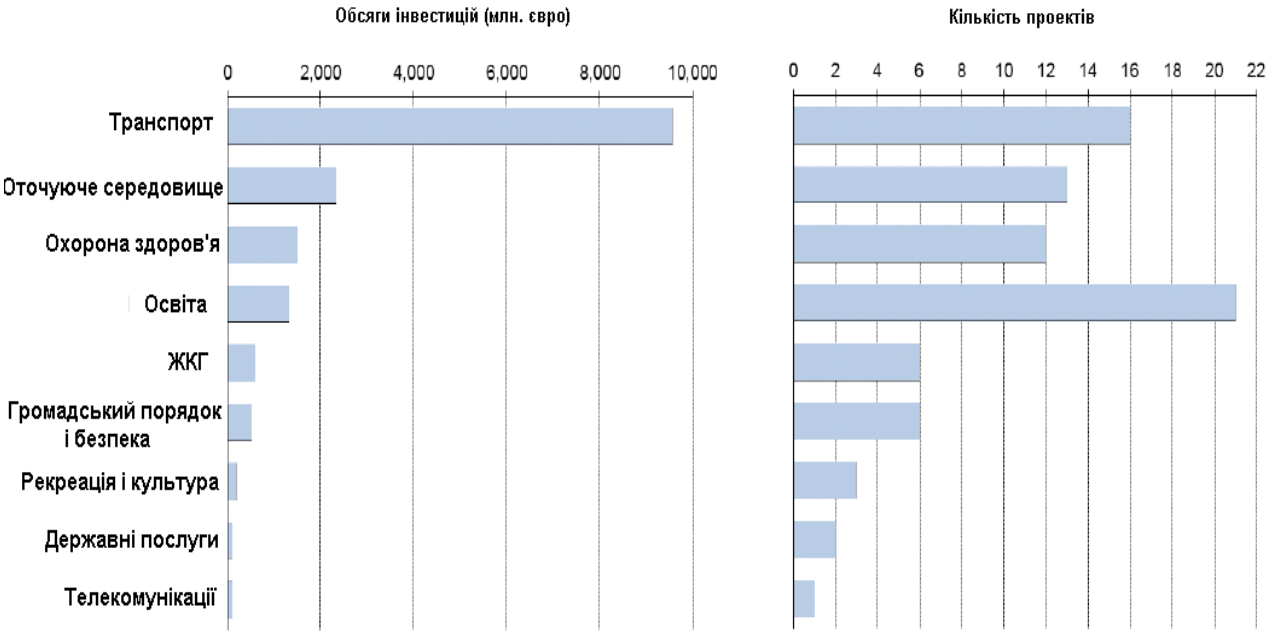

Рис. 6.7. Розподіл інвестицій і проектів ДПП за секторами українах-членах ЄС у 2013 р. [174, с.11]

6.4. Практика державно-приватного партнерства розвинутих країн

Державно-приватні партнерства у сферах освіти та охорони здоров'я формуються, враховуючи те, що освіта та охорона здоров'я – це основоположні сфери діяльності для національного розвитку; та характер сфер охорони здоров'я та освіти як суспільного блага, а також необхідні зусилля і ресурси для задоволення потреб суспільства в цих двох сферах діяльності потребує тісного співробітництва всіх залучених сторін як державного, так і приватного сектору.

Публічно-приватні партнерства у зазначених сферах є досить поширеними у Великій Британії, що підтверджується збільшенням кількості відповідних проектів з 1% у період 1995-1999 рр. до майже 20% у період 2005-2009 рр. від загальної кількості ДПП у різних секторах транспортної, комунальної та соціальної інфраструктури. Для континентальної Європи публічно-приватні партнерства у галузі освіти – це відносно нове явище, і їх кількість в цих країнах залишається незначною.

Велика Британія є одним із світових лідерів за кількістю укладених угод ДПП у галузі охорони здоров'я. Якщо в період 1990-1994 рр. публічно-приватні партнерства складали близько 5% від загального обсягу інвестицій у галузь охорони здоров 'я Великої Британії, то в період 2005-2007 рр. цей показник зріс до 40%. У галузі освіти проекти із залученням приватного фінансування складають близько 19% [175].

Приватна фінансова ініціатива (Private Financing Initiative) у Великій Британії, створена у 1992 р., стала основним інструментом реалізації ДПП в освітній сфері. Спільні державно-приватні проекти реалізуються, як правило, через концесії, концесійні угоди: на довгостроковій основі; на основі розподілу ризиків, відповідальності, витрат та доходів; на основі об'єднання ресурсів з метою досягнення певного результату. Недержавний сектор виступає виконавцем: розробляє проектну документацію, будує шкільні та облаштовує навчальні приміщення. Як правило, виконавцем виступає не одна компанія, а консорціум, який створюється на конкурсних засадах. Контракт укладається на

тривалий період (до 30 років). Сам процес навчання залишається відповідальністю держави. Найбільш відомі такі великомасштабні проекти PFI: Glasgow School Project (225 млн ф.ст.), Northamptonshire Schools Project (192 млн ф.ст.). Будівельною компанією Balfour Beatty розпочато великий проект щодо будівництва на основі концесії 21 школи протягом 31 року. Цей проект був ініційований Освітньою радою Північного Ланкашира в Шотландії у 2004 р.

ПФІ покликана залучати приватні інвестиції в будівництво великих державних об'єктів. Суть її зводиться до того, що приватний бізнес фактично сам здійснює будівництво державного об'єкту і фінансує всі витрати по будівництву зі своїх коштів. Компенсація витрат інвестора здійснюється або за рахунок доходів від експлуатації, або за рахунок платежів з бюджету. Держава проводить розрахунки з підрядником тільки після завершення будівництва об'єкта інфраструктури і повного його оснащення, при цьому дохід підрядника становить 10-14% від витраченої суми. У більшості випадків інвестор залучається до подальшої експлуатації об'єкта та організації його діяльності. У цьому випадку в його обов'язки так само буде входити підтримка збудованої споруди протягом усього часу його експлуатації (25 років). Таким чином, уряд не має витрачати великі суми грошей відразу для фінансування великих будівельних проектів. В результаті використання приватної фінансової ініціативи Великобританія отримала можливість забезпечити будівництво великої кількості державних об'єктів, не збільшуючи податки. ПФІ сприяла збільшенню обсягів і прискоренню темпів капітального будівництва у Великобританії при певному рівні державних витрат.

ПФІ також стимулює скорочувати час завершення проекту, що в цілому сприяє перекладанню частини ризиків, пов'язаних з будівництвом і обслуговуванням цих проектів із державного сектора на приватний сектор. Фінансові консультанти, такі як інвестиційні банки, допомагають управляти процесом торгів, переговорів і фінансування.

ПФІ іноді піддаються критиці за те, що ці механізми дозволяють уникати податкових зобов’язань. Ключовим недоліком є те, що відсотки і платежі, пов'язані з ПФІ, стають тягарем майбутніх платників податків. Крім того, механізми іноді включають в себе не тільки будівництво, а й поточне обслуговування по його завершенню, що ще більше збільшує майбутню вартість податкового тягаря цих проектів.

Освіта (в основному, будівництво шкіл) є головним сектором програм ПФІ. За даними журналу «ДПП Журнал», за весь час використання ПФІ у Великобританії було реалізовано 694 проекти ДПП, причому 225 з них - у сфері освіти, 214 - у сфері охорони здоров'я. За 20 років використання приватних коштів у будівництві й експлуатації інфраструктурних проектів у Великобританії було побудовано близько 130 лікарень. Більшість із цих проектів є успішними (наприклад, госпіталь Queen Elizabeth), але так само зустрічаються не особливо вдалі (в деяких випадках відбувається подорожчання проектів і перенесення термінів їх здачі).

В інших країнах проекти ДПП в галузі охорони здоров’я не набули такого широкого застосування, хоча, безперечно, і залишаються прийнятною та доцільною для розгляду формою залучення інвестицій в умовах обмеженості бюджетних ресурсів.

В Австралії перша програма з реалізації ДПП в галузі освіти була завершена у 2005 р. В рамках цієї програми було збудовано дев’ять шкіл в Новому Південному Уельсі загальною вартістю 129 млн дол. США. Успіх програми обумовив реалізацію другого етапу програми, за якою на період 2006-2009 рр. було заплановано будівництво 10 шкіл загальною вартістю 168 млн дол.

У США федеральні установи, в тому числі Адміністрація загального обслуговування, Департамент справ у справах ветеранів та Міністерство оборони, мають досвід співпраці з приватними підприємствами для надання послуг, таких як державні установи, будівлі судів, державні медичні установи, в'язниці, військові житлових та інших великих проектів через різноманітні

підходи до закупівлі та структури угод. Державні та місцеві органи влади, включаючи держави, округи та міста, також використовували подібні закупівельні підходи для надання їх соціальної інфраструктури, таких як школи, кампуси коледжів та громадські спори / об'єкти відпочинку.

Хоча вони широко називаються державно-приватними партнерствами, цей досвід переважно не включає використання довгострокових партнерських відносин між державним та приватним секторами, які широко застосовуються в інших країнах, таких як Канада, Європа та Австралія. У цих країнах терміни "P3" або "PPP" мають більш вузько визначений зміст.

У цьому контексті ДПП має такі фундаментальні характеристики [176]:

- Використання довгострокових контрактів на надання послуг приватним партнером, які включають проектування, будівництво, експлуатацію та технічне обслуговування, використовуючи методи фінансування проектів.
- Збереження права власності та остаточний контроль за активом публічного партнера, внаслідок чого він зберігає лише ті ризики, якими він найкращим чином керує, наприклад, придбання землі та форс-мажорні події.
- Виконання державними партнерами платежів, пов'язаних із виконанням, приватному партнерові в обмін на послуги, що надаються приватним партнером.
- Прийняття ризиків та можливостей, пов'язаних із вартістю, графіком та рівнем виконання послуг, які передаються приватному сектору постачальниками приватного капіталу, що використовуються для фінансування цих ДПП.

Правильно структуровані та виконані ДПП є інструментом, який державні та місцеві органи влади можуть використовувати для фінансування, побудови та управління своїми інфраструктурними проектами. Переваги цих ДПП для державного сектору включають [176]:

- Більш рентабельна доставка шляхом передачі більшості витрат на будівництво та планування ризиків приватному партнеру, який найкращим чином може керувати цими ризиками та може оптимізувати дизайн із витратами на обслуговування протягом життєвого циклу.
- Визначене фінансування проекту ДПП, на який не будуть впливати короткострокові, політичні рішення, або передача фінансування на інші несуттєві активи, що в свою чергу призводить до: більш високого рівня обслуговування для користувачів; належного фінансування та управління для запобігання передчасного зносу та перевитратам витрат на заміну та реконструкцію.
- Додаткове фінансування та закупівлі, які можуть бути додатком до традиційних методів оплати заробітної плати та місцевого фінансування.

Приклади окремих країн Європи також підтверджують зацікавлення їхніх урядів та перспективність ефективного партнерства в цій галузі. Провінція Фландрія у Бельгії затвердила проект публічно-приватного партнерства, у відповідності до якого планується відібрати єдиний консорціум для фінансування, будівництва та утримання всіх шкіл, споруджених у рамках ініціативи приватного фінансування для того, щоб отримати найкращі результати від економії на масштабі (OECD, 2006).

Німеччина також застосовує механізм ДПП в освітній галузі шляхом укладання угод з приватними операторами на ремонт, утримання та управління 90 школами в провінції Оффенбах строком на 15 років, а також на ремонт та управління 7 школами в Кельні строком на 25 років [177].

У більшості інфраструктурних проектів приватному партнеру не делегується право надання медичних послуг, таким чином, не змінюється обсяг державних гарантій в охороні здоров’я. У багатьох країнах Європи останніми роками широко використовується модель DBFO, відповідно до якої приватний партнер знаходить фінансування, будує або реконструює об’єкт, здає його в експлуатацію, а потім відповідає за технічний стан будівель. Об’єктами можуть бути не тільки лікувальні корпуси, але й будь-яка додаткова інфраструктура

лікарняних містечок (парковка, басейн, житло для медичного персоналу тощо). Підрядник також додатково надає готельні послуги (прибирання, харчування, хімчистка, транспорт, охорона тощо) й адміністрування (служба підтримки клієнтів, інформаційні послуги). Держава платить приватникам фіксовану плату, достатню, щоб відшкодувати капітальні та експлуатаційні витрати та отримати прибуток. Робота консорціуму оплачується згідно з контрактом за принципом no service no fee. Організація медичних послуг залишається в компетенції трасту. Приватний інвестор не несе відповідальності за ризики, пов'язані з медичними аспектами діяльності установи.

Другою поширеною моделлю партнерства в таких країнах, як Італія, Португалія, Німеччина, Канада, є модель DBFM — «дизайн — будівництво — фінансування — утримання». Більшість таких контрактів передбачає надання приватним партнером додаткових неклінічних послуг (прибирання, логістика, безпека, стерилізація, дезінфекція, зв'язок та інші).

Інфраструктурні моделі дозволяють значною мірою знизити політичне напруження в суспільстві, що завжди виникає при обговоренні спектра та обсягів державних гарантій у сфері охорони здоров'я. Сьогодні в Канаді діє урядова програма Alternative Financing Partnership system (AFP), згідно з якою консорціум Healthcare Infrastructure Company of Canada consortium спроектує, побудує, профінансує і буде керувати клінікою на 608 ліжок у Брамптоні (Онтаріо). Контракт, оформлений на 25 років, був обраний як пілотний проект програми AFP. В його реалізації бере участь британська компанія Carillion, яка буде відповідальна за забезпечення немедичних послуг і розділить фінансові ризики проекту [178].

У Чехії в 2004 р. при міністерстві фінансів був створений спеціальний центр для методичного супроводу та вдосконалення законодавства з розвитку державно-приватного партнерства в різних галузях (комунальне господарство, дороги, освіта, охорона здоров'я) — Public-Private Partnership Centrum. У 2005р. був започаткований проект — будівництво готелю та автостоянки у Центральному військовому госпіталі в Празі за моделлю DBFO. Інший проект

— повна реконструкція регіональної лікарні в Пардубіце за моделлю DBFO [179] .

Китай також є одним із пріоритетних ринків для державно-приватного партнерства. Використання приватних фондів для будівництва державних лікарень та управління ними стало популярним у 2000–2010 рр. у Пекіні, Гонконзі та Шанхаї. У першу чергу проекти реалізовувалися в рамках необхідності оновити медичну інфраструктуру Пекіна перед Олімпійськими іграми 2008 р. Значною мірою були реалізовані завдання служби екстреної медичної допомоги (зв'язок, спеціальні автомобілі та устаткування).

Форми публічно-приватного партнерства в галузі освіти мають наступні характеристики:

- •• приватні компанії/консорціуми обираються за результатами конкурсного відбору;
- •• приватні партнери інвестують у шкільну інфраструктуру та надають пов'язані послуги (наприклад, утримання будівель);
- •• держава залишає за собою виключне право та обов'язок надання ключових послуг, таких як забезпечення навчального процесу та виховання;
- •• форми публічно-приватного партнерства базуються на довгострокових контрактах (зазвичай 25-30 років), в яких закріплюються обсяг та рівень (стандарти) послуг, які надаються приватним оператором;
- •• в рамках укладених контрактів приватні компанії часто беруть на себе декілька функцій, таких як проектування, будівництво, утримання та прийом на роботу обслуговуючого персоналу;

Міжнародний досвід застосування механізму ДПП у збереженні культурної спадщини [168].

Механізм ДПП для реалізації проектів, пов'язаних зі збереженням пам'яток історії та культури, переважно застосовується для спорудження нових об'єктів (музеї, бібліотеки), що пояснюється наступними причинами:

- Програми державно-приватного партнерства зосереджуються в більшості випадків у тих сферах, які визначені в якості загальнонаціональних або регіональних/місцевих пріоритетів (транспортна галузь, охорона здоров'я, освіта);
- Більшість проектів публічно-приватного партнерства в даній сфері передбачають будівництво нових об'єктів, на противагу реконструкції старих (навіть історичних) споруд, та базуються на визначених довгострокових схемах фінансування.

У той же час існує й інший підхід до реалізації проектів ДПП стосовно культурної спадщини.

Зокрема, у Франції компанія Culture-Espaces, дочірня компанія групи Suez забезпечує делеговане управління та розвиває цілий ряд історичних об'єктів без державних дотацій. Компанія Culture Espaces – одна з небагатьох в Європі, яка забезпечує комплексне управління багатьма історичними будівлями та музеями від імені державних і приватних організацій. Зазначені організації уповноважують компанію впродовж тривалого терміну здійснювати популяризацію, організацію культурно-освітньої діяльності та загальне управління об'єктами історії та культури. Компанія шляхом організації регулярних виставок, впровадження освітніх програм та нових технологій значно розширює кількість відвідувачів та підтримує постійний інтерес до таких об'єктів культурної спадщини. Ефективний менеджмент прилеглих територій дозволяє генерувати додаткові кошти для проведення реставраційних робіт.

Таким чином, завдяки механізму ДПП, приватний оператор забезпечує кращий рівень обслуговування широкого кола відвідувачів та долучається до реконструкції об'єктів.

Хоча механізм публічно-приватного партнерства не набув поки що широкого застосування, практика і методологія застосування ДПП в інших секторах у повному обсязі може застосовуватися для збереження культурної спадщини України

Застосування механізму ДПП у сфері еко-туризму та рекреаційній галузі [168].

Міжнародний досвід свідчить про ефективність застосування механізму публічно-приватного партнерства в туристичній галузі та у сфері організації дозвілля. Наведені нижче приклади Південної Африки та Канади дають уявлення про особливості ДПП в цій перспективній галузі.

Досвід реалізації публічно-приватного партнерства у Національному парку Крюгера, Південна Африка[180].

ДПП в еко-туризмі є відносно новою концепцією. У Південній Африці більше десяти проектів реалізуються або знаходяться на етапі розвитку, стосовно декількох проектів готуються техніко-економічні обґрунтування та відбувається процес конкурсного відбору приватного оператора.

У 2001 р. була укладена концесія терміном на 10 років за формою будівництво – експлуатація – передача (BOT) між Південноафриканськими національними парками та консорціумом Nature's Group. Концесійним контрактом було передбачено управління 11 ресторанами, двома магазинами і трьома зонами відпочинку в національному парку Крюгер.

Консорціум отримав право на управління діяльністю наданих в концесію об'єктів (включаючи право на їх використання, проектування та будівництво) у відповідності до параметрів, визначених концесієдавцем SANParks. У свою чергу, консорціум Nature's Group сплачує щомісячний концесійний платіж, що складає близько 13% від обороту.

На початку 2004 р. була проведена незалежна оцінка цього проекту публічно-приватного партнерства, яка виявила низку як позитивних, так і негативних наслідків дії концесії.

До позитивних наслідків було віднесено:

- суттєве зростання доходів SANParks';
- реконструкцію ресторанів та магазинів; а також
- значне покращення обслуговування та якості послуг.

Як негативні були виділені такі аспекти як:

- спротив персоналу на початковому етапі концесії; і хоча в процесі зміни форми управління персонал не було скорочено, працівники висловлювали незадоволення стосовно нових вимог до надання послуг, що потребувало покращення їх роботи та більш вимогливого ставлення до персоналу з боку адміністрації;
- один із партнерів консорціуму виявився недостатньо кваліфікованим для того, щоб ефективно організувати діяльність національного парку, що призвело до низького рівня обслуговування клієнтів впродовж першого року концесії.

В результаті, концесієдавець ініціював виключення партнера, який незадовільно виконував свої зобов'язання, з консорціуму та сформулював програму втручання з 12 пунктів, яка передбачала:

- відбір нового технічного партнера;
- розробку регламенту діяльності концесійного об'єкту;
- покращення навичок персоналу; та
- підготовку системи мотивації для персоналу національного парку.

Досвід реалізації публічно-приватного партнерства у Центрі відпочинку та спорту у Брендоні, Канада [181].

Партнери: Місто Брендон та компанія Taurus Golf Ltd.

Форма ДПП: Концесія "експлуатація – фінансування – передача"

Центр відпочинку та спорту у Брендоні – це багатоцільовий заклад відпочинку, до складу якого входять 4 тенісні корти, ресторан, гоночні траси для лижників, площадка для гольфу і ковзанка. До 1975 р. Центр був у власності та управлінні групи приватних компаній. Через фінансові труднощі Центр був проданий місту в 1975 р. і знаходився в його володінні та управлінні до 1999 р., коли було прийнято рішення про залучення приватного партнера до управління цим об'єктом. Після конкурсного відбору серед трьох поданих пропозицій контракт терміном на 12 років був укладений з компанією Taurus Golf Ltd. За умовами контракту місто отримує частину доходів від діяльності Центру, які реінвестуються в його розвиток. У частині розподілу обов'язків та ризиків і

муніципалітет, і компанія докладають значних зусиль для забезпечення успішності партнерства.

Досвід реалізації публічно-приватного партнерства по збереженню лісу в Чесапіку, США

Чесапікська затока – найширша дельта в Сполучених Штатах і популярна зона відпочинку та комерційної риболовлі в штаті Меріленд.

Екологічний стан затоки було значно погіршено в результаті інтенсивного скидання стічних вод із найближчих населених пунктів і мінімального контролю за утилізацією сільськогосподарських відходів (як добрив, так і відходів тваринництва). У відповідь на це місцеві органи влади почали відновлення екології затоки, приділяючи особливу увагу покращенню управління сухопутних і заболочених територій. Однак і регіональним, і центральним органам влади не вистачало людських та фінансових ресурсів для комплексного вирішення проблеми. З цією метою було розроблено проект збереження лісів в Чесапіку.

Приватна компанія з виробництва лісоматеріалів запропонувала владі штату Меріленд придбати земельні активи, які перебували у власності цієї компанії – близько 58 000 акрів землі. Більша частина запропонованих для продажу земель межувала з державною лісопарковою зоною, що створювало унікальну можливість створити резервний запас значних територій, які використовувалися для лісозаготовок. Але у штату не вистачало фінансування та людських ресурсів для управління придбаними територіями. Визнаючи такі обмеження, влада штату перейшла до реалізації проекту ДПП з придбання й управління територіями в два етапи.

Основні учасники:

- Департамент природних ресурсів штату Меріленд – державна установа, яка здійснює контроль процесу управління на всіх етапах проекту;
- Благодійний фонд штату, який виділяє гранти на проекти “суспільного значення” та підтримує придбання земельного права власності;

•• Природоохоронна неурядова організація, яка надає підтримку в розробці плану сталого розвитку управління лісовими територіями;

•• Комерційна компанія, яка здійснює управління лісовими територіями в рамках реалізації проекту ДПП.

Вибір партнерів. Перший етап передбачав взаємодію влади штату з неурядовими організаціями щодо залучення коштів, необхідних для придбання земель і розробки плану сталого розвитку лісових територій.

Другий етап включав участь влади штату в публічно-приватному партнерстві, яке передбачає участь приватного партнера для управління власністю згідно зі стандартами захисту навколишнього середовища. Моніторинг діяльності приватного партнера здійснюється державним сектором.

У свою чергу приватному партнеру дозволяється здійснювати лісо-заготовки на постійній основі на спеціально відведених для цього територіях. Лісозаготовки забезпечують необхідний рівень прибутковості для всіх учасників проекту. З метою початкової купівлі власності, що і склало основу партнерства, влада штату виділила 16,5 млн доларів для придбання половини виставленої на продаж землі, загальна площа якої склала 58 000 акрів. Неурядова організація, яка діяла від імені благодійного фонду, придбала іншу половину землі також за 16,5 млн доларів із наміром передачі землі владі штату на безоплатній основі.

Унікальною особливістю даного проекту є самофінансування. План сталого розвитку лісових територій передбачав пом’якшення негативного впливу на довкілля. Управління лісозаготовками забезпечувалося відповідно до контракту приватною компанією. Прибутки від продажу лісоматеріалів забезпечували додатковими ресурсами центральні й регіональні органи влади. Крім того, продовження лісозаготовок сприяло впевненості місцевого населення в економічних наслідках проекту.

Економічні, соціальні та екологічні переваги від реалізації проекту ДПП:

•• проект забезпечив економічну активність і зайнятість, надаючи підтримку місцевому бізнесу і населенню;

•• проект дозволив покращити якість води і стан водних ресурсів у Чесапікській затоці, що стало частиною більш широкої програми з її збереження;

•• проект захистив ареал рідкісних біологічних видів;

•• проект сприяв здоровому відновленню ґрунтів і лісу;

•• проект захистив місця, які мають історичне, культурне та екологічне значення;

•• щорічний аудит проекту є повністю відкритим для ознайомлення, виконується також незалежний моніторинг результатів проекту.

Таким чином, головними особливостями відносин ДПП у світі є наступні:

- розвиток від традиційного спрямування в транспортному секторі до галузей будівництва громадських споруд та їх обладнання (школи, лікарні тощо) й упорядкування навколишнього середовища (водопостачання і каналізація, боротьба зі спустошенням тощо);
- провідною сферою розвитку відносин ДПП є інфраструктура;
- ДПП диверсифіковане як за країнами, так і за секторами.

6.5. Використання європейського досвіду державно-приватного партнерства в галузях соціальної інфраструктури України

Як свідчить вивчення світового досвіду, переважна більшість держав намагаються розширити можливі шляхи фінансування важливої соціальної інфраструктури - школи, бібліотеки, будівлі судів, державні медичні установи, парки, дороги, системи водопостачання та водовідведення, які дозволяють процвітати громадам.

Як свідчить попередній аналіз, сьогодні державно-приватне партнерство у сфері охорони здоров’я є поширеною практикою в країнах із різним рівнем економічного розвитку і моделями систем охорони здоров’я. Проте в Україні досвід державно-приватного партнерства у сфері охорони здоров’я є вкрай обмеженим. Наприклад, починаючи з 2005 р., міжнародний благодійний фонд «Україна 3000» співпрацює з 26 лікарнями країни, по 1 з кожної області,

закуповуючи обладнання спільно з іноземними компаніями. Одним із резонансних проектів фонду, за словами доповідача, стала «Дитяча лікарня майбутнього». «На жаль, через політичну складову цей проект так і не був втілений в життя. У 2010 р. фонд отримав офіційного листа від державного управління справами з вимогою припинити будівництво.

Наприкінці 2010 р. фонд використав заощаджені кошти на закупівлю сучасного технологічного обладнання для неонатологічного відділення ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології НАМН України». Наразі все обладнання технічно знаходиться на балансі фонду, але при цьому використовується медичними фахівцями в зазначених медичних закладах.

Враховуючи те, що проект «Дитяча лікарня майбутнього» поки не може бути втілений у життя, після закупівлі обладнання на кошти, які здебільшого надійшли від благодійних фондів, фізичних та юридичних осіб, фонд спрямував залишок на створення одного модуля дитячої лікарні, а саме — діагностичного центру. Слід зазначити, що при розробці такого проекту стало зрозуміло, що лікарня не зможе функціонувати за рахунок бюджетних коштів.

Отже, фонд зосередив увагу на створенні державно-приватного партнерства. І одразу отримали чимало пропозицій від американських та канадських лікарень та компаній, які були готові долучитися до спільної справи за умови надання урядових гарантій. Створення такого центру спочатку планувалося в Києві. Враховуючи те, що столиця перенасичена різними діагностичними закладами, шляхом конкурсного відбору за низкою критеріїв була обрана Львівська міська дитяча клінічна лікарня. Заклад виділив частину свого приміщення, де після проведення ремонтних робіт на початку листопада 2014 р. розпочав роботу «Центр медичних інновацій NOVO». У цьому закладі пацієнти отримують можливість пройти комплекс рекомендованих обстежень на новому обладнанні останнього покоління, аналогів якому в Західній Україні немає.

Центр NOVO є недержавною неприбутковою установою. Це перший в Україні медичний заклад такого рівня, який працюватиме за цим принципом.

Варто зазначити, що робота багатьох медичних закладів США, Канади та країн Європи організована саме так.

Обладнання, встановлене в Центрі, навіть через 10 років експлуатації вважатиметься надсучасним. Зокрема, мова йде про магнітно-резонансний томограф GE Healthcare; комп'ютерний томограф на 160 зрізів (пошарові сканування) за хвилину; 3 ультразвукові сканери: 2 експертного класу з технологією 4D та 1 портативний. Завдяки цій апаратурі пацієнти із Західного регіону України отримають можливість проходити складні обстеження, не вирушаючи, як раніше, до Києва чи за кордон. У подальших планах — встановлення наступної черги сучасного медичного обладнання:. рентгенодіагностичного комплексу, мамографа, денситометра та інших апаратів, які дозволять розширити спектр консультативно-діагностичної допомоги, зокрема гінекологічного профілю, що їх надаватиме Центр. Стосовно оплати послуг – вартість їх нижча за середньоринкову. Крім того, 20% всіх послуг надаються безоплатно за вимогою лікарні та в разі потреби дітям, батьки яких загинули або постраждали під час бойових дій у зоні АТО. Також на безоплатній основі планується обслуговувати дітей-сиріт та дітей з родин переселенців. Високотехнологічні діагностичні медичні послуги дозволять швидко й якісно проводити діагностику різних дитячих захворювань. Завдяки наявності відповідного обладнання та висококваліфікованих спеціалістів можливо заощадити час і таким чином підвищити якість надання медичних послуг жителям не тільки регіону, а й усієї держави.

Інший приклад клініки «Оберіг» з Національним медичним університетом імені О.О. Богомольця, НМАПО ім. П.Л. Шупика. За угодою, укладеною між цими закладами, на базі клініки, де існує сучасна навчальна база для підготовки фахівців і підвищення їх кваліфікації, спільними зусиллями проводиться навчання керівників лікувальних закладів, їх знайомство з новими технологіями, спрямованими на поліпшення якості медичних послуг, забезпечення безпеки пацієнта, з основами сучасного менеджменту та

маркетингу в охороні здоров'я. Також викладачі навчають курсантів нових підходів у діагностиці, лікуванні та профілактиці різних хвороб.

Цікавим, з огляду на елементи ДПП, є ще один проект клініки «Оберіг», НМАПО імені П.Л. Шупика та фірми «Карл Шторц» — сумісно організований міжнародний тренінговий центр «Ендофорс» для фахівців хірургічного профілю, які хочуть оволодіти методикою ендоскопічних, лапароскопічних втручань й отримують унікальну нагоду навчатися цього на сучасних маніпуляторах. Тільки у 2013 р. таке навчання вже пройшли понад 140 курсантів: майстер-класи для них проводять не лише наші фахівці, а й колеги із Франції — 2 рази на рік.

Традиційно в клініці проходять науково-практичні конференції з майстер-класами з різних напрямків (знову ж таки спільними зусиллями з НМАПО на НМУ), куди запрошують фахівців з Європи. Збирається широке коло лікарів (100-150 осіб), де їм, окрім теоретичних знань, в онлайн режимі демонструються сучасні методи оперативного втручання.

Запровадження зазначених інфраструктурних моделей державно-приватного партнерства в діяльність медичних закладів в Україні може бути дієвим інструментом зменшення частки неринкового сектора в галузі охорони здоров'я з одночасним підвищенням ефективності державного управління. Проте слід визнати і те, що реально все це може працювати лише за умови прийняття нового Закону України "Про Стратегію розвитку державно-приватного партнерства в Україні", як це передбачено постановою Кабінету Міністрів України від 14 серпня 2013 року № 739-р «Про схвалення Концепції розвитку державно-приватного партнерства в Україні на 2013-2018 роки» [182].

Перспективи розвитку ДПП у сфері охорони здоров'я в Україні: [182].

- створення сектору охорони здоров'я, відкритого для всіх організацій;
- чітке законодавче визначення, які медичні послуги є безоплатними для громадян та яким чином забезпечується надання таких послуг;
- стандарти та обсяг послуг гарантується державою;

- перевага проектів ДПП для приватного партнера повинна полягати у можливості здійснювати інвестиції в проекти з їх поверненням у майбутньому;
- необхідно провести реформування системи фінансування охорони здоров'я у напрямку встановлення договірних відносин між споживачем та постачальником послуг;
- внесення поправок до Бюджетного кодексу України, законів та підзаконних актів;
- взяття державним партнером довгострокових державних фінансових зобов'язань за угодами про ДПП, які передбачають зобов'язання (прямі та непрямі) здійснити платежі, які виходять за межі поточного бюджету;
- справедлива компенсація/ відшкодування збитків приватному партнеру у випадку дострокового розірвання контракту;
- проведення підготовки керівників установ охорони здоров'я та економістів з питань розробки проектів ДПП.

Необхідні заходи щодо розвитку ДПП у сфері охорони здоров'я:

- створення сектору охорони здоров'я, відкритого для всіх організацій;
- чітке законодавче визначення, які медичні послуги є безоплатними для громадян та яким чином забезпечується надання таких послуг;
- стандарти та обсяг послуг гарантується державою;
- перевага проектів ДПП для приватного партнера повинна полягати у можливості здійснювати інвестиції в проекти з їх поверненням у майбутньому;
- необхідно провести реформування системи фінансування охорони здоров'я у напрямку встановлення договірних відносин між споживачем та постачальником послуг.

Використання державно-приватного партнерства у вирішенні житлової проблеми населення України.

Вирішення житлової проблеми залежить від використання широкого набору бюджетно-податкових і фінансово-кредитних механізмів, які спираються на взаємодію державних, муніципальних і корпоративних методів регулювання ринку житла. Формування конкурентоздатної державно-корпоративної моделі розвитку ринку житла передбачає використання ефективних соціальних технологій забезпечення житлових потреб населення, поєднаних із широкою інфраструктурною, кредитною, пільговою та іншою державною підтримкою проектів у сфері житлового будівництва. Найбільш прийнятним способом забезпечити доступність житла, як свідчать зарубіжні практики і результати аналізу внутрішнього платоспроможного попиту на придбання житла, є будівництво дохідних будинків із правом безстрокової оренди квартир громадянами.

В Україні варіанти такої моделі на державному і регіональному рівнях, у тому числі й на рівні об'єднаних територіальних громад, поки не розповсюджені. Найбільш розробленими є моделі продажу житла населенню, які включають різні схеми управління інвестиційними ресурсами, наприклад, фонди банківського управління, схеми використання облігацій, фонди фінансування житла, іпотечні кредити та інші. В найближчій перспективі з урахуванням зростання цін на придбання житла і збереження низького рівня доступності іпотеки попит на орендне житло з високою вірогідністю може стати превалюючим на житловому ринку. Можливість його реалізації забезпечить схема державно-приватного партнерства, яка створює особливий режим інвестування коштів, особливо на рівні територіальних громад. На місцевому рівні виконкоми та органи управління діяльністю громад повинні надавати забудовнику безкоштовно земельний майданчик з інфраструктурним забезпеченням під будівництво дохідного дому. Державні органи мають гарантувати отримання забудовником кредиту в комерційному банку. Після завершення будівництва дохідний дім на паритетних началах із приватними

структурами викуповується управлінською компанією. Для фінансування цієї транзакції управлінської компанії можуть звертатися до Державної іпотечної установи для одержання кредиту під заставу будинку, який відшкодовується за рахунок орендних надходжень. У зв'язку з дефіцитом фінансових коштів в іпотечних установах викуп дохідного дому слід вважати сферою державно-приватного партнерства.

Для налагодження взаємовигідних стосунків територіальних органів і бізнес-структур з приводу розвитку орендного житла варто прийняти на державному і муніципальному рівнях ряд законодавчих актів, націлених на підтримку державного курсу розвитку орендного житла. Сфера їх компетенції має охоплювати питання надання земельних майданчиків під будівництво дохідних домів, акумуляцію фінансових ресурсів для оснащення останніх інфраструктурою та інші.

Для стимулювання ринку оренди житла використовуються також схеми із залученням спеціальних інвестиційних фондів, що утворюються банками сумісно з місцевими органами влади і через які здійснюється кредитування забудовника. Орендна оплата в таких дохідних домах здійснюється по фіксованим цінам, визначеним місцевою владою. Після експлуатаційного строку, який може тривати 10-20 років, будинок може бути переданий у власність забудовника. Отримавши у власність будинок, забудовник може або його продати, або передати на експлуатування разом з управлінською компанією. За такою схемою забудовник зацікавлений в якості будівництва дохідного дому і зростанні його капіталізації, що підвищує якість забезпечення населення житлом.

Для підвищення рівня доступності житла слід застосовувати соціально зважені методи регулювання найманого житла. Вони зводяться до наступного:

- регулювання орендної плати;
- субсидування сімей, які мають статус бідних (погашення боргу оренди, кредитування оплати застави під оренду та для оплати оренди);

- регулювання ринку орендованого житла; залучення громадських і кооперативних організацій для управління орендним соціальним житлом тощо. Участь держави і корпоративних структур у партнерських зв'язках дозволить розвинути та упорядкувати ринок оренди житла.

Державно-приватне партнерство у сфері культурної спадщини.

Управління пам'ятками архітектури та культурної спадщини було включено до списку дозволених секторів для реалізації ДПП до Закону про ДПП наприкінці лютого 2016 р. згідно із Законом № 817-VIII Про внесення змін до деяких законів України щодо усунення регуляторних бар'єрів для розвитку державно-приватного партнерства та стимулювання інвестицій в Україні (Відомості Верховної Ради (ВВР), 2016, № 10, ст.97) [183].

В Україні також вживаються зусилля щодо залучення приватного сектору до покращення та реконструкції об'єктів культурної спадщини. Зокрема, наприкінці 2010 р. Львівська облдержадміністрація передала в концесію терміном на 49 років замок XVII ст. – пам'ятку архітектури і містобудування національного значення у селі Старе Село Пустомитівського району Львівської області [184].

Учасникам концесійного конкурсу пропонувалося здійснити консервацію замку, виготовити проектно-кошторисну документацію реставрації та пристосування пам'ятки. Пропозиція претендента мала передбачити:

- проведення протиаварійних робіт;
- повний комплекс консерваційних робіт оборонних мурів;
- проведення ремонтно-реставраційних робіт по відновленню споруд комплексу зі збереженням та відтворенням основної планувальної структури, фасадів замку;
- проведення реставраційних робіт на наріжних вежах, реставрувавши при цьому білокам'яні аттики;
- влаштування повного комплексу інженерних мереж та комунікацій.

У відповідності до плану робіт на період 2010-2015 рр. концесіонер до 2012 р. планує вивести пам'ятку з аварійного стану, до 2013 – відновити

функціонально одну з веж, а до кінця 2015 р. – ввести об'єкт в експлуатацію. Після відновлення замок функціонуватиме як туристично-відпочинковий центр. Замок у Старому Селі (XVII ст.) – пам'ятка архітектури національного значення. Він розташований у центрі села, котре відноситься до древніх поселень. Замок використовувався як оборонна споруда, тому неодноразово зазнавав руйнувань, але відбудовувався та зміцнювався. Пам'ятка займає територію 1,1 га, оточена товстими мурами і стінами висотою до 8 м. Раніше замок мав шість башт, проте зараз залишилися лише три. Найкраще збереглася східна вежа із вцілілими зубцями корони. Нині пам'ятка перебуває у незадовільному стані – необхідно провести термінові протиаварійні та ремонтно-реставраційні роботи.

Використання державно-приватного партнерства у сфері освіти.

В Україні наразі немає досвіду реалізації моделі ДПП у сфері освіти. Сектор освіти було включено до списку дозволених секторів для реалізації ДПП до Закону про ДПП наприкінці лютого 2016 р. згідно із Законом № 817-VIII Про внесення змін до деяких законів України щодо усунення регуляторних бар'єрів для розвитку державно-приватного партнерства та стимулювання інвестицій в Україні (Відомості Верховної Ради (ВВР), 2016, № 10, ст.97) [183]. Проте існують достатні правові підстави для реалізації проектів ДПП в аналізованому секторі із застосуванням наступних моделей:

- Концесія навчальних закладів;
- Договір з управління освітніми послугами;
- Інвестиційні договори.

Роль приватного партнера у сфері освіти, в основному, представлена управлінням приватних шкіл та університетів або шляхом залучення в процес обслуговування на основі процедури державних закупівель. Таким чином, у даний час роль державного сектора в системі освіти України є домінуючою, і приватний сектор ще не повною мірою бере активну участь у процесі. Приватні фірми не беруть участь у науково-дослідних проектах університетів і не консультуються з освітніх аспектів навчальних програм, що проводяться в

рамках університетських організацій. Вони рідко мають можливість поділитися своїми знаннями галузі з представниками виконавчої влади.

Існуючі моделі залучення приватного капіталу до системи освіти в Україні [185].

Приватні школи почали працювати в Україні на початку 1990-х років (1992-1993). До кінця 1990-х років приватний сегмент системи середньої освіти в Україні залишається незначним, менше 1 відсотка від усіх студентів в 1998-1999 рр. Кількість студентів, які відвідують приватні школи, значно збільшилася на початку 2000-х років і досягла 23700 студентів в школах 2008-2009 рр. До 2014 р. було 267 приватних середніх шкіл в Україні. Приватні вищі навчальні заклади також зростали в кількості й протягом 20-тих років, з 1993-2013 рр. загальна чисельність студентів у них значно збільшилася.

Державні закупівлі

Державні закупівлі як засіб державного регулювання економіки забезпечує розвиток і функціонування різних областей економіки, зокрема, в галузі охорони здоров'я, освіти, культури, фізичної культури і спорту, оборони, національної безпеки. За допомогою державних закупівель держава задовольняє свої потреби в деяких товарах, роботах і послугах, підтримує і фінансує бюджетні установи. Розвиток системи державних закупівель тісно пов'язаний із впровадженням сучасних інформаційних технологій та інновацій. Автоматизація процесів конкурентних торгів стане наступним важливим кроком у вдосконаленні системи державних закупівель. Новий закон про державні закупівлі набув чинності 20 квітня 2014 р., щоб полегшити і спростити процедуру держзакупівлі в Україні.

Публічний конкурс є обов'язковим, якщо деякі ліміти було досягнуто або перевищено. Тендер не потрібно проводити для закупівлі товарів або послуг природних монополій та інших подібних державному секторів клієнтами у розмірі 1 млн грн (33,000 євро), або для закупівлі робіт на суму 5 млн грн (167,000 євро). Тендери на державні закупівлі на невелику кількість товару чи послуги можуть бути проведені адміністраторами державних закупівель на

добровільній основі або від випадку до випадку відповідно до внутрішніх правил державних закупівель.

Договір оренди

Немає обмежень на передачу в оренду державних і муніципальних освітніх установ. Відповідно до Закону України "Про лізинг державних і муніципальних активів" оренда заснована на узгодженій оплаті протягом встановленого періоду часу, необхідного для держателя оренди для проведення підприємницької та іншої діяльності. Орендодавці державних і муніципальних активів:

- Фонд державного майна України - для інтегрованих систем, підприємств, організацій та структурних підрозділів повністю належить державі;
- місцеві ради - для муніципальних освітніх установ;
- державні підприємства, організації - цілісні майнові комплекси;
- державні підприємства, організації - відокремлені, індивідуально визначені об’єкти, та об‘єкти нерухомості (не більше 200 квадратних метрів).

У Києві було оголошено спеціальну освітню програму щодо оренди дитячих садків приватним партнером за 1 грн на рік зі збереженням заборони на реконструкцію дитячих садків. Це дуже суперечливий підхід із непередбачуваними і потенційно шкідливими наслідками для муніципалітету.

Враховуючи, що законодавство України наразі передбачає достатні юридичні підстави для розвитку ДПП, Україна має всі шанси і можливості задля впровадження кращих світових практик ДПП в секторі освіти для вирішення таких нагальних питань у сфері освіти:

- забезпечення населення достатньою кількістю дитячих садків, дошкільних та початкових шкіл (шляхом довготривалої концесії у фінансуванні, будівництві, облаштуванні та експлуатації нових дошкільних установ і початкових шкіл);

- підвищення якості освітніх послуг (шляхом залучення приватного партнера до управління освітнім процесом, впроваджуючи нові стандарти якісної освіти);
- покращення якості функціональних послуг, що надаються в процесі обслуговування навчального закладу (шляхом використання договору на управління закладом освіти, який передбачає проектування, фінансування, будівництво й управління шкільною інфраструктурою в рамках довгострокових контрактів сторонами приватного сектора в партнерстві з державним партнером)

Таким чином, переважними моделями ДПП в системі освіти можуть бути:

- концесії на будівництво, ремонт та відновлення освітніх та суміжних (доріг) об'єктів;
- інвестиції в будівництво, оснащення освітніх об'єктів із подальшим спільним використанням;
- аутсорсинг допоміжних послуг;
- залучення до управління навчальними закладами представників громадськості та бізнесу;

Основні проблеми впровадження моделей ДПП в сфері освіти України:

- відсутність державної концепції розвитку соціальної сфери та концепції використання ДПП;
- відсутність позитивного досвіду співробітництва з державою в рамках проектів;
- неузгодженість між законодавчими актами та нерозробленість законодавства щодо ДПП, форм і механізмів його реалізації на різних рівнях державного управління;
- складність врегулювання прав на об'єкти інтелектуальної власності;
- інституційні та політичні причини, корупційні загрози;

- низький рівень довіри до державних структур, уявлення приватних партнерів про відсутність відповідальності з боку держави за результати і строки виконання предмета договору, ненадійність державних гарантій;

- загроза бюджетних секвестрів, порушення графіків фінансування проектів ДПП державою, дострокового припинення угоди;

- неефективне та нераціональне використання бюджетних коштів як державними, так і приватними суб‘єктами;

- недостатність інформації та відсутність процесу популяризації державно-приватного партнерства як форми співробітництва.

Необхідно створити чіткі процедури розробки й обговорення проектів ДПП із залученням громадськості. Важливим є також підготовка кадрів, здатних надавати консультативні та організаційні послуги з підготовки та послідовної реалізації проектів ДПП, а також організація додаткової підготовки державних службовців, представників бізнесу і громадськості щодо практики ДПП

Напрями активізації ДПП в системі освіти України:

- прийняття на державному рівні стратегічних рішень: концепції розвитку соціальної сфери та освіти зокрема; активізації та реальних механізмів ДПП;

- розробка нормативно-правових положень щодо реалізації ДПП на рівні місцевого самоврядування: гарантії та відповідальність держави; стимули та пільги для бізнесу і банківського сектору; норми залучення громадськості;

- розробка дієвих стимулів для підприємств з метою залучення їх до активної участі у функціонуванні та розвитку закладів системи професійної освіти;

- розробка нормативних положень щодо організації системи моніторингу та контролю реалізації проектів ДПП;

- розвиток освітніх кластерів, бізнес-інкубаторів та технопарків, в яких передбачені реальні механізми активізації ДПП.

ПІСЛЯМОВА

У монографії викладено авторський підхід до методології розвитку соціальної інфраструктури в умовах трансформації регіонального управління територіями.

Дається ключова термінологічна характеристика сутності процесу самоврядування з економічних позицій. Цілеспрямоване накопичення наукової практики дозволило адекватно до сучасних реалій визначити ознаки й особливості територіальної громади як суб'єкту планування і розвитку соціальної інфраструктури. Об'єднана територіальна громада розглядається з трьох позицій: як базова адміністративна одиниця; як форма організації місцевої влади та як господарюючий суб'єкт цивільно-правових відносин. Публічно-правовий контекст аналізу принципово змінює не тільки підходи до трансфертної політики держави, але й до функцій територіальних утворень, які покликані самостійно проводити інноваційне формування інфраструктурної мережі соціальної державної політики.

Проаналізована ситуація, яка передувала новому етапу реформування регіонального управління і надана оцінка наслідків вибіркової політики перерозподілу повноважень місцевих бюджетів. Пропозиції, які міститься у роботі, є певним кроком у напрямі створення сучасної системи просторового збалансування мережі закладів соціальної інфраструктури.

Позитивною перевагою роботи є обґрунтування розвитку соціальної інфраструктури на основі концепції бюджетування, орієнтованого на результат як головного напряму реформування управління місцевими фінансами. З урахуванням змін державного законодавства щодо місцевого самоуправління розроблена проблематика удосконалення методології формування бюджетів регіонів на основі програмно-цільового методу. Такий підхід дає можливість забезпечити прямий зв'язок між розподілом ресурсів і досягнення цілей регіональної соціально-економічної політики.

Проаналізована практика впровадження програмо-цільового методу бюджетування на регіональному рівні і констатується, що не дивлячись на надання програмному бюджетуванню пріоритету на державному рівні, його застосування носить формальний характер. Важливим питанням, яке вимагає вирішення при програмно-цільовому фінансуванні, є ув'язка заходів програм соціально-економічного розвитку регіонів із заходами галузевих програм місцевих органів. У зв'язку з цим розроблена нормативна подушна модель фінансування освіти й охорони здоров'я. Для цих цілей використано прозору формулу на принципі «гроші йдуть за споживачем». Нормативне бюджетування у розрахунку на одного учня або пацієнта гарантує рівність оплати освітньої чи медичної послуги для всіх споживачів незалежно від їх соціального й економічного положення.

Належний розвиток отримали питання економіки розвитку галузей соціальної інфраструктури. У галузях освіти, охорони здоров'я, житлового будівництва питання економічної ефективності перетинаються питаннями соціальної справедливості. Для усунення загроз ринкового надання послуг запропоновано державне регулювання розвитку змішаних форм навчання, лікування та будівництва житла. Авторами пропонується об'єднати ризики на основі страхування, оренди і кредитування процесу споживання послуг.

Для реалізації цієї ідеї обґрунтована доцільність використання принципу бюджетної автономії, який є одним з провідних у Європейській хартії місцевого самоуправління. Взаємозв'язок та наступництво пріоритетних напрямів соціально-економічних розвитку соціальної інфраструктури, які розроблені авторами монографії, здатні забезпечити підвищення ефективності діяльності органів місцевого самоврядування, скорочення нераціональних видатків у соціальних закладах і з максимальною корисністю досягнути цілей розвитку соціальної інфраструктури в умовах реформування місцевого самоврядування.

ПЕРЕЛІК ДЖЕРЕЛ ПОСИЛАННЯ

1. Пітцик М., Кравченко В., Е.С Моньйо та ін. // Принципи Європейської хартії місцевого самоврядування, навч. посіб. – К., 2000. – 136 с.
2. Про першочергові заходи з розвитку місцевого самоврядування в Україні на 2017 рік : Указ Президента України від 07.12.2016 р. № 545/2016 / Офіційний портал Верховної Ради України [Електронний ресурс]. – Джерело інформації: http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/545/2016.
3. Деякі питання реалізації Концепції реформування місцевого самоврядування та територіальної організації влади в Україні : розпорядження Кабінету Міністрів України від 22 вересня 2016 р. № 688-р / Урядовий портал [Електронний ресурс]. – Джерело інформації: http://www.kmu.gov.ua/control/ru/cardnpd?docid=249350402.
4. Про затвердження середньострокового плану пріоритетних дій Уряду до 2020 року та плану пріоритетних дій ряду на 2017 рік : розпорядження Кабінету Міністрів України від 3 квітня 2017 р. N 275-р / Урядовий портал [Електронний ресурс]. – Джерело інформації: http://www.kmu.gov.ua/control/uk/cardnpd?docid=249935442.
5. Децентралізація та реформа місцевого самоврядування : результати другої хвилі соціологічного опитування / Київський міжнародний інститут соціології [Електронний ресурс] - Режим доступу: http://www.slg-coe.org.ua/wp-content/uploads/2016/12/Analitychnyi.
6. Сайт Центральної виборчої комісії [Електронний ресурс] - Режим доступу: https://www.drv.gov.ua/portal/!cm_core.cm_index?option=ext_gromada&prejim=1&pmn_id=145.
7. На призначення перших виборів чекають вже 106 об’єднаних громад / Офіційний сайт Мінрегіону України [Електронний ресурс] - Режим доступу: http://www.minregion.gov.ua/press/news/na-priznachennya-pershih-viboriv-chekayut-vzhe-106-ob-yednanih-gromad-v-yacheslav-negoda.

8. Павлюк А. П. Формування об’єднаних територіальних громад: стан, проблемні питання та шляхи вирішення. – 23 с.) [Електронний ресурс]. – Джерело інформації: www.niss.gov.ua/articles/2642.
9. Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо добровільного приєднання територіальних громад : закон України від 09.02.2017 № 1851-VIII / Офіційний портал Верховної Ради України [Електронний ресурс]. – Джерело інформації: http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/1851-19.
10. Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо особливостей добровільного об'єднання територіальних громад, розташованих на територіях суміжних районів : закон України від 14.03.2017 р. № 1923-VIII / Офіційний портал Верховної Ради України [Електронний ресурс]. – Джерело інформації: http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/1923-19.
11. Сайт Мінрегіону України [Електронний ресурс]. – Джерело інформації: http://www.minregion.gov.ua/press/news/48-4-mlrd-grn-do-mistsevih-byudzhetiv-i-2-3-mlrd-grn-do-byudzhetiv-otg-rezultati-finansovoyi-detsentralizatsiyi-za-2016-rik/.
12. Сайт Мінрегіону України [Електронний ресурс]. – Джерело інформації: http://www.minregion.gov.ua/press/news/ob-yednani-gromadi-osvoyili-95-subventsiyi-na-rozvitok-infrastrukturi-svoyih-teritoriy-reforma-diye/.
13. Місцеві бюджети за підсумками 4-х місяців 2017 року [Електронний ресурс]. – Джерело інформації: http://reforms.in.ua/ua/novyna/miscevi-byudzhety-za-pidsumkamy-4-h-misyaciv-2017-roku.
14. Місцеве самоврядування в Україні: сучасний стан та основні напрями модернізації. Наук. доповідь. За загал. ред. д.н.з держ.управ. Ю.В. Ковбасюка. К., 2014. – 128 с.
15. Эволюционная экономика и «мейнстрим» : доклады и выступления участников междунар. симпозиума, г. Пущино, 29 мая – 1 июня 1998 г. – М.: Наука, 2000. – 219 с.

16. Сопин В.С.Эволюционная теория в экономической науке: проблемы и перспективы // Проблемы современной экономики. – 2009. – №3 (31). – 32-41с.
17. Евстигнеев В. Теоретические основы экономической трансформации: о книге Л.Чабы «Капиталистическая революция в Восточной Европе. К экономической теории системных изменений» / В. Евстигнеев, Р.Евстигнеева // Вопросы экономики. – 1996. – № 3. – С. 115–121.
18. Тимошенков И.В. Система образования в зеркале экономической науки / И.В. Тимошенков. – Х.: Изд-во НУА, 2005. – 295 с. – (Народная украинская академія.
19. Институциональная архитектоника и динамика экономических преобразований / ред. А.А. Гриценко. – К.: ГП «Институт экономики и прогнозирования НАН Украины», 2005. – 928 с.
20. Московский А. Пределы институционализма / А. Московский // Экономист. – 2005. – № 6. – С. 74–81.
21. Тарасевич В.М. Інституціональна теорія: методологічні пошуки і гіпотези / В.М. Тарасевич // Економічна теорія. – 2004. - № 2. – С. 45-56.
22. Основні положення моделі «центр-периферія» були закладені ще І.Г. Тюненом у 1826 р. і розвинені у працях А Маршала.
23. Смаль В.В. Географічна економіка чи «нова економічна географія» Пола Кругмана: рецепція основних ідей // Український економічний журнал – 2009. – №4 – с.18-25.
24. Грицай О. В., Иоффе Г. В., Трейвиш А. И. Центр и периферия в региональном развитии. – М.: Наука, 1991. – 168 с.
25. Мельникова Л.В. «Пространственно-нейтральная» и «локально-адресная» региональная политика: проблема выбора // Регион – 2014. – №1(81). – С. 64-85.
26. Бюджет України: 2016 р. – Стат. зб., К.: 2017. – 316 с.
27. Місцеве самоврядування. Поняття територіальної громади [Електронний ресурс]. – Режим доступу: www/ fail:///H/

28. Про засади державної регіональної політики // Відомості Верховної Ради (ВВР), 2015, № 13, ст.90; ст.3, п.3.
29. Принципы стратегического консультирования по вопросам внедрения бюджетирования, ориентированного на результаты: какие уроки можно извлечь из опыта стран ОЭСР для целей сотрудничества в области развития? [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http//www.pempal.org/data/upload/files/2012/04/ou/gir-study-rus.paf
30. Крауліх Патрік, Райланд Гюнтер. Програмно-цільовий метод бюджетування у федеральній землі Гессен, Німеччина // Фінанси України. – 2014. - № 11. – С. 7-16.
31. Обзор международного опыта внедрения бюджетирования, ориентированного на результат [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://www.rostu-comp.ru/content/view/143/
32. В.С. Чулков. Программно-целевое бюджетирование на региональном и местном уровнях // Финансы. – 2014. - № 3. – С. 17-24.
33. Performers Budgeting in OECD Counties. – Paris. OECD. – 2007.
34. Новіков В.М. Удосконалення фінансування соціальної інфраструктури на основі нових бюджетних технологій / В.М. Новіков. Фінансова система національної економіки: проблеми розвитку та управління змінами. У трьох томах: За загальною ред.. Т.І. Єфименко. – Т. 3. – К., 2012. – С. 346-371.
35. Про схвалення Концепції застосування програмно-цільового методу в бюджетному процесі: Розпорядження Кабінету Міністрів України від 14.09.2002 р.№ 538-р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://zakon1.rada.gov.ua/laws/spew/538-2002-%D1%80?nreg=538-2002-% FO Find=12x=78&=7
36. Про схвалення Концепції реформування місцевих бюджетів. Розпорядження Кабінету Міністрів України від 23.05.2007 р. № 308-р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: zakon.rada.gov.ua/laws/spew/308-2007-%01%80?nreg=308-2007-96/FO find=18next=&

37. Зубенко В.В. Програмно-цільовий метод бюджетування як дієвий механізм управління публічними фінансами / В.В. Зубенко // Науковий вісник УДІЕУ. -2011. -№ 3. – С. 44-49.
38. Просняк Н.В. Реалізація програмно-цільового методу бюджетування на місцевому рівні /Н.В Просняк. Реалізація програмно-цільового методу бюджетування на місцевому рівні// Наукові праці Кіровоградського національно-технічного університету. Економічні науки. – 2012.В. 22. Ч. II. – С. 1-4.
39. Бюджетний кодекс України. – Ст. 8.10. [Електронний ресурс]: http://Zakon.pan.na/doc/?nid-1011.44Enobreak=1
40. Наказ Мінфіну України від 14.01.2011. - № 11. [Електронний ресурс]: http://Zakon.pan.na/doc/?nid-1023.2794628Endreak=1
41. Методичні рекомендації щодо проведення оцінки економічної і соціальної ефективності виконання державних цільових програм, затверджені наказом Міністерства економіки України від 24.06.2010 р. № 742. [Електронний ресурс] - Режим доступу : http://www.me.gev.na/control/uk/publish/article?art_id=148773&cat_id=77948
42. Про затвердження методичних рекомендацій щодо здійснення оцінки ефективності бюджетних програм. Наказ Міністертва фінансів України від 17.05.2011 р. № 608 (зі змінами). [Електронний ресурс] - Режим доступу : http://www.minfin.gev.na/control/uk/publish/article?art_id=3588398cat_id=355598 9; www.ibscr.org.na/nserFiles/Files/Legistation/Budget/2013/19Dec2011/22.rtf.pdg
43. Соціальні результати державних програм: теоретико-методологічні та прикладні аспекти оцінювання (за ред. Е.М. Лібанової). – К., 2012. – 311 с.

44. В.М. Федосов. Бюджетна система.Програмно-цільове бюджетування: проблеми становлення і розвитку. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://westudents.com.na/glavy/13776-23-progrmno-tslove-byndijetuvannya-poblemi-star
45. Національна доповідь про стан і перспективи розвитку освіти в Україні: За загальною ред. президента НАПН України В. Г. Кременя. – К.: 2016. – 448 с.
46. Пріоритети реформування та напрями перспективного розвитку міжбюджетних відносин в умовах бюджетної децентралізації в Україні : аналіт. доп. – К. : НІСД, 2015. – 92 с.
47. Економічні і гуманітарні напрями розвитку соціальної інфраструктури. – Колективна монографія за наук. ред. В.М. Новікова; Інститут демографії та соціальних досліджень імені М.В. Птухи, Інститут українсько-польської співпраці. – 2012. – 511 с.
48. Энциклопедия. «АВАНТЕ+» – Т.18; Человек.ч.2./Главн. ред.. В.А. Володин.— М.: 2002.— 640 с.
49. В.А. Сухомлинский. О воспитании. – М., Политиздат, 1982. – С. 270. [Електронний ресурс] – Режим доступу: http://pedagogic.ru/books/item/foo/500/z0000009/st000.shtml
50. Психология. Курс Ешко. 8.6. Интеллект [Електронний ресурс] – Режим доступу: http:www.reading.club/chapter.php/97640/57/Makarova_-_Psiholoqiya_koncpect_lekcii_ptm
51. В. Герасимов. Образование, знания, инновации. – Человек и труд. – 2002. – С.26.
52. Періодизація розвитку особистості за Е.Еріксоном: [Електронний ресурс] – Режим доступу: pidruchniki.com/2008021537059/psihologiya/periodizatsiya_rozvitku_eeriksonom
53. Закон України «Про дошкільну освіту». – Розділ II. –ст.II. – п.1.[Електронний ресурс] – Режим доступу:zakon.rada/gov,ua/lavs/show/2628-14
54. Дошкільна освіта України у 2014 році. Стат. бюлетень. – К., 2015. – 85 с.

55.Ничкало Н. Перспективи модернізації професійної освіти України /Н. Нічкалло// Професійно-технічна освіта. – 2016. – № 3. – С. 2-4.

56.Кучинський М. Професійно-технічна освіта України – вектори розвитку /М. Кучинський // – Професійно-технічна освіта. – 2016. – № 3. – С. 5-9.

57.Головінов В. Професійно-технічна освіта України: часи випробувань, пошуку сподівань /В. Головінов// – Професійно-технічна освіта. – 2016. – №2. – с.10-13.

58.Жук А. Л. Продуктивна зайнятість на виробництві: ретроспективний аналіз та оцінка сучасних тенденцій /А. Л Жук// Демографія та соціальні дослідження. – 2014. – № 2 (22) – С.155-163.

59.Ніколаєнко С. Роль освіти у формуванні трудового потенціалу держави /С. Ніколаєнко// Професійно-технічна освіта. – 2005. – № 3. – с. 8-11.

60.Короткова Л.І., Лук'яненко Т.Г., Лук'янова Л.Б. та інші /Л.І, Короткова, Т.Г.Лук'яненко, Л.Б. Лук'янова/ Професійні стандарти: теорія і практика розроблення. – К.: Нац. акад.пед. наук України. Інститут професійно-технічної освіти. – 2011.

61.Рекомендация МОТ № 195. О развитии людских ресурсов: образование, подготовка кадров и непрерывное обучение. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://wf rada.gov.ua/pls/zweb2/webros 12pf3511=53221

62.Петерсен А.Вилли, Йепсен Маик / А. Вилли Петерсен, Маик Йепсен // Подход и опыт разработки профессиональных стандартов в Германии. – Флесенбург, 2015. – 48 С. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://fru.org.ua/ua/events/business-events/ukrainski-promyslovtsi-razom-iz-providnymy-tekhnichnymy-universytetamy-pereimaiut-dosvid-dualnoi-osvity-u-svoikh-nimetskykh-koleh

63.Статистичний щорічник України за 2006 рік / Держкомстат України. – К.: Консультант, 2007. – 548 с.

64.Статистичний щорічник України за 2013 рік / Київ, 2012. – 552с.

65.Статистичний щорічник України за 2016 рік ./ Держ. служба статистики України ; за ред. І. М. Жук. - Київ : Консультант. – 2017

66. Квартирний облік та кількість наданих квартир в Україні у 2014 році. Стат. Бюлетень. – Київ. – 102 с.
67. Статистичний щорічник України за 2012 рік. – К.: 2013. – 561 с.
68. Яковенко С. Власне житло стає все менш доступним // Єдиний центр. – 2009. - № 4. – С. 6.
69. Кравченко В.І., Полівода К.В. Фінансування будівництва житла. – Ч. І. Новітні тенденції. – Вид.-чий дім «Києво-Могилянська академія». – 2006. – С. 8.
70. Житлове будівництво в Україні у 2010-2015 роках. – Стат. зб. – К.: 2016. — 70 с.
71. Попова О. Реформуємо місцеве самоврядування «як у Польщі»: хто більше?/О.Попова//Дзеркало тижня. – 7 лютого 2015 р. - №4(200). – С.4,5.
72. Ведернікова І. Децентралізація: чи ввійде Україна у відчинені двері, як Польща 1989-го?/І. Ведернікова//Дзеркало тижня. – 19 липня 2014 р. - №26(172). – С.1,4.
73. Kutzin J (2001). A descriptive framework for country-level analysis of health care financing arrangements. Health Policy, 2001. 56 – C.171-204
74. AGRICULTURE AND RURAL ECONOMY IN POLAND [Електронний ресурс] // Режим доступу: http://www.minrol.gov.pl/eng/Reports-and-Publications/AGRICULTURE-AND-FOOD-ECONOMY-IN-POLAND
75. Розпорядження Кабінету Міністрів України "Про схвалення Концепції реформування місцевого самоврядування та територіальної організації влади в Україні" від 01.04.2014 р. № 333-р [Електронний ресурс]//Режим доступу: http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/333-2014-%D1%80
76. Закон України від 05.07.2012 №5081-VI «Про екстренну медичну допомогу» [Електронний ресурс] // Режим доступу: http://zakon1.rada.gov.ua/laws/show/5081-17
77. Закон України від 07.07.2011 №3612-VI «Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій,

Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві» [Електронний ресурс]//Режим доступу: http://zakon1.rada.gov.ua/laws/show/3612-17

78. Закон України від 07.07.2011 р. № 3611–17 «Про внесення змін до основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги». [Електронний ресурс] // Режим доступу: http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/3611-17
79. Статистичний щорічник України [Електронний ресурс] // Державна служба статистики України. – 2015. – Режим доступу до ресурсу: http://www.ukrstat.gov.ua/druk/publicat/kat_u/2015/zb/07/zb_Uz14_uk.zip
80. Національні рахунки охорони здоров'я (НРОЗ) України [Електронний ресурс] // Державна служба статистики України. – 2015. – Режим доступу до ресурсу: http://www.ukrstat.gov.ua/druk/publicat/kat_u/2016/bl/02/bl_nroz14_pdf.zip
81. Лібанова Е. М. Стратегічні пріоритети соціальної політики України на початку XXI століття / Е. М. Лібанова. // Демографія та соціальна економіка. – 2008. – №1. – С. 9–22.
82. Надюк З. О. Ринок медичних послуг: роль держави у фінансуванні системи охорони здоров'я України / З. О. Надюк. // Економіка та держава. – 2008. – №4. – С. 100–102.
83. Карпишин Н. Шляхи оптимізації фінансового забезпечення охорони здоров'я в Україні / Н. Карпишин. // Світ фінансів. – 2009. – №4. – С. 99–104.
84. Лехан В. М. Стратегія розвитку системи охорони здоров'я: український вимір / В. М. Лехан, Г. О. Слабкий, М. В. Шевченко. // Україна. Здоров'я нації. – 2010. – №1. – С. 5–23.
85. Fuchs V. R. Economis, values and health care reform / V. R. Fuchs. // The American Economic Review. – 1996. – №1. – P. 1–24.
86. Морен Е. Шлях у майбутнє людства / Е. Морен. – Київ: Ніка-Центр, 2014. – 256 с.

87. Ткачук А. Ф. Децентралізація влади: від потреби до реалізації (робочий зошит) / А. Ф. Ткачук. – Київ: ІКЦ "Легальний статус", 2013. – 116 с.
88. Ганущак Ю.І. Територіальна організація влади. Стан та напрямки змін / Ю.І. Ганущак. – К.: ІКЦ "Легальний статус", 2012. – 348 с.
89. Коліушко І. Б. Виконавча влада та проблеми адміністративної реформи в Україні / І. Б. Коліушко. – Київ: Факт, 2002. – 260 с.
90. Модернізація України: визначення пріоритетів реформ (проект до обговорення) / І.Коліушко, І. Бураковський, О. Сушко, Є. Захаров.та ін. – Київ: Мережа підтримки реформ, 2009. – 120 с.
91. Здоровье 2020: Основы европейской политики в поддержку действий всего государства и общества в интересах здоровья и благополучия – Париж: Европейское региональное бюро ВОЗ, 2013. – 16 с.
92. Suhrcke M. Инвестиции в здоровье: ключевое условие успешного экономического развития Восточной Европы и Центральной Азии / M. Suhrcke, M. McKee, L. Rocco., 2008. – 274 с.
93. World Health Statistics, 2015. – 161 с.
94. World Health Statistics, 2016. – 125 с.
95. Communication From The Commission: On effective, accessible and resilient health systems – Brussels: European Commission, 2014. – 17 p.
96. Investing In Health. Commission Staff Working Document Social Investment Package February 2013 – Brussels: European Commission, 2013. – 20 p.
97. Joumard I. Health Care Systems. Efficiency And Institutions / I. Joumard, C. André, C. Nicq. – Paris: OECD Publishing, 2010. – 132 p.
98. Berman P. Health Systems Analysis for Better Health System Strengthening / P. Berman, R. Bitran. – Washington: The International Bank for Reconstruction and Development, 2011. – 54 p.
99. Управление системой оказания медицинской помощи в условиях глобального лимитирования затрат. // Вопросы экономики и управления для руководителей здравоохранения. – 2006. – №4. – С. 3–67.

100. Цілі розвитку тисячоліття України: 2000-2015. Національна доповідь – Київ: ПРООН в Україні, 2015. – 73 с.

101. Городяненко В.Г.Соціологічна енциклопедія/ Укладач В.Г.Городяненко.-К.:Академвидав,2008.-456 с.

102. Офіційний веб-сайт Державної служби статистики України [Електронний ресурс] // Державна служба статистики України. – 2017. – Режим доступу до ресурсу: http://www.ukrstat.gov.ua/.

103. Кількість дітей в Україні зменшилась майже вдвічі [Електронний ресурс] // Укрінформ. – 2017. – Режим доступу до ресурсу: https://www.ukrinform.ua/rubric-society/2165052-kilkist-ditej-v-ukraini-zmensilas-majze-vdvici.html

104. ПФ назвав кількість пенсіонерів в Україні [Електронний ресурс] // finance.ua. – 2016. – Режим доступу до ресурсу: https://news.finance.ua/ua/news/-/378360/pf-nazvav-kilkist-pensioneriv-v-ukrayini

105. Частка працездатного населення у сфері послуг [Електронний ресурс] // Державна служба Статистики України. – 2017. – Режим доступу до ресурсу: http://www.ukrstat.gov.ua/.

106. Индекс инфляции (Украина) [Електронний ресурс] // Фінансовий портал "Минфин". – 2016. – Режим доступу до ресурсу: http://index.minfin.com.ua/index/infl/

107. EUROPEAN ECONOMY. Economic Papers 507 | October 2013

108. Zweifel P., Felder S., and Meiers M. (1999), "Ageing of population and health care expenditure: a red herring?", Health Economics 8(6) 485-496

109. Rechel B., Doyle Y., Grundy E. and McKee M. (2009), "How can health systems respond to population ageing?", European Observatory on Health Systems and Policies, Policy Brief 10.

110. Fries, J.F. (1989), "The compression of morbidity: near or far?", Milbank Memorial Fund Quarterly, Vol. 67, No. 2, pp. 208-232.

111. Manton, K.G. (1982), 'Changing concepts of morbidity and mortality in the elderly population', Milbank Memorial Fund Quarterly

112. Olshansky, S.J., M.A. Rudberg, B.A. Carnes, C.K. Cassel, J.A. Brody (1991), 'Trading off longer life for worsening health', Journal of Ageing and Health, Vol. 3, No. 2, pp. 194-216.

113. Baumol W. (2012), "The cost disease – why computers get cheaper and health care doesn't", Yale University Press.

114. Nordhaus W. (2008), "Baumol's diseases: a macroeconomic perspective", Journal of Macroeconomics 8: article 9.

115. COM 2007 (205) Communication on “Services of general interest, including social services of general interest: a new European commitment”

116. Соціальний розвиток України: сучасні трансформації та перспективи / За заг. ред. д-ра екон. наук, проф., чл.-кор. НАН України Б.М. Данилишина. – 2-ге вид. доповн. і переробл. – Черкаси: Брама-Україна, 2006. – 620 с.

117. Гвелесіані А.Г. Диференціація грошових доходів населення: аналіз, прогноз та механізм регулювання. Монографія / Відп. ред. д.е.н., проф. В.М. Новіков. – К.: Ін-т демографії та соціальних досліджень НАН України, 2008. – 155 с.

118. Нерівність в Україні: масштаби та можливості впливу / за ред. Е.М. Лібанової. – К.: Інститут демографії та соціальних досліджень ім. М.В. Птухи НАН України, 2012. – 404 с.

119. Regional disparities in regional development of the Czech Republic / [A. Kutscheraueratal, H. Fachinelli, M. Hučka, others] / [Електронний ресурс] / Technical University of Ostrava. – Ostrava. – 2010. – P. 120. – Режим доступу: http://disparity.idealnihosting.cz/edice_cd/cd11_regdis_mono_angl/pdf/Regional1%20disparities.pdf.

120. Постанова Кабінету Міністрів України «Про запровадження оцінки міжрегіональної та внутрішньорегіональної диференціації соціально-

економічного розвитку регіонів»: за станом на 20 травня 2009 р., №476. [Електронний ресурс] / Кабінет Міністрів України. – Режим доступу: http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/476-2009-п.

121. Офіційний сайт Державної служби статистики України [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http:www.ukrstat.gov.ua

122. Офіційний сайт Міністерства економічного розвитку та торгівлі України [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http:www.me.gov.ua

123. Офіційний сайт Національного банку України [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http:www.bank.gov.ua

124. Планування місцевих бюджетів на основі програмно-цільового методу: Навчальний посібник / [І.Ф. Щербина, В.В. Зубенко, І.В. Самчинська та ін.]; за заг. ред. І.Ф. Щербини; ІБСЕД, Проект «Зміцнення місцевої фінансової ініціативи», USAID. – К., 2011. – 108 с.

125. Про схвалення Концепції застосування програмно-цільового методу в бюджетному процесі: Розпорядження Кабінету Міністрів України від 14.09.2002 р. №538-р [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://zakon1.rada.gov.ua

126. Левчук Н.М. Нерівність доступу до освіти в Україні: соціальні детермінанти та наслідки [Текст] / Н.М. Левчук // Демографія та соціальна економіка. – К.: ІДСД ім. М.В. Птухи НАН України, 2005. – № 2. – С. 148-158.

127. Концепція реформи фінансування системи охорони здоров’я України [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://moz.gov.ua/docfiles/pre_20160205_0_dod.pdf

128. Національні рахунки охорони здоров’я (НРОЗ) України у 2014 році: Статистичний бюлетень [Електронний ресурс] / Державна служба статистики України. – Режим доступу: www.ukrstat.gov.ua

129. Самооцінка населенням стану здоров’я та рівня доступності окремих видів медичної допомоги у 2015 році. – Режим доступу : www.ukrstat.gov.ua

130. Козак В.Є. Трансформація економічних відносин в соціальній сфері // Соціальна сфера в перехідній економіці: Зб. наук. пр. / НАН України. Ін-т економіки. Ред. кол.: В.М. Новіков (відп. ред.) та ін. – К., 2000. – 132 с.

131. Дані інституту Горшеніна, 2012 р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://institute.gorshenin.ua/ .

132. Міжнародне дослідження «Студенти. Образ майбутнього», 2011р, Інститут ім. Горшеніна [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://institute.gorshenin.ua/

133. Marking Transition Work for Everyone: Poverty and Inequality in Europe and Central Asia. – World Bank: Washington DC, 2000. – Режим доступу: http://documents.worldbank.org/curated/en/571801468037741599/pdf/multi-page.pdf

134. Державна політика у сфері охорони здоров'я: кол. моногр.: у 2 ч. / [кол. авт.; упоряд. проф. Я.Ф. Радиш; передм. та заг. ред. проф. М.М. Білинський, проф. Я.Ф. Радиша]. – К.: НАДУ, 2013. – Ч.1. – 396 с.

135. www. Про схвалення Концепції реформування місцевого самоврядування та територіальної організації влади в Україні / Розпорядження Кабінету Міністрів України від 1 квітня 2014 р. № 333-р.

136. Закон України «Про державне замовлення для задоволення пріоритетних державних потреб» [Електронний ресурс]. – Режим доступу: zakon 3.rada.gov.ua/lows/show/493/95-вр)

137. Господарський кодекс України [Електронний ресурс]. – Режим доступу: zakon 3.rada.gov.ua/lows/show/436-15).

138. Закони України «Про поставки продукції для державних потреб», «Про закупівлю товарів, робіт і послуг за державні кошти [Електронний ресурс]. – Режим доступу: zakon 3.rada.gov.ua/lows/show/1490-14].

139. Гаврильева Т.Н. Формирование государственных заданий на оказание бюджетных услуг. – Регион: экономика и социология. – 2010. – № 3. – С. 102-114.

140. Національні рахунки України за 2015 рік. – Стат. зб. – К., 2016. – 185 с.

141. Національні рахунки охорони здоров'я (НРОЗ) України у 2016 році: Стат. бюлетень / Державна служба статистики України. – К., 2017. – 144 с.

142. Закон України "Про інвестиційну діяльність" від 18.09.1991 р. № 1560-XII. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/1560-12/card3

143. Бюджетний кодекс України. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/2456-17

144. Статистичний збірник «КАПІТАЛЬНІ ІНВЕСТИЦІЇ В УКРАЇНІ у 2010–2015 роках» / Державна служба статистики України- Київ. -2017

145. Статистичний бюлетень Капітальні інвестиції в Україні за 2016 рік / Державна служба статистики України- Київ. -2017

146. Бюлетень "Основні засоби України" за 2016 рік/ Державна служба статистики України- Київ. -2017

147. Статистичний збірник "Основні засоби України за 2000-2010 роки"/ Державна служба статистики України- Київ. -2011

148. Інформаційно-аналітичні матеріали з питань підготовки до 2016-2017 навчального року http://mon.gov.ua/activity/education/zagalna-serednya/dovidkovi.html

149. Постанова КМУ Про затвердження Положення про освітній округ http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/777-2010-%D0%BF

150. http://mon.gov.ua/activity/education/zagalna-serednya/oporni-shkoli/

151. Aleksandra Burdyak and Valery Novikov. Housing finance in Ukraine: a long way to go. Autumn 2014, *HOUSING FINANCE INTERNATIONAL.pp 17-27*

152. Місцеве самоврядування в Україні: сучасний стан та основні напрями модернізації : наук. доп. / [редкол. : Ю. В. Ковбасюк, К. О.

Ващенко, В. В. Толкованов таін.] ; за заг. ред. д-ра наук з держ. упр., проф. Ю. В. Ковбасюка. – К. : НАДУ, 2014. –128 с. – С. 20

153. Бюджетний кодекс України http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/2456-17

154. Муніципальні фінанси / За ред. д.е.н., проф. О.П. Кириленко. – Тернопіль: Астон, 2015. – 360 с., с. 230

155. Звіти Національної комісії з цінних паперів та фондового ринку за 2003-2016 роки / Нац. коміс. з цін. паперів та фонд. ринку [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://www.nssmc.gov.ua/activities/annual

156. Самойлова О. Тиша на ринку муніципальних запозичень / Олена Самойлова // Рейтингове агентство "Кредит-Рейтинг". – Режим доступу : http://www.credit-rating.ua/ru/analytics/review/12814/

157. Місцеві запозичення, погоджені з початку 2012 року [Електронний ресурс] / Міністерство фінансів України. – 2012. – 18 жовт. – Режим доступу : http://www.minfin.gov.ua/control/uk/publish/article?art_id=354442&cat_id=68447

158. Інформація щодо здійснення місцевого запозичення та місцевих гарантій в 2013 році [Електронний ресурс] / Міністерство фінансів України. – 2013. – 14 лют. – Режим доступу : http://www.minfin.gov.ua/control/uk/publish/archive/main?cat_id=68447

159. Державне регулювання розвитку внутрішнього ринку в умовах модернізації національної економіки / [В. Г. Бодров, О. М. Соколова, Н. І. Балдич та ін.] ; за ред. В. Г. Бодрова. – К. : НАДУ, 2013. – 204 с.

160. Стігліц Джозеф Е. Економіка державного сектора / Джозеф Е. Стігліц ; А. Олійник, Р. Скільський ; пер. з англ. – К. : Основи, 1998. – 854 с.

161. Аналітичний огляд ринку облігацій України за 9 місяців 2016 року [Електронний ресурс] / Ринок облігацій України. – Національне рейтингове агентство "Рюрік". – Режим доступу : http://rurik.com.ua/documents/research/bonds_3_kv_2013_ review.pdf

162. Кравчук І. Місцеві облігації: чи очікувати банкрутств міст [Електронний ресурс] /Ігор Кравчук // Регіональна економіка. – 2013. – 7 жовт. – Режим доступу : http://real-economy.com.ua/publication/113/54187.html

163. Гапонюк М. А. Окремі аспекти боргової політики органів місцевого самоврядування [Електронний ресурс] / М. А. Гапонюк // ДВНЗ "КНЕУ ім. Вадима Гетьмана". – 2010. – Режим доступу : http://ir.kneu.kiev.ua:8080/handle/2010/364

164. Богдан Т. Сучасні підходи до управління ризиками державного боргу [Електронний ресурс] / Тетяна Богдан ; Нац. б-ка ім. І. В. Вернадського. – 2011. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://www.nbuv.gov.ua/portal/soc_gum/Vnbu/2011_11 /2011_11_4.pdf

165. Overview of PPP experience [Електронний ресурс]. – Режим доступу : https://ppiaf.org/sites/ppiaf.org/files/documents/toolkits/highwaystoolkit/6/pdf-version/1-21.pdf

166. Закон України «Про державно-приватне партнерство». - [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/2404-17

167. Закон України Про внесення змін до деяких законів України щодо усунення регуляторних бар'єрів [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/817-19

168. Підготовка та реалізація проектів публічно-приватного партнерства: Практичний посібник для органів місцевої влади та бізнесу /С. Грищенко – К., ФОП Москаленко О.М., 2011. – 140 с.

169. Review of the Public-private partnerships. – World Bank. – Available at: http://ppi.worldbank.org/explore/ppi_exploreCountry.aspx http://ppi.worldbank.org/index.aspx

170. Брайловський І. А. Моделі державно-приватних партнерств // Розвиток економічних методів управління національною економікою та економікою підприємства: зб. наук. праць. – Донецьк: ДонДУУ, 2012. – т. XIII. – С. 51–60.

171. Public-private partnerships in Europe – before and during the recent financial crisis [Electronic resource]. Economic and Financial Report 2010/04 / European Investment bank. pp.120-145 – Available at: http://www.eib.org/epec/resources/efr_epec_ppp_report1.pdf

172. Glaister S. Past Abuses and Future Uses of Private Finance and Public Private Partnerships in Transport [Text] / S. Glaister // Public Money and Management. – 1999. – Vol. 19. – July–September. – № 3. – Pp. 29–36.

173. Bennet J. Delegation of Contracting in Private Provision of Public Services [Electronic resource] / J. Bennet, E. Iossa // Economics and Finance Discussion Papers. – 2005. – No. 05/15. – Available at : http://ideas.repec.org/p/bru/bruedp/05-15.html

174. Review of the European PPP Market in 2010-2013. – European Investment bank . – Available at: http://www.eib.org/attachments/epec/epec_market_update_2013_en.pdf

175. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://siteresources.worldbank.org/EDUCATION/Resources/278200-1099079877269/547664-1099079934475/547667-1135281523948/EWPS14_Private_Education.pdf

176. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : https://e-pub.uni-weimar.de/opus4/frontdoor/deliver/index/docId/1384/file/E_book.pdf

177. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://siteresources.worldbank.org/EDUCATION/Resources/278200-1099079877269/547664-1099079934475/547667-1135281523948/EWPS14_Private_Education.pdf

178. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://www.p3canada.ca

179. PPP Centrum, Pilot Projects in the Czech Republic, 2007

180. The South African Institute of International Affairs Working Together Assessing Public–Private Partnerships in Africa Peter Farlam, 2005

181. Partnering for the Future. Public-Private Partnerships in Tourism Development, Investment & Development Office Ministry of Tourism, Culture & Recreation, 2002

182. Програма розвитку ДПП. Секторальний огляд: Потреби державного сектора в медичній сфері http://ppp-ukraine.org/wp-content/uploads/2015/09/Sector-Brief-Healthcare-UKR.pdf

183. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/817-19/paran56#n56

184. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://www.loda.gov.ua/ua/news/itm/2557/

185. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://ppp-ukraine.org/wp-content/uploads/2015/12/Education-Sector-Brief-UKR.pdf

Наукове видання

СОЦІАЛЬНА ІНФРАСТРУКТУРА НА ШЛЯХАХ РЕФОРМУВАННЯ МІСЦЕВОГО САМОВРЯДУВАННЯ

(Колективна монографія за науковою редакцією д.е.н., проф. В.М. Новікова; Здіслава Сіройча, д.е.н.(хабілітованного), проф. Варшавського університету менеджменту і фінансів, Польща)

Затверджено до друку Вченою радою
Інституту демографії та соціальних досліджень ім. М.В. Птухи НАН України
(протокол № 17від від 29 грудня 2017 р.)

Підп. до друку Формат Папір офсетний. Друк цифровий. Обл. вид. арк. Ум. друк. арк. Наклад прим. Замовл. №

Інститут демографії та соціальних досліджень імені М.В. Птухи НАН України
Україна, 01032, м. Київ, бульвар Т. Шевченка, 60.
тел. (044) 486-62-38; e-mail: demography@idss.org.ua
http://www.idss.org.ua