

## СОЦІАЛЬНА СПРЯМОВАНІСТЬ БЮДЖЕТНОЇ ПОЛІТИКИ В УКРАЇНІ: ІНТЕГРАЛЬНА ОЦІНКА ТА ТЕНДЕНЦІЇ РОЗВИТКУ

*У статті проводиться оцінка рівня соціальної спрямованості бюджетної політики в Україні із застосуванням інтегральних показників. Доведено, що державна політика ще не досягла задекларованих цілей і результативність видатків соціального призначення залишається невисокою.*

*Ключові слова: соціальна сфера, бюджетна політика, інтегральні показники.*

### ВСТУП

Державне регулювання відіграє вирішальну роль у розвитку й підтримці стабільності соціальної сфери в будь-якій країні, що підтверджується світовою практикою. Так, у доповіді Всесвітнього банку зазначається, що держава визначальним чином впливає на розвиток сфери соціальних послуг та інфраструктури, на захист найуразливіших категорій населення, на охорону довкілля тощо.

Серед інструментів державного впливу на розвиток суспільства провідна роль належить фіскальним засобам, що пов'язані з використанням державних фінансів для регулювання соціальних процесів у суспільстві. Своєю безпосередню реалізацію це знаходить у цілеспрямованому впливі фіскальних відносин практично на усі найважливіші параметри життєдіяльності як соціальних суб'єктів соціуму. Реалізуючи соціальну функцію, держава в процесі перерозподілу фінансових ресурсів створює умови для забезпечення достатнього життєвого рівня людини, необхідного для її відтворення та розвитку, захисту рівноправності та особистої свободи, для захисту особи від негативного впливу навколишнього природного і соціального середовища, а також від соціальних ризиків, пов'язаних з глобалізаційними процесами.

Використовуючи фінансові ресурси, держава впливає на формування відповідних пропорцій розвитку продуктивних сил, розподілу факторів виробництва та його результатів для досягнення в країні соціальної злагоди і стабільності як необхідної умови існування та поступального розвитку суспільства.

В Україні діяльність держави в соціальній сфері має важливе значення для розвитку суспільства. Це зумовлено як різким падінням доходів переважної більшості населення при переході до ринкової економіки, так і традиційною орієнтацією громадян на одержання соціальних послуг саме від держави.

### РІВЕНЬ РОЗРОБЛЕНОСТІ ПРОБЛЕМИ

Різні аспекти розвитку соціальної сфери досліджувалися в працях відомих вітчизняних науковців: А. Гальчинського, В. Геєця, О. Грішнєвої, М. Долішнього, М. Карліна, В. Куценко, Е. Лібанової, В. Мандибури, О. Макарової, Б. Надточій, В. Новікова, В. Онікієнка, І. Петрової, С. Пирожкова, А. Ревенка, У. Садової та багатьох інших.

У працях вітчизняних науковців [1—8] відстоюється теза про те, що загальне збільшення соціальних видатків не завжди приводить до ефективного соціального результату, тобто по-

кращання ситуації в соціальній сфері. Доказом цієї тези може бути дослідження кореляційного зв'язку між показниками видатків місцевих бюджетів на охорону здоров'я та деякими показниками, що характеризують стан здоров'я населення (наприклад, у 2005 році видатки місцевих бюджетів були максимальними, однак кількість мертворождалих малят впродовж 2005—2006 років зроста порівняно з попереднім роком майже на 15 %. Якщо в 2004 році мертвими народилося 1983 немовляти, то в 2005 році — 2240, а в 2006 році вже 2306 немовлят. Кількість дітей, що померла до одного року, упродовж 2005—2006 року також збільшилася — на 10 %. Якщо в 2004 році не дожило до першого дня народження 4000 немовлят, то в 2005 році їхня кількість становила 4241, а в 2006 — 4433 немовляти. Одним із основних показників добробуту (або навпаки) демографічної ситуації є так званий коефіцієнт фертильності — кількість народжень на одну жінку. В Україні він сьогодні, за різними даними, дорівнює 1,2 — 1,3. У більшості західноєвропейських країн народжуваність помітно вища, ніж у нас. Так, у Нідерландах коефіцієнт фертильності становить 1,73, Великобританії — 1,74, Швеції — 1,75, Фінляндії — 1,8, Норвегії — 1,81, Франції — 1,9, Ірландії — 1,99 (це, до речі, навіть трохи більше, ніж у СРСР у 1970-ті роки), Ізраїлі та Ісландії — 2,03, Сполучених Штатах — 2,08. Окрім того, у більшості цих країн наведений показник за останні десять років або виріс (Франція — плюс 0,24, Німеччина — плюс 0,13, Італія — плюс 0,11), або залишився на колишньому рівні. У Бразилії на одну жінку припадає 1,93 народжень, Шрі-Ланці — 1,85, Ірані — 1,82, Китаї — 1,72 (китайським урядом щодо Пекіну вже скасована квота народжуваності, яка дорівнювала одній дитині на сім'ю). У країнах-старожилах Євросоюзу (окрім Німеччини і Греції), а також у Норвегії, Ісландії і Швейцарії спостерігається невеликий, але стійкий природний приріст населення. Те ж саме можна сказати про Японію та Канаду. Що ж до США, то в них узагалі спостерігається демографічний бум: за останнє десятиліття ХХ та початок ХХІ століть населення збільшилося приблизно на 33 мільйони осіб. У структурі приросту на імміграцію припадає лише третина його частки. У результаті населення Сполучених Штатів склало близько трьохсот мільйонів осіб.

Як свідчать розрахунки, досить тісний зв'язок показника обсягів витрат на охорону здоров'я існує лише з показником кількості лікарів у регіоні. У 2009 році надання медичної допомоги в лікувально-профілактичних установах

системи Міністерства охорони здоров'я України забезпечували 195,5 тисячі лікарів та 430 тисяч молодших спеціалістів з медичною освітою, які обіймали відповідно 244 тисячі лікарських посад та 432 тисячі посад молодших спеціалістів з медичною освітою. Забезпеченість лікарями по Україні становила 43,2 на 10 тис. населення, однак забезпеченість лікарями-практиками, які безпосередньо надають медичну допомогу населенню, — тільки 26,9 на 10 тис. населення, що дещо менше, ніж у країнах Європи. Згідно зі статистикою ВООЗ, у країнах Західної Європи забезпеченість лікарями в середньому становить 30 на 10000 населення. Разом з цим, в Україні у закладах охорони здоров'я нині неуккомплектовані 19,2 тисячі лікарських посад, у тому числі 5,8 тисячі — в сільській місцевості. Залишаються проблемними питання укомплектованості лікарських посад у фтизіатричній, патолого-анатомічній, рентгенологічній, лабораторній, педіатричній та санітарно-епідеміологічній службах.

За даними Реєстру медичних кадрів МОЗ України, який дає змогу постійно моніторити стан забезпечення кадровими ресурсами закладів охорони здоров'я сфери управління обласних, Київської та Севастопольської міських державних адміністрацій, залишаються вакантними 3544 посади лікарів-терапевтів, 2285 посад лікарів-педіатрів, 958 посад лікарів-хірургів, 1303 посади лікарів-акушерів-гінекологів, 603 посади лікарів-фтизіатрів, 1583 посади лікарів загальної практики-сімейних лікарів.

Без урахування сумісників реальний дефіцит лікарів у закладах охорони здоров'я державної та комунальної форми власності у 2009 році становив 48 тисяч 345 осіб. У тому числі понад 3,5 тисячі дитячих лікарів, що, безумовно, впливає на доступність та якість надання медичної допомоги дитячому населенню. У 2009 році відсоток осіб пенсійного віку серед лікарів, що працюють, становив 23,5%, або 46 490 осіб.

У 2000 році на фінансування галузі було виділено 4,4 млрд грн. зведеного бюджету, що становило 2,6% від ВВП. У 2004 році ця сума становила вже 9,4 млрд грн., тобто 2,8% ВВП, у 2005 році частка ВВП становила теж 2,8%, хоча фактична сума коштів збільшилася до 12,2 млрд грн. У 2006 році на забезпечення функціонування галузі було спрямовано 17,4 млрд грн., тобто вже 3,3% ВВП держави. У 2009 році рівень фінансування галузі зменшився до 2,9% обсягу ВВП. Державним бюджетом України на 2009 рік передбачалося фінансування у сумі 29,96

мільярда гривень. Державне фінансування охорони здоров'я в 2009 році, у розрахунку на душу населення, становило 90 доларів США, що у 60 разів менше, ніж у США, у 30—40 разів менше, ніж у країнах Європейського Союзу, та у 7—12 разів менше, ніж у найближчих сусідів України — Молдови, Білорусі, Росії та Польщі. Отже, фінансування охорони здоров'я у теперішній час означає передусім фінансування оплати праці та утримання матеріальної бази галузі, які поглинають основну частину загальних коштів і не дають можливості покращити якість медичних послуг. З іншого боку, якщо у США найнижче оплачувані лікарі (лікарі сімейної практики, терапевти, педіатри) заробляють у середньому 130—250 тисяч доларів на рік — найбільше отримують такі спеціалісти, як хірурги, інвазивні кардіологи, радіологи — від 300 до 500 тисяч доларів на рік (співвідношення в доходах між цими категоріями лікарів становить у середньому 2:3), — то в Україні найнижчі доходи (маємо на увазі всі доходи — як легальні, так і нелегальні) у тих же дільничних або сімейних терапевтів і педіатрів. В Україні дільничний терапевт може за місяць заробити від 2 до 3 тисяч гривень. Зате дохід хірурга або акушера-гінеколога, який активно оперує в обласній установі, може становити на місяць понад 50 тисяч гривень (суми "поборів" за середньої складності операцію в 500—1000 у.о. уже давно сприймаються пацієнтами як буденна реальність). Отже, співвідношення в оплаті праці лікарів в Україні складає більше ніж 1 до 20.

Аналогічна ситуація характерна і для інших галузей соціальної сфери. Тому важливою є оцінка не лише обсягів, а й ефективності державних видатків. У міжнародній практиці з цією метою використовуються наступні критерії [8].

1. Соціальна ефективність (англ. — effectiveness) — досягнення певного соціального результату в розрахунку на одиницю витрат (скорочення рівня злочинності або збільшення частки здорових дітей шкільного віку).

2. Економічна ефективність (англ. — efficiency) — обсяг випуску на одиницю витрат. Наприклад, на побудову лікарні на 400 лікарняних місць передбачається витратити 400 млн грн. Економічна ефективність такого проекту вища, ніж проекту будівництва, при реалізації якого одне лікарняне місце коштуватиме 2 млн грн. Питання про те, чи потрібна взагалі лікарня в цій місцевості, при застосуванні цього показника не ставиться.

Ефективність соціальних видатків бюдже-

ту в Україні здебільшого визначається такими показниками, як обсяг видатків на соціальну сферу щодо ВВП або сукупних видатків зведеного бюджету. Проте міжнародний досвід свідчить, що здійснювати розробку бюджету винятково на основі макроекономічних показників недостатньо [4]. При цьому послаблюється прозорість та адресність бюджетної політики, втрачається бачення важливих пропорцій, необхідних для планування розподілу коштів. Це зумовлює необхідність використання у бюджетному процесі спеціальних соціальних індикаторів та критеріїв.

Метою статті є розробка методики оцінки рівня соціальної спрямованості бюджетної політики в Україні із застосуванням інтегральних показників.

## РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Концепція ефективності бюджетних видатків передбачає розмежування понять прямих (англ. — output) і кінцевих (англ. — outcome) результатів діяльності. Під прямим результатом розуміють обсяг товарів і послуг, що надаються державою (у цьому випадку — "випуск" соціальних послуг). Наприклад, якщо прямими показниками є чисельність учнів середніх шкіл або кількість проведених операцій, то відповідними кінцевими результатами будуть підтримання певного рівня освіти та зменшення смертності. З метою здійснення інтегральної оцінки соціальної спрямованості бюджетної політики в Україні та дослідження тенденцій рівня її соціальної спрямованості впродовж останніх років проведено розрахунки на основі запропонованих методичних підходів, що базуються на системі прямих і непрямих (результативних) показників. Прямі показники характеризують рівень, структуру та стан виконання бюджетних видатків на соціальні цілі, а непрямі — фактичний стан розвитку складових соціальної сфери, для оцінки яких нами обрано індикатори рівня життя, стану здоров'я та рівня освіти населення.

Для досягнення мети дослідження обираємо інформаційний масив, що включає динамічні ряди статистичних показників за період 2000—2009 рр. В якості базового для оцінки динаміки забезпечення соціальної спрямованості бюджетної політики обрано 2000-й рік, оскільки він став фактично першим роком економічного зростання в Україні, що дало можливість спрямувати більше коштів на реалізацію соціальних програм і зумовило можливість соціальної орієнтації бюджетної політики. Більше того, саме в цьому році зафік-

совані найнижчі значення більшості обраних індикаторів, що дозволяє простежити залежність їх динаміки від нарощування соціальних видатків, яке мало місце впродовж досліджуваного періоду.

Унаслідок певних обмежень чинного інформаційного забезпечення в розрахунках було використано не повний комплекс можливих показників, а лише ті, які на теперішній час мають найвагоміше значення в контексті оцінки розвитку соціальної сфери. Це дозволило уникнути формування надто громіздкого та деталізованого інформаційного масиву, з одного боку, та виокремити основні показники, що найбільш чутливі до заходів соціальної політики, — з іншого. Відповідно всі обрані показники отримали однакове значення статистичних ваг при побудові інтегральних індексів як такі, що роблять однаково вагомий внесок до забезпечення соціальної спрямованості бюджетної політики. Незважаючи на здійснену модифікацію системи індикаторів, отримані результати дають досить повне уявлення про загальну ситуацію.

Для розрахунків використані такі прямі показники:

1) питома вага видатків на соціальну сферу у сукупних видатках зведеного бюджету (за статтями видатків);

2) питома вага видатків на соціальну сферу у ВВП (за статтями видатків);

3) темпи зростання видатків на соціальну сферу щодо темпів зростання ВВП та сукупних доходів бюджету:

— співвідношення темпів зростання соціальних видатків та ВВП;

— співвідношення темпів зростання видатків на соціальну сферу та доходів бюджету;

4) співвідношення соціальних видатків та видатків, що спрямовуються на розвиток економіки;

5) рівень фактичного виконання планових видатків на соціальну сферу (за статтями видатків).

Непрямі показники, використані для розрахунку інтегрального індексу, як такі, що дозволяють оцінити результативність бюджетної політики, включають:

а) індикатори рівня життя:

1) випереджаюче зростання доходів щодо зростання ВВП:

— співвідношення темпів зростання реальних доходів населення та темпів зростання ВВП;

— співвідношення темпів зростання серед-

ньої заробітної плати та ІСЦ;

2) скорочення бідності населення:

— рівень відносної бідності (за національним критерієм), %;

— частка населення з середньодушовими витратами нижче за прожитковий мінімум, %

3) рівень розшарування населення за доходами:

— квінтільний коефіцієнт диференціації сукупних витрат;

4) сумарний коефіцієнт народжуваності;

5) рівень безробіття (за методологією МОП), %;

6) рівень забезпечення державних соціальних гарантій, %:

— співвідношення мінімальної заробітної плати з прожитковим мінімумом для працездатних осіб;

— співвідношення мінімальної пенсії з прожитковим мінімумом для непрацездатних осіб;

— рівень забезпечення прожиткового мінімуму для призначення соціальної допомоги малозабезпеченому населенню;

— співвідношення мінімальної заробітної плати та мінімальної пенсії;

б) індикатори стану здоров'я населення:

1) середня очікувана тривалість життя населення, зокрема:

— середня очікувана тривалість життя жінок, років;

— середня очікувана тривалість життя чоловіків, років;

2) показник умовного здоров'я населення, %;

3) рівень смертності немовлят, на 1 тис. живонароджень;

4) рівень материнської смертності, на 100 тис. живонароджень;

5) рівень захворюваності на окремі соціально детерміновані хвороби:

— кількість осіб із вперше встановленим діагнозом ВІЛ-інфекції, на 100 тис. осіб;

— рівень вертикальної трансмісії ВІЛ/СНІД (питома вага ВІЛ-інфікованих дітей, народжених від ВІЛ-інфікованих матерів), %;

— кількість осіб, померлих від туберкульозу, на 100 тис. населення;

— рівень смертності від зовнішніх причин (нещасних випадків, отруєнь і травм), на 100 тис. осіб;

в) індикатори освіти:

1) частка учнів, що закінчили школу III ступеня (здобули повну вищу освіту) у складі випускників загальноосвітніх шкіл, %;

2) співвідношення чисельності учнів і вчителів у загальноосвітніх школах;

3) державне замовлення на підготовку фахівців з вищою освітою (питома вага студентів, що зараховані на початковий цикл навчання у ВНЗ за рахунок бюджетних коштів), %.

Процедура стандартизації показників полягала у визначенні ступеня їх залежності від максимального та мінімального значення показників-стимуляторів:

$$y_i = \frac{Z_i - Z_{i \min}}{Z_{i \max} - Z_{i \min}} \quad (1),$$

де  $Z_i$  — значення  $i$ -го показника;  
 $Z_{i \min}$  — мінімальне значення  $i$ -го показника;  
 $Z_{i \max}$  — максимальне значення  $i$ -го показника.

Для показників-дестимуляторів, зростання яких сприяє зниженню індексу, використовуємо наступну залежність:

$$y_i = \frac{Z_{i \max} - Z_i}{Z_{i \max} - Z_{i \min}} \quad (2).$$

У результаті отримуємо нормовані показники, значення яких варіюють в межах від 0 до 1.

Оскільки ми маємо за мету оцінку не лише динаміки показників впродовж досліджуваного

**Таблиця 1. Прямі показники соціальної спрямованості бюджетної політики та їх фактичні значення в 2000—2007 рр.**

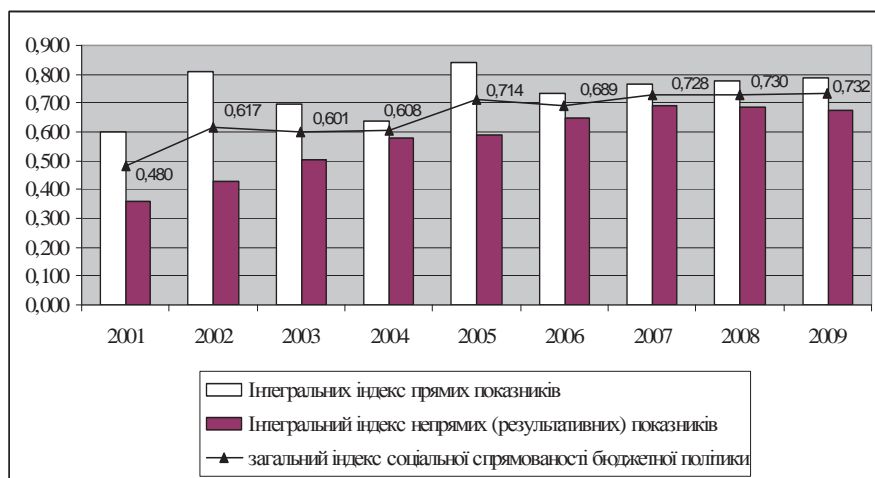
Прямі показники соціальних видатків	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	Індикатор соціальної спрямованості
Питома вага видатків на соціальну сферу у загальному обсязі видатків бюджету, %	39,6	46,0	56,1	52,4	51,2	60,3	56,6	55,0	55,8	58,7	> 50
Співвідношення темпів зростання видатків на соціальну сферу щодо темпів зростання ВВП	...	1,21	1,20	1,00	1,10	1,27	0,95	0,96	1,26	1,27	≥ 1

Джерело: Побудовано за даними Міністерства фінансів України та Державного комітету статистики України.

ного періоду, а й їх відповідності обраним критеріям, процедура стандартизації здійснюється по відношенню до цільових критеріїв, які були визначені за допомогою методу експертних оцінок з огляду на досвід розвинених країн або цільові орієнтири, проголошені національним програмним оточенням України. Необхідно зважати, що в окремих випадках відповідні цільові орієнтири показників були досягнуті впродовж досліджуваного періоду і позначають "мінімально необхідний", а не "бажаний" рівень (наприклад, це стосується показника материнської смертності, цільове значення якого проголошено Цілями розвитку тисячоліття в Україні [5] на рівні 20,0 до 2015 року). Зниженням за останні десять років рівня материнської смертності на 60% (2004 р. — 13, 8 на 100 тис. народжених живими), малюкової — на 36% (9,6 на 1000 народжених) вдалося досягнути орієнтовних показників ВООЗ (відповідно 15,

0 та 10, 0) для нашої країни відносно рівня соціально-економічного розвитку, що позитивно вплинуло на демографію населення. Однак показники материнської та малюкової смертності все ще залишаються у 2—3 рази вищі, ніж у розвинених країнах світу та Європи.

Явище статистичних "викидів" спостерігалось і в окремих динамічних рядах, що оцінювали співвідношення певних показників. У таких випадках, коли значення стандартизованих по-



**Рис. 1. Динаміка індексів соціальної спрямованості бюджетної політики в Україні**

казників перевищувало обраний цільовий індикатор (наприклад, одним із критеріїв соціальної спрямованості бюджетної політики було обрано співвідношення темпів зростання доходів населення та темпів зростання ВВП в окремі роки, що становить не менше 1, а в окремі роки фактичні значення становили від 1,1 до 1,3 — табл. 1), в подальших розрахунках вони приймалися рівними 1 — як такі, що повністю відповідають цьому критерію. Обґрунтованість такого підходу визначається завданнями дослідження, відповідно до яких інтерес становить відповідність стандартизованих показників певному інтервалу значень, що обмежені цільовими критеріями (індикаторами соціальної спрямованості бюджетної політики).

Таким чином, як показує інтегральна оцінка, соціальна спрямованість бюджетної політики значно посилилась впродовж 2000—2009 рр. (рис. 1). Проте це зростання було зумовлене здебільшого, динамікою прямих показників соціальних видатків, в той час як зростання непрямих (результативних) показників, що характеризують різні аспекти людського розвитку в країні, мало не такий прискорений характер. Тобто існує певний "розрив" між підвищенням соціальних видатків бюджету та покращенням основних соціально-економічних індикаторів. Ці результати підтверджують недостатню ефективність соціального бюджету, збільшення якого не призводить до належного прогресу в соціальній сфері. Так, стабілізація часткових інтегральних індексів непрямих показників у 2004—2005 рр. свідчить про відсутність соціального ефекту від масштабного нарощування соціальних видатків, що мало місце в ці роки. Більш того, безпрецедентне підвищення соціальних виплат не тільки не привело до скорочення рівня бідності, а й супроводжувалося посиленням майнової диференціації в суспільстві.

### ВИСНОВКИ

Соціальні видатки держави мають розглядатись не як видатки на "утримання" галузей соціальної сфери або підтримки вразливих категорій населення, а як соціальні інвестиції в людський розвиток, що спрямовуються на посилення соціальної орієнтації економічної системи в цілому (нагромадження людського капіталу, стимулювання економічного зростання, справедливий розподіл суспільних благ, забезпечення високого рівня життя населення, гарантованого мінімуму освіти та медичних послуг, соціаль-

ного захисту населення та сприяння розвитку ринку праці, досягнення соціальної стабільності, стимулювання економічного зростання).

Застосування інтегральних індексів є одним з підходів до оцінки ефективності соціальної спрямованості бюджетної політики, що дозволяє здійснювати динамічні та просторові порівняння. Структуризація аналізу дозволяє досліджувати соціальну спрямованість бюджетної політики на декількох рівнях, які охоплює: первинні показники, що характеризують бюджетні видатки та окремі індикатори соціально-економічного розвитку; узагальнюючі індекси по кожному з блоків показників (соціальні видатки бюджету, рівень життя, стан здоров'я населення та рівень освіти), що дозволяють виявити причинно-наслідкові зв'язки досліджуваних процесів; часткові інтегральні індекси прямих та результативних індикаторів, що дозволяють виявити невідповідність між динамікою соціальних видатків та їх "соціальними результатами" для суспільства; інтегральний індекс соціальної спрямованості бюджетної політики, який поєднує багатоаспектні результати впливу бюджетної політики на розвиток соціальної сфери.

Існування невідповідності між тенденціями індексів прямих та непрямих показників може пояснюватися й існуванням певного часового лагу між підвищенням розміру соціальних видатків бюджету і покращенням основних соціально-демографічних показників у країні. Одним із чинників такої ситуації є специфіка вітчизняної системи управління видатками бюджету, за якої значна частина соціальних видатків витрачається наприкінці року (наприклад, капітальні видатки, нарахування премій працівникам бюджетного сектору та закриття фінансового року у бюджетних організаціях), тому їх ефект відчутний лише в наступному році.

Недосконалість системи управління бюджетними видатками посилюється іншими проблемами, що зумовлюють низьку ефективність видатків, котрі спрямовуються на розвиток соціальної сфери в Україні:

1) відсутність довгострокового прогнозу та середньострокового плану розвитку соціальної сфери, які включали б послідовне бачення напрямів реформування її галузей з відповідним обґрунтуванням необхідного фінансування заходів; повільне і непослідовне впровадження програмно-цільового методу у бюджетному процесі;

2) розпорошення функцій управління галу-

зями між різними міністерствами та розірваність управління цими галузями на різних рівнях влади, а також надмірна зарегульованість процедур надання коштів бюджету;

3) непрозорість формування міжбюджетних відносин через відсутність нормативів фінансової забезпеченості по відповідних галузях, або вартісних стандартів надання соціальних послуг, що не лише знижує ефективність видатків, а й породжує марнотратство та можливості зловживань фінансовими ресурсами;

4) фактична відсутність ефективної системи оцінки діяльності установ соціальної сфери та ефективності витрачання видатків на їх утримання, а також моніторингу та оцінки соціальних програм; повільне і непослідовне втілення програмно-цільового методу у бюджетному процесі, який має визначити мету діяльності кожної установи та критерії досягнення цієї мети.

Підсумовуючи викладене вище, зазначимо, що, незважаючи на проголошені в Україні соціальні пріоритети, відповідна державна політика не досягла задекларованих цілей і результативність видатків соціального призначення залишається невисокою. Передусім це пояснюється відсутністю системних реформ у соціальній сфері, оскільки впродовж досліджуваного періоду соціальна політика фактично вичерпувалася нарощуванням номінальних обсягів соціальних видатків та популістським збільшенням різноманітних соціальних виплат. Зважаючи на те, що основна частина зростаючого фінансування соціальної сфери спрямовувалася на поточні видатки, відповідного покращання якості соціальних послуг, які споживаються населенням, не відбулось, так само, як і очікуваного соціального ефекту для добробуту всього суспільства.

Без радикального реформування всієї системи надання соціальних послуг чинна соціальна політика не сприятиме підвищенню рівня та якості життя населення, зниженню майнового розшарування та становленню середнього класу в суспільстві, не гарантує населенню базовий рівень соціальних послуг у сфері освіти та охорони здоров'я. Більше того, не підкріплене макроекономічними передумовами зростання соціальних видатків призводить до дестабілізації фінансово-економічної системи країни і зростання дефіциту державного бюджету, зумовлює інфляційні процеси в секторі споживчих товарів і послуг та сприяє зростанню соціальної напруги в суспільстві.

Подальший розвиток бюджетного забезпечення соціальної сфери в Україні має ґрунтуватися не на нарощуванні соціальних видатків, а на підвищенні їх ефективності, а також доступності та якості відповідних послуг. Реалізація цього завдання потребує впровадження нових управлінських підходів до планування соціальних видатків; удосконалення міжбюджетних відносин; визначення ступеня участі та повноважень основних партнерів у фінансуванні й адмініструванні соціальних програм; диверсифікації системи надання соціальних послуг; завершення впровадження соціальних стандартів; запровадження системи критеріїв та індикаторів для моніторингу й оцінки досягнення визначених цілей.

#### Література:

1. Азаров М.Я. Бюджетна політика у контексті стратегії соціально-економічного розвитку України: у 6 т. / М.Я. Азаров, Ф.О. Ярошенко, Е.М. Лібанова. — К.: НДФІ, 2004. — Т. 2: Соціальна спрямованість бюджетної політики. — К., 2004. — 376 с.

2. Карлін М.І. Бюджетна система України: навч. посіб. / М.І. Карлін. — К.: Знання, 2008. — 428 с. (Серія "Вища освіта XXI століття").

3. Карлін М.І. Фінанси України та сусідніх держав: навч. посіб. / М.І. Карлін. — К.: Знання, 2007. — 589 с. — (Серія "Вища освіта XXI століття").

4. Людський розвиток регіонів України: аналіз та прогноз: [монографія] / НАН України; Інститут демографії та соціальних досліджень / [Е.М. Лібанова (ред.)]. — К.: Ін-т демографії та соціальних досліджень НАН України, 2007. — 327 с.

5. Лібанова Е.М. Перспективи трансформації соціальної сфери України / Е. М. Лібанова // Демографія та соціальна економіка. — 2004. — № 1—2. — С. 45—51.

6. Макарова О.В. Державні соціальні програми: теоретичні аспекти, методика розробки та оцінки / О.В. Макарова. — К.: Ліра, 2004. — 328 с.

7. Макарова О.В. Демографічна політика: сучасні реалії та перспективи / О.В. Макарова // Демографія та соціальна економіка. — 2007. — № 1. — С. 3—11.

8. Новіков В. М. Політика розвитку соціальної інфраструктури: підсумки та проблеми / В.М. Новіков // Демографія та соціальна економіка. — 2005. — № 1. — С. 85—93.

*Стаття надійшла до редакції 12.08.2011 р.*