

УДК 332

Голубчук В.С.*

ТЕНДЕНЦІЇ ТА МЕХАНІЗМИ СОЦІАЛЬНОЇ ПОЛІТИКИ В ЄВРОПЕЙСЬКИХ КРАЇНАХ

Аналізуються механізми соціальної політики в європейських країнах, шляхи реформування системи державного фінансування з метою підвищення ефективності їхнього використання та скорочення державних витрат. З'ясовано, що на тлі ліквідації багатьох господарських програм за участю держави спостерігається концентрація ресурсів у сферах, які завжди були поза сферою ринкових відносин, у першу чергу, у соціальній сфері, сферах охорони здоров'я, освіти, науки.

Ключові слова: європейські країни, державне фінансування, соціальна сфера, охорона здоров'я, освіта.

Анализируются механизмы социальной политики в европейских странах, пути реформирования системы государственного финансирования в целях повышения эффективности их использования и сокращения государственных расходов. Объяснено, что на фоне ликвидации многих хозяйственных программ с участием государства наблюдается концентрация ресурсов в областях, которые всегда были вне сферы рыночных отношений, в первую очередь, в социальной сфере, сферах здравоохранения, образования, науки.

Ключевые слова: европейские страны, государственное финансирование, социальная сфера, здравоохранение, образование.

Analyzed the mechanisms of social policy in European countries concerning the reform of government funding to improve the efficiency of their use and reduce government spending. It was found that against the elimination of many commercial applications involving the state observed concentration of resources in areas that have always been outside the sphere of market relations, primarily in the social sphere, health, education and science.

Key words: European countries, public finance, social affairs, health and education.

Постановка проблеми. В Україні не скорочується дистанція між багатими та бідними. Процеси розшарування за рівнем доходів не можна просто визначити як падіння рівня життя. Прогресують негативні інституції в соціально-політичній сфері. Руйнування державної безкоштовної охорони здоров'я й соціального обслуговування відбулося за відсутності досить дієздатних і доступних більшості населення країни недержавних структур у цій сфері. Так, наприклад, у ході проведеного Міністерством охорони здоров'я

* аспірант кафедри політології філософського факультету Київського національного університету імені Тараса Шевченка

Науковий керівник: проф. Ткач О.І.

дослідження було з'ясовано, що 78% опитаних українських громадян незадоволені якістю медичних послуг, які надаються в лікувальних установах країни.

Дослідження проблеми науковцями. З поміж сучасних українських учених, що досліджують цю проблематику слід назвати В. Бабкіна, С. Бульбенюк, В. Гончара, Д. Гордієнко, В. Гошовську, В. Давиденко, В. Жукова, О. Кіндратець, А. Колодій, В. Куценко, В. Медведчука, Д. Неліпу, О. Панкевича, Я. Пасько, Т. Перглер, А. Плехника, Т. Семигіню, А. Сіленко, В. Скуратівського, О. Скрипнюка, В. Цвиха, Л. Четверікову, Л. Шаульську, І. Яковюка та ін.

З поміж російських учених, які активно вивчають соціальну політику слід визначити М. Баглая, М. Волгіна, К. Гаджиева, П. Гончарова, Т. Давидову, С. Калашнікова, Т. Мацинашвілі, В. Мілецького та ін.

Виклад основного матеріалу. Актуальним є розгляд європейського досвіду соціальної політики, визначення позитивних і негативних боків. Зростання соціальних витрат з погляду забезпечення якості для всіх верств населення вже в 80-х рр. ХХ ст. стало джерелом серйозних фінансових та моральних проблем для європейських країн. Реалізується завдання створення організаційно-правових рамок координації соціальних процесів у ЄС

Процес адаптації соціальної сфери країн-кандидатів при підготовці до вступу в ЄС, як і в наступні роки, характеризується специфікою, обумовленою тим, що у ЄС відсутня єдина соціальна модель, так само як і соціальна політика, що могла б стати основою для країн-кандидатів при реформуванні інститутів. Соціальна сфера не підлегла жорстким нормам, хоча деякі положення соціального характеру, на які орієнтуються країни Співтовариства, у цьому документі присутні.

Відбувається процес уніфікації соціальної діяльності в ЄС і формуванні одноріднішого соціального середовища. Це відбулося наприкінці 1990-х – на початку 2000-х років у зв'язку з Амстердамською угодою (1997 р.), ст. 137 якої передбачає координацію національних стратегій соціальної інтеграції, а також у зв'язку з прийняттям Лісабонської стратегії (2000 р.), що відкрила, зокрема, шлях до інтеграції соціальної політики країн-членів. Таким чином, процес підготовки до вступу в ЄС для країн-кандидатів збігся за часом з формуванням у ЄС елементів координації соціальної політики. Напряму ж реформування соціальної сфери в країнах-кандидатах були задані самим ходом і задачами системних перетворень. Вони склалися, по-перше, в екстрених діях з подолання негативних соціальних наслідків трансформаційного спаду та структурної перебудови економіки і, по-друге, у створенні нових інститутів, що забезпечують адаптацію роботи організацій, соціальних структур і систем цінностей до умов ринкової економіки. Результатом цих реформ мало було стати нормування гнучкого ринку праці, системи освіти, соціального обслуговування, публічних і приватних систем страхування соціальних ризиків, а також соціальної допомоги (у грошовій і натуральній формі) бідним верствам населення.

У меморандумах про інтеграцію, підписаних кожною країною-кандидатом до вступу в ЄС, представлені основні напрямки політики, націленої на реалізацію загальних цілей, особливо в умовах світової кризи з непередбаченими для них наслідками [1, с.81].

Вихід на нові ринки і розширення сфери економічних відносин здобуває особливе значення, а український ринок стає важливим напрямком участі в світогосподарському обміні. Невисокий рейтинг України в експорті цих країн (не вище 20-го місця) свідчить про значні недоліки використаних можливостях традиційного ринку збуту. Розширення

української присутності в країнах центральної та східної Європи залежить від «геополітичної ситуації і політики цих країн на світовому ринку.

Зростання частки осіб пенсійного віку, приплив іммігрантів, що поповнюють кількість родин з низьким рівнем доходів, збільшення числа неповних родин, ослаблення стимулів для пошуку роботи, необхідність зниження податкового тягаря для тих, хто працює і платить податки в скарбницю, а також високий рівень безробіття, нові вимоги до кваліфікації — все це поставило перед **соціальною політикою** складні завдання. Так, згідно з даними експертів ОЕСР, на 30% населення, що займає позиції в соціальній структурі первинного ринкового розподілу доходів, доводиться 7% податкових платежів у Данії, до 67,9% у Франції за середнього рівня в 59,4%. Для середньої категорії застосовується модель поміркованої податкової політики — їхній внесок становить від 23,5% у Франції й 28,4% у США до 35% у ФРН, Норвегії, Нідерландах, Швеції. Характерно, що чим нижче загальний рівень диференціації доходів, тим вище частка забезпечених у бюджетних надходженнях: у скандинавських країнах вона становить за середнього рівня в 8%. В 1990-х рр., розвивалася тенденція щодо зростання частки найбільш заможних груп зменшення навантаження, що несуть середні прошарки [2, с.33].

Механізми розвитку соціальної інфраструктури в умовах помірного економічного зростання й обмеженості ресурсів – проблема саме соціальної політики. Як за наявності соціальних гарантій, що забезпечують прожитковий мінімум, не заманити певну категорію в «пастку бідності», утриманства, як зберегти в них стимули до трудової діяльності? Це спричинило гальмування подальшого рівня й навіть зниження державних витрат на соціальні цілі, більш гнучких, «точкових» форм допомоги, застережень за її надання, розширення можливостей профпідготовки її одержувачів поряд зі створенням додаткових робочих місць. Підтримка соціальних гарантій на цьому рівні зажадала б ще подальшого збільшення державних витрат. От чому реформи соціального забезпечення й соціального страхування, в результаті яких частину витрат такого роду можна було б перекласти на саме населення, є важливим завданням, яке прагнуть вирішувати уряди всіх цих країн.

Однак ці реформи зустрічають потужний опір з боку населення. Інститути соціального забезпечення міцно вбудовані в сучасну ринкову економіку, цю систему можна реформувати, але без неї сучасна постіндустріальна економіка вже немислима.

В 2005-2011 рр. в європейських країнах здійснюється реформування системи державного фінансування з метою підвищення ефективності його використання й скорочення державних витрат, що практично досягли своєї межі. Однак тенденція така, що у разі ліквідації багатьох господарських програм за участю держави (держава повністю або частково йде з багатьох сфер діяльності) водночас спостерігається концентрація ресурсів у сферах, які завжди були поза сферою ринкових відносин, у першу чергу, у соціальній сфері, сферах охорони здоров'я, освіти, науки. Це можна пояснити тим, що уряди країн Європейського Союзу в умовах постіндустріальної економіки надають важливого значення стимулюванню інноваційних процесів і в якості людського капіталу.

Відповідно до опублікованого 5 жовтня 2009 р. щорічного звіту Організації Об'єднаних Націй про рівень життя в 182 країнах світу кращою країною у світі для проживання визнана Норвегія. На другому місці перебуває Австралія, на третьому — Ісландія. Останнє місце залишилося за Нігером, повідомляє агентство Reuters.

Норвегії вдалося піднятися на верхню сходинку в рейтингу країн за Індексом розвитку людського потенціалу ООН, випередивши Австралію й Ісландію. На четвертому місці перебуває Канада, на п'ятому — Ірландія. Німеччина займає 22 місце в списку, залишившись позаду за Нідерландами, Францією, Австрією, Іспанією, Бельгією, Італією

й Великою Британією. Японія розташувалася на 10 позиції, США — на тринадцятій, Китай — на 92. Останні місця в списку займають Сьєрра-Леоне, Афганістан і Нігер.

Індекс розвитку людського потенціалу (ІРЛП) оцінює рівень життя в різних країнах світу, ґрунтуючись на таких показниках, як тривалість життя, грамотність дорослого населення на рівні початкової, середньої й вищої школи, а також середній рівень доходів. Половина населення в 24 найбідніших країнах світу безграмотна у порівнянні з 20% у державах, які характеризуються середнім рівнем людського розвитку. Середня тривалість життя людини в Афганістані становить 43,6 роки, у Нігері — 50 років. Для порівняння: у Японії цей показник досягає 82,7 роки, у Норвегії — 80 років. На кожний долар, зароблений жителем Нігеру, доводиться 74 долара в Норвегії. Найвищий рівень ВВП на душу населення — 74,5 тисячі доларів — зафіксований у Ліхтенштейні, де живуть 35 тисяч чоловік, є 15 банків і понад 100 компаній з управління активами заможних осіб.

Україна займає в рейтингу 85 місце, Росія — 71, Білорусія перебуває на 68 рядку, Казахстан — на 82, Прибалтійські республіки — Латвія, Литва й Естонія — 48, 46 і 40 місця відповідно [3, с.45].

У сучасній науковій літературі відзначається, що «сформоване поняття людського капіталу стає занадто вузьким і утилітарним для характеристики творчого потенціалу суспільства в сучасному розвитку й вимагає розширювального тлумачення [4, с.53].

Слід зазначити, що сама історія створення концепції людського капіталу йшла шляхом розширення трактування, спочатку запропонованого Т. Шульцем і Г. Беккером, поняття «інвестицій у людину». На сьогодні в нього включаються не тільки витрати на освіту і перепідготовку кадрів, а й усі інші витрати на відтворення робочої сили. Розрахунки Світового банку включають у нього значну частину споживчих витрат — поточні витрати родин на харчування, одяг, житло, освіту, охорону здоров'я, культуру, а також витрати держави на ці цілі. Відповідно до розрахунків, зроблених Світовим банком з метою оцінки основних складових національного багатства — людського капіталу, природного капіталу й відтвореного капіталу, людський капітал становить у цій структурі від 70 до 76% у Західній Європі [4, с.52].

Тому найважливішим орієнтиром сучасної бюджетної політики є розподіл значної частини суспільних ресурсів на створення людського капіталу, тобто на освіту, охорону здоров'я, професійну підготовку й перепідготовку кадрів.

Прагнучи скоротити соціальні витрати або хоча б не допустити їхнього подальшого росту, уряди європейських країн вважають пріоритетною метою збереження надання таких суспільних благ, як охорона здоров'я й освіта. Саме тому державні інвестиції в охорону здоров'я й освіту за часткою у ВВП у всіх цих країнах набагато перевищували витрати на оборону [5, с.34].

Так, у європейській практиці існує ряд форм надання матеріальної **допомоги студентам**. Наприклад, у Великій Британії дуже поширені пільгові освітні кредити й субсидії на житло під час навчання у ВНЗ. У Франції й Німеччині видаються особливі стипендії, гранти [6, с.53].

Витрати на освіту й охорону здоров'я мають значення не тільки з погляду розвитку людської особистості або як передумова формування найважливішого виробничого фактора, їхнє значення величезне і як умова, що сприяє вирівнюванню індивідуальних доходів населення. Один з видних теоретиків людського капіталу Т. Шульц ще на початку 1970-х рр. писав «Оскільки розподіл особистих доходів від звичайного капіталу (власності, що приносить дохід) набагато більш нерівномірний, ніж від людського капіталу, і оскільки запас людського капіталу збільшується в порівнянні з величиною

звичайного капіталу, остільки за інших рівних умов нерівність у розподілі особистих доходів внаслідок цього скорочується» [7, с.23].

З цього погляду державні витрати на освіту, навчання й перенавчання робочої сили, на охорону здоров'я грають не меншу, а може й більшу роль, ніж інші соціальні витрати, прямо спрямовані на подолання тієї соціальної нерівності, яку породжують ринковий розподіл доходів, а також інші причини (хвороби, бідність та ін.)

У західноєвропейських країнах досягнуто близьке до оптимуму й досить стійке співвідношення державного й приватного фінансування охорони здоров'я. Держава не може або не хоче брати на себе додаткові зобов'язання: її частка у фінансуванні галузі в більшості цих країн за півтора десятиліття змінювалася в межах 1—2% (частіше у бік підвищення). Звертає на себе увагу помітне її скорочення (на 4—5%) у Німеччині, Швеції, Канаді інших традиційних лідерах «соціалістичної» охорони здоров'я. Тут пошук більш раціонального співвідношення державного й приватного фінансування йде найбільш інтенсивно: вводяться нові співплатежі населення (Німеччина), підвищується їхній розмір (Скандинавські країни), полегшуються умови для добровільного медичного страхування й розвитку приватного сектора (Канада, Велика Британія).

Зростання витрат на охорону здоров'я в західних країнах забезпечує помітне поліпшення показників здоров'я населення. Цьому сприяють внутрішні перетворення в системі надання медичної допомоги: істотна роль первинної ланки охорони здоров'я, широкомасштабні профілактичні заходи, посилення інтеграції охорони здоров'я з іншими соціальними службами, прогрес медичних технологій. Тема охорони здоров'я практично скрізь є однією з найбільш конфліктних сфер громадського життя. Головна проблема — невідповідність величезних витрат результатам функціонування галузі. Це проявляється насамперед у тривалих строках очікування планових консультацій, досліджень і госпіталізацій (наприклад, у Великобританії й Канаді хворі чекають місяцями), достатньо висока чуйність постачальників послуг на потреби населення, відсутність або обмежені можливості для вибору лікаря в стаціонарах, надмірне захоплення лікарів дорогими технологіями.

Істотні зміни в механізмах надання суспільних благ у європейських країнах пов'язані з розвитком різних форм співробітництва держави із приватним бізнесом. Здавалося б, головною тенденцією розвитку постіндустріальної економіки був і буде надалі відхід держави з ряду галузей, де вона в результаті націоналізації держрегулювання займала ключові позиції. Сильніший імпульс цьому процесу дали зміни суспільного сектора, реалізовані програми останніх двох-трьох десятиліть. Однак скорочення масштабів прямої участі держави в господарському розвитку супроводжувалося підвищенням її ролі в забезпеченні базових умов розвитку економіки — створенні й підтримці сприятливого для бізнесу клімату, розвитку матеріальної й нематеріальної інфраструктури, освіти й наукових досліджень, як ключових джерел зростання економіки, національного багатства, зміцнення конкурентоспроможності. В одних країнах акцент робиться на вдосконаленні управління галуззю за вирішальної ролі держави, в інших — на активізацію ринкових механізмів. Обидва ці напрямки не виключають один одного: удосконалювання управління потрібне й у разі використання ринкових механізмів.

На початку 1990-х рр. практично в усіх європейських країнах розглядалися варіанти **посилення ринкової** орієнтації охорони здоров'я. Теоретичні концепції регульованої конкуренції й внутрішнього ринку виходили з того, що сфера державного планування звужуватиметься й ринок все розставить на свої місця, але потім акценти політики були істотно змінені. Багато країн (Швеція, Італія, Іспанія, Фінляндія) у тій або іншій формі

стимулювали механізми підприємницького поведіння постачальників послуг — заводи довірні відносини, забезпечували операційну автономію лікарень, роблячи їх відповідальними за фінансові ризики, створювали нові механізми мотивації лікарів та ін. Але послідовно ринкові реформи проводилися тільки у Великій Британії, Нідерландах (в 2003 році до них приєдналась Німеччина, причому в 2007 р. почався етап радикалізації ринкової реформи). Теоретичною основою ринкових реформ в охороні здоров'я стали різноманітні моделі ринкових відносин.

Наприкінці 1990-х р. була сформульована теза про те, що головним покупцем медичної допомоги повинні стати лікарняні каси, а не уряд. При цьому підкреслюється, що в ролі покупця повинен виступати не «картель лікарняних кас» (їхня асоціація, що містить колективну угоду з постачальниками медичних послуг), а кожна лікарняна каса окремо. Страховикам приділяється центральна роль у розподілі ресурсів охорони здоров'я.

Одночасно міняється **порядок фінансування** великих інвестицій лікарень: тепер їхні джерела не державний бюджет, а доходи самих лікарень, сформовані в системі ОМС, а також кредити комерційних банків. Держава більше не несе фінансової відповідальності по зобов'язаннях лікарень. Замість цього уряд ініціював створення резервного (по суті страхового) фонду для підтримки фінансової стійкості лікарень. Він формується на добровільній основі за рахунок самих лікарень.

У більшості європейських країн на сьогодні сформувалася розвинена система планування потужностей медичних установ. Органи державного управління планують будівництво й реконструкцію лікарень, інвестиції в дороге устаткування, обсяги й структуру надання допомоги, що їм відповідають показники мережі медичних організацій, трудові ресурси. Головна сфера планування — лікарняна допомога, але в низці країн плануються й ресурси амбулаторної допомоги. Важливо відзначити, що в більшості країн плануються потужності не тільки державних, а й частково медичних організацій, що працюють за контрактами у системі державного фінансування охорони здоров'я.

Держава виходить із того, що в ситуації інформаційної асиметрії й відсутності цінового сигналу галузь здатна поглинути будь-які ресурси без адекватних кінцевих результатів, тому бере на себе відповідальність не тільки за фінансування, а й за планування потужностей галузі. Планування — частина політики стримування витрат, її складовий елемент — підвищення структурної ефективності галузі: розширення ролі первинної медичної допомоги, використання медичних технологій з низькозатратною ефективністю, зниження необгрунтованих госпіталізацій, спеціалізованих досліджень і консультацій, оптимізація ліжкового фонду лікарень.

У багатьох країнах Європейського Союзу змістом реформ став поділ функцій фінансування й надання медичної допомоги. Пряме підпорядкування медичних організацій органу управління охорони здоров'я поступається місцем їхній взаємодії на основі договірних відносин. Виникає новий тип відносин — «виконавець».

При цьому замовник (покупець) оплачує не ресурси, а кінцеві результати діяльності постачальників — обсяг і якість медичних послуг.

Орієнтація на партнерство держави й приватного бізнесу припускає велике поширення таких форм і взаємодії, які означають свого роду квазіприватизацію певних господарських функцій державної влади, особливо на регіональному або муніципальному рівнях, пов'язаних із задоволенням колективних потреб [8, с.4]. У цьому разі влада звільняє себе від безпосередньої господарської діяльності, якщо вона може здійснюватися досить ефективно приватними компаніями. Йдеться про широке впровадження

контрактних відносин з підприємствами приватного сектора в ті сфери діяльності, які раніше здійснювалися переважно державою. Спектр таких нових взаємин держави й часток фірм величезний. Вражають і цифри, що характеризують економію від упровадження контрактної системи, особливо на рівні місцевих органів влади, у підтримці дорожнього господарства, збиранні сміття, наданні рекреаційних послуг, утриманні дошкільних установ. Як вважає А. Сурцева, «формування в країні контрактної держави, вбудованої в систему горизонтальних контрактних взаємин, дозволяє всім економічним суб'єктам ефективніше використати наявні в них ресурси внаслідок зниження трансакційних витрат. Існує прямий зв'язок між розвитком контрактних принципів взаємодії між державою, бізнесом і населенням, з одного боку, і економічним зростанням — з іншого» [8, с.3].

Висновки. Соціальна політика країн Європейського Союзу (включаючи витрати на розвиток людського капіталу), є найважливішим чинником, що обумовлює одну з головних характеристик сучасного європейського суспільства — низький ступінь диференціації доходів, значний рівень соціальної рівності. Особливістю європейської соціальної політики є активна й масштабна участь держави в процесах відтворення, високі податки й соціальні внески, за рахунок яких відбувається формування соціального бюджету. Звідси великий податковий тиск на підприємства й населення, що може впливати на розвиток. Причина цього в неефективному використанні засобів, які надходять до бюджету від підприємств і населення. Ефективне використання припускає, що засоби через систему кругообігу ресурсів на макрорівні повертаються від держави в економіку як у формі підтримки попиту, так і необхідних компонентів зростання — капіталовкладень в інфраструктуру, підтримки більш важливих і перспективних галузей, більш якісної й мотивованої робочої сили, а звідси більшої продуктивності праці й зростання конкурентоспроможності. Така логіка взаємозв'язку соціальної політики й економічного розвитку в країнах Європейського Союзу.

Список використаних джерел

1. Феськов М. М. Трудове законодавство України і Європейська соціальна хартія (переглянута) : питання адаптації / Микола Миколайович Феськов. — К. : Знання, 2005. — 276 с.
2. Фріден М. Соціалізм у лібералізмі : до реалізації соціальної етики // Лібералізм : (антологія) ; упоряд. О. Проценко, В. Лісовий / М. Фріден. — К., 2002. — 723 с.
3. Фукуяма Ф. Доверие : социальные добродетели и путь к процветанию / Френсис Фукуяма ; [пер. с англ. Д. Павлова]. — М. : АСТ : АСТ МОСКВА : ХРАНИТЕЛЬ, 2006. — 730 с.
4. Социальные источники экономического развития. — Отв. ред. Ф. З. Бурджалов. — М.: РАН, 2005. - С. 187.
5. Осадчая Й. Постиндустриальная экономика. Меняется ли роль государства // Мировая экономика и международные отношения. 2009. - № 5. - С. 34.
6. Страны Центральной й Восточной Европы - новые члены Европейского Союза: проблемы адаптации / [под ред. С.П. Глинки-ной, Н.В. Куликовой]; Ин-т экономики РАН. - М.: Наука, 2010. - 495 с.
7. Субботин М. Государственно-частные партнерства: мировой опыт и Россия // Государство и бизнес: институциональные аспекты М.: ИМЗМО, 2006. — 218 с.
8. Сурцева А. А. Контрактное государство в России: тенденции и проблемы становления