

## **ПЕРСПЕКТИВИ ВИКОРИСТАННЯ МІЖНАРОДНОГО ДОСВІДУ У БЮДЖЕТНОМУ ЗАБЕЗПЕЧЕННІ СОЦІАЛЬНИХ ПОСЛУГ ТА ЙОГО РЕАЛІЗАЦІЯ В УКРАЇНІ**

**Пономарьов Андрій Всеволодович**  
*студент кафедри фінансів імені С.І. Юрія*  
*Західноукраїнського національного університету*

У більшості розвинутих країн існують законодавчі норми, які обмежують проведення взаємофінансування доходів бюджетів розвитку для витрат поточних бюджетів. Крім того, в окремих країнах використовуються поняття «додатковий бюджет» і «приєднані бюджети» для уникнення обмежень, пов'язаних з основним бюджетом.

Наприклад, у Франції додатковий бюджет доповнює основний бюджет, оскільки в основному бюджеті не можуть бути зазначені всі можливі фактори, що впливають на фінансові джерела протягом бюджетного року.

У ряді інших країн формування місцевих бюджетів значною мірою залежить від трансфертів з центрального бюджету. Наприклад, Нідерланди, Італія, Ірландія, Канада та Португалія мають велику залежність місцевих бюджетів від трансфертів, які становлять від 62% до 80% їх поточних доходів [1, с. 234].

В Франції основним джерелом фінансування системи соціального захисту є страхові внески працівників і роботодавців, за винятком страхування від безробіття й сімейних виплат, які отримують істотні державні дотації, а також страхування від нещасних випадків, що фінансується виключно за рахунок коштів роботодавця.

У Великобританії система соціального захисту фінансується через поділ на дві частини: національну охорону здоров'я (фінансується на 90% з державного бюджету) та національне соціальне страхування (фінансується за рахунок страхових внесків найманих працівників і підприємців). Податкове фінансування також використовується для забезпечення від нещасних випадків та сімейних виплат.

Швеція та США вирішують проблему фінансування соціальних потреб за допомогою принципу соціальної солідарності, в якому всі громадяни, незалежно від соціального статусу, беруть участь у фінансуванні системи соціального захисту пропорційно своїм прибуткам. Високий рівень соціальної захищеності в цих країнах обумовлюється значним «тиском» такої системи, що включає високий рівень оподаткування.

Світовий досвід також показує, що розвинені країни використовують різні механізми для фінансування соціальних програм. Наприклад, іпотечне кредитування, контрактні заощадження та державна підтримка використовуються в різних комбінаціях для підтримки житлового будівництва. У багатьох країнах Європи та США велике значення мають соціальні житлові програми, які забезпечують підтримку малозабезпеченим верствам населення.

Україна, на жаль, має спрощений підхід до цільових програм, а фінансування залежить від щорічного бюджетного процесу. Державні цільові програми не завжди використовуються як комплексні стратегії розвитку, а виділення коштів часто залежить від фінансової здатності держави [4, с. 314].

До теперішнього моменту існує чотири основні форми фінансування систем охорони здоров'я: державна, муніципальна, обов'язкове та добровільне медичне страхування, а також змішана форма.

У Франції переважає система обов'язкового медичного страхування, яка дає можливість населенню вибирати своїх лікарів, а вартість лікування практично повністю компенсується за рахунок соціального страхування. Решта витрат оплачується завдяки соціальним гарантіям, встановленим у колективних трудових угодах. Фінансування соціального страхування здоров'я здійснюється через внески та спеціальні податки. Загалом, 13,55% від загальної суми заробітної плати працівника йде на соціальне страхування, проте фактично робітник вносить лише 0,75%, а решта сплачується роботодавцем. Крім того, 6,2% від зарплати працівника спрямовуються на суспільний внесок, а ще 0,5% йде на погашення суспільного боргу. Окрім цього, з вартості проданого алкоголю та цигарок відраховуються певні суми для фонду страхування здоров'я.

Бельгія володіє однією з найкращих систем охорони здоров'я в Європі, забезпечуючи доступність та відносно низькі витрати для населення, але високі витрати для роботодавців та платників податків. Фінансування системи здійснюється через централізоване

У Сполучених Штатах відсутня гарантована державна система загального медичного страхування. Система ґрунтується на приватному страхуванні, яке забезпечує високий рівень медичного обслуговування. Федеральний уряд гарантує страхування тільки для літніх та найбільш вразливих громадян через фонди Medicare та Medicaid.

У Великобританії охорона здоров'я фінансується за рахунок бюджету, що підкреслює її державний характер та централізацію. Національна система охорони здоров'я отримує 90% бюджету від податків, а лише 7,5% формується за рахунок внесків роботодавців.

У Ізраїлі відсутня державна система медичного обслуговування, і 94% населення покрите всеохоплюючим медичним страхуванням. Основний обсяг послуг надається через медичний страховий фонд [2].

Німецька модель соціального захисту, що ґрунтується на соціальному страхуванні, може стати більш придатною для України, оскільки вона акцентує не лише на перерозподілі доходів, але і на забезпеченні соціального страхування. Ця модель включає систему соціальної допомоги, спрямовану на підтримку у випадках несприятливих життєвих обставин, сприяючи самостійному подоланню труднощів.

Ліберальна економіка країн, таких як США і Канада, характеризується низьким рівнем податків та меншим обсягом соціальних видатків. Вони фінансують соціальну сферу за принципом умовно-залишкового принципу, де держава виконує лише ті функції, які ринок не може належним чином забезпечити.

Україні важливо вивчати досвід країн, які подібно до неї пройшли чи проходять шлях розвитку, зокрема Угорщини, Польщі, Чехії, Словаччини та інших. Цей досвід вказує на те, що держава, яка не може належним чином фінансувати соціальну сферу, повинна рішуче реформувати соціальну політику у трьох основних напрямках.

Також важливо взяти на увагу латиноамериканський досвід, де використання державних фондів для фінансової підтримки місцевих інвестиційних проектів у районах з великою злиденністю та безробіттям виявилось ефективним. Хоча подібні програми не можуть повністю ліквідувати напругу, вони дозволяють у певній мірі вирішувати соціальні проблеми [3, с. 112].

### **Список використаної літератури:**

1. Бояр А.О. Бюджетний процес у Європейському Союзі : монографія. Волин. нац. ун-т ім. Лесі Українки, Ф-т міжнар. відносин. Луцьк : Захарчук В.М., 2022. 522 с.
2. Дюк А.А. Формування системи видатків державного бюджету та їх оптимізація. *Ефективна економіка*. 2018. № 3. URL: [http://www.economy.nayka.com.ua/pdf/3\\_2018/69.pdf](http://www.economy.nayka.com.ua/pdf/3_2018/69.pdf)
3. Карпишин Н. Класичні моделі фінансового забезпечення охорони здоров'я. *Світ фінансів*. 2018. № 1(14). С. 110–117.
4. Кір'ян Т.М. Державне фінансове забезпечення соціальної сфери / за ред. д.ф, проф. Т.М. Кір'ян. Черкаси : В-во Чабаненко Ю., 2018. 398 с.