



**ФІНАНСУВАННЯ СОЦІАЛЬНИХ ПОСЛУГ
ДЛЯ ВРАЗЛИВИХ ВЕРСТВ НАСЕЛЕННЯ
(дітей-інвалідів)**

ДЕРЖАВНА НАВЧАЛЬНО-НАУКОВА УСТАНОВА
“АКАДЕМІЯ ФІНАНСОВОГО УПРАВЛІННЯ”

ФІНАНСУВАННЯ СОЦІАЛЬНИХ ПОСЛУГ ДЛЯ ВРАЗЛИВИХ ВЕРСТВ НАСЕЛЕННЯ (дітей-інвалідів)

Київ
ДННУ “Академія фінансового управління”
2014

УДК 364.3-624-053.2-056.24(477)(0.034.44)
ББК 65.9(4Укр)272я76
Ф59

ЕЛЕКТРОННЕ ВИДАННЯ КОМБІНОВАНОГО ВИКОРИСТАННЯ

Автори:

К. В. Павлюк, О. В. Степанова, І. В. Богдан, І. В. Іголкин

*Рекомендовано до випуску
Вченою радою Державної навчально-наукової установи
“Академія фінансового управління”
(Протокол № 11 від 28 листопада 2014 р.)*

Фінансування соціальних послуг для вразливих верств населення (дітей-інвалідів) / К. В. Павлюк, О. В. Степанова, І. В. Богдан, І. В. Іголкин. – К. : ДННУ “Акад. фін. управління”, 2014. – 100 с.

ISBN 978-966-2380-90-3

У виданні аналізується світовий і вітчизняний досвід фінансування соціальних послуг для вразливих верств населення на прикладі послуг для дітей-інвалідів. У додатку наводиться розроблений колективом провідних фахівців ДННУ “Академія фінансового управління” проект “Розробка механізму фінансування соціальних послуг для вразливих верств населення (дітей)”.

Для науковців, працівників соціальної та бюджетної сфери, слухачів курсів підвищення кваліфікації, викладачів фінансово-економічних дисциплін, аспірантів та студентів вищих навчальних закладів.

УДК 364.3-624-053.2-056.24(477)(0.034.44)
ББК 65.9(4Укр)272я76

ISBN 978-966-2380-90-3

© Автори, 2014
© ДННУ “Академія фінансового управління”, 2014

ЗМІСТ

<i>Розділ 1</i>	
Фінансування соціальної допомоги дітям-інвалідам.....	5
<i>Розділ 2</i>	
Розвиток механізмів фінансування соціальних послуг дітям-інвалідам...	15
<i>Розділ 3</i>	
Формування та розвиток нових форм установ соціального обслуговування дітей-інвалідів.....	39
<i>Висновки</i>	54
<i>Список використаних джерел</i>	65
<i>Додаток</i>	
Проект “Розробка механізму фінансування соціальних послуг для вразливих верств населення (дітей)”	69

ФІНАНСУВАННЯ СОЦІАЛЬНОЇ ДОПОМОГИ ДІТЯМ-ІНВАЛІДАМ

Завдання більшості систем соціального захисту полягає у забезпеченні стабільності доходів громадян та наданні необхідних соціальних послуг. З позицій економіки соціальний захист – це правила перерозподілу суспільного багатства на користь людей, які тимчасово або постійно потребують особливої підтримки з боку суспільства: від багатих до бідних, від здорових до хворих, від молодих до літніх. За допомогою комплексу заходів, які входять до системи соціального захисту, держава управляє соціальними ризиками з метою компенсації шкоди, сприяє зниженню або попередженню їхнього впливу на процес відтворення населення. Зазвичай національні системи соціального захисту формуються з урахуванням специфіки економічного, соціального й культурного розвитку країни. Однак, попри відмінності в методах фінансування, всі системи соціального захисту функціонують на засадах єдиних принципів.

Одним із них є принцип соціального забезпечення, на основі якого відбувається фінансування державної соціальної політики. Цей принцип є ключовим у системах соціального захисту з уніфікованим базовим переліком соціальних послуг, що надаються всім громадянам держави. Такі системи функціонують у Скандинавських країнах (Данії, Швеції, Фінляндії), а також у Великобританії. Характерними ознаками систем соціального захисту в цих країнах є переважно бюджетне фінансування соціальних програм (особливо в Данії, Великобританії та Швеції), а також державна організація соціальних установ (наприклад, Національна служба охорони здоров'я Великобританії). Тобто принцип соціального забезпечення є принципом солідарної підтримки всіх членів суспільства щодо певних груп осіб. Проте в Німеччині принцип соціального забезпечення розглядається, насамперед, як принцип відшкодування завданої шкоди з боку держави. Фінансування соціального забезпечення за рахунок бюджетних коштів прямо залежить від ефективності економіки, тому під час економічного спаду може призводити до перевантаження державних фінансів та відповідних негативних наслідків.

Стосовно іншого принципу – принципу допомоги, то згідно з ним людина, яка потрапила в скрутне становище і не може самостійно з нього вийти, звернутися по допомогу до відповідних інстанцій та розраховувати на соціальний захист (соціальні виплати, соціальні послуги) в об'язі, достатньому для подолання проблем, що зумовили звернення по допомогу. Так само, як і принцип соціального забезпечення, цей принцип передбачає фінансування соціальних видатків за рахунок податкових надходжень до бюджету.

Особливістю соціальних програм, заснованих на принципі допомоги, є необхідність перевірки нужденності бенефіціара з метою підтвердження або спростування його права на отримання допомоги. Така перевірка дає змогу визначити характер проблеми і необхідний обсяг допомоги, а також запобігає зловживанню доступними в суспільстві програмами соціального захисту з боку окремих несумлінних осіб. Проте необхідність таких перевірок зумовлює недосконалість цього принципу, оскільки потребує додаткових ресурсів для їх проведення і не може гарантувати неупередженість тих, хто здійснює перевірку і приймає рішення про надання допомоги. Разом з тим елементи соціальної допомоги є неодмінною частиною системи соціального захисту в ринковій економіці, оскільки сам лише принцип соціального забезпечення не дає можливості врахувати всі ймовірні соціальні ризики і побудувати багатопланову та всеохоплюючу систему соціального захисту населення.

У соціальній державі соціальний захист є одним із найважливіших напрямів діяльності. Рівень її цивілізованості та суспільства визначається ставленням до найменш захищених та найбільш вразливих його членів, які потребують соціального захисту, передусім до дітей-інвалідів. Виокремлення дітей-інвалідів як самостійної групи життєво необхідне в зв'язку з їхньою беззахисністю, складністю соціальної адаптації в суспільстві, що пов'язано з особливими умовами, в яких відбувається формування особистості дітей-інвалідів. Нагляд за динамікою дитячої інвалідності та пошук шляхів впливу на неї, вдосконалення чинного законодавства щодо соціального захисту дітей-інвалідів – одне з найважливіших завдань правової держави. Питання соціального захисту дітей з обмеженими фізичними можливостями не втрачає своєї актуальності, попри те, що йому постійно приділяється увага як на законодавчому рівні шляхом закріплення прав, пільг та компенсацій дітям-інвалідам, так і на суспільному – через передбачення державних гарантій їх економічної та моральної підтримки.

Держава спрямовує зусилля на здійснення заходів з охорони дитинства, які включають: визначення головних правових, економічних, організаційних, культурних та соціальних засад щодо охорони дитинства, вдосконалення законодавства із правового і соціального захисту дітей, приведення його у відповідність із міжнародними правовими нормами у цій сфері; забезпечення умов для охорони здоров'я, навчання, виховання, фізичного, психічного, соціального, духовного та інтелектуального розвитку дітей, їх соціально-психологічної адаптації та активної життєдіяльності, зростання в сімейному оточенні в атмосфері миру, гідності, взаємоповаги, свободи та рівності. Державна політика передбачає реалізацію цільових програм: з охорони дитинства, надання дітям пільг, переваг та соціальних гарантій у процесі виховання, навчання, підготовки до трудової діяльності; заохочення наукових досліджень актуальних проблем дитинства; встановлення відповідальності юридичних і фізичних осіб (посадових осіб та громадян) за порушення прав дитини й заподіяну їй шкоду.

В Україні, як і в більшості країн з ринковою економікою, активно використовується такий вид соціального забезпечення, як державна соціальна допомога. Вона має адресний характер і надається, як правило, особам після перевірки ступеня їхньої потреби, якщо вони не мають інших джерел існування. Соціальна підтримка цього виду здійснюється особі як члену суспільства без зв'язку з її участю у суспільному виробництві та не надає повного забезпечення, а лише полегшує подолання певної життєвої ситуації.

У Європейському Союзі допомоги по інвалідності, у т. ч. дитячій, становлять у середньому 7,6 % загального обсягу соціальних витрат (2,1 % ВВП). У Норвегії, Ісландії та Швеції вони перевищують 13 %, у той час як на Кіпрі, Мальті, в Ірландії та Греції на такі цілі витрачається менше 5 % усіх соціальних витрат [1]. В Україні така стаття витрат є однією з найменших. Динаміка виплат соціальної допомоги дітям-інвалідам у співвідношенні з видатками на соціальний захист і соціальне забезпечення та ВВП наведені в табл. 1.1.

Як бачимо з табл. 1.1, у 2011 р. розмір виплати соціальної допомоги дітям-інвалідам становив 1,51 % витрат на соціальний захист і соціальне забезпечення, або 0,12 % ВВП, у 2012 р. за цією статтею витрачено 1,49 % витрат на соціальний захист і соціальне забезпечення, або 0,13 % ВВП, у 2013 р. – 1,45 та 0,15 % відповідно. Щорічні зміни частки видатків на виплату соціальної допомоги дітям-інвалідам у видатках на соціальний захист і соціальне забезпечення та ВВП зображено на рис. 1.1.

Таблиця 1.1

**Динаміка виплат соціальної допомоги дітям-інвалідам
у співвідношенні з видатками на соціальний захист
і соціальне забезпечення та ВВП, %**

Показники	2009	2010	2011	2012	2013
Видатки на соціальний захист і соціальне забезпечення	1,28	1,34	1,51	1,49	1,45
ВВП	0,11	0,13	0,12	0,13	0,15

Складено за розрахунками автора на підставі: Валовий внутрішній продукт України // Финансовый портал “Минфин” [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://index.minfin.com.ua/index/gdp/?2012>; Захист дітей, які потребують особливої уваги суспільства : стат. зб. / Державна служба статистики України. – К., 2014.

Отже, при зростанні частки видатків на виплату соціальної допомоги дітям-інвалідам щодо ВВП, їхня частка у видатках зведеного бюджету на соціальний захист і соціальне забезпечення зменшується, а при зниженні частки зазначених видатків у ВВП, відповідна частка збільшується.

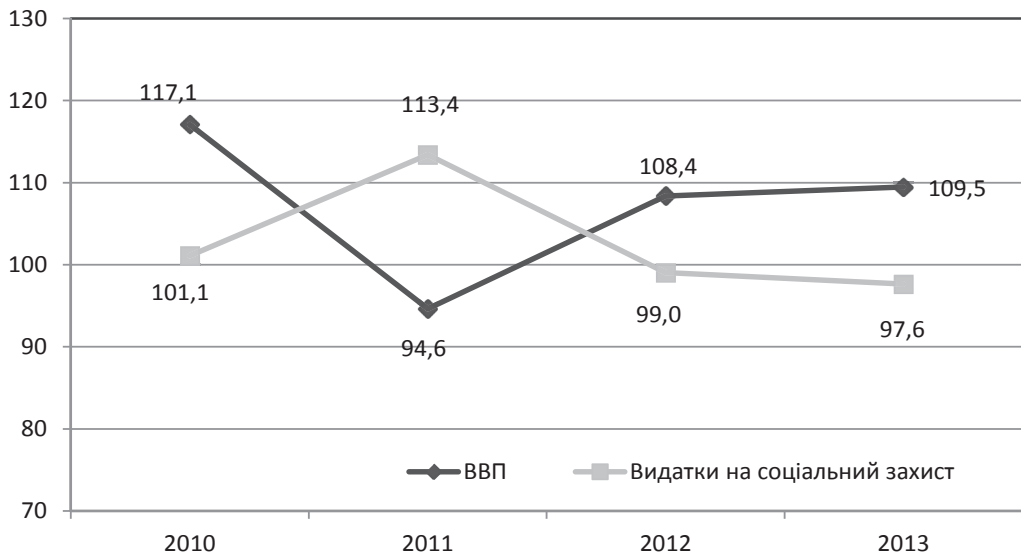


Рис. 1.1. Динаміка частки видатків на виплату соціальної допомоги дітям-інвалідам у видатках на соціальний захист і соціальне забезпечення та ВВП, %

Джерело: Соціальний захист населення України : стат. зб. – К. : Державна служба статистики України, 2014.

Аналіз видатків на виплату соціальної допомоги дітям-інвалідам та видатків зведеного бюджету на соціальний захист і соціальне забезпечення також свідчить про відсутність закономірності у зміні темпів їхнього зростання. Так, у 2010 та 2011 рр. темпи збільшення виплат соціальної допомоги дітям-інвалідам перевищують темпи зростання видатків на соціальний захист і соціальне забезпечення, а у 2012 та 2013 рр. навпаки: темпи підвищення видатків на соціальний захист і соціальне забезпечення переважають темпи збільшення виплат соціальної допомоги дітям-інвалідам (рис. 1.2).

Якщо зіставити темпи зростання видатків на соціальну допомогу дітям-інвалідам та індекс споживчих цін на товари і послуги [4], то зазначені видатки мають позитивну динаміку (рис. 1.3).

Закон України “Про державну соціальну допомогу інвалідам з дитинства та дітям-інвалідам” [5] визначає право на матеріальне забезпечення за рахунок коштів Державного бюджету України на соціальний захист дітей-інвалідів шляхом встановлення державної соціальної допомоги у відсотках від прожиткового мінімуму. При цьому, якщо дитина-інвалід

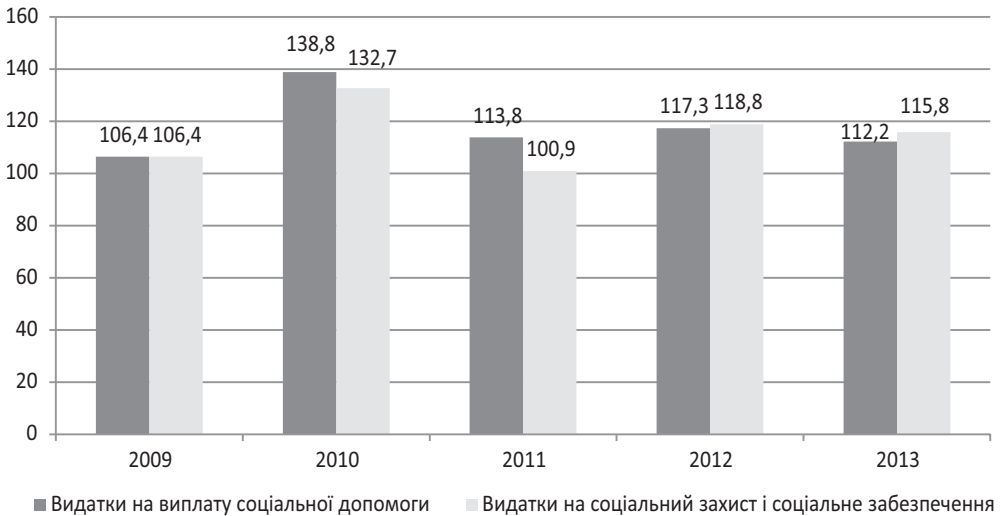


Рис. 1.2. Динаміка видатків на виплату соціальної допомоги дітям-інвалідам та видатків на соціальний захист і соціальне забезпечення, %

Джерело: Соціальний захист населення України : стат. зб. – К. : Державна служба статистики України, 2014.

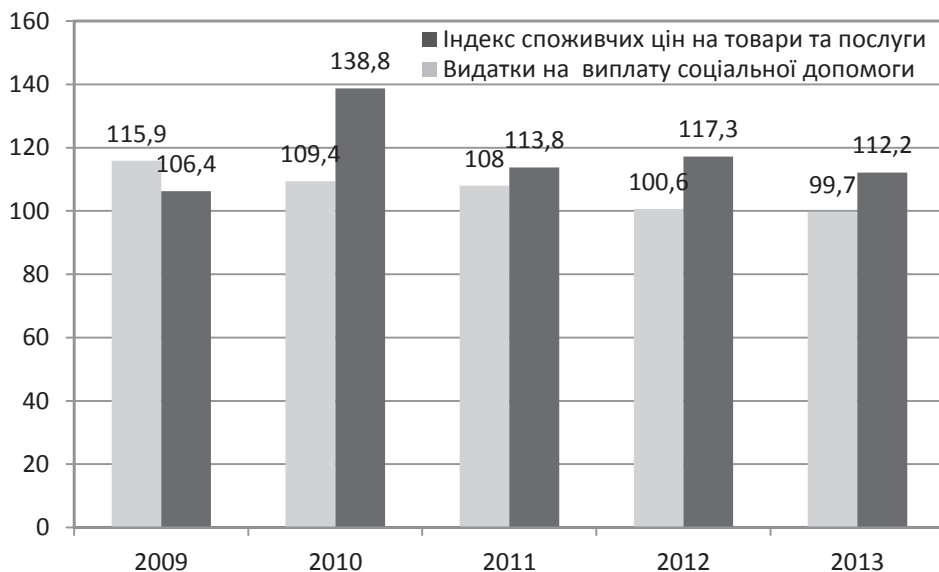


Рис. 1.3. Динаміка зростання видатків на соціальну допомогу дітям-інвалідам та індексу споживчих цін на товари і послуги

Джерело: Доходи населення за регіонами України // Ukrstat.org [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://ukrstat.org/uk/operativ/operativ2008/gdn/dvn_ric/dvn_ric_u/dn_reg2008_u.html.

має право на пенсію у зв'язку з втратою годувальника і державну соціальну допомогу відповідно до цього Закону, такі виплати призначаються одночасно.

Державна соціальна допомога на дітей-інвалідів віком до 18 років нараховується у розмірі 70 % прожиткового мінімуму для осіб, які втратили працездатність. Водночас статистичні дані щодо динаміки одержувачів державної соціальної допомоги серед дітей-інвалідів (табл. 1.2) свідчать про те, що кошти на виплату такої допомоги нараховувалися із розрахунку набагато вищих розмірів допомоги.

На додаток до державної соціальної допомоги дітям-інвалідам може бути призначена надбавка на догляд. Нині надбавка на догляд за дитиною-інвалідом групи А віком до 18 років призначається в розмірі прожиткового мінімуму для дітей відповідного віку, допомога на інших дітей-інвалідів – у розмірі 50 % прожиткового мінімуму для дітей відповідного віку. Така надбавка призначається одному з батьків, усиновителів, опікуну, піклувальнику, які не працюють і фактично доглядають за дитиною-інвалідом, без урахування середньомісячного сукупного дохо-

Таблиця 1.2

Динаміка одержувачів та розмірів державної соціальної допомоги дітям-інвалідам віком до 18 років

Показник	2009	2010	2011	2012	2013
Усього одержувачів державної соціальної допомоги – дітей-інвалідів віком до 18 років, осіб	132 087	138 144	144 586	150 276	156 363
Нараховано допомоги, тис. грн	1009 078	1400 250	1593 798,9	1868 941	2096 661
Середній розмір допомоги в розрахунку на місяць, грн	636,6	844,7	918,6	1 036,4	1 117,4

Джерело: Соціальний захист населення України : стат. зб. – К. : Державна служба статистики України, 2014.

ду сім'ї, в якій виховується дитина-інвалід. Дані щодо одержувачів такої надбавки наведені нижче (табл. 1.3).

Аналіз середніх розмірів соціальної допомоги дітям-інвалідам та надбавки на догляд за такими дітьми, обчислених на підставі статистичних даних, свідчить про те, що вони значно перевищували розмір законодавчо встановленого прожиткового мінімуму (рис. 1.4), хоча згідно з чинним законодавством розмір державної соціальної допомоги інвалідам з дитинства та дітям-інвалідам розраховується, виходячи із про-

Таблиця 1.3

Динаміка одержувачів та розмірів надбавки на догляд за дитиною-інвалідом

Показник	2009	2010	2011	2012	2013
Із загального числа одержувачів допомоги отримують надбавку на догляд за дитиною-інвалідом, осіб	91 891	93 817	100 111	106 431	108 267
Нараховано надбавку на догляд за дитиною-інвалідом, тис. грн	390 301	477 059	553 033,8	657 767,4	759 129,4
Середній розмір надбавки в розрахунку на місяць, грн	354,0	423,7	460,4	515,0	584,3

Джерело: Соціальний захист населення України : стат. зб. – К. : Державна служба статистики України, 2014.



Рис. 1.4. Середні розміри державної соціальної допомоги дітям-інвалідам та прожиткового мінімуму, грн

Джерело: Соціальний захист населення України : стат. зб. – К. : Державна служба статистики України, 2014.

житкового мінімуму, встановленого для осіб, які втратили працездатність, та для дітей відповідного віку на підставі законів про Державний бюджет України на відповідний рік.

Так, розмір державної соціальної допомоги (з урахуванням норм постанови Кабінету Міністрів України “Деякі питання пенсійного забезпечення громадян” від 26.03.2008 № 265) з 1 січня 2013 р. становив:

- для інвалідів з дитинства I групи підгрупи А – 1564,5 грн;
- для інвалідів з дитинства I групи підгрупи Б – 1341 грн;
- для інвалідів з дитинства II та III груп – 894 грн;
- для інвалідів з дитинства II та III груп з надбавкою на догляд – 894 грн;
- для дітей-інвалідів (без надбавки на догляд) – 894 грн;
- для дітей-інвалідів до 6 років з надбавкою на догляд – 1111,8 грн;
- для дітей-інвалідів від 6 до 18 років з надбавкою на догляд – 1230,8 грн;

- для дітей-інвалідів, захворювання яких пов'язане з Чорнобильською катастрофою, від 0 до 18 років – 938,7 грн;
- для дітей-інвалідів, захворювання яких пов'язане з Чорнобильською катастрофою, до 6 років з надбавкою на догляд – 1424,7 грн;
- для дітей-інвалідів, захворювання яких пов'язане з Чорнобильською катастрофою, від 6 до 18 років з надбавкою на догляд – 1543,7 грн.

Після набрання чинності у липні 2013 р. Законом України “Про внесення змін до ст. 3 Закону України “Про державну соціальну допомогу інвалідам з дитинства та дітям-інвалідам” [6], розміри надбавки на догляд за дитиною-інвалідом підгрупи А (з виключно високою мірою втрати здоров'я) було підвищено з 50 до 100 % прожиткового мінімуму для дітей відповідного віку.

Згідно із цим Законом з 1 грудня 2013 р. розмір допомоги без надбавки на догляд становить 949 грн, допомоги з надбавкою на догляд за дитиною-інвалідом підгрупи А віком до 6 років – 1696,3 грн, для такої дитини віком від 6 до 18 років – 1950,3 грн, для дитини-інваліда віком до 6 років, якій підгрупа А не встановлена, – 1180,3 грн, а для такої дитини віком від 6 до 18 років – 1307,3 грн на місяць.

Також з 1 грудня 2013 р. для дітей-інвалідів, захворювання яких пов'язане з Чорнобильською катастрофою, допомога встановлена у таких розмірах:

- віком від 0 до 18 років без надбавки на догляд – 996,45 грн;
- віком до 6 років з надбавкою на догляд – 1512,45 грн;
- віком від 6 до 18 років з надбавкою на догляд – 1639,45 грн.

Для таких дітей-інвалідів підгрупи А віком до 6 років з надбавкою на догляд допомога визначена в розмірі 2028,45 грн, а віком від 6 до 18 років – 2282,45 грн.

Зауважимо, що за даними вибіркового обстеження умов життя домогосподарств, проведеного Державною службою статистики України, середньомісячні сукупні витрати одного домогосподарства, як в цілому, так і на харчування, зокрема у 2013 р., збільшилися порівняно із 2012 р. на 6 %. Вартість харчування у 2013 р. у середньому на одну особу становила 31 грн на добу, що на 6 % більше, ніж у 2012 р. [4]. Тобто протягом місяця одна особа мала би витратити на харчування 930 грн. При цьому, як зазначає Державна служба статистики України, кількість основних продуктів харчування, спожитих однією особою в домогосподарствах з дітьми, у т. ч. дітьми-інвалідами, у 2013 р. була в 1,2–1,5 раза меншою,

ніж у домогосподарствах без дітей [1]. Виходячи із цієї добової вартості харчування та враховуючи те, що багато дітей-інвалідів отримують соціальну допомогу в мінімальному розмірі – 949 грн, можна зробити висновок про низький рівень матеріальної забезпеченості сімей, у яких виховуються діти-інваліди.

РОЗВИТОК МЕХАНІЗМІВ ФІНАНСУВАННЯ СОЦІАЛЬНИХ ПОСЛУГ ДІТЯМ-ІНВАЛІДАМ

Діти з інвалідністю – одна з найуразливіших груп населення в Україні. Завдання держави полягає в забезпеченні всебічного розвитку таких дітей від самого народження через послуги раннього втручання. На думку голови Представництва ЮНІСЕФ в Україні Ю. Мокуо, це перший крок на шляху попередження розлучення дитини зі своєю родиною і потрапляння до інтернатного закладу. Інвестиції на ранньому етапі гарантуватимуть результати в майбутньому. Діти, які пройшли раннє діагностування та отримали вчасне лікування, будуть активнішими членами суспільства [7].

Державна політика щодо дітей із вадами розвитку донедавна була спрямована на їх вилучення із сімей та утримання у стаціонарних закладах на відміну від заходів щодо підтримки сімей з дітьми-інвалідами, насамперед рідних, а потім прийомних чи опікунських. Динаміка мережі інтернатних закладів соціального захисту для дітей, у т. ч. дітей-інвалідів, відображена в табл. 2.1.

Як бачимо з табл. 2.1, на кінець 2013 р. у 53 будинках-інтернатах Міністерства соціальної політики України перебувало 6453 вихованці, порівняно з 2002 р. їх кількість зменшилася на 1328 осіб, або на 18,9 %, число будинків-інтернатів скоротилося на 3 одиниці.

Зкладами нового типу є центри соціально-психологічної реабілітації для тривалого (стаціонарного) або денного перебування дітей-інвалідів віком від 3 до 18 років. Дитина може перебувати у центрі не більше 9 місяців у разі стаціонарного перебування та 12 місяців – денного перебування. На кінець 2012 р. налічувалося 62 таких центри (кількість місць – 2278), в яких перебувала 5631 особа.

Для навчання та виховання дітей з особливими освітніми потребами (вадами у фізичному чи розумовому розвитку) в системі МОН України у 2012 р. функціонувала мережа навчальних закладів [8]:

- 382 спеціальні загальноосвітні школи та школи-інтернати, в них – 46,3 тис. осіб, у тому числі 51 спеціальна загальноосвітня школа з

Таблиця 2.1

Структура окремих інтернатних закладів та закладів соціального захисту для дітей

Показник	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
<i>Дитячі будинки, що перебувають у сфері управління МОН</i>												
Кількість закладів, од.	96	101	106	109	114	115	115	114	113	107	94	64
Чисельність дітей, осіб	6 116	6 417	6 690	6 434	6 119	5 918	5 486	5 154	4 771	4 332	3 458	2 109
<i>Будинки дитини системи МОЗ</i>												
Кількість закладів, од.	50	50	50	50	50	50	49	48	48	48	45	46
Чисельність дітей, осіб	5 177	5 261	5 387	5 267	5 011	4 454	3 951	3 704	3 666	3 507	3 200	2 793
<i>Будинки-інтернати системи Мінсоцполітики</i>												
Кількість закладів, од.	56	56	56	56	56	56	55	55	55	55	55	53
Чисельність дітей, осіб	7 781	7 856	7 716	7 475	7 304	7 158	7 125	6 937	6 879	6 888	6 799	6 453
<i>Приtulки для дітей:</i>												
Кількість закладів, од.	91	94	93	96	95	95	94	90	88	87	66	42
Чисельність дітей, осіб	30 007	28 432	26 194	23 674	21 221	20 593	17 780	14 242	11 978	11 107	7 298	3 472

Джерело: Захист дітей, які потребують особливої уваги суспільства : стат. зб. / Державна служба статистики України. – К., 2014.

- продовженим днем, у яких 5,5 тис. дітей з особливими освітніми потребами;
- 508 спеціальних класів у загальноосвітніх навчальних закладах із контингентом учнів 5 тис. осіб;
 - 33 навчально-реабілітаційні центри, де здобувають відповідну освіту 5,9 тис. дітей з особливими освітніми потребами у поєднанні з реабілітаційною роботою;
 - 66 загальноосвітніх шкіл-інтернатів санаторного типу, в них 15 тис. дітей, які потребують тривалого лікування та реабілітації.

Розширюється мережа дошкільних навчальних закладів (груп) компенсуючого типу, в яких безкоштовно виховуються і проходять лікування хворі діти й діти з вадами психофізичного розвитку, які потребують корекції фізичного та (або) розумового розвитку. Водночас зі здобуттям дошкільної освіти до них застосовується комплекс лікувально-реабілітаційних заходів.

Для дітей з особливими потребами працюють понад 2 тис. закладів санаторного, спеціального та комбінованого типу, де разом із дошкільною освітою діти отримують корекційно-відновлювальну і реабілітаційну допомогу (табл. 2.2–2.4).

Таблиця 2.2

Динаміка кількості закладів і груп спеціального призначення в Україні та чисельності в них дітей

Рік	Кількість закладів, які мають групи спеціального призначення, за видами, <i>од</i>	Кількість груп спеціального призначення, <i>од</i>	Чисельність дітей у групах спеціального призначення, <i>осіб</i>
2009	1 784	4 912	76 053
2010	1 834	5 023	78 628
2011	1 826	4 988	80 233
2012	1 847	5 050	82 685
2013	1 878	5 147	85 053

Складено за даними Міністерства освіти і науки України [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.mon.gov.ua>.

Загальна чисельність дитячого населення в Україні з 2002 по 2013 р. зменшилася на 23 %, а кількість дітей у будинках-інтернатах – на 18 %, при цьому близько 30 % вихованців будинків дитини є дітьми-інвалідами. Важливим показником є число дітей – вихованців інтернатів органів соціального захисту на 100 тис. дитячого населення: на кінець 2002 р. цей показник дорівнював 75,49 особи, а на кінець 2013 р. – 80,56 особи.

Таблиця 2.3

Динаміка кількості закладів спеціального призначення за видами груп, од.

Заклади, які мають спеціального призначення, за видами	2009	2010	2011	2012	2013
Для дітей з порушеннями зору	182	183	178	178	176
Для дітей з порушеннями слуху	28	26	26	27	28
Для дітей з порушеннями мови	1 385	1 434	1 411	1 437	1 474
Для дітей з порушеннями інтелекту	72	74	73	70	70
Для дітей з порушеннями опорно-рухового апарату	283	282	270	275	276
Для дітей із затримкою психічного розвитку	235	245	267	278	292
Для дітей з порушеннями за іншими профілями	25	22	21	16	17

Складено за даними Міністерства освіти і науки України [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.mon.gov.ua>.

Таблиця 2.4

Динаміка чисельності окремих категорій дітей у дошкільних навчальних закладах, осіб

Окремі категорії дітей у ДНЗ	2009	2010	2011	2012	2013
Діти з обмеженими функціональними можливостями (діти-інваліди)	6 338	6 766	7 339	7 950	8 519
Діти-сироти та позбавлені батьківського піклування	4 488	4 621	4 702	4 800	5 115
Діти, які постраждали внаслідок аварії на ЧАЕС	59 860	63 203	68 112	71 912	71 972

Складено за даними Міністерства освіти і науки України [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.mon.gov.ua>.

Збільшення цього показника на 5 % протягом 11 років вочевидь пов'язане із загальним скороченням чисельності дитячого населення в Україні, тоді як механізм інституціоналізації дітей-інвалідів залишається високо-ефективним (табл. 2.5, 2.6).

Стаціонарним закладом, де перебуває найбільше дітей-інвалідів, є будинок-інтернат – соціально-медична установа для постійного проживання дітей віком від 4 до 18 років (вихованців) з утворенням, у разі потреби, молодіжного відділення для осіб віком від 18 до 35 років (далі – осіб), що входить як структурний підрозділ до складу будинку-інтернату для дітей з вадами фізичного або розумового розвитку, котрі потребують стороннього догляду, побутового й медичного обслуговування, освітніх послуг і послуг із реабілітації.

На фінансування будинків-інтернатів спрямовуються значні кошти (табл. 2.7).

Як свідчать дані табл. 2.7, фактичний обсяг фінансування видатків на утримання будинків-інтернатів для малолітніх інвалідів збільшився у 6 разів, перевищуючи затверджені показники протягом усього періоду. Однак темпи зростання фінансування за роками були нерівномірними. Діти-інваліди віком від 6 до 18 років також перебувають у будинках-інтернатах разом із дорослими інвалідами і літніми людьми. Фінансування видатків на утримання таких будинків-інтернатів наведено в табл. 2.8.

Як бачимо з табл. 2.8, фактичний обсяг фінансування видатків на утримання будинків-інтернатів для літніх людей та інвалідів системи соціального захисту (в т. ч. дітей-інвалідів) збільшився за 11 років у 6,5 раза. Кількість осіб, що перебувають в інтернаті, зменшилася на 14,8 %. Темпи зростання фінансування практично однакові порівняно з будинками-інтернатами для малолітніх інвалідів. Фактичний рівень фінансування також у всі роки перевищував затверджені показники. Темпи зростання фінансування за роками були вкрай нерівномірними.

У системі освіти одним із основних інтернатних закладів, де виховуються діти-інваліди, є спеціальні загальноосвітні школи-інтернати, школи та інші заклади освіти для дітей із вадами у фізичному чи розумовому розвитку. Обсяг фінансування цих закладів наведено в табл. 2.9.

Фактичний обсяг фінансування видатків на утримання спеціальних загальноосвітніх шкіл-інтернатів, шкіл та інших закладів освіти для дітей з вадами у фізичному чи розумовому розвитку збільшився за 11 років майже в 8,9 раза.

Таблиця 2.5

Динаміка кількості дітей у будинках-інтернатах, тис. осіб

Кількість дітей	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Кількість дітей в Україні	10 307,0	9 878,6	9 503,3	9 129,2	8 802,0	8 536,1	8 325,7	8 186,3	8 081,1	8 003,3	7 971,6	8 009,9
у будинках-інтернатах	7,781	7,856	7,716	7,475	7,304	7,158	7,125	6,937	6,879	6,888	6,799	6,453
у будинках-інтернатах на 100 тис. дітей, осіб	75,49	79,53	81,19	81,88	82,98	83,86	85,58	84,74	85,12	86,06	85,29	80,56

Розраховано за даними Державної казначейської служби України.

Таблиця 2.6

Динаміка наповнюваності будинків-інтернатів

Показник	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Кількість дітей у будинках-інтернатах, осіб	7 781	7 856	7 716	7 475	7 304	7 158	7 125	6 937	6 879	6 888	6 799	6 453
Кількість будинків-інтернатів, од.	56	56	56	56	56	56	55	55	55	55	55	53
Кількість дітей, що перебувають в одному будинку-інтернаті, осіб	139	140	137	133	130	127	130	126	125	125	123	121

Розраховано за даними Державної служби статистики України.

Таблиця 2.7

Динаміка фінансування видатків на утримання будинків-інтернатів для малолітніх інвалідів

Показники	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Обсяг фінансування, млн грн	65,8	78,5	91,1	126,8	156,6	189,8	261,3	265,9	321,1	341,8	385,5	396,2
Темпи зростання, %:												
– ланцюгові	х	119,3	116,1	139,2	123,5	121,3	137,6	101,8	120,8	106,4	112,8	102,9
– базисні	х	119,3	138,4	192,7	238,0	288,9	397,1	404,1	488,0	519,5	585,9	602,1

Розраховано за даними Державної казначейської служби України.

Таблиця 2.8

Динаміка фінансування видатків на утримання будинків-інтернатів для літніх людей та інвалідів системи соціального захисту

Показники	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Обсяг фінансування, млн грн	306,4	352,7	424,3	594,5	724,3	894,8	1 204,5	1 290,1	1 542,3	1 661,5	1 856,6	1 991,5
Темпи зростання, %:												
– ланцюгові	х	115,1	120,3	140,1	121,8	123,5	134,6	107,1	119,5	107,8	111,7	107,3
– базисні	х	115,1	138,5	194,0	236,4	292,0	393,1	421,1	503,4	542,2	605,9	649,9

Розраховано за даними Державної казначейської служби України.

Таблиця 2.9

Динаміка фінансування видатків на утримання спеціальних загальноосвітніх шкіл-інтернатів, шкіл та інших закладів освіти для дітей з вадами у фізичному чи розумовому розвитку

Показники	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Обсяг фінансування, млн грн	272,1	346,4	403,0	597,4	814,3	1 091,0	1 507,3	1 638,8	1 994,5	2 023,4	2 299,0	2 423,1
Темпи зростання, %:												
– ланцюгові	х	138,3	116,3	148,2	136,3	134,0	138,2	108,7	121,7	101,4	113,6	105,4
– базисні	х	138,3	148,1	219,6	299,3	401,0	554,0	602,2	733,0	743,6	844,9	890,5

Розраховано за даними Державної казначейської служби України.

Фактично рівень фінансування перевищував затверджені показники протягом усього періоду, крім 2012 р. (97,3 %). Темпи зростання фінансування були нерівномірними.

Держава виділяє більше коштів на інтернатні установи, ніж на підтримку сімей із дітьми-інвалідами чи альтернативний сімейний догляд. Середня вартість утримання дитини-інваліда в інтернаті значно вища порівняно із державною соціальною допомогою дітям-інвалідам і надбавкою на догляд за ними. Більшість витрат у будинку-інтернаті спрямовується на заробітну плату з нарахуваннями та обслуговування інфраструктури, а не на надання послуг дітям-інвалідам. Видатки на фінансування будинків-інтернатів для малолітніх інвалідів за економічною класифікацією в 2002–2013 рр. наведені в табл. 2.10.

Так, у 2013 р. заробітна плата з нарахуваннями та комунальні платежі становили 70,4 %, тоді як у 2002 р. такі видатки сягали 49,5 %. Видатки на харчування дітей-інвалідів зменшилися у 2013 р. порівняно з 2002 р. із 23,3 до 15,3 %. Видатки за економічною класифікацією на фінансування будинків-інтернатів для літніх людей та інвалідів, де перебувають також діти-інваліди, наведено в табл. 2.11.

Однак повністю діти-інваліди реабілітаційними послугами не охоплені. Для забезпечення надання соціальних послуг у центрах соціально-психологічної реабілітації дітей із функціональними обмеженнями необхідно:

- 1) підвищити рівень співпраці таких центрів із лікарсько-консультаційними комісіями та медико-соціальними експертними комісіями з метою надання індивідуальних програм реабілітації для кожної дитини і своєчасного направлення її до центру;
- 2) поліпшити оснащення центрів відповідно до сучасних потреб; розробити базовий перелік засобів і реабілітаційного обладнання для основних типів нозологій;
- 3) сформувавати базовий перелік безкоштовних реабілітаційних послуг для основних типів нозологій;
- 4) створити типові корекційні та навчальні програми для різних видів нозологій.

У ході перевірок контролюючі органи виявляють факти використання праці вихованців інтернатів без оплати, грубих порушень прав дітей на недоторканність особи, на захист від фізичного і психологічного насилля, жорстокого поводження, від застосування методів, що принижують людську гідність. У будинках-інтернатах порушується право дітей,

Таблиця 2.10

Динаміка структури видатків на будинки-інтернати для малолітніх інвалідів

Показники	2002	%	2003	%	2004	%	2005	%	2006	%	2007	%
<i>Поточні видатки</i>	59 354,06	90,26	59 021,34	91,99	81 259,77	88,87	115 774,7	91,32	141 603,85	90,40	176 179,06	92,78
Видатки на товари і послуги	58 684,95	89,24	40 489,27	63,11	80 482,49	88,02	114 234,9	90,10	139 576,45	89,11	173 641,24	91,44
Оплата праці працівників бюджетних установ	19 278,62	29,32	18 211,71	28,39	29 850,87	32,65	45 397,87	35,81	55 620,03	35,51	72 694,95	38,28
Заробітна плата	19 138,91	29,10	18 042,73	28,12	29 850,87	32,65	45 397,87	35,81	55 620,03	35,51	72 694,95	38,28
Нарахування на заробітну плату	7 013,99	10,67	6 629,47	10,33	10 972,25	12,00	16 810,29	13,26	20 178,7	12,88	26 111,71	13,75
Придбання предметів постачання і матеріалів, оплата послуг та інші видатки	25 843,79	39,30	6 852,84	10,68	31 618,16	34,58	42 705,19	33,68	51 698	33,01	57 561,66	30,31
Предмети, матеріали, обладнання та інвентар	2 167,69	3,30	682,97	1,06	3 322,73	3,63	5 510,96	4,35	7 524,06	4,80	8 758,6	4,61
Медикаменти і перев'язувальні матеріали	1 245,77	1,89	1 626,56	2,54	1 529,23	1,67	1 731,43	1,37	2 066,86	1,32	2 269,59	1,20
Продукти харчування	15 349,74	23,34	2 245,43	3,5	18 422,27	20,15	23 806,17	18,78	28 606,59	18,26	30 743,8	16,19
Видатки на відрядження	128,34	0,20	194,75	0,3	148,27	0,16	155,3	0,12	202,52	0,13	5 508,92	2,90
Оплата комунальних послуг та енергоносіїв	6 410,13	9,75	6 970,16	10,86	7 885,25	8,62	9 134,34	7,20	11 848,59	7,56	274,37	0,14
Дослідження і розробки, державні програми	10,07	0,02	1 630,08	2,86	7,7	0,01	31,91	0,03	28,6	0,02	85,07	0,04
Субсидії і поточні трансферти	669,11	1,02	184,47	0,29	777,28	0,85	1 539,79	1,21	2 027,41	1,29	2 537,82	1,34
<i>Капітальні видатки</i>	6 407,08	9,74	5 070,08	7,90	10 176,75	11,13	11 007,12	8,68	15 029,96	9,60	13 711,13	7,22
Усього видатків	65 761,13	100,00	64 157,98	100,00	91 436,52	100,00	126 781,8	100,00	156 633,81	100,00	189 890,18	100,00

Закінчення табл. 2.10

Показник	2008	%	2009	%	2010	%	2011	%	2012	%	2013	%
Поточні видатки	236 361,6	90,44	253 925,38	95,50	305 965,33	95,28	331 208,7	96,89	376 345,04	97,63	289 008,8	72,9
Видатки на товари і послуги	233 065,68	89,18	250 589,89	94,25	301 558,9	93,91	326 274,91	95,45	370 866,14	96,21		
Оплата праці працівників бюджетних установ	101 564,88	38,86	106 314,56	39,99	130 533,49	40,65	141 096,29	41,28	166 692,35	43,24	172 426,6	43,6
Заробітна плата	101 564,88	38,86	106 314,56	39,99	130 533,49	40,65	141 096,29	41,28	166 692,35	43,24	61 373,0	43,5
Нарахування на заробітну плату	36 437,09	13,94	38 406,34	14,45	47 030,05	14,65	50 490,48	14,77	59 447,97	15,42	90 660,8	15,5
Придбання предметів постачання і матеріалів, оплата послуг та інші видатки	72 892,8	27,89	76 980,77	28,95	91 317,94	28,44	95 698,2	28,00	98 250,32	25,49	7 116,2	22,9
Предмети, матеріали, обладнання та інвентар	10 134,56	3,88	10 422,42	3,92	26 967,77	8,40	27 474,94	8,04	27 191,12	7,05	26 714,1	6,7
Медикаменти і перев'язувальні матеріали	2 730,85	1,04	3 862,46	1,45	4 470,48	1,39	5 164,73	1,51	5 464,3	1,42	60 620,4	1,5
Продукти харчування	42 363,75	16,21	46 337,52	17,43	53 593,83	16,69	56 377,71	16,49	59 459,04	15,42	60 620,5	15,3
Видатки на відрядження	309,98	0,12	238,72	0,09	242,25	0,08	230,23	0,07	185,23	0,05	166,9	0,04
Оплата комунальних послуг та енергоносіїв	21 805,06	8,34	28 611,14	10,76	32 297,86	10,06	38 605,5	11,29	46 059,86	11,95	45 236,6	11,4
Дослідження і розробки, державні програми	55,88	0,02	38,36	0,01	137,32	0,04	154,22	0,05	230,4	0,06	202,9	0,1
Субсидії і поточні трансферти	3 295,91	1,26	3 335,48	1,25	4 406,43	1,37	4 933,78	1,44	5 478,89	1,42	-	-
Капітальні видатки	24 976,26	9,56	11 952,94	4,50	15 159,35	4,72	10 624,46	3,11	9 127,5	2,37	10 474,2	2,6
Усього видатків	261 337,86	100,00	265 878,32	100,00	321 124,68	100,00	341 833,15	100,00	385 472,55	100,00	396 236,4	100,00

Розраховано за даними Державної казначейської служби України.

Таблиця 2.11

Динаміка структури видатків на будинки-інтернати (пансіонати) для літніх людей та інвалідів системи соціального захисту, тис. грн

Показники	2002	%	2004	%	2005	%	2006	%	2007	%
<i>Поточні видатки</i>	277 806,06	90,66	383 285,38	90,23	547 729,16	92,14	667 178,38	92,12	825 374,92	92,25
Видатки на товари і послуги	275 837,58	90,01	381 227,73	89,74	543 615,8	91,45	661 893,3	91,39	818 906,68	91,52
Оплата праці працівників бюджетних установ	69 550,4	22,70	111 270,22	26,19	174 145,79	29,29	215 799,99	29,80	282 106,56	31,53
Заробітна плата	69 145,87	22,56	111 270,22	26,19	174 145,79	29,29	215 799,99	29,80	282 106,56	31,53
Нарахування на заробітну плату	0	0,00	40 492,54	9,53	64 236,31	10,81	77 557,37	10,71	101 091,98	11,30
Придбання предметів постачання і матеріалів, оплата послуг та інші видатки	404,53	0,13	183 537,23	43,21	252 292,29	42,44	298 663,1	41,24	343 522,02	38,39
Предмети, матеріали, обладнання та інвентар	25 088,84	8,19	17 389,34	4,09	30 011,14	5,05	35 448,12	4,89	47 755,23	5,34
Медикаменти і перев'язувальні матеріали	145 150,44	47,37	8 976,7	2,11	11 156,82	1,88	13 304,17	1,84	15 752,08	1,76
Продукти харчування	10 603,93	3,46	108 900,41	25,64	143 133,37	24,08	174 957,28	24,16	193 136,87	21,59
Видатки на відрядження	445,11	0,15	540,76	0,13	608,4	0,10	798,97	0,11	935,72	0,10
Оплата комунальних послуг та енергоносіїв	35 551,9	11,60	45 320,93	10,67	52 218,75	8,78	68 856,81	9,51	90 658,36	10,13
Дослідження і розробки, державні програми	50,9	0,02	66,05	0,02	114,26	0,02	217,06	0,03	592,05	0,07
Субсидії і поточні трансферти	1 968,48	0,64	2 057,65	0,48	4 113,36	0,69	5 285,08	0,73	6 468,24	0,72
<i>Капітальні видатки</i>	28 636,93	9,34	41 507,71	9,77	46 743,37	7,86	57 083,87	7,88	69 384,62	7,75
Усього видатків	306 442,99	100,00	424 793,08	100,00	594 472,53	100,00	724 262,26	100,00	894 759,53	100,00

Закінчення табл. 2.11

Показники	2008	%	2010	%	2011	%	2012	%	2013	%
Поточні видатки	1 092 462,31	95,39	1 491 259,03	96,69	1 617 410,43	97,35	1 819 785,56	98,02	1 930 798,5	96,95
Видатки на товари і послуги	1 083 943,47	94,61	1 478 014,32	95,83	1 602 572,76	96,45	1 803 572,3	97,14		
Оплата праці працівників бюджетних установ	386 335,17	32,76	531 255,89	34,45	590 431,92	35,54	6 963 074,45	375,04	735 682,5	36,94
Заробітна плата	386 335,17	32,76	531 255,89	34,45	590 431,92	35,54	696 307,45	37,50	735 682,5	36,94
Нарахування на заробітну плату	138 190,26	11,77	190 567,31	12,36	210 967,19	12,70	247 787,87	13,35	361 912,1	13,15
Придбання предметів постачання і матеріалів, оплата послуг та інші видатки	440 560,16	37,81	573 672,84	37,20	591 748,47	35,62	607 421,43	32,72	912 339,3	45,81
Предмети, матеріали, обладнання та інвентар	59 012,72	4,72	149 716,19	9,71	148 112,22	8,91	146 097,06	7,87	161 893,2	8,13
Медикаменти і перев'язувальні матеріали	19 224,19	1,86	29 402,01	1,91	31 679,93	1,91	36 469,54	1,96	39 749,4	2,00
Продукти харчування	258 390,83	23,35	350 821,63	22,75	365 918,46	22,02	389 006,42	20,95	423 023,0	21,24
Видатки на відрядження	970	0,06	813,07	0,05	762,1	0,05	666,59	0,04	37 332,2	1,87
Оплата комунальних послуг та енергоносіїв	117 469,2	12,20	181 145,5	11,75	207 920,5	12,51	250 892,6	13,51	249 317,8	12,52
Дослідження і розробки, державні програми	417,84	0,02	559,74	0,04	742,55	0,04	469,33	0,03	489,1	0,02
Субсидії і поточні трансферти	8 518,85	0,78	13 244,71	0,86	14 837,67	0,89	16 213,26	0,87	6,0	0,00
<i>Капітальні видатки</i>	<i>112 082,6</i>	<i>4,61</i>	<i>51 054,48</i>	<i>3,31</i>	<i>44 082,75</i>	<i>2,65</i>	<i>36 847,18</i>	<i>1,98</i>	<i>60 653,6</i>	<i>3,05</i>
Усього видатків	1 204 544,86	100,00	1 542 313,51	100,00	1 661 493,18	100,00	1 856 632,75	100,00	1 991 452,0	100,00

Розраховано за даними Держаної казначейської служби України.

які потребують медичного догляду за станом здоров'я, на отримання відповідної медико-соціальної допомоги і медичного обслуговування.

У будинках-інтернатах порушується право дітей на приватне життя. Часто вони не мають особистих речей, у т. ч. одягу, окремих шафок для їх зберігання. Простір їхньої життєдіяльності обмежений, приміщення переповнені, діти не можуть побути наодинці. Вони цілком залежать від співробітників установи і не захищені від свавілля персоналу.

Робота щодо встановлення правового статусу дітей і оформлення необхідних документів у деяких будинках-інтернатах організована вкрай незадовільно, що призводить до порушення життєвих і майнових прав вихованців. Однією з причин незахищеності дітей є закритість будинків-інтернатів, відсутність зовнішнього контролю за дотриманням прав вихованців [9].

Профілактика інвалідності, всебічна реабілітація дітей-інвалідів мають велике не тільки соціальне, а й економічне значення. Економії бюджетних коштів можна досягти за рахунок:

- попередження дитячої інвалідності завдяки скринінгу новонароджених і відповідних профілактичних заходів;
- зменшення кількості дітей шкільного віку, що отримують інвалідність;
- збільшення частки дітей із вадами розвитку, які залишилися без батьківського піклування, що направляються на виховання в сім'ї;
- скорочення числа правопорушень неповнолітніми, у т. ч. інвалідами, і зменшення кількості дітей, що направляються до виховних установ.

Загальною тенденцією є те, що діти-інваліди становлять значну частину малозабезпеченого населення у багатьох країнах, зокрема в Україні. Багато таких дітей виховується в неповних сім'ях, нерідко без батька, і здебільшого ці сім'ї належать до найбільш незабезпечених. Бідність не дає змоги використовувати новітні технічні можливості для навчання, зокрема дистанційного, отримання сучасних медичних послуг.

Діти-інваліди не поділяються на групи інвалідності за тяжкістю захворювання. Тому величина соціальної допомоги чи пенсії, що їм виплачується, залишається незмінною незалежно від показників їхнього реабілітаційного потенціалу, тобто не передбачає різних потреб у лікуванні й догляді. Розмір надбавки на догляд за дитиною-інвалідом також є незмінним і не залежить від тяжкості захворювань і ступеня реабілітаційного потенціалу. Подібний підхід до розв'язання проблеми виховання

дітей-інвалідів виправданий з позиції держави, у межах якої відтворення є суто сімейною функцією, а праця батьків, насамперед матерів, із догляду та виховання, має альтруїстичний характер.

Система державної соціальної допомоги компенсує лише частину відтворювальних витрат із догляду й утримання дітей з обмеженими можливостями. Потреби в соціальному захисті непрацюючого члена сім'ї не враховуються. Водночас лише частково забезпечується допомога з догляду, проведення лікувальних і корекційних процедур чи надання інших видів допомоги для дітей-інвалідів, що виховуються вдома.

Відсутність диференційованого підходу до дітей, що мають неоднаковий ступінь тяжкості захворювань, різні потреби в додатковій допомозі на певних етапах розвитку хвороби й у соціальній підтримці по догляду, а також диференційованого підходу до сімей залежно від їхніх соціально-демографічних ресурсів є суттєвим недоліком вітчизняної системи соціального захисту [10].

У щорічному звіті “Становище дітей у світі” Дитячого фонду ООН (ЮНІСЕФ), оприлюдненому в 2013 р. і присвяченому правам дітей з інвалідністю, наголошується, що потрібно думати насамперед про дітей, а не про інвалідність. Від інтеграції дітей з обмеженими можливостями виграє все суспільство. Виконавчий директор ЮНІСЕФ Е. Лейк зазначив: “Коли ви думаєте не про дитину, а про її інвалідність, це не тільки неправильно стосовно такої дитини, а й відбирає в суспільства все те, що ця дитина може йому дати. Втрати цих дітей – це втрати суспільства; їхній виграш – це виграш всього суспільства” [11].

Системі фінансового забезпечення закладів соціального обслуговування властиві певні недоліки. Сьогодні соціальні послуги надають заклади, підпорядковані міністерствам. Вони фінансуються з бюджетів різних рівнів, причому схеми фінансування істотно відрізняються залежно від того, до системи якого розпорядника бюджетних коштів належить певний заклад. Однією з найбільших вад системи соціальних послуг є переважна спрямованість на фінансування стаціонарних закладів. За цих умов державні органи не здійснюють оцінювання того, які саме соціальні послуги потрібні в тому чи іншому регіоні та в якій кількості. Однак таке оцінювання необхідне, причому воно має проводитися з певною періодичністю, щоб за потреби вносити корективи. Наприклад, якщо в районі є будинок-інтернат, то місцева влада (обласна рада, обласна державна адміністрація) робить усе можливе, щоб передбачити в бюджеті кошти на його утримання. Нерідко при цьому ігноруються альтернативні шляхи,

які можна було би використати для надання послуги, – скажімо, залучення ширшого кола представників сфери сервісу. Їхні послуги можуть бути набагато ефективнішими, а ті, кому вони надаються, могли б одержувати те, що їм потрібно, вдома, а не в стаціонарному закладі, тобто далеко від своєї оселі, рідних і знайомих [12].

У рамках проекту TACIS “Посилення регіональних соціальних служб” було проведено дослідження фінансової системи закладів соціального обслуговування у Волинській та Рівненській областях [13]. Так, у Луцькому районному і Радивилівському територіальному центрах випробовувалася інноваційна модель обрахунку тарифів на платні соціальні послуги. У результаті аналізу структури надходжень і видатків інтернатних установ двох областей з’ясовано, що інтернати фінансуються здебільшого за рахунок бюджетних коштів та перерахуванням 75 % пенсії підопічних, тоді як інші джерела надходжень (господарська та виробнича діяльність, благодійні внески) не відіграють помітної ролі. Більшість інтернатів виявляють незначний інтерес до залучення альтернативних джерел фінансування, сподіваючись переважно на кошти обласного бюджету. Загалом простежується вкрай слабка роль недержавного фінансування, хоча деякі заклади мають підсобне господарство й отримують благодійні внески. Попри те, що більшість установ сфери одержує кошти відповідно до потреб, спостерігаються певна несамостійність і незацікавленість у ефективному їх використанні. Підсумки дослідження дають підстави вважати, що кошти розподіляються органами влади між стаціонарними установами без належного аналізу чинників, котрі визначають відповідні потреби. Інтернати не мають стимулів до ефективного використання державних коштів, у зв’язку з чим наявні суттєві розбіжності в обсязі послуг, які отримують на одиницю державних коштів клієнти окремих закладів. Важливою проблемою стаціонарних закладів є рівень економічної ефективності підсобного господарства. Для її розв’язання, зокрема, необхідно оцінити, наскільки утримання такого господарства сприяє збільшенню обсягу та підвищенню якості надання послуг клієнтам: неповне врахування використання ресурсів у виробничих підрозділах, які не є профільними для цього типу закладів, може за певних обставин спричинити неефективне використання ресурсів, а отже, скорочення обсягу чи зниження якості соціальних послуг.

Аналіз стану й тенденцій фінансування соціальних послуг свідчить про необхідність перегляду застосовуваних механізмів фінансування.

Головним напрямом їх удосконалення має бути не збільшення обсягів державного фінансування, а запровадження для закладів стимулів ефективного використання бюджетних і власних коштів. Тобто необхідно здійснити перехід від фінансування окремих установ чи мережі до фінансування встановленого державою (відповідно до певних стандартів) переліку послуг, які надаються клієнтам цих установ [14].

Одним із напрямів підвищення ефективності системи надання послуг може стати налагодження співпраці між закладами соціального обслуговування, зокрема у використанні людських ресурсів (медичного персоналу, психологів тощо), а також окремих видів устаткування та обладнання, що дасть змогу забезпечити економію бюджетних коштів без зниження якості соціальних послуг [12].

Зазначене зумовлює необхідність реформування системи надання соціальних послуг в Україні. Така реформа має спонукати до зміщення центру уваги з фінансування закладів на задоволення потреб одержувачів соціальних послуг, розширення діапазону цих послуг та підвищення ефективності їх надання. Звісно, кожна реформа потребує зваженого підходу й має здійснюватися комплексно. Слід докладно вивчити ситуацію на місцевому, регіональному і центральному рівнях, ретельно прорахувати наслідки змін у такій важливій сфері, як соціальні послуги.

В умовах переорієнтації системи фінансування послуг соціальної сфери з процесу на результат, переходу від субсидій постачальникам до субсидій споживачам, націленості на ширше використання ринкових механізмів варто вивчати й використовувати технології цільових споживчих субсидій (соціального ваучера) як ефективний ринковий інструмент, що відповідає окресленим тенденціям. Соціальний ваучер (сертифікат) – документ, що дає право споживачеві отримувати від обраного ним постачальника послугу в обсязі, відповідному грошовому номіналу ваучера (сертифіката) і на певних умовах, а постачальнику – право отримати оплату вартості послуги за фактом її надання.

Механізм використання соціальних ваучерів передбачає такі етапи:

- визначення переліку осіб, які мають право на отримання соціальних ваучерів, оцінювання номіналу ваучера;
- встановлення кола постачальників, які бажають брати участь у ваучерній програмі й відповідають вимогам;
- видача ваучерів громадянам – учасникам програми, ознайомлення їх із переліком можливих постачальників;

- вибір громадянами постачальника та отримання послуг в обмін на ваучери;
- оплата постачальникам фактично реалізованих послуг.

Ключовою особливістю ваучерних програм є те, що постачальника (а отже, й одержувача бюджетних коштів) обирає споживач, а не держава, тому процедура визначення кола постачальників має спрямовуватися на максимізацію їх кількості. Всі постачальники, котрі відповідають встановленим розпорядником бюджетних коштів вимогам, повинні мати право брати участь у програмі. Крім того, вже під час дії ваучерної програми постачальникам повинна надаватися можливість взяти в ній участь. Цільова споживча субсидія може набувати “паперового” формату у вигляді спеціального документа (ваучера, талона, сертифіката), а також втілюватися за допомогою веб-технологій або спеціальних карток. Останній спосіб певною мірою починає застосовуватися у формі “соціальних карток”.

Соціальні ваучери активно застосовуються в зарубіжній практиці надання соціальних послуг та розв’язання найгостріших соціальних проблем. На сьогодні накопичено значний досвід реалізації цієї технології. Соціальні ваучери найпоширеніші в США, де ними користуються мільйони пенсіонерів, інвалідів, багатодітних сімей. Люди з доходами, нижчими за прожитковий мінімум, отримують іменні талони на харчування чи сертифікати, які можна використовувати при сплаті за продукти, комунальні послуги, лікування, ліки і транспорт [15].

Однією з форм ваучерної підтримки є надання “персональних бюджетів” безпосередньо користувачам послуг. У Нідерландах інвалідам надаються фіксовані суми грошей, які вони мають право використовувати на оплату послуг обраного ними постачальника. У Швеції ваучерні системи успішно впроваджуються у сферах освіти, соціального обслуговування тощо. Муніципалітети контролюють постачальників послуг, встановлюючи стандарти якості обслуговування, різні форми підтвердження якості, правила приймання, рівень оподаткування та ін. Прикладом успішної практики є муніципалітет Тебі в околицях Стокгольма, де вдале поєднання тендерів і ваучерної системи під гаслом “Краще обслуговування – те, яке кожен вибирає собі сам” дало помітні позитивні результати [16]. У Фінляндії соціальні ваучери застосовуються для надання освітніх послуг дітям дошкільного віку.

Аналіз ваучерних програм свідчить, що вони реалізуються переважно на рівні місцевого самоврядування: саме на цьому рівні опти-

мальними є процедура відбору постачальників послуг (на вищих щаблях вона занадто громіздка) і формулювання чітких вимог у технічних завданнях щодо надання соціальних послуг (зазвичай на вищих рівнях їх неможливо зробити достатньо чіткими й детальними з урахуванням специфіки території).

З огляду на досвід інших країн однією з головних інституційних умов, яку повинна охопити реформа соціальної сфери, має стати централізація на регіональному рівні. І хоча органи місцевого самоврядування можуть установлювати за рахунок коштів місцевих бюджетів додаткові заходи соціальної підтримки та соціальної допомоги для окремих категорій громадян, цих коштів здебільшого недостатньо для реалізації такого права.

Тому оптимальною є схема, коли при ухваленні рішення про реалізацію ваучерної програми місцеві органи виконавчої влади законодавчим актом делегуватимуть органам місцевого самоврядування ті чи інші повноваження з наданням відповідних субвенцій. Аналіз зарубіжного та вітчизняного досвіду застосування цільових споживчих субсидій, дає змогу виокремити такі переваги цього інструменту:

- можливість самостійного вибору споживачем постачальника, що стимулює конкуренцію, поліпшення якості послуг (робіт, товарів), зниження цін на відповідному ринку, підвищення рівня задоволеності споживача від отриманих послуг (робіт, товарів);
- оплата лише реально наданих споживачеві послуг (робіт, проданих товарів) – таким чином реалізується принцип “гроші йдуть за споживачем”, оплачується результат, а не процес, що підвищує результативність надання соціальних послуг;
- гарантія цільового використання субсидії;
- контроль якості наданих послуг/товарів розпорядником бюджетних коштів через процедуру відбору постачальників;
- зменшення корупційних ризиків, оскільки одержувача бюджетних коштів обирає споживач, а не чиновник;
- прозорість витрачання бюджетних коштів [17].

До недоліків механізму соціальних ваучерів належать вищі адміністративні витрати (наприклад, порівняно зі споживчою субсидією в грошовій формі), проте переважно вони виправдані забезпеченням гарантії цільового використання субсидій. Недоліком також може бути необхідність періодичної явки учасників програми для отримання ваучерів (або

організації доставляння ваучерів); цю проблему можна розв'язати за допомогою системи електронної реєстрації [17].

Не завжди є чітке розуміння того, що технологія соціальних ваучерів передбачає використання конкурсу й при відборі постачальників їх кількість не повинна штучно обмежуватися. Таке обмеження суперечить самій ідеї цих ваучерів, націлених на розширення споживчого вибору. Необхідний простий механізм отримання права бути учасником ваучерної програми для потенційних постачальників із метою максимізації їх кількості. Постачальники послуг зазвичай оцінюють оголошення про участь у ваучерній програмі як запрошення взяти участь у конкурсі на державне або муніципальне замовлення, тому необхідне адресне інформування щодо потенційних постачальників зі створенням громадського резонансу через ЗМІ та соціальну рекламу.

Слід чітко врегулювати порядок і строки оплати в угодах із постачальниками, а також розробити механізми, що гарантують відшкодування вартості ваучера в разі бюджетного дефіциту. Успішна реалізація програми соціальних ваучерів потребує розроблення й ухвалення таких нормативних і робочих документів [17]:

- порядок надання цільових споживчих субсидій;
- форма заявки постачальника на надання послуг за цільовими споживчими субсидіями;
- форма наказу керівника розпорядника бюджетних коштів про укладення угоди з постачальником або про відмову в укладенні угоди;
- форма угоди з постачальником;
- форма заяви громадянина на отримання цільової споживчої субсидії;
- форма соціального ваучера (сертифіката, талона).

Застосування механізму соціальних ваучерів доцільне за виконання таких умов:

- споживачі здатні самостійно здійснювати вибір постачальника (дієздатні і достатньо компетентні для цього);
- споживачів послуги можна визначити заздалегідь (наприклад, це неможливо зробити для послуг анонімного психологічного консультування телефоном);
- високі адміністративні витрати виправдані необхідністю надання гарантії цільового використання субсидії.

Іноді необхідною умовою є наявність конкуренції серед постачальників тієї чи іншої послуги, однак, на нашу думку, проведення ваучерної

програми на певній території може стимулювати появу нових постачальників, тобто необхідно оцінювати потенційну можливість виникнення конкуренції.

Використання цільових споживчих субсидій можливе (а нерідко і необхідне) при розв'язанні багатьох проблем соціальної сфери. Наприклад, на сьогодні більшість пільг замінено споживчими субсидіями у формі грошових виплат, проте на практиці виділені суми часто не компенсують втрачених пільг, а набір ліків, запропонований у межах додаткового лікарського забезпечення, є недостатнім для подолання багатьох захворювань. За таких умов варто переглянути перелік споживчих субсидій, наданих у грошовій формі, на користь соціальних ваучерів, котрі поєднують адресність із постійним набором послуг і товарів, що не залежать від цінових коливань. Такі ваучери можна ефективно використовувати в інших напрямках: додаткові освітні послуги; зубопротезування; навчання або перенавчання безробітних та ін.

Пропонуємо такі рекомендації з удосконалення системи надання соціальних послуг:

- увести в обіг соціальний ваучер (сертифікат);
- організувати реалізацію ваучерних програм на рівні місцевого самоврядування, на якому оптимальною є процедура відбору постачальників послуг і формулювання чітких вимог у технічних завданнях щодо надання соціальних послуг;
- уможливити самостійний вибір споживачем постачальника шляхом застосування механізму соціальних ваучерів, що стимулюватиме конкуренцію, сприятиме поліпшенню якості послуг та зниженню цін на відповідному ринку, задоволеності споживачів від отриманих послуг, реалізації принципу “гроші йдуть за споживачем”, забезпечуватиме контроль якості наданих послуг/товарів, зменшуватиме корупційні ризики та підвищуватиме прозорість витрачання бюджетних коштів.

Технологія соціального ваучера втілюється за допомогою послідовного виконання таких процедур [16]:

- визначення замовником технічного завдання щодо надання послуги, включаючи грошовий номінал цільової споживчої субсидії;
- кваліфікаційний відбір постачальників і укладення з ними договорів про надання послуги;
- надання цільової споживчої субсидії споживачам і поінформування їх про постачальників;

- вибір споживачем постачальника на свій розсуд та отримання послуги в обмін на вказану субсидію;
- пред'явлення постачальником замовнику субсидії та отримання оплати за надання послуги.

Такий інноваційний підхід до організації надання соціальних послуг допомагає підвищити результативність при наданні публічних послуг і віддачу від витрачених на них коштів порівняно з такою традиційною формою організації, як кошторисне утримання бюджетних установ. Прозорість місцевого бюджету забезпечується шляхом використання нових механізмів:

- формування чітких технічних завдань, включаючи визначення вартості послуг;
- застосування конкурсних (аукціонних) процедур;
- моніторинг обслуговування.

За кордоном накопичено досвід застосування персональних бюджетів у системі соціального захисту і трудової реабілітації інвалідів. Так, протягом останніх 10 років багато європейських країн із метою поліпшення якості соціально-побутових послуг, що надаються вдома інвалідам і літнім громадянам, котрі потребують стороннього догляду, впровадили в практику соціального захисту та реабілітації програму так званих персональних споживчих бюджетів [18]. Відповідно до ідеології руху інвалідів за незалежне життя програма сприяє розширенню свободи вибору споживачів і підвищенню ступеня їхнього впливу на постачальників послуг. У деяких країнах нині використовується механізм персональних споживчих бюджетів із метою соціальної підтримки членів сім'ї та інших людей, які беруть на себе турботу про інвалідів на неформальних і добровільних засадах. Програма надання персональних бюджетів широко застосовується в системі соціального обслуговування Австрії, Данії, Німеччини, Фінляндії, Франції, Люксембурга, Нідерландів, Швеції і Великобританії. Пілотні проекти з упровадження програми реалізуються в Бельгії та Італії, а також готуються до започаткування в Чеській Республіці та Словенії.

Людям, які мають висновок про необхідність стороннього догляду (престарілим громадянам та особам із відхиленнями в розумовому розвитку), держава надає персональний бюджет, що допомагає їм адаптувати соціально-побутове обслуговування до власних потреб. У межах системи соціального та реабілітаційного обслуговування, орієнтованого насамперед на потреби клієнтів, фінансові ресурси виділяються безпо-

середньо споживачу, який сам обирає й оплачує послуги, необхідні для компенсації обмежень життєдіяльності. Спектр доступних послуг варіюється від допомоги в здійсненні покупок і побутового обслуговування до супроводу в громадському транспорті та терапевтичних процедур. Головна мета програми персональних споживчих бюджетів – адаптувати систему соціально-реабілітаційного обслуговування до потреб кожного клієнта, посилити вплив споживача на реабілітаційний процес і надати йому повне право вибору видів соціальної підтримки. У Нідерландах з 1997 р. кошти персонального бюджету можуть також використовуватися на підтримку одного з членів подружжя, що здійснює догляд за інвалідом. Кошти, які надаються за програмою персональних споживчих бюджетів, клієнти мають право використовувати для придбання різних послуг [16]:

- побутові послуги – допомога в роботі вдома (прибирання, прання тощо);
- особистий догляд: допомога при виконанні повсякденних дій (гігієнічні процедури, одягання, прийом їжі, пересування та ін.);
- медичний догляд: допомога в прийманні лікарських засобів, перев'язка;
- допомога у виконанні різних дій вдома і за його межами, організація проведення дозвілля;
- вивчення методів компенсації обмежень життєдіяльності, способів підвищення особистої ефективності й досягнення результатів (наприклад, забезпечення самостійності та економічної незалежності);
- організація короткострокових поїздок до місць відпочинку та оздоровчих установ.

Персональний бюджет не може використовуватися для оплати медичного обслуговування, лікарських препаратів, а також послуг постійного проживання в установах стаціонарного типу [17].

Основоположним принципом організації системи соціального обслуговування в Нідерландах є орієнтація не на можливості постачальників послуг, а на потреби кожного конкретного клієнта. Чинна відповідно до цього принципу програма персональних бюджетів є механізмом, що сприяє розширенню самостійності та свободи вибору для людей з обмеженими можливостями, нейтралізації їхньої залежності від соціальних служб. Крім того, помітні зрушення відбуваються в ідеології соціального обслуговування: людина з інвалідністю вже не сприймаєть-

ся як пасивний об'єкт догляду, а акцент у реабілітаційному процесі зміщується з корекції патології в бік забезпечення незалежності інвалідів і їхньої повноправної участі в житті суспільства. Програма персональних бюджетів у Нідерландах здобула високу оцінку споживачів і громадських добровільних організацій із захисту прав та інтересів людей з обмеженими можливостями, зокрема Національної ради інвалідів і Національної організації із захисту прав літніх громадян [18].

Поліпшити якість послуг соціальних служб можна насамперед шляхом стандартизації. Єдині стандарти використовуються для підготовки комплексу установчих документів закладів соціального обслуговування, опису окремих соціальних послуг, оцінювання їхніх обсягу та якості, а також при розв'язанні спірних ситуацій. Необхідно реалізувати низку заходів, спрямованих на підвищення доступності та якості послуг із соціального обслуговування: змінити парадигму діяльності соціальних служб; перейти до надання соціальних послуг на основі поєднання принципу заяв щодо їх отримання від дорослої частини населення з принципом виявлення громадян, які потребують цих послуг.

Основними напрямками вдосконалення соціального обслуговування є: скорочення соціального утримання завдяки посиленню контролю наданих пільг і допомог; модернізація законодавчої бази на місцевому рівні; розвиток системи підтримки соціально орієнтованих некомерційних організацій у соціальній політиці, оскільки вони є постачальниками соціальних послуг, посередниками між державою й суспільством, залучають інвестиції до соціальної сфери; підвищення поінформованості населення про заходи соціальної підтримки через різні канали, адаптовані під певні категорії населення; розроблення та впровадження соціальних стандартів у соціальній сфері; регулярний моніторинг якості життя населення, посилення ефективності соціального прогнозування відповідно до умов соціально-економічного розвитку країни.

ФОРМУВАННЯ ТА РОЗВИТОК НОВИХ ФОРМ УСТАНОВ СОЦІАЛЬНОГО ОБСЛУГОВУВАННЯ ДІТЕЙ-ІНВАЛІДІВ

Підвищення якості життя всіх верств населення є одним з найважливіших завдань соціально-економічного розвитку України. Базовою передумовою його виконання є реформування та вдосконалення фінансування системи соціальних послуг, які надаються вразливим категоріям дітей. Сьогодні в Україні рівень і якість соціальних послуг, що надаються таким категоріям дітей, у т. ч. дітям-інвалідам, не задовольняють їхніх базових потреб та не відповідають їхнім інтересам. Однією з причин цього є незадовільний рівень фінансування соціальних послуг, потенціал якого обмежений обсягами бюджетного забезпечення галузі соціального захисту, а також кошторисним механізмом фінансування установ соціального захисту, що надають послуги дітям-інвалідам.

Розпочатий в Україні процес реформування системи соціальних послуг, головні завдання якого окреслені в “Стратегії реформ – 2020” [19] та Стратегії реформування системи надання соціальних послуг в Україні [20], покликаний змінити ситуацію. Разом із тим визначені орієнтири децентралізації державної влади [21] дадуть змогу впровадити новий механізм державного фінансування, який, з одного боку, надасть першорядного значення механізму фінансування діяльності установ соціального захисту якості та обсягу виконуваних ними соціальних послуг, а з другого – стимулюватиме учасників ринку соціальних послуг удосконалювати процес функціонування та його результативність з урахуванням нових правил і вимог.

Такі завдання потребують реструктуризації організаційного та фінансового механізмів діяльності установ соціального захисту, які надають соціальні послуги дітям-інвалідам, а також впровадження нових організаційно-економічних моделей надання соціальних послуг.

З-поміж основних нерозв’язаних проблем фінансування й утримання наявної мережі установ системи соціального захисту дітей-інвалідів необхідно виокремити такі:

- чинний механізм кошторисного фінансування є неефективним, тому що не пов’язаний з результатами діяльності бюджетних установ;

- утримання квазібюджетної установи соціального захисту, яка надає соціальні послуги дітям-інвалідам, перешкоджає збільшенню обсягів фінансування тих установ, які надають соціальні послуги на неринковій основі;
- відсутність правової регламентації діяльності адміністрації установи соціального захисту дітей-інвалідів щодо розпорядження доходами від іншої діяльності, зокрема надання соціальних та інших послуг на платній основі, отримання благодійних внесків призводять до неефективного використання цих ресурсів, а також до прямих зловживань керівниками установ соціального захисту;
- збереження практики збору з отримувачів соціальних послуг або їхніх батьків нелегальних платежів за послуги, які повинні надаватися безкоштовно;
- обмеження права споживача соціальних послуг на вибір постачальника;
- невиправдане дублювання функцій і нераціональне використання державної власності між різними міністерствами, наприклад, Міністерством соціальної політики України та Міністерством охорони здоров'я України.

Отже, доцільно дослідити такі головні напрями реструктуризації мережі установ соціального захисту, що надають соціальні послуги, в т. ч. дітям-інвалідам:

- оптимізація наявної мережі установ соціального захисту, що надають соціальні послуги та фінансуються за рахунок державного і місцевих бюджетів;
- реорганізація установ соціального захисту, що фінансуються за рахунок державного та місцевих бюджетів, і перехід до нових форм та організаційно-економічних моделей фінансування надання соціальних послуг;
- поетапне практичне впровадження методів формування бюджету, орієнтованого на результат, на місцевому рівні, механізм якого сьогодні залишається не реалізованим.

Перед органами державної влади України й органами місцевого самоврядування постають такі завдання:

- 1) формування конкурентного середовища: створення умов для конкуренції постачальників соціальних послуг;
- 2) розподіл функцій постачальників соціальних послуг та їх покупців;

3) розмежування функцій фінансування соціальних послуг та функцій управління процесом реалізації і надання соціальних послуг уразливим категоріям отримувачів.

Одним із чинників, що негативно впливають на ефективність бюджетних витрат на соціальний захист, є правова форма установ соціального захисту, що фінансуються за рахунок державного та місцевих бюджетів, котра має обмежену автономію і відповідальність, а також невідзначений статус позабюджетних доходів. Отже, назріла потреба в реорганізації наявної мережі установ соціального захисту.

Механізм реструктуризації установ соціального захисту, що фінансуються за рахунок державного та місцевих бюджетів, не передбачає миттєвої ліквідації правової форми установи та переходу на іншу правову форму. Водночас такий механізм дає зручний інструмент для додаткової оцінки ефективності функціонування кожного закладу та його здатності трансформуватися відповідно до умов бюджетування, орієнтованого на результат.

За таких обставин з'являється потенціал для впровадження трьох форм і організаційно-економічних моделей організації державного сектору – бюджетні, автономні та корпоратизовані організації.

Відмінність полягає в обсязі повноважень щодо права та алгоритму прийняття управлінських рішень керівників установ соціального захисту щодо використання ресурсів, розпорядження одержуваними доходами, способів контролю з боку держави тощо. Механізм реорганізації установ соціального захисту доцільно використовувати таким чином, щоб керованість й ефективність функціонування мережі установ соціального захисту, котрі надають соціальні послуги дітям-інвалідам, не знижувалися порівняно з існуючим рівнем. Тому впровадження механізму реорганізації повинно мати поступовий та поетапний характер.

Вихідним пунктом для прийняття рішень стосовно реструктуризації установ соціального захисту, які фінансуються за рахунок державного та місцевих бюджетів, можуть бути результати аналізу моніторингу такої мережі установ. Моніторинг виконує дві головні функції:

- як засіб контролю реструктуризації мережі установ соціального захисту, що фінансуються за рахунок державного та місцевих бюджетів;
- як інформаційна база для прийняття рішень щодо подальших заходів з реструктуризації мережі установ соціального захисту, котрі фінансуються за рахунок державного та місцевих бюджетів. Рішення

про оптимізацію мережі таких установ з метою підвищення ефективності бюджетних витрат приймається, як зазначалося, на підставі аналізу моніторингу мережі.

Аналіз міжнародної практики реструктуризації мережі бюджетних установ дає змогу визначити такі рішення:

- збереження установ соціального захисту, що фінансуються за рахунок державного та місцевих бюджетів, незважаючи на їхню неефективність. Прийняття такого управлінського рішення на рівні держави та (або) на рівні адміністративно-територіальної одиниці доцільне за умови, якщо установа надає необхідні обов'язкові соціальні послуги, а витрати на його реорганізацію перевищують очікуваний ефект;
- додаткове вкладення коштів державного та (або) місцевих бюджетів і реалізація заходів з підвищення ефективності установи соціального захисту;
- ліквідація установи соціального захисту або приєднання її до іншої такої установи, що фінансується за рахунок державного та місцевих бюджетів;
- трансформація установ соціального захисту, що фінансуються за рахунок державного та місцевих бюджетів, в іншу організаційно-правову форму.

З метою ухвалення рішення щодо реструктуризації мережі установ соціального захисту, котрі фінансуються за рахунок державного та місцевих бюджетів, слід дотримуватися таких етапів [22; 23]:

- 1) прийняття рішення виконавчого органу державної влади та органу місцевого самоврядування щодо реалізації заходів, спрямованих на створення ринку соціальних послуг, які надаються зокрема дітям-інвалідам, в якому будуть окреслені:
 - повний комплексний реєстр соціальних послуг відповідно до Переліку соціальних послуг [24] із визначенням деталізованої категоріальної бази їх отримувачів та надавачів на території окремої адміністративно-територіальної одиниці;
 - механізм і порядок проведення щорічної оцінки бюджетної потреби адміністративно-територіальної одиниці в наданні соціальних послуг дітям-інвалідам за різними групами та нозологіями у натуральному та вартісному вимірах;
 - обов'язковість оприлюднення, наприклад, через публікацію в ЗМІ й мережі Інтернет, результатів оцінки бюджетних потреб у

- наданні соціальних послуг дітям-інвалідам за різними групами та нозологіями, а також запланованих витрат адміністративно-територіальної одиниці;
- завдання галузевих підрозділів Міністерства соціальної політики, Міністерства охорони здоров'я та Міністерства освіти і науки щодо розроблення державних, а також за потреби – регіональних й (або) місцевих кількісно вимірюваних стандартів соціальних послуг відповідно до видів соціальних послуг, визначених у Законі України “Про соціальні послуги” та Переліку соціальних послуг [24];
 - порядок моніторингу актів законодавства та інших нормативно-правових актів, що встановлюють вимоги до якості соціальних послуг, які надаються різним групам отримувачів установами соціального захисту, що фінансуються за рахунок державного та місцевих бюджетів;
 - порядок оцінки відповідності якості наданих соціальних послуг державним та, за умови розроблення і впровадження, регіональним (місцевим) стандартам;
 - потенціал переведення установ соціального захисту, котрі фінансуються за рахунок державного та місцевих бюджетів, у форму недержавних організацій;
 - типи показників результативності соціальної послуги (кінцевого ефекту, безпосереднього результату та використання ресурсів) і механізм оцінювання результативності з урахуванням показників, наведених у Типовому переліку бюджетних програм, та результативних показників їх виконання для місцевих бюджетів у галузі “Соціальний захист сім’ї та дітей” за видатками, що враховуються при встановленні обсягу міжбюджетних трансфертів [25];
 - критерії ефективності надання соціальної послуги (рівень задоволення цільової клієнтської групи і вплив соціальної послуги на інтегральні індикатори розвитку суспільства адміністративно-територіальної одиниці);
- 2) розроблення та впровадження деталізованих кількісно вимірюваних державних і за потреби – регіональних (місцевих) стандартів якості основного переліку соціальних послуг, котрі надаються дітям-інвалідам;
- 3) оприлюднення затверджених державних та за потреби – регіональних (місцевих) стандартів якості основного переліку соціаль-

- них послуг, котрі надаються дітям-інвалідам, у ЗМІ та мережі Інтернет;
- 4) підготовка та прийняття рішення відповідного органу державної і місцевої влади щодо впровадження та реалізації заходів з метою розширення приватної ініціативи з надання соціальних послуг дітям-інвалідам, зокрема затвердження:
- перебіку основних соціальних послуг, надавати які можуть недержавні некомерційні організації;
 - порядку та плану впровадження пілотного проекту в окремих областях України або окремих адміністративно-територіальних одиницях щодо трансформації організаційно-економічної моделі фінансування і фінансування установами соціального захисту, котрі фінансуються за рахунок державного та місцевих бюджетів, що надають соціальні послуги вразливим верствам, у форму недержавних некомерційних організацій;
 - порядку потенційного надання недержавним некомерційним організаціям необхідних для виконання соціального замовлення майнових активів, які перебувають у державній або комунальній власності;
 - порядку фінансування та оплати окремих соціальних послуг, котрі надаються недержавними некомерційними організаціями відповідно до Порядку здійснення соціального замовлення за рахунок бюджетних коштів [26];
- 5) трансформація установ соціального захисту, що фінансуються за рахунок державного та місцевих бюджетів, у форму недержавних некомерційних організацій, створення умов для вільного розміщення соціального замовлення на надання бюджетних послуг недержавними некомерційними організаціями;
- 6) оприлюднення у ЗМІ та мережі Інтернет планових і фактичних результатів пілотного проекту з переведення установ соціального захисту, котрі фінансуються за рахунок державного та місцевих бюджетів, у форму недержавних некомерційних організацій;
- 7) щорічне оцінювання бюджетної потреби в наданні соціальних послуг у натуральному й вартісному вимірах, які надаватимуться недержавними некомерційними організаціями;
- 8) узагальнення підсумків щорічного оцінювання бюджетної потреби в наданні соціальних послуг, котрі надаватимуться установами соціального захисту, що фінансуються за рахунок державного та міс-

цевих бюджетів, і формування державних цільових та бюджетних програм, у яких визначатиметься фінансування соціальних послуг дітям-інвалідам, зокрема Міністерством соціальної політики України, Міністерством охорони здоров'я України, Міністерством освіти і науки України;

- 9) погодження й затвердження відомчих цільових і бюджетних програм з урахуванням змін щодо фінансування соціальних послуг дітям-інвалідам Міністерством соціальної політики України, Міністерством охорони здоров'я України, Міністерством освіти і науки України.

Необхідність формування та розвитку ринку соціальних послуг в Україні потребує визначення й складання алгоритму переходу до нових, ринкових схем надання соціальних послуг, що має такий вигляд [27]:

- створення окремих реєстрів на рівні адміністративно-територіальних одиниць про фактичні та планові соціальні послуги, виробництво і надання яких може бути замовлено (придбано) у недержавних некомерційних організацій;
- оцінювання матриці балансу потреб адміністративно-територіальної одиниці у соціальних послугах для різних груп дітей-інвалідів за нозологіями з визначенням важливості їх отримання та цінності послуги для отримувачів;
- виявлення найоптимальнішого організаційного способу надання різних видів соціальних послуг для дітей-інвалідів за показниками бюджетної, соціальної і медичної ефективності.

Як зазначалося, з позиції теорії державного управління вирізняються три можливі форми організацій державного сектору у сфері соціального захисту [28; 29]:

- 1) бюджетні;
- 2) автономні;
- 3) корпоратизовані.

Аналіз науково-практичних підходів теорії агентських економічних відносин дає змогу пояснити відмінності між цими формами і системою умов, за яких виправдане їх ефективне впровадження.

Взаємодія між державою та організаціями, уповноваженими надавати відповідні соціальні послуги вразливим верствам населення, являє собою організаційно-економічний механізм агентських відносин: держава доручає спеціально заснованим організаціям виконання окремих функцій з надання соціальних послуг. При цьому держава не може без-

посередньо спостерігати за всіма діями організації, а остання, в свою чергу, має можливість реалізовувати власну діяльність, яка відповідає очікуванням, або навпаки, не вчиняти тих дій, яких від неї очікує держава. Для того щоб нівелювати або зменшити потенціал для виникнення таких розбіжностей, використовуються механізми контролю за діяльністю недержавної некомерційної організації.

Вибір форми організації державного сектору у сфері соціального захисту дітей-інвалідів у рамках теорії агентських відносин є завданням організації колективів людей для провадження діяльності, яку зобов'язалася здійснювати держава таким чином, щоб вони забезпечували реалізацію взятих державою зобов'язань і при цьому діяли ефективно. Для виконання цього завдання держава повинна встановити межі майнових прав та відповідальності організації в майнових відносинах з іншими суб'єктами (постачальниками ресурсів, споживачами її послуг тощо). Крім того, мають бути окреслені механізми контролю відповідності дій організації очікуванням держави в частині надання соціальних послуг дітям-інвалідам. Права і відповідальність, а також спосіб контролю залежать від характеру очікувань держави щодо діяльності організації та зовнішніх (для організації) умов, в яких ця діяльність проводиться.

Істотним чинником діяльності організації є вплив держави на отримання, розподіл та використання організацією ресурсів. Водночас держава має бути впевнена в тому, що діяльність організації з надання соціальних послуг відповідає запитам й очікуванням отримувачів. Для ефективнішого надання соціальних послуг уразливим верствам населення можуть бути забезпечені такі можливості:

- обирати організацію, яка здійснює надання необхідних соціальних послуг;
- безпосередньо впливати на доходи організації. Наприклад, якщо споживач частково сам оплачує соціальні послуги або використовує для їх оплати спеціально видані йому державні сертифікати, субсидії, то він економічно може примусити агента дбати про відповідність якості та обсягу соціальних послуг потребам і соціально-економічним інтересам уразливих верств населення;
- звертатися до держави зі скаргами на недержавну некомерційну організацію – постачальника соціальних послуг і вивчати практику розгляду таких скарг.

У окремих випадках доцільно ввести обмежену конкуренцію при наданні соціальних послуг уразливим верствам населення. Тиск конкурен-

тів – це дії суб'єктів, котрі виконують або здатні виконувати соціальні функції для держави та адміністративно-територіальної одиниці, спрямовані на збереження або перерозподіл на свою користь доходів, отриманих від контрактів на надання соціальних послуг. З економічного погляду тиск конкурентів на організацію полягає в тому, що інші агенти виконують або пропонують принципалу виконати необхідні функції з меншими витратами або вищою результативністю. Конкуренція змушує дбати про дотримання вимог держави і підвищення ефективності діяльності з надання соціальних послуг.

Залежно від наявності вказаних факторів впливу можна навести три типи ситуацій, що потребують різних механізмів контролю за установою соціального захисту з боку держави. Ані споживачі, ані інші агенти не можуть чинити реальний тиск або, на думку держави, не повинні цього робити стосовно організації, котра надає за державний рахунок певні соціальні послуги населенню. Тобто з економічної позиції (залучення ресурсів та ухвалення управлінських рішень щодо механізму й порядку їх розподілу і витрачання) агент взагалі не залежить (або мало залежить) від споживачів та інших агентів.

У такій ситуації для того щоб його діяльність не суперечила очікуванням принципала, агент повинен бути суттєво обмежений у прийнятті економічних рішень. Це вказує на необхідність здійснення принципалом адміністративного контролю за тим, які види діяльності реалізує агент, джерел його доходів та напрямів видатків [29].

Права організації за розпорядженням переданим їй майном повинні бути мінімальними, а її діяльність має проводитися на виконання завдань принципала. Іншими словами, організація повинна бути адміністративно контрольованою. Відповідно на принципала покладається субсидіарна відповідальність за зобов'язаннями організації, що виникли внаслідок виконання наданих ним завдань соціального замовлення.

З одного боку, утримання установи соціального захисту за методом кошторисного фінансування забезпечує її економічну незалежність від споживачів та інших агентів. З другого – використовуючи кошторисний порядок фінансування, держава отримує можливість з достатнім ступенем детальності планувати і контролювати витрати установи. У розглянутій ситуації кошторисне фінансування відповідає інтересам не лише держави, а й установи та в отриманні ресурсів для своєї діяльності практично повністю залежить від держави. Кошторисний порядок фінансування в поєднанні із субсидіарною відповідальністю держави за зобов'я-

заннями установи соціального захисту є для останньої гарантією отримання коштів на необхідні для діяльності види витрат, якщо держава не передбачатиме в затверджуваному кошторисі достатньої кількості коштів на, припустимо, оплату комунальних витрат.

У ситуації другого типу отримувачі соціальних послуг та, можливо, конкуренти можуть тиснути на організацію-агента. В інтересах держави – надати організації-агенту певну самостійність у залученні додаткових ресурсів, у витрачання грошових коштів, які вона отримує від держави та споживачів. Самостійність потрібна для того, щоб краще реагувати на ці два види тиску і, таким чином, повніше та ефективніше задовольняти запити вразливих верств населення [29].

У цьому разі мова може вестися, наприклад, про самостійність в ухваленні управлінських рішень щодо розпорядження грошовими коштами, визначеною частиною рухомого майна.

Водночас організація не має права без згоди власника розпоряджатися переданим їй нерухомим майном. Оскільки вона сама ухвалює економічні рішення, то субсидіарна відповідальність держави за її зобов'язаннями може бути обмежена чи не передбачатися взагалі.

Надаючи агенту самостійність, держава повинна володіти механізмами контролю за його діяльністю. Предмет адміністративного контролю нині істотно звужено – це виконання фінансово забезпечених завдань держави. Проте мають бути й інші механізми контролю. Формою контролю, альтернативною адміністративному управлінню організацією з боку органу державної влади, є інституціоналізація представництва інтересів держави в організації [30].

Такі питання можуть бути вирішені шляхом створення в організації колегіального органу (опікунської, наглядової ради та ін.), до складу якого входитимуть особи, які представлятимуть державу і, можливо, споживачів, але не працюватимуть в самій організації та не отримуватимуть винагороди за участь в роботі колегіального органу.

З метою інституціоналізації представництва інтересів держави в організації колегіальний орган повинен виконувати функцію нагляду за відповідністю діяльності організації тим очікуванням, які на неї покладають її засновники та отримувачі соціальних послуг. Це передбачає розгляд планів і звітів організації, санкціонування укладання угод тощо. Таким чином, організація є не адміністративно, а суспільно контрольованою.

Поєднання прав прийняття самостійних управлінських рішень щодо залучення та витрачання фінансових ресурсів з обмеженнями на вико-

ристання і розпорядження майном визначає форму автономної державної організації. Відповідні організаційні правові форми, встановлювані законодавством у різних країнах, мають назви автономних установ, публічних установ [30].

У ситуації третього типу споживачі й конкуренти володіють потенціалом значного тиску на організацію-агента. За таких умов інтересам держави відповідає надання максимальної самостійності організації-агенту і стимулювання розвитку конкуренції та можливості споживчого вибору. Це посилить інтерес агента до адекватного обліку запитів споживачів і підвищення ефективності надання соціальних послуг уразливим категоріям дітей.

При цьому організації має належати право приймати рішення про розпорядження всіма видами майна, переданого їй державою та заробленого в процесі діяльності з надання соціальних послуг вразливим категоріям дітей або інших видів діяльності. Вона повинна бути відповідальною за свої борги всім належним їй майном, а держава, у свою чергу, не відповідати за її зобов'язаннями.

Держава зберігає контроль за діяльністю такої організації за допомогою механізмів інституціоналізації представництва власних інтересів у ній. Це досягається через розподіл прав щодо прийняття економічних рішень в самій організації. Виконавчі органи обмежуються в правах самостійного прийняття економічних рішень. В організації повинен бути створений колегіальний орган, зокрема правління, сформований за принципами, аналогічними для наглядових рад. Однак у цьому разі колегіальний орган наділяється не лише наглядовими повноваженнями, а й правами ухвалення певних управлінських рішень: затвердження річних планів фінансової діяльності організації та звітів про їх виконання, прийняття рішень про відповідність статутним цілям організації тих чи інших видів супутньої діяльності, що приносять дохід, тощо [28].

Поєднання таких повноважень і вимог до управління визначає форму державної організації, яка в наведеній типології організаційно-економічних форм отримала назву корпоратизованої. Практичне втілення цієї форми розкриває особливості цивільного законодавства в різних країнах:

- державні корпорації з надання соціальних послуг уразливим верствам населення;
- соціальні корпорації соціальних послуг.

Автономна установа являє собою тип і форму організації з ширшим колом прав порівняно з бюджетною установою, але водночас означає велику відповідальність за результати господарської діяльності. Передбачається, що автономні установи не замінятимуть, а доповнюватимуть існуючу форму бюджетних установ. Одні з наявних нині установ соціального захисту, котрі фінансуються за рахунок державного та місцевих бюджетів, залишаться в існуючій формі, а інші – мають потенціал до зміни організаційно-економічної моделі або будуть трансформовані у нову форму.

Економічні права автономної установи набагато ширші порівняно з бюджетною установою. Так, автономна установа самостійно розпоряджається заробленими фінансовими ресурсами та набутим за ці ресурси майном, у встановлених межах – закріпленим за нею майном, має право залучати кредити, зберігати власні грошові кошти в банках. Водночас ширші права передбачають більшу, ніж у бюджетної установи, відповідальність за зобов'язаннями [31].

У межі відповідальності автономної установи входить також закріплене за нею рухоме майно, що не належить до особливо цінного майна. Однак автономна установа в найгіршому разі цілком захищена: відповідальність за її зобов'язаннями не поширюється на закріплене за нею нерухоме та особливо цінне рухоме майно. Слід зауважити, що за умови настання кризової ситуації державна допомога для продовження діяльності з надання соціальних послуг уразливим верствам населення, у т. ч. дітям-інвалідам, безумовно може бути виділена.

Відмова від субсидіарної відповідальності формує, напевно, найбільше неадекватних тлумачень тих змін, які може спричинити впровадження нової організаційно-економічної форми установи соціального захисту. Найчастіше виникають побоювання, що борги можуть призвести до ліквідації установи всупереч волі власника та, як наслідок, до припинення надання необхідних соціальних послуг уразливим верствам населення. Разом з тим обговорюється ймовірність навмисного доведення автономної установи до неплатоспроможності з метою приватизації її майна. Проте варто зазначити, що в разі відсутності субсидіарної відповідальності розглядати в сукупності норми про непридатність процедури банкрутства та обмеження відповідальності за зобов'язаннями, стає очевидною цілковита безпідставність негативних прогнозів щодо впровадження такої організаційно-економічної форми соціального захисту.

Під час розроблення нормативно-правових та методичних положень про запровадження автономних установ у сфері соціального захисту

розглядалася також можливість створення ще однієї форми – державної автономної некомерційної організації. Вона повинна володіти правами юридичної особи, вільно розпоряджатися майном, а контроль з боку держави має бути обмежено ще більше. Цілком імовірно, що в перспективі це питання набуде актуальності, але побоювання з приводу збереження та потенційної можливості перепрофілювання майна залишають його не на часі [31].

Отже, нові форми установ (за неодмінної умови – збереження разом з ними існуючих форм) дають змогу узгодити сформоване розмаїття стратегій економічної діяльності організацій, котрі надають соціальні послуги, з логікою цивільного та бюджетного законодавств.

ПЕРЕВАГИ ТА РИЗИКИ ВПРОВАДЖЕННЯ НОВИХ ФОРМ УСТАНОВ СОЦІАЛЬНОГО ОБСЛУГОВУВАННЯ ДІТЕЙ-ІНВАЛІДІВ

Проведений аналіз особливостей функціонування та характерних ознак статусу автономної установи порівняно зі статусом бюджетної, дає можливість визначити відповідно головні переваги і ризики [32]:

- для дітей-інвалідів як споживачів послуг – з позиції збереження доступності та якості надаваних установою соціальних послуг на рівні, не нижчому за досягнутий на сьогодні;
- для бюджету – з позицій підвищення ефективності й результативності витрачання бюджетних коштів;
- для самої установи – з позиції зміцнення фінансово-господарської самостійності, поліпшення матеріального становища співробітників, підвищення обсягів та розширення переліку надаваних платних соціальних послуг.

Перевагою для отримувачів соціальних послуг може стати розширення переліку і збільшення обсягів соціальних послуг, запропонованих автономною установою. Однак певним ризиком у цьому разі є ймовірність зростання цін на платні соціальні послуги, що надаються установою.

Вигодою для споживачів також може бути підвищення якості соціальних послуг, котрі надаються автономною установою, порівняно з якістю соціальних послуг, надаваних бюджетною установою до трансформації. Поліпшення якості соціальних послуг супроводжується двома головними, пов'язаними з механізмом впровадження нової форми установи соціального обслуговування, умовами: по-перше, засновник при формуванні соціального замовлення та відповідного завдання автоном-

ній установі встановлює необхідні показники якості, яких установа має дотримуватися в обов'язковому порядку при наданні соціальних послуг; по-друге, підвищення рівня оплати праці в автономній установі, порівняно з бюджетною, дасть змогу залучити фахівців вищого рівня для надання послуг, що сприятиме поліпшенню якості соціальних послуг, котрі можуть бути надані дітям-інвалідам [33].

Для державного та місцевих бюджетів запровадження нової форми установи соціального захисту дітей-інвалідів може містити такі вигоди й ризики [32]:

- 1) при зміні форми та організаційно-правового статусу бюджетної установи на автономну перевагою для бюджету стане зміна потенціалу, економія бюджетних ресурсів;
- 2) ризиком є ймовірність істотного збільшення витрат на виконання установою бюджетних завдань порівняно з рівнем фінансування бюджетної установи. При переведенні бюджетної установи в автономну рівень заробітної плати її працівників помітно підвищується і, будучи закладеним у розрахунок вартості виконання завдання засновника, може суттєво збільшити вартість виконання. Цей ризик можна нейтралізувати шляхом уведення до правової бази регіону або муніципалітету такого положення: під час розрахунку вартості виконання завдання автономною установою заробітна плата співробітників береться в розмірі, що не перевищує заробітної плати працівників бюджетних установ, які мають аналогічну кваліфікацію та досвід;
- 3) ризик втрати майна автономної установи в разі невиконання нею власних зобов'язань за чинним законодавством практично виключений.

Крім того, переваги та ризики для установи при переведенні її в іншу форму полягають в такому:

- 1) автономна установа отримує доходи з двох основних джерел:
 - а) бюджетне фінансування виконання завдання для держави, нерухоме та особливо цінне рухоме майно, сплата податків і розвиток установи в межах затверджених програм;
 - б) доходи від підприємницької діяльності, крім виконання соціального замовлення.При цьому доходи автономна установа отримує у власне розпорядження (власник майна автономної установи не має права на отримання доходів від провадження діяльності автономною установою). Високий рівень фінансової самостійності такої установи дає їй можливість істотно збільшити позабюджетні доходи [33];

- 2) одним із головних ризиків може бути ймовірність скорочення обсягів соціального замовлення та, відповідно, величини бюджетного фінансування. Нівелювати цей ризик можна шляхом розроблення та ухвалення регіонального чи місцевого бюджету на середньостроковий (наприклад, трирічний) період або затвердження перспективного фінансового плану, що передбачатиме на середньострокову перспективу субсидії автономним установам (окремим рядком) з незнижуваним з року в рік плановим обсягом витрат. Варто зауважити, що ризик зниження обсягів бюджетного фінансування існує також для бюджетних установ [31];
- 3) ризиком може бути висока ймовірність банкрутства кредитної установи, в якій відкрито рахунок. Як спосіб нейтралізації цього ризику пропонуємо вибір найбільш надійних банків, наприклад, тих, де істотна частка акцій перебуває в державній власності (“Ощадбанк”, “Укрексімбанк” та ін.);
- 4) існує також значний ризик неспроможності виконати власні зобов’язання перед кредиторами;
- 5) важливим є й ризик несвоєчасного фінансування виконання соціального замовлення та (або) надходження доходів від надання платних соціальних послуг за договорами, окрім виконання соціального замовлення. Затримка при перерахуванні відповідної субсидії (субвенції) за встановленим графіком може призвести до невиконання автономною установою власних зобов’язань перед персоналом і зовнішніми контрагентами, до недотримання гарантій, наданих отримувачам соціальних послуг, і, як наслідок, до втрати платоспроможності, скорочення обсягів і зниження якості соціальних послуг.

ВИСНОВКИ

В Україні загострюється проблема дитячої інвалідності. Це зумовлено кризовим станом суспільства, зниженням рівня та якості життя більшої частини населення, недосконалістю соціальної політики держави, недостатньою розвинутістю соціальних інститутів суспільства, мережі реабілітаційних структур, адекватних життєвим потребам і психофізіологічним особливостям дітей-інвалідів.

1. Міжнародні дослідження, а також накопичений практичний досвід, у т. ч. в Україні, свідчать, що найефективнішою формою організації допомоги дітям-інвалідам раннього віку, а також попередження інституціоналізації дітей є система раннього втручання. Згідно з рекомендаціями Комітету ООН з прав дитини (2011 р.), Україні слід створювати та розвивати послуги раннього втручання для дітей з особливими потребами, а також підтримки їхніх родин з метою запобігання інституціоналізації. Поліпшення системи раннього втручання є важливою стратегією соціально-економічного розвитку. Проведені дослідження показали значну економію коштів, які в разі відсутності програм раннього втручання були б витрачені в подальшому на лікування, спеціалізовані навчальні програми та додаткові послуги: 1 дол. США, вкладений у систему раннього втручання, заощаджує в перспективі до 17 дол. США [34].

2. Для подальшого розвитку системи раннього втручання в Україні необхідно:

- сформулювати державну політику зі створення системи раннього втручання на підставі її принципів і філософії відповідно до міжнародних зобов'язань та чинного законодавства України;
- налагодити взаємодію між різними відомствами, створити міжвідомчі групи на різних рівнях (державному, місцевому) за обов'язковою участю представників громадських організацій та організацій батьків дітей із особливими потребами з метою координації розвитку системи раннього втручання;

- визначити координуючу функцію одному з відомств залежно від ступеня залученості до роботи з дітьми раннього віку (від 0 до 6 років) із особливими потребами, розгалуженості мережі установ і наявності людських та фінансових ресурсів;
- розробити механізми міжсекторальної взаємодії на всіх етапах функціонування системи раннього втручання (виявлення, обстеження, формування висновків та рекомендацій, надання послуг);
- забезпечити права і гарантії фахівцям різних професій (медикам, педагогам, психологам, фізичним терапевтам та ін.), котрі працюють у системі раннього втручання, незалежно від того, в якому відомстві надаються послуги;
- провести розрахунок вартості послуг раннього втручання та їхньої економічної ефективності;
- створити гнучкі механізми фінансування послуг раннього втручання, у т. ч. на базі недержавних організацій, із залученням ресурсів різних міністерств і відомств, обласних та місцевих бюджетів тощо. Впровадити в систему раннього втручання принцип “фінансування не закладів, а послуг”;
- активно реалізувати механізм соціального замовлення для закупівлі послуг раннього втручання у недержавних організацій;
- визначити критерії та стандарти якості послуг, що регламентують діяльність системи раннього втручання. При розробленні стандартів потрібно враховувати основні принципи раннього втручання, а також використовувати світовий досвід та досвід, накопичений в Україні;
- розробити й впровадити науково обґрунтовані протоколи скринінгу, діагностики та надання послуг у галузі раннього втручання;
- розробити механізми ліцензування та контролю якості програм раннього втручання;
- створити мережу послуг, які будуть максимально наближені до місця проживання сімей, особливо в сільських районах; там, де створення таких служб не можливе, – забезпечити функціонування мобільних команд раннього втручання, які б регулярно відвідували сім'ю, що виховує дитину з особливими потребами;
- максимально використовувати наявні в кожному регіоні ресурси в процесі розвитку та включення послуги раннього втручання до системи існуючих послуг; періодично проводити інвентаризацію

установ, закладів та послуг, які можуть бути задіяні в процесі надання допомоги дітям з особливими потребами та їх сім'ям;

- забезпечити фінансову доступність послуг раннього втручання для всіх сімей, які їх потребують;
- здійснити перехід до Міжнародної класифікації функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я дітей і підлітків (МКФ-ДП), рекомендованої ВООЗ (2007 р.);
- удосконалити протоколи виявлення сімей, що перебувають у складних життєвих обставинах, за рахунок розширення змісту інформації про дітей раннього віку, а також процедуру збору й фіксації інформації, вести базу даних для надання своєчасних послуг дітям та їх сім'ям;
- створити в кожному регіоні єдиний реєстр державних та недержавних установ і закладів, які надаватимуть послуги дитині, інформація з якого буде доступною для сімей і фахівців;
- призначати з моменту виявлення особливих потреб дитини індивідуального координатора (кейс-менеджера) із системи соціального захисту, який супроводжуватиме і підтримуватиме сім'ю та дитину на всіх подальших етапах, надаватиме відповідну інформацію і представлятиме, у разі потреби, інтереси сім'ї в установах різних сфер;
- створити в кожному регіоні карту послуг, яка б охоплювала різні сектори, у т. ч. недержавні організації, а також містила інформацію про права, можливі фінансові субсидії та державні програми для дітей з особливими потребами і шляхи їх отримання;
- забезпечити розроблення міжвідомчою комісією із залученням кейс-менеджера та за активною участю самих батьків індивідуальної програми реабілітації для дітей з інвалідністю, котра б відображала реальні можливості й доступні ресурси, а також враховувала побажання та можливості сім'ї. Актуальність й ефективність індивідуальної програми реабілітації дітей раннього віку мають оцінюватися регулярно, але не рідше ніж один раз на півроку [34].

3. В Україні не створено дієвої комплексної системи реабілітації інвалідів у цілому та дітей-інвалідів зокрема. Донині немає механізму реалізації відповідних індивідуальних програм. Кількість структур, діяльність яких пов'язана з розв'язанням проблем комплексної реабілітації дітей-інвалідів, невиправдано велика, вони працюють за відсутності належної координації своїх дій, розрізнено, і це вкрай негативно позначається на ефективності реабілітаційного процесу.

Дитячій інвалідності притаманна важлива специфіка, яка на сьогодні при проведенні комплексної реабілітації враховується недостатньо або не враховується взагалі:

- по-перше, у багатьох випадках інвалідність вказує на потребу не реабілітації, а абілітації, а це – якісно інша проблема;
- по-друге, для дітей-інвалідів корекційне навчання і виховання практично завжди стає невід'ємною, а нерідко найважливішою частиною комплексу реабілітаційних заходів;
- по-третє, виникнення інвалідизуючих відхилень у розвитку в дитячому віці, високий відсоток соціального сирітства ставлять особливі завдання у контексті соціального захисту, надто якщо врахувати, що сім'я дитини-інваліда, а за можливості й сама дитина-інвалід мають бути активними та невід'ємними учасниками процесу реабілітації;
- по-четверте, спеціальним завданням, яке нині майже не береться до уваги при реабілітації дітей-інвалідів, стає їх суспільна інтеграція, необхідність подальшої соціально-психологічної адаптації до статусу інваліда з дитинства.

Окреслені особливості дитячої інвалідності визначають потребу в тісній взаємодії структур охорони здоров'я, освіти, соціального захисту, виокремленні комплексної реабілітації дітей-інвалідів як самостійного елемента загальної проблеми допомоги інвалідам.

4. Нині в комплексній реабілітації дітей-інвалідів беруть участь багато структур, які, займаючись різними аспектами їхніх проблем, використовують неоднакові підходи та критерії оцінки навіть одних і тих самих характеристик, не кажучи вже про те, що їхні конкретні цілі й завдання не лише не завжди збігаються, а й часто є несумісними. Відсутність їх ефективної взаємодії негативно позначається на результатах комплексної реабілітації дітей-інвалідів.

У такій реабілітації фактично немає елемента наступності. У дошкільному та шкільному віці у певному вигляді існує система медичної і психолого-педагогічної реабілітації, хоча й не для всіх видів інвалідності. Однак, стаючи дорослими, діти-інваліди та інваліди з дитинства стикаються з непереборними проблемами. Їх реальне працевлаштування і, як наслідок, створення умов для економічної незалежності (а отже, зменшення бюджетного фінансування для їх підтримки), ускладнюються відсутністю впорядкованої системи ранньої професійної реабілітації, що передбачає визначення їхніх потенційних професійних можливос-

тей, систему професійної орієнтації, підготовки та подальшого раціонального працевлаштування.

Актуальним є розв'язання проблем ранньої оцінки доступності робочих місць для інвалідів із дитинства з урахуванням об'єктивно наявних у них трудових обмежень. Трудові рекомендації, які отримують діти-інваліди та інваліди з дитинства за результатами огляду в бюро медико-соціальної експертизи (МСЕ), мають недоліки і не лише не сприяють, а й нерідко стають на заваді раціональному працевлаштуванню. Особливості професійної реабілітації дітей-інвалідів та інвалідів з дитинства сьогодні фактично залишаються поза увагою, оскільки структури, зобов'язані сприяти реалізації їхнього права на працю (насамперед бюро МСЕ), майже самоусунулися від цієї роботи.

5. Важливого значення в умовах ринкової економіки набувають розроблення і впровадження стандартних параметрів процесу реабілітації дітей-інвалідів, відповідних соціально-економічній ситуації в країні у цілому та регіоні проживання дитини-інваліда зокрема. У поєднанні з уніфікованими технологіями такі параметри дадуть змогу обґрунтовано й безумовно гарантувати дитині-інваліду виконання певних життєзабезпечувальних реабілітаційних заходів, здобуття нею адекватної її можливостям освіти (загальної, спеціальної (корекційної), професійної) тощо, що підвищить її соціальний статус. Основою системи комплексної реабілітації дітей-інвалідів має бути принцип розмежування відповідальності між державним і місцевими рівнями влади щодо як сутності реабілітаційного процесу, так і його фінансування, на підставі розроблення стандартних параметрів реабілітаційного процесу, з урахуванням соціально-економічної ситуації в країні та регіоні проживання дитини-інваліда.

6. Необхідність виконання завдань профілактики інвалідності зумовила потребу в розробленні концептуальної моделі організації експертизи та реабілітації дітей-інвалідів. Якісно новою базою, котра визначає підходи до різних видів реабілітації, є необхідність диференціації дітей-інвалідів не тільки за діагнозом та фізичним станом, а й за ступенем їхньої соціальної адаптованості (що відповідає групам інвалідності для дорослих). Такий підхід допомагає визначати стандарти необхідних заходів медичної, соціальної, психологічної і педагогічної реабілітації, а також стає підґрунтям законодавчої ініціативи щодо встановлення різних розмірів пенсій та інших соціальних пільг.

7. З метою подальшого поліпшення реабілітації дітей-інвалідів доцільно:

- запровадити у практику охорони здоров'я оптимізовану систему профілактики дитячої інвалідності та реабілітації дітей-інвалідів, що складається з послідовних взаємодоповнюваних елементів, які довели медико-соціальну ефективність: алгоритму первинної і вторинної профілактики дитячої інвалідності, схеми інформаційно-освітнього забезпечення жінок репродуктивного віку знаннями про профілактику дитячої інвалідності та концептуальної моделі організації експертизи і реабілітації дітей-інвалідів;
- увести вдосконалену регіональну систему комплексної реабілітації дітей-інвалідів, яка не потребує додаткових фінансових витрат і ґрунтується на принципах профілактики, взаємодії та інтеграції фахівців різних відомств, батьків, громадських організацій на всіх етапах реабілітації з наближенням її до місця проживання дитини-інваліда;
- ініціювати постійну всебічну просвітницьку роботу науковців та лікарів різних фахів практичної охорони здоров'я серед цільових груп і груп ризику з метою формування знань й навиків профілактики виникнення дитячої інвалідності та її негативних наслідків;
- доповнити "Звіт про дітей-інвалідів віком до 18 років, які проживають в районі обслуговування лікувально-профілактичного закладу, будинку дитини або інтернатному закладі" (ф. № 19) [35] даними про вік настання первинної інвалідності;
- організувати для лікарів загальної практики / сімейної медицини, керівників органів і закладів охорони здоров'я та їхніх заступників навчання за циклами тематичного вдосконалення питань профілактики дитячої інвалідності та реабілітації дітей-інвалідів [36];
- передбачити подальше проведення науково-дослідних робіт у регіонах країни щодо проблем дитячої інвалідності та прискорене втілення найрезультативніших заходів комплексної реабілітації дітей-інвалідів, які проживають у сільській і міській місцевостях.

8. В основу довгострокової політики, спрямованої на розв'язання проблем інвалідів, мають бути покладені три ідеї: 1) діти-інваліди є повноцінними членами суспільства; 2) вони повинні мати можливість брати участь у всіх сферах суспільного життя; 3) необхідно створювати умови для перетворення дітей-інвалідів на максимально незалежних членів суспільства.

Зважаючи на досвід зарубіжних країн, вважаємо за доцільне доповнити розділ VI Закону “Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні” статтею, в якій було б закріплене право на отримання дітьми-інвалідами таких видів соціальних послуг:

- консультації та підтримка, що передбачають як психологічну, так і фізичну реабілітацію за участю професіоналів;
- супровід дитини-інваліда протягом декількох годин на тиждень для забезпечення її пересування в межах населеного пункту;
- заміщення родичів: співробітник відповідного органу заміщає батьків, якщо з тих чи інших причин їх немає вдома або вони зайняті;
- послуги співробітника за наймом, який виконуватиме роль друга, для того щоб дитина-інвалід не почувалася самотньою, ізольованою від суспільства, мала змогу розважатися;
- короткострокове проживання поза сім'єю: дитину або підлітка перевозять до спеціального будинку, як правило, на вихідні чи раз на місяць, а влітку – до табору;
- проживання в соціальних сім'ях або будинках сімейного типу, якщо дитина-інвалід навчається в іншому місті; таким чином проявляється турбота про батьків – вони можуть відпочити у вихідні дні або поїхати у відпустку;
- забезпечення постійного зв'язку відповідного реабілітаційного центру із сім'єю дитини-інваліда;
- створення спеціальних служб для консультацій щодо всіх аспектів законодавства, яке стосується дітей-інвалідів;
- розроблення програм інклюзивної освіти для навчання ментальних інвалідів (аутистів);
- фінансування сімейної освіти й освіти дітей-інвалідів, які навчаються вдома;
- виплата батькам дітей-інвалідів, які навчаються вдома, щомісячної грошової компенсації за самостійне виховання і навчання дитини-інваліда;
- уведення до складу працівників загальноосвітніх навчальних закладів посади вихователя (асистента вчителя) у класах з інклюзивним навчанням.

Пропонуємо розширити сфери реалізації державно-приватного партнерства, визначені ст. 4 Закону України “Про державно-приватне партнерство”, такими галузями: освіта та соціальний захист і соціальне забезпечення, у т. ч. інвалідів та дітей з порушеннями психофізичного розвитку.

Крім того, у Законі “Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні” варто зазначити, що фінансове забезпечення заходів, спрямованих на соціальний захист інвалідів та дітей-інвалідів, здійснюється також за рахунок коштів недержавних організацій.

9. Аналіз стану і тенденцій фінансування соціальних послуг, котрі надаються, зокрема дітям-інвалідам, свідчить про необхідність перегляду наявних механізмів фінансування. Акцент має бути зміщений із фінансування закладів на задоволення потреб отримувачів соціальних послуг, підвищення їхньої ефективності та якості, розширення діапазону, формування ринку соціальних послуг.

В умовах переорієнтації системи фінансування послуг соціальної сфери з процесу на результат, переходу від субсидій постачальникам до субсидій споживачам, націленості на ширше використання ринкових механізмів важливо вивчати й використовувати технології цільових споживчих субсидій (соціального ваучера) як ефективного ринкового інструменту, що відповідає названим тенденціям.

Використання механізму соціальних ваучерів дає можливість споживачеві самостійно обрати постачальника, що стимулює конкуренцію, поліпшення якості послуг та зниження цін на відповідному ринку; підвищує задоволеність споживача від отриманих послуг; сприяє реалізації принципу “гроші йдуть за споживачем”; забезпечує контроль якості наданих послуг/товарів; зменшує корупційні ризики та підвищує прозорість витрачання бюджетних коштів.

Беручи до уваги зарубіжний досвід, вважаємо за доцільне застосування в Україні персональних споживчих бюджетів у системі соціального захисту та трудової реабілітації інвалідів. Головна мета такої програми полягає в максимальній адаптації системи соціально-реабілітаційного обслуговування до потреб кожного клієнта, посиленні впливу споживача на реабілітаційний процес і наданні йому права вибору видів соціальної підтримки.

10. Питання підвищення якості соціальних послуг можна вирішити насамперед завдяки стандартизації у сфері соціального обслуговування. Єдині стандарти використовуються для описання процесу надання окремих соціальних послуг, оцінювання їхніх обсягу та якості. Необхідно вжити заходи щодо підвищення доступності та якості послуг із соціального обслуговування: змінити парадигму діяльності соціальних служб; перейти до надання соціальних послуг на основі поєднання принципу заяв на їх отримання від дорослої частини населення з принципом виявлення громадян, які потребують цих послуг.

Головними напрямками вдосконалення соціального обслуговування є: скорочення соціального утримання шляхом посилення контролю наданих пільг і допомог; модернізація законодавчої бази на місцевому рівні; розвиток системи підтримки соціально орієнтованих некомерційних організацій у соціальній політиці, оскільки вони є постачальниками соціальних послуг, посередниками між державою і суспільством, залучають інвестиції до соціальної сфери; підвищення рівня поінформованості населення про заходи соціальної підтримки через різні канали, адаптовані під певні категорії населення; розроблення та впровадження соціальних стандартів у соціальній сфері; регулярний моніторинг якості життя населення, удосконалення соціального прогнозування відповідно до умов соціально-економічного розвитку країни.

11. Доцільно стимулювати впровадження в систему соціального обслуговування механізму державно-приватного партнерства та залучати недержавні організації, у т. ч. соціально орієнтовані некомерційні установи, благодійників і добровольців до надання послуг у сфері соціального обслуговування дітей-інвалідів.

Пропонуємо узагальнити й поширити позитивний досвід діяльності соціально орієнтованих некомерційних організацій, волонтерів, добровольців та благодійників у сфері соціального обслуговування і розробити рекомендації щодо розширення їхньої участі в наданні послуг дітям-інвалідам.

Варто розробити рекомендації з упровадження незалежної системи оцінювання якості роботи організацій, що надають послуги дітям-інвалідам, включаючи визначення критеріїв ефективності їхньої діяльності, у т. ч. створення публічних рейтингів.

12. Важливо також визначити цільові показники ефективності діяльності установ соціального обслуговування населення та критерії оцінки ефективності й результативності роботи працівників і керівників, включаючи механізм прив'язки розміру їхньої заробітної плати до конкретних показників якості й кількості надаваних послуг.

Необхідно організувати інформаційно-роз'яснювальну роботу щодо системи соціального обслуговування, види та умови надання соціальних послуг дітям-інвалідам шляхом: визначення складу інформації, яка підлягає обов'язковому оприлюдненню; ухвалення додаткових заходів з інформування населення та офіційних структур про діяльність із соціального обслуговування, включаючи інтернет-ресурси; встановлення відповідальності за невиконання передбачених вимог.

13. З метою гарантування ефективного доступу до медичних послуг осіб з інвалідністю потрібно:

- прискорити прийняття Закону України “Про загальнообов’язкове державне соціальне медичне страхування” і забезпечити роботу доступних жіночих консультацій з урахуванням проблем жінок із захворюваннями опорно-рухового апарату, зору, слуху;
- внести зміни до конституційного законодавства України, адже терміни “рівність” (застосовується в цьому законодавстві) та “недискримінація” стосовно дітей-інвалідів не є ідентичними і суттєво відрізняються за змістом;
- припинити практику обмеження чи зупинення дії пільг для людей з інвалідністю під час ухвалення закону про державний бюджет на поточний рік;
- розпочати модернізацію системи освіти з метою забезпечення навчання та виховання дітей-інвалідів у загальноосвітніх і спеціальних закладах за місцем проживання в сімейних умовах. Потреба в розвитку системи інтегрованої й інклюзивної освіти передбачає підвищення кваліфікації викладачів, визначення джерел та обсягів необхідного фінансування з боку держави;
- забезпечити дотримання вимог законодавства України щодо складання індивідуальних програм реабілітації для кожної дитини, яка має інвалідність;
- розробити ефективний механізм забезпечення дітей з інвалідністю, який базуватиметься на засадах адресності, доцільності, раціональності та ефективності, технічними засобами реабілітації і виробами медичного призначення, а також порядок грошової компенсації за самостійне забезпечення такими засобами;
- посилити прокурорський і громадський контроль за дотриманням прав дітей-інвалідів;
- поступово реформувати систему опіки та піклування про громадян з інвалідністю, які не усвідомлюють своїх дій та їхніх наслідків, зняти обмеження економічних, зокрема майнових, політичних та інших прав названих осіб, у т. ч. передбачених ст. 70 Конституції України та ст. 32 Закону України “Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні”;
- розпочати впровадження системи підтримки прийняття рішень щодо забезпечення осіб з інвалідністю, які не усвідомлюють своїх дій та їхніх наслідків, послугами кваліфікованих асистентів [37];

- розробити національні програми, спрямовані на збереження сімейного середовища для дітей-інвалідів та розвиток альтернативних сімейних форм влаштування дітей-інвалідів і дітей, які залишилися без батьківської опіки, з метою поступового скорочення кількості дітей-інвалідів, які перебувають в інтернатних установах;
- сформуванати державну систему обліку дітей-інвалідів та дітей з обмеженими можливостями здоров'я, що міститиме характеристики кожної дитини-інваліда і дані про її потреби в різних видах реабілітації;
- реформувати дитячі інтернатні спеціалізовані установи за принципом невеликих "сімейних груп"; створити спеціальні корекційні освітні установи на базі дитячих будинків-інтернатів системи соціального захисту;
- підвищити рівень співпраці центрів соціально-психологічної реабілітації дітей і молоді з функціональними обмеженнями з лікарсько-консультативними та медико-соціальними експертними комісіями з метою надання індивідуальних програм реабілітації, що уможливить індивідуальний підхід до кожного клієнта відповідно до рекомендацій і своєчасне направлення до центру соціального обслуговування;
- розробити базовий перелік корекційних засобів та реабілітаційного обладнання для основних типів нозологій дітей, молоді з функціональними обмеженнями (порушення слуху/мови, зору; інтелектуального розвитку, опорно-рухового апарату, комплексних порушень психофізичного розвитку); базовий перелік безкоштовних реабілітаційних послуг для дітей та окремо – для молоді основних типів нозологій;
- створити типові корекційні та навчальні програми для дітей і молоді різних нозологій, які перебувають у центрі соціально-психологічної реабілітації, дітей та молоді з функціональними обмеженнями;
- передбачити в типових штатних нормативах працівників центру соціально-психологічної реабілітації дітей та молоді з функціональними обмеженнями посади асистентів, реабілітологів, корекційних педагогів, достатню чисельність соціальних працівників за спеціалізаціями: трудотерапевти, музичні педагоги, перекладачі жестової мови, корекційні педагоги (сурдо-, тифло-, олігофрента ін.), інструктори з орієнтування (для незрячих осіб та осіб із порушенням зору, опорно-рухового апарату).

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Національні рахунки соціального захисту (НРСЗ) України у 2012 році : стат. бюл. / Державна служба статистики України. – К., 2014. – 175 с.
2. Валовой внутренний продукт Украины // Финансовый портал Минфин [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://index.minfin.com.ua/index/gdp/?2012>.
3. Захист дітей, які потребують особливої уваги суспільства : стат. зб. / Державна служба статистики України. – К., 2014.
4. Доходи населення за регіонами України // Ukrstat.org [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://ukrstat.org/uk/operativ/operativ2008/gdn/dvn_ric/dvn_ric_u/dn_reg2008_u.html.
5. Про державну соціальну допомогу інвалідам з дитинства та дітям-інвалідам : закон України від 16.11.2000 № 2109-III [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/2109-14>.
6. Про внесення змін до статті 3 Закону України “Про державну соціальну допомогу інвалідам з дитинства та дітям-інвалідам” : закон України від 04.07.2013 № 410-VII [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon1.rada.gov.ua/laws/show/410-18>.
7. От активного развития способностей детей-инвалидов... [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://health.unian.net/country/793935-ot-aktivnogo-razvitiya-sposobnostey-detey-invalidov-obschestvo.html>.
8. Загальні відомості / Міністерство освіти і науки України [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://old.mon.gov.ua/ua/activity/education/56/693/zagalni_vidomosti11.
9. Альтернативний звіт про реалізацію Україною положень конвенції ООН про права дитини 2002–2008 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.unicef.org/ukraine/report-ukr.pdf>.
10. Доклад ЮНИСЕФ о положении детей в мире, 2013 г. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://unicef.kz/ru/news/item/509>.
11. ЮНІСЕФ закликає думати перш за все про дітей, а не про інвалідність – від інтеграції дітей з обмеженими можливостями виграє все суспільство /

- ЮНІСЕФ Україна [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://www.unicef.org/ukraine/ukr/media_24178.htm.
12. *Льчук А. І.* Фінансування сфери соціальних послуг / А. І. Льчук, Ю. В. Кривобок / Центр перспективних соціальних досліджень Міністерства соціальної політики України та НАН України [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://cpsr.org.ua/index.php?option=com_content&view=article&id=273:2013-04-05-05-26-32&catid=46:2013-04-04-06-31-05&Itemid=53.
 13. *Слухай С. В.* Фінанси стаціонарних установ: потреба в реформуванні / С. В. Слухай // Соціальна політика і соціальна робота. – 2007. – № 1 (36). – С. 64–77.
 14. Социальный заказ как инструмент социальной политики. Обзор зарубежного опыта / Министерство труда и социальной защиты Республики Беларусь ; Программа развития ООН. – Минск, 2009 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://gomel-agency.org/sites/default/files/obzor_zarub_opita.pdf.
 15. Анализ государственного социального заказа в Кыргызстане и рекомендации по его совершенствованию [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://actngo.info/sites/default/files/files/09_analiz_gosudarstvennogo_socialnogo_zakaza_v_kyrgyzstane_2014.pdf.
 16. Enhancing the performance of the services sector / OECD 2005. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.value-chains.org/dyn/bds/docs/497/Wolf/OECDEnhancingPerformanceServicesSector.pdf>
 17. *Санжиев Д.* Что такое социальный ваучер / Д. Санжиев // Экономика и жизнь. – 2009. – № 09 (9275) [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.eg-online.ru/prn/article/51154>.
 18. *Принс Р.* Опыт применения программы персональных бюджетов в системе социальной защиты и трудовой реабилитации инвалидов в Нидерландах / Р. Принс [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.rehabin.ru/upload/library/prince1.pdf>.
 19. Україна 2020: стратегія розвитку [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://reforms.in.ua/Content/download/2020booklet19-11_web.pdf.
 20. Про схвалення Стратегії реформування системи надання соціальних послуг : розпорядження Кабінету Міністрів України від 08.08.2012 № 556-р [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/556-2012-%D1%80>.
 21. Про схвалення Концепції реформування місцевого самоврядування та територіальної організації влади в Україні : розпорядження Кабінету Міністрів України від 01.04.2014 № 333-р [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/333-2014-%D1%80>.

22. Авдеев В. Автономные учреждения / В. Авдеев // Аудит и налогообложение. – 2010. – № 5. – С. 17–24.
23. Левшина Е. А. Новые организационно-правовые формы в сфере культуры / Е. А. Левшина // Культура: управление, экономика, право. – 2005. – № 4. – С. 28–30.
24. Про затвердження Переліку соціальних послуг, що надаються особам, які перебувають у складних життєвих обставинах і не можуть самостійно їх подолати : наказ Міністерства соціальної політики України від 03.09.2012 № 537 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/z1614-12>.
25. Про затвердження Типового переліку бюджетних програм та результативних показників їх виконання для місцевих бюджетів у галузі “Соціальний захист сім’ї та дітей” за видатками, що враховуються при визначенні обсягу міжбюджетних трансфертів : наказ Міністерства соціальної політики України від 24.10.2012 № 1116/673 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/z1835-12>.
26. Про затвердження Порядку здійснення соціального замовлення за рахунок бюджетних коштів : постанова Кабінету Міністрів України від 29.04.2013 № 324 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/324-2013-%D0%BF>.
27. Гловацкая Н. Г. Автономные учреждения / Н. Г. Гловацкая, С. Г. Лазуренко // Экономические науки. – 2007. – № 10. – С. 366–370.
28. Левицкий М. А. Изменение правового статуса бюджетных учреждений / М. А. Левицкий // Справочник руководителя образовательного учреждения. – 2010. – № 4. – С. 14–18.
29. Манасян Г. В. Автономные учреждения в системе некоммерческих организаций / Г. В. Манасян // Юстиция. – 2009. – № 1. – С. 74–80.
30. Саввина Ю. В. Проблемы выбора организационно-правовой формы многофункционального центра предоставления государственных и муниципальных услуг / Ю. В. Саввина // Государственная власть и местное самоуправление. – 2009. – № 5. – С. 15–18.
31. Кирилловых А. А. Организации социального сектора: проблемы преобразований и нормативного регулирования / А. А. Кирилловых // Социальное и пенсионное право. – 2008. – № 3. – С. 5–7.
32. Гудак С. Н. Перевод бюджетных учреждений в автономные: преимущества и риски / С. Н. Гудак // ЭКО. – 2008. – № 10. – С. 114–131.
33. Изменение статуса государственных учреждений // Университетская книга. – 2010. – № 5. – С. 80.

34. Ранній розвиток дітей з особливими потребами в Україні: аналіз ситуації та подальші рекомендації : матер. круг. столу / Світовий банк (Київ, 18 листоп. 2014 р.).
35. Звіт про дітей-інвалідів віком до 18 років, які проживають в районі обслуговування лікувально-профілактичного закладу, будинку дитини або інтернатному закладі [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://medical.city.kharkov.ua/medychni-statystychni-zvity>.
36. *Паламар І. В.* Медико-соціальна характеристика інвалідності дітей з хворобами нервової системи та удосконалення регіональної системи її профілактики і реабілітації : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.02.03 / І. В. Паламар / Вінницький національний медичний ун-т ім. М. І. Пирогова. – Вінниця, 2007. – 29 с.
37. Соціально-економічні права та права людей з інвалідністю / Українська Гельсінська спілка з прав людини [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://helsinki.org.ua/index.php?id=1337349423>.

ДННУ «АКАДЕМІЯ ФІНАНСОВОГО УПРАВЛІННЯ»

ПРОЕКТ
«РОЗРОБКА МЕХАНІЗМУ ФІНАНСУВАННЯ
СОЦІАЛЬНИХ ПОСЛУГ ДЛЯ ВРАЗЛИВИХ
ВЕРСТВ НАСЕЛЕННЯ (ДІТЕЙ)»

ЗМІСТ ПРЕЗЕНТАЦІЇ

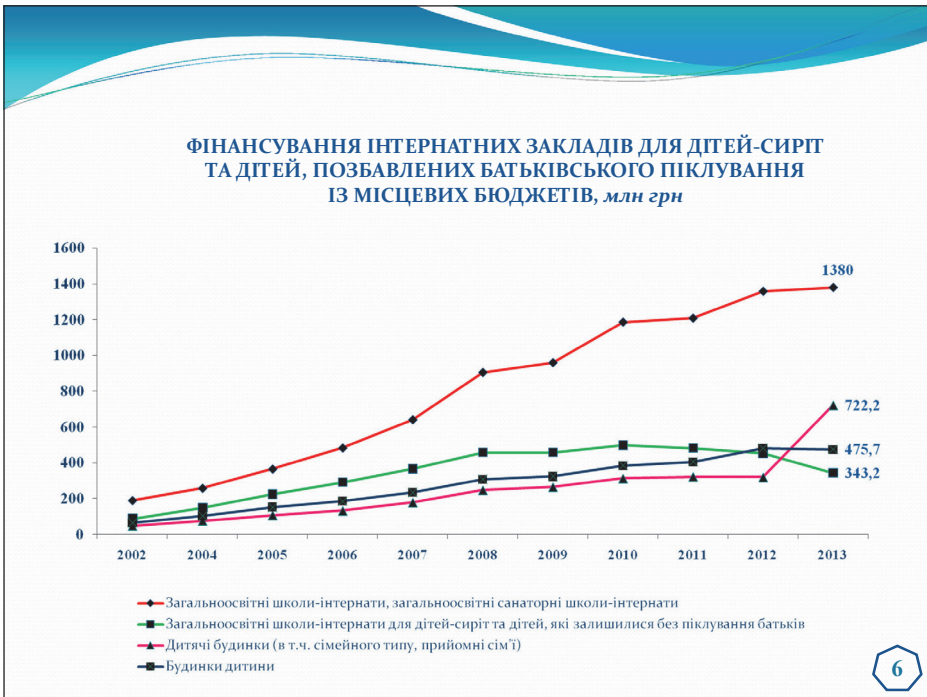
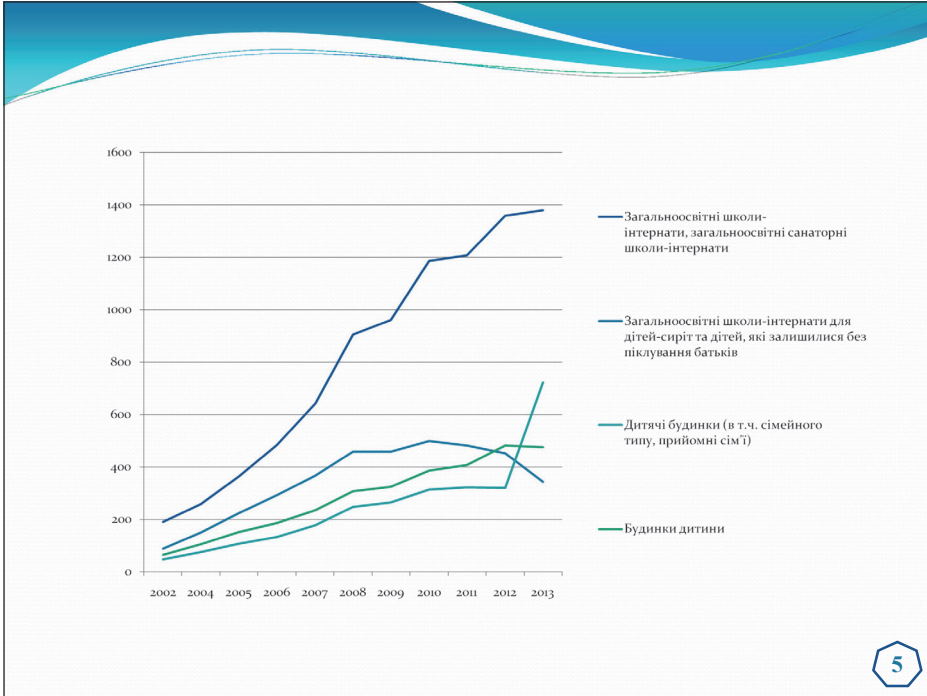
1. Розробка інструментів фінансування надання соціальних послуг для дітей та сімей..... 3
2. Методологічні підходи до визначення вартості соціальних послуг в Україні..... 16
3. Аналіз кращої практики надання і фінансування соціальних послуг у Великобританії, Німеччині та Болгарії..... 31
4. Показники ефективності фінансування соціальних послуг вразливим категоріям дітей в Україні 45
5. Показники ефективності надання соціальних послуг вразливим категоріям дітей..... 55

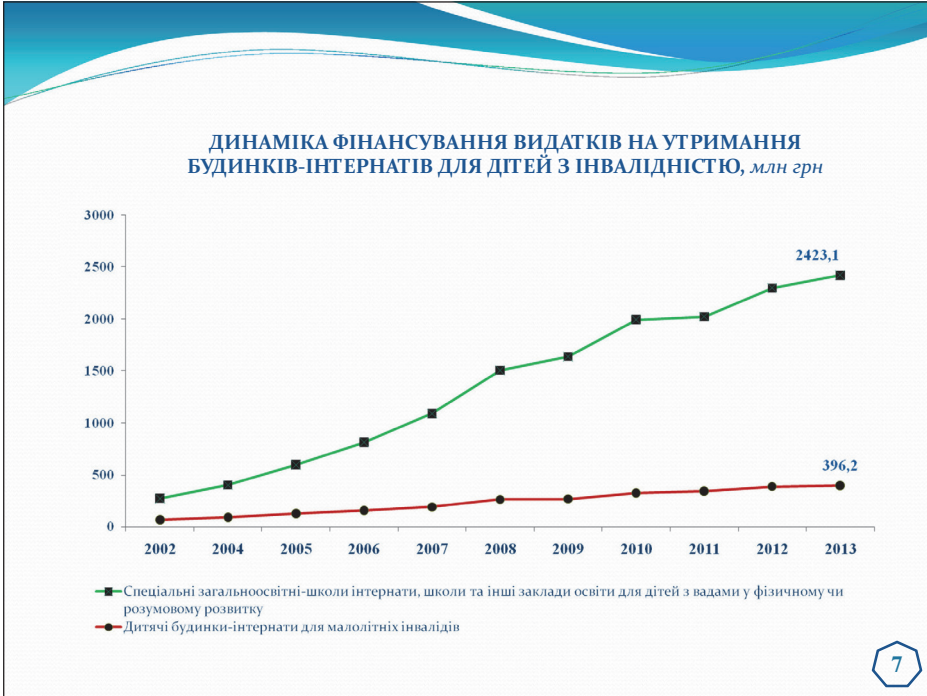
1

РОЗРОБКА ІНСТРУМЕНТІВ ФІНАНСУВАННЯ НАДАННЯ СОЦІАЛЬНИХ ПОСЛУГ ДЛЯ ДІТЕЙ ТА СІМЕЙ

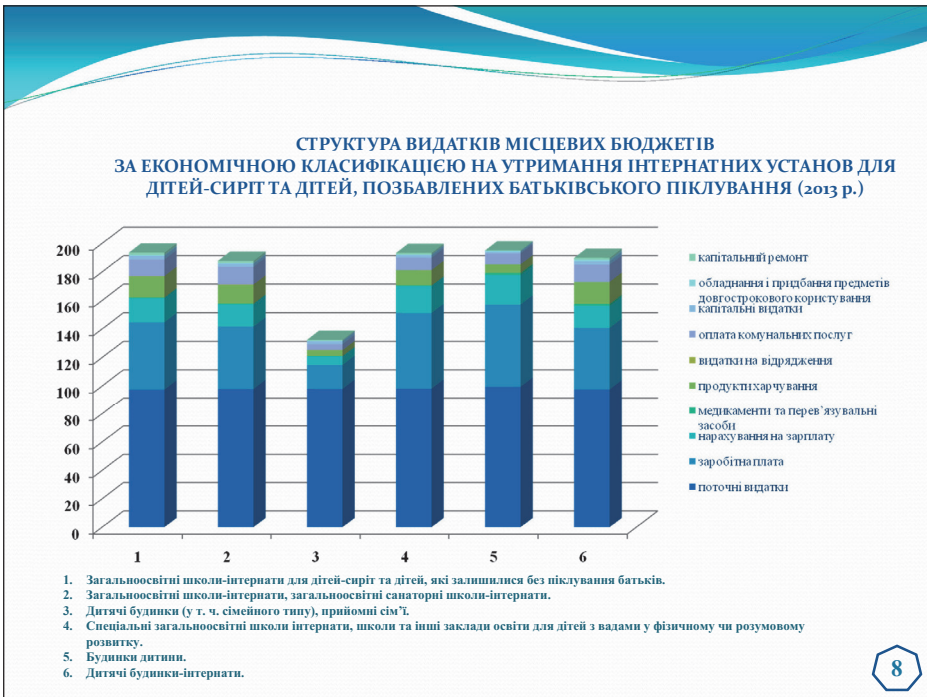
ПРОБЛЕМИ ФУНКЦІОНУВАННЯ СИСТЕМИ СОЦІАЛЬНИХ ПОСЛУГ В УКРАЇНІ

- Відсутність цілісного, послідовного підходу до розв'язання стратегічних проблем подальшого соціального розвитку країни в умовах значних зовнішніх і внутрішніх політико-економічних ризиків і бюджетних обмежень
- Неєфективний бюджетний механізм забезпечення умов для розвитку людського капіталу та ефективної реалізації соціальних функцій держави
- Ігнорування макроекономічних залежностей між динамікою ефективності національної економіки, бюджетними ресурсами і соціальними видатками бюджету, що ускладнює забезпечення стійкості бюджетної системи у середньостроковому періоді, обмежує можливості для створення економічного і фінансового потенціалів, необхідних для збалансованої реалізації поточних і довгострокових соціальних цілей

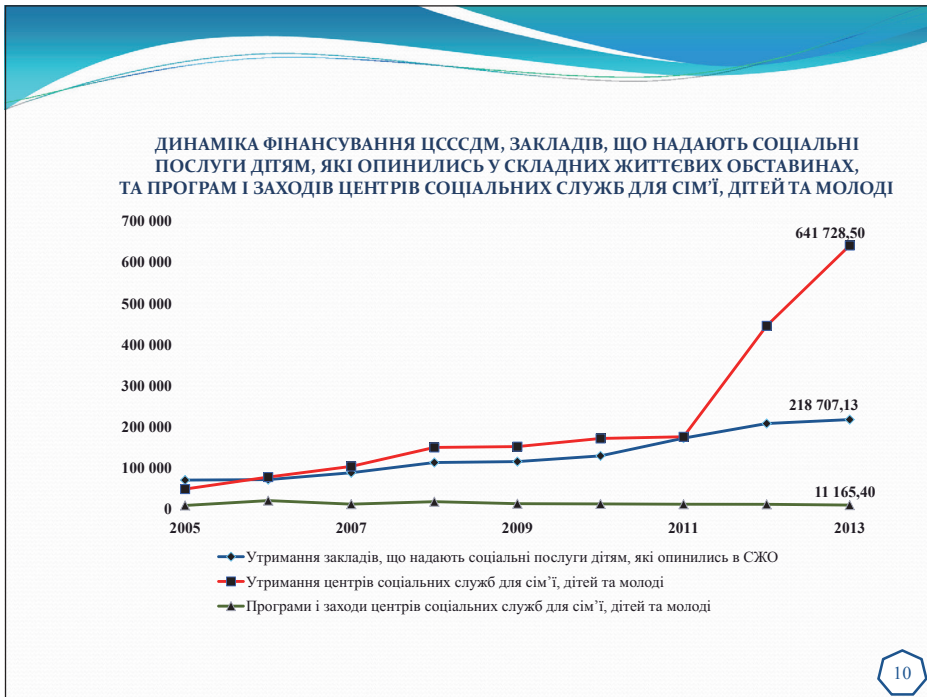
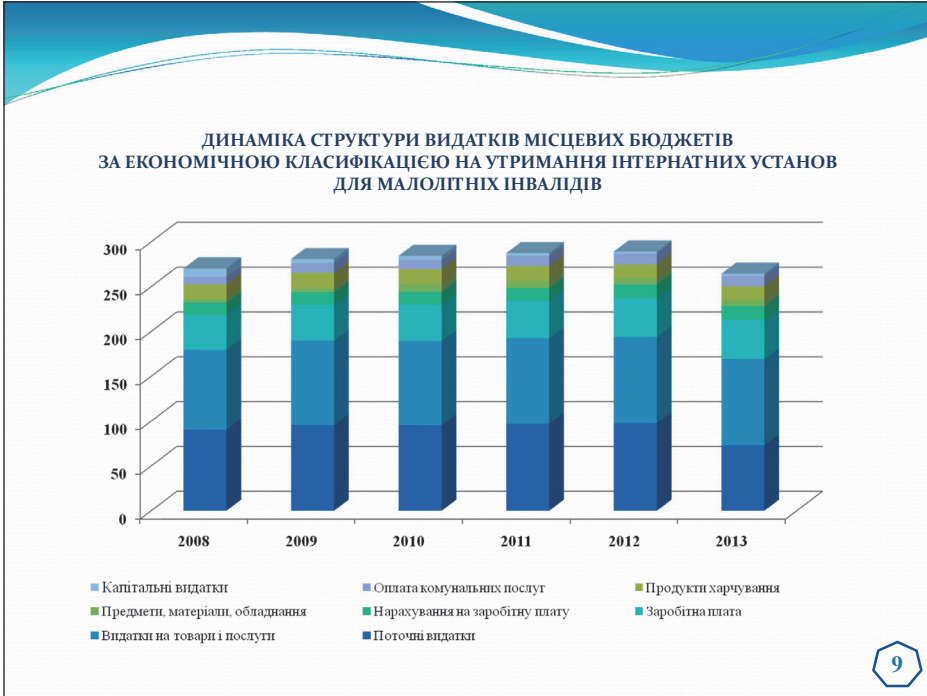


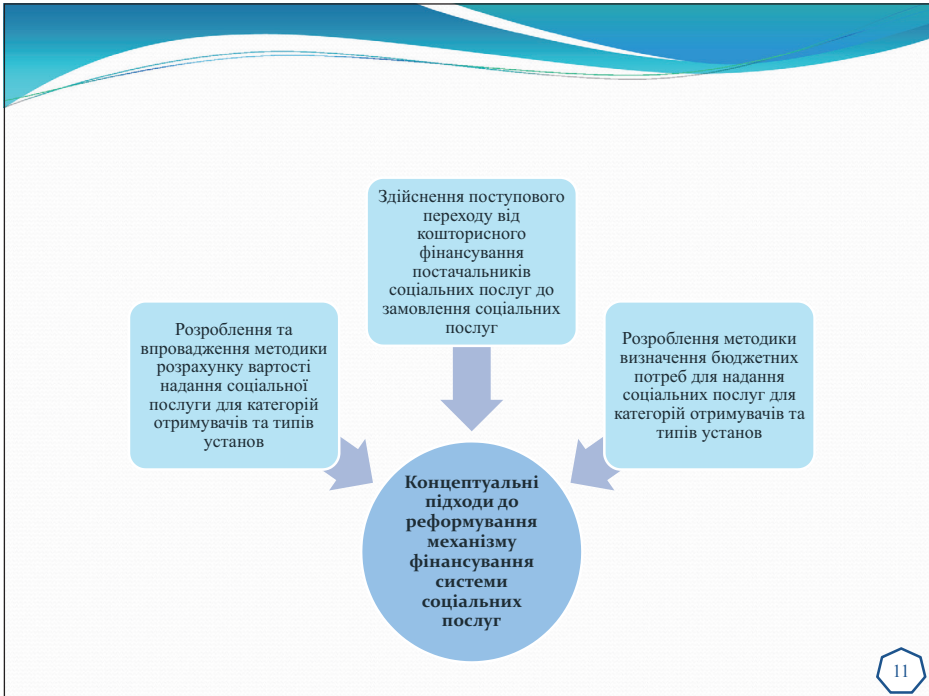


7



8





- УПРОВАДЖЕННЯ НОВИХ МЕХАНІЗМІВ ФІНАНСУВАННЯ ПОТРЕБУЄ:**
- удосконалення переліку соціальних послуг в контексті формування детального формалізованого опису процесу надання таких послуг;
 - розроблення відповідних кількісно вимірюваних стандартів надання соціальних послуг;
 - встановлення обґрунтованих норм і нормативів споживання соціальних послуг, у межах яких надаються пільги з їх оплати громадянам, що мають на них право;
 - запровадження системи обліку соціальних послуг за їхніми видами та категоріями отримувачів;
 - розроблення системи обліку та калькулювання витрат на надання окремої соціальної послуги;
 - упорядкування системи статистичної звітності з метою її більшої уніфікації та спрощення, відповідності меті системи моніторингу

РЕАЛІЗАЦІЯ МЕХАНІЗМУ ДЕЦЕНТРАЛІЗАЦІЇ СОЦІАЛЬНИХ ПОСЛУГ:

Інвентаризація мережі установ та соціальних послуг, які вони надають в контексті аналізу відповідності фактичним потребам територіальних громад

Розроблення та створення Національного реєстру суб'єктів (державних, недержавних) надання соціальних послуг та бенефіціарів соціальних послуг

Практична імплементація методики оцінювання потреб місцевих громад у соціальних послугах із обов'язковим залученням місцевих фахівців, громадських організацій та користувачів послуг

Завпровадження механізму моніторингу процесів децентралізації та залучення недержавного сектору в системі надання соціальних послуг

Розроблення системи оцінювання якості надання соціальних послуг незалежно від того, якою організацією (державною, некомерційною, комерційною) вони надаються

Удосконалення системи міжбюджетних трансфертів: переважну частину фінансування за рахунок трансфертів треба спрямовувати на надання соціальних послуг у громадах, а не утримання значної кількості установ стаціонарного типу

13

СТВОРЕННЯ КОНКУРЕНТНОГО РИНКУ СОЦІАЛЬНИХ ПОСЛУГ:

Завпровадження механізму соціального замовлення для посилення конкуренції серед суб'єктів, що надають соціальні послуги

Аналіз організаційного та фінансового потенціалу некомерційних організацій, рівня їх внеску в надання соціальних послуг

Формування переліку диверсифікованих форм надання соціальних послуг на основі залучення недержавного сектору, а також розширення можливостей громадян по вибору суб'єктів надання послуг

Розроблення механізмів стимулювання, зокрема податкових та інших фінансових стимулів, участі некомерційних організацій у розвитку ринку соціальних послуг

14

ПІДВИЩЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ СОЦІАЛЬНИХ ПОСЛУГ НА ОСНОВІ АДРЕСНОСТІ:



2

МЕТОДОЛОГІЧНІ ПІДХОДИ ДО ВИЗНАЧЕННЯ ВАРТОСТІ СОЦІАЛЬНИХ ПОСЛУГ В УКРАЇНІ

В Україні дослідження проблем оцінки вартості соціальних послуг перебувають на початковій стадії та розкриваються в поодиноких публікаціях та методичних рекомендаціях:

Проект Спільного наказу Міністерства соціальної політики України та Міністерства фінансів України «Про затвердження Методики розрахунку вартості соціальних послуг» (2014 р.)

«Методичні рекомендації щодо розрахунку вартості послуг, що надаються за рахунок бюджетних коштів», розроблені в рамках проекту ПРООН «Підтримка реформи соціального сектору в Україні» (2012 р.)

Проект «Методики розрахунку вартості реабілітаційних послуг, які надаються інвалідам і дітям-інвалідам реабілітаційними установами» (2009 р.)

Постанова Кабінету Міністрів України «Про затвердження Порядку надання соціальних послуг із встановленням диференційованої плати та внесення змін до переліку соціальних послуг, умов та порядку їх надання структурними підрозділами територіального центру соціального обслуговування (надання соціальних послуг)» від 19.12.2012 № 1184

Постанова Кабінету Міністрів України «Про порядок надання платних соціальних послуг та затвердження їх переліку» від 12.01.2004 № 12

17

ВАРТІСТЬ НАДАННЯ СОЦІАЛЬНИХ ПОСЛУГ ВРАЗЛИВИМ КАТЕГОРІЯМ ДІТЕЙ

ПОКАЗНИК ПОВНОЇ ВАРТОСТІ КОМПЛЕКСНОЇ СОЦІАЛЬНОЇ ПОСЛУГИ визначається на основі підсумованих показників вартості простих соціальних послуг, які забезпечують надання відповідної комплексної соціальної послуги*:

$$CSC_i = \sum_{j=1}^n SSC_i^j,$$

де CSC_i – повна вартість i -ї комплексної соціальної послуги;

SSC_i^j – вартість j -ї простої соціальної послуги, що забезпечує надання i -ї комплексної соціальної послуги;

n – кількість простих соціальних послуг, що забезпечують надання i -ї комплексної соціальної послуги.

18

СОБІВАРТІСТЬ НАДАННЯ СОЦІАЛЬНИХ ПОСЛУГ ВРАЗЛИВИМ КАТЕГОРІЯМ ДІТЕЙ

$$CP = DC_w + DC_m + DC_k + VGC + TFC_r,$$

де DC_w – прямі витрати на оплату праці, що включають заробітну плату та інші виплати працівникам (основний і допоміжний персонал), грн;

DC_m – прямі матеріальні витрати, що безпосередньо спрямовані на надання соціальної послуги, грн;

DC_k – інші прямі витрати, грн;

VGC – змінні витрати, що включаються до виробничої собівартості надання соціальної послуги, грн;

TFC_r – частка постійних розподілених витрат, включені до собівартості надання соціальної послуги, грн.

РЕЗУЛЬТАТИ РОЗРАХУНКУ ВАРТОСТІ СОЦІАЛЬНИХ ПОСЛУГ

На основі запропонованих методичних підходів до визначення вартості соціальних послуг в Україні, наведених у пп. 2.1.1, здійснено розрахунок вартості таких послуг:

для дітей у складних життєвих обставинах, зокрема дітей, що постраждали від насильства в сім'ї (психологічних послуг), які отримують в ЦСССДМ у м. Києві (Дарницький район), м. Львові, м. Приморськ, Запорізької області, м. Чернігові та Бобровицькому районі Чернігівської області

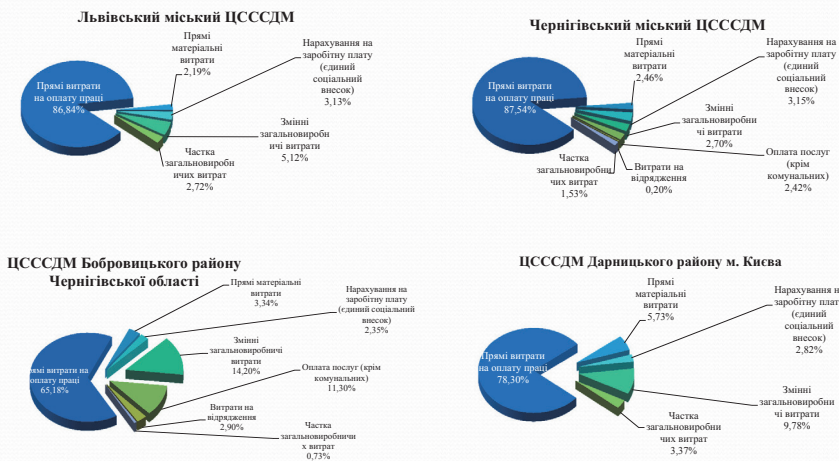
для дітей-інвалідів, які отримують послуги соціально-медичної реабілітації в Чернігівському обласному Центрі соціальної реабілітації дітей-інвалідів

**РОЗРАХУНОК ВАРТОСТІ ПСИХОЛОГІЧНИХ ПОСЛУГ *,
НАДАНИХ ДІТЯМ, ЯКІ ПОСТРАЖДАЛИ ВІД НАСИЛЬСТВА В СІМ'І
В ЦСССДМ У 2013 р.**

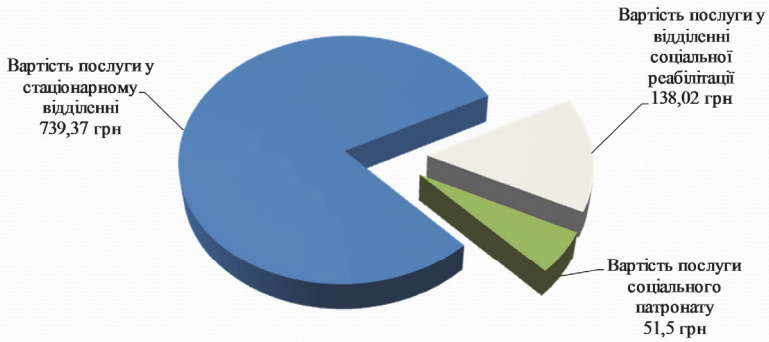
ПОКАЗНИК	Львівський міський ЦСССДМ	Чернігівський міський ЦСССДМ	Бобровицький районний ЦСССДМ Чернігівської області	ЦСССДМ Дарницького району м. Києва	Приморський районний ЦСССДМ м. Приморськ Запорізької області
ВАРТІСТЬ ОДНІЄЇ СОЦІАЛЬНОЇ (ПСИХОЛОГІЧНОЇ) ПОСЛУГИ, НАДАНОЇ ПРОТЯГОМ 1 ГОДИНИ	19,22	27,97	20,27	23,47	24,06
Кількість наданих соціальних (психологічних) послуг	120	25	48	28	6

*Примітка: психологічна послуга передбачає надання психологічної консультації протягом 1 години у ЦСССДМ.

**СТРУКТУРА ВАРТОСТІ ПСИХОЛОГІЧНИХ ПОСЛУГ,
НАДАНИХ ДІТЯМ, ЯКІ ПОСТРАЖДАЛИ ВІД НАСИЛЬСТВА В СІМ'І
В ЦСССДМ У 2013 р.**

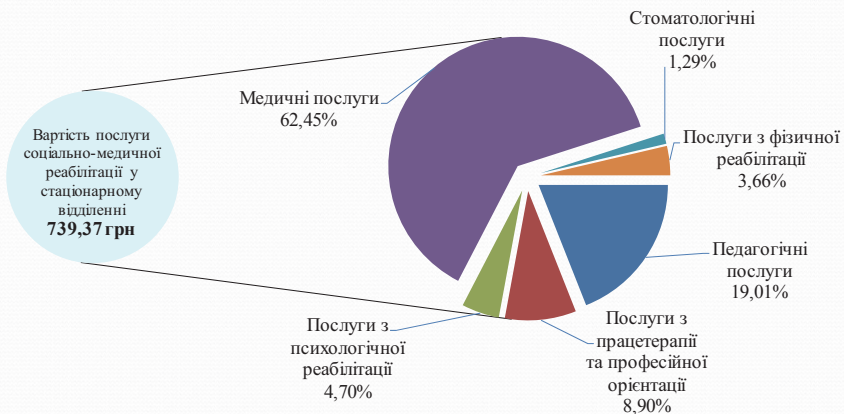


**РОЗРАХУНОК ВАРТІ ПАСЛУГ СОЦІАЛЬНО-МЕДИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ
ДЛЯ ДІТЕЙ-ІНВАЛІДІВ, ЯКІ НАДАЮТЬСЯ У ЧЕРНІГІВСЬКОМУ ОБЛАСНОМУ ЦЕНТРУ
СОЦІАЛЬНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ДІТЕЙ-ІНВАЛІДІВ (2014 р.)**

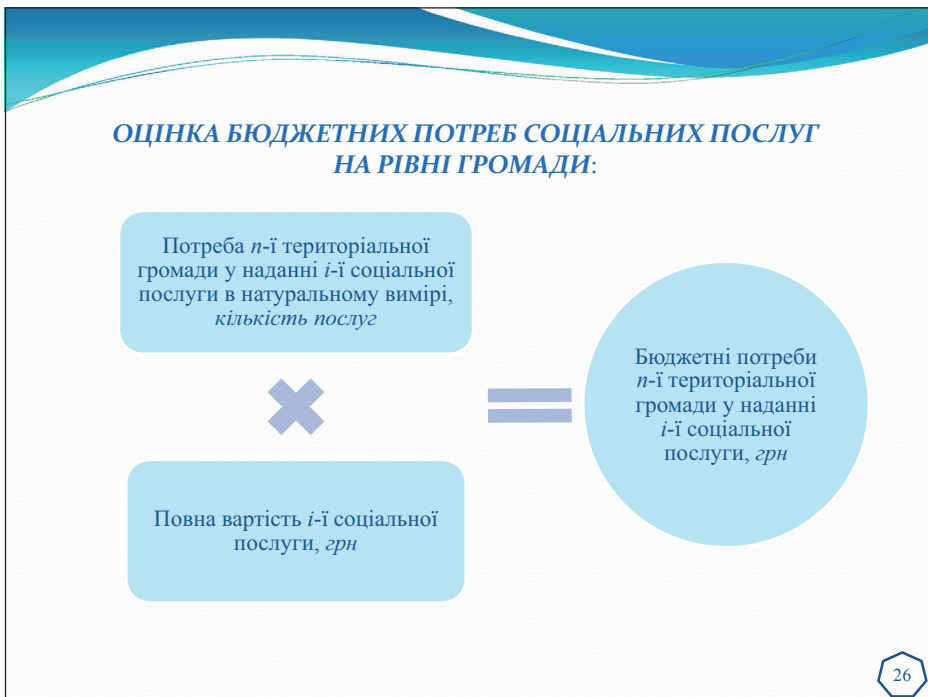
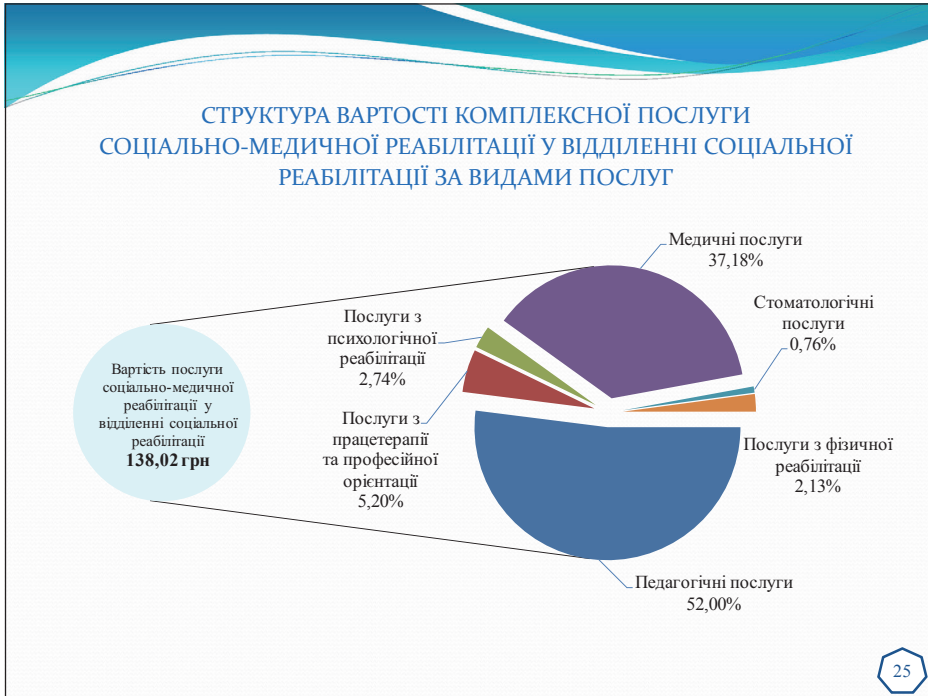


23

**СТРУКТУРА ВАРТІ КОМПЛЕКСНОЇ ПОСЛУГИ
СОЦІАЛЬНО-МЕДИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ У СТАЦІОНАРНОМУ ВІДДІЛЕННІ
ЗА ВИДАМИ ПОСЛУГ**



24



**РОЗРАХУНОК БЮДЖЕТНИХ ПОТРЕБ ТЕРИТОРІАЛЬНИХ ГРОМАД
У ПСИХОЛОГІЧНИХ ПОСЛУГАХ ДЛЯ ДІТЕЙ, ЩО ПОСТРАЖДАЛИ
ВІД НАСИЛЬСТВА В СІМ'І, ЯКІ НАДАЮТЬСЯ В ЦСССДМ У 2013 Р.**

Територіальна Громада	Повна вартість соціальної послуги, грн	Потреба територіальної громади у наданні соціальної послуги в натуральному вимірі, кількість послуг*	Бюджетні потреби територіальної громади у наданні соціальної послуги, грн
	<i>CSC</i>	<i>C</i>	<i>БП</i>
м. Львів	19,22	120	2306,00
Бобровицький район Чернігівської області	20,27	48	972,96

*Для визначення потреби територіальної громади у наданні психологічних послуг у натуральному вимірі використано інформацію Львівського міського ЦСССДМ, Бобровицького районного ЦСССДМ за 2013 р.

27

ВИСНОВКИ ТА ПРОПОЗИЦІЇ (1)

- На основі розроблених методичних підходів до визначення вартості соціальних послуг вразливим категоріям дітей здійснено розрахунок вартості психологічних послуг, що надаються дітям, які постраждали від насильства в сім'ї у ЦСССДМ у м. Києві (Дарницький район), м. Львові, м. Чернігові, м. Приморськ Запорізької області, Бобровицькому районі Чернігівської області.
- Аналіз отриманих результатів розрахунку вартості психологічних послуг, що надаються дітям, які постраждали від насильства, свідчить про можливість практичного застосування розроблених методичних підходів.
- Структурний аналіз вартості психологічних послуг в усіх чотирьох ЦСССДМ показав, що лівову частку витрат на надання послуги становлять витрати на оплату праці.
- Отримана величина вартості психологічних послуг, що фінансуються за рахунок бюджетних коштів, є майже в декілька разів нижчою, ніж їх ринкові аналоги.
- Апробація методики розрахунку вартості комплексних послуг соціально-медичної реабілітації для дітей-інвалідів, які надаються у Чернігівському Обласному центрі соціальної реабілітації дітей-інвалідів, дає підстави для висновку, що найбільшу питому вагу у їх структурі в умовах стаціонару складають медичні послуги (62,45 %), а також педагогічні послуги (19,01 %). В умовах денного відділення соціальної реабілітації центру найбільшу питому вагу у структурі вартості становлять педагогічні послуги (52 %), а медичні послуги – 37,18 %.

28

ВИСНОВКИ ТА ПРОПОЗИЦІЇ (2)

1) удосконалення переліку соціальних послуг у контексті формування детального формалізованого опису процесу надання визначених соціальних послуг, з відповідним визначенням натуральних, часових, вартісних показників, показників якості та результатів надання соціальних послуг отримувачам;

2) групування одностипних установ соціального захисту із затверженого Міністерством соціальної політики України переліку, що надають послуги вразливим категоріям дітей та ознак їх об'єднання для впровадження нормативів на групи установ з диференційованими умовами надання соціальних послуг;

3) розроблення відповідних кількісно вимірюваних стандартів надання соціальних послуг;

4) запровадження системи обліку соціальних послуг вразливим категоріям населення, зокрема дітям, за видами соціальних послуг та категоріями отримувачів соціальних послуг;

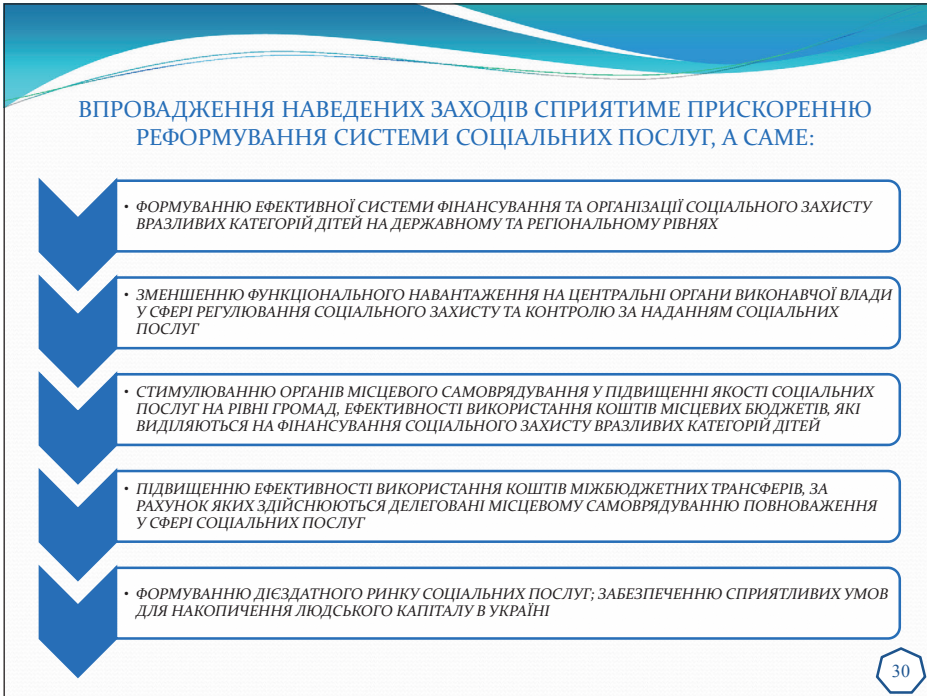
5) розроблення системи обліку та калькулювання витрат на надання окремої соціальної послуги

29

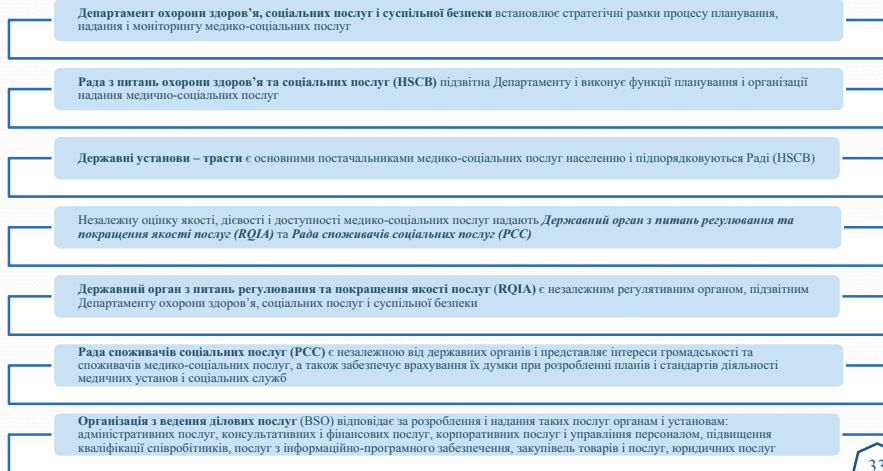
ВПРОВАДЖЕННЯ НАВЕДЕНИХ ЗАХОДІВ СПРЯТИМЕ ПРИСКОРЕННЮ РЕФОРМУВАННЯ СИСТЕМИ СОЦІАЛЬНИХ ПОСЛУГ, А САМЕ:

- ФОРМУВАННЮ ЕФЕКТИВНОЇ СИСТЕМИ ФІНАНСУВАННЯ ТА ОРГАНІЗАЦІЇ СОЦІАЛЬНОГО ЗАХИСТУ ВРАЗЛИВИХ КАТЕГОРІЙ ДІТЕЙ НА ДЕРЖАВНОМУ ТА РЕГІОНАЛЬНОМУ РІВНЯХ
- ЗМЕНШЕННЮ ФУНКЦІОНАЛЬНОГО НАВАНТАЖЕННЯ НА ЦЕНТРАЛЬНІ ОРГАНИ ВИКОНАВЧОЇ ВЛАДИ У СФЕРІ РЕГУЛЮВАННЯ СОЦІАЛЬНОГО ЗАХИСТУ ТА КОНТРОЛЮ ЗА НАДАННЯМ СОЦІАЛЬНИХ ПОСЛУГ
- СТИМУЛЮВАННЮ ОРГАНІВ МІСЦЕВОГО САМОВРЯДУВАННЯ У ПІДВИЩЕННІ ЯКОСТІ СОЦІАЛЬНИХ ПОСЛУГ НА РІВНІ ГРОМАД, ЕФЕКТИВНОСТІ ВИКОРИСТАННЯ КОШТІВ МІСЦЕВИХ БЮДЖЕТІВ, ЯКІ ВИДИЛЯЮТЬСЯ НА ФІНАНСУВАННЯ СОЦІАЛЬНОГО ЗАХИСТУ ВРАЗЛИВИХ КАТЕГОРІЙ ДІТЕЙ
- ПІДВИЩЕННЮ ЕФЕКТИВНОСТІ ВИКОРИСТАННЯ КОШТІВ МІЖБЮДЖЕТНИХ ТРАНСФЕРІВ, ЗА РАХУНОК ЯКИХ ЗДІЙСНЮЮТЬСЯ ДЕЛЕГОВАНІ МІСЦЕВОМУ САМОВРЯДУВАННЮ ПОВНОВАЖЕННЯ У СФЕРІ СОЦІАЛЬНИХ ПОСЛУГ
- ФОРМУВАННЮ ДІЄЗДАТНОГО РИНКУ СОЦІАЛЬНИХ ПОСЛУГ; ЗАБЕЗПЕЧЕННЮ СПРИЯТЛИВИХ УМОВ ДЛЯ НАКОПИЧЕННЯ ЛЮДСЬКОГО КАПІТАЛУ В УКРАЇНІ

30



ОСНОВНІ СУБ'ЄКТИ СИСТЕМИ ПЛАНУВАННЯ, НАДАННЯ ТА МОНІТОРИНГУ МЕДИКО-СОЦІАЛЬНИХ ПОСЛУГ У ПІВНІЧНІЙ ІРЛАНДІЇ



33

СТАДІЇ ЦИКЛУ ЗАМОВЛЕННЯ МЕДИКО-СОЦІАЛЬНИХ ПОСЛУГ У ПІВНІЧНІЙ ІРЛАНДІЇ



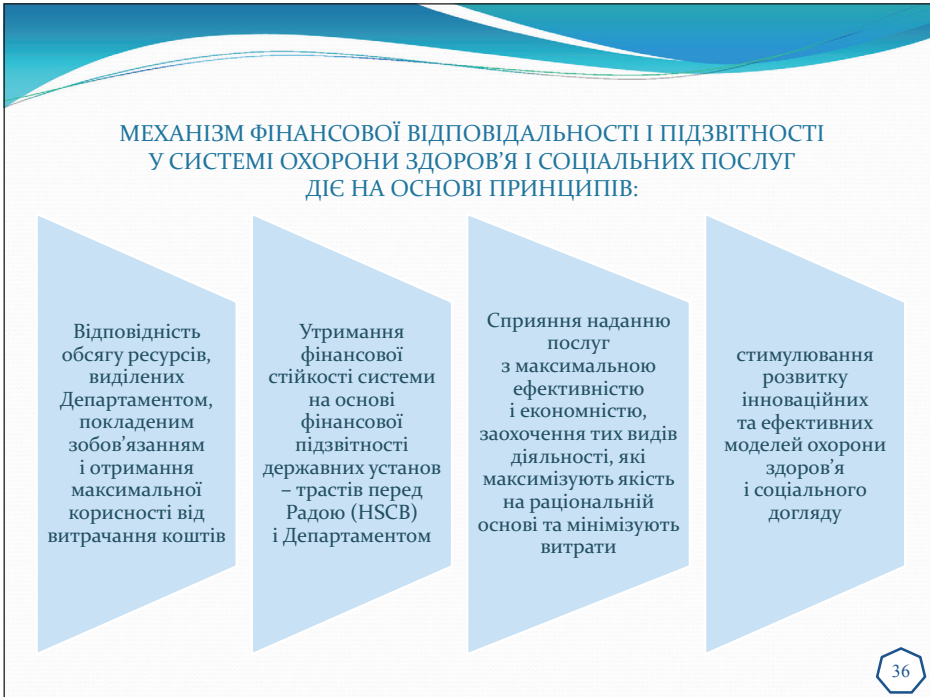
Замовлення медико-соціальних послуг розглядається як кільцевий процес. Усі види діяльності уповноважених органів і установ організовані таким чином, щоб оцінка потреб, стратегічне планування, отримання ресурсів, укладення угод з постачальниками та оцінка результативності мали зворотної зв'язок і впливали на планування послуг у наступному періоді (з урахуванням фактичних результатів).

34

СХЕМА РОЗПОДІЛУ БЮДЖЕТНОГО ФІНАНСУВАННЯ НА НАДАННЯ МЕДИКО-СОЦІАЛЬНИХ ПОСЛУГ У ПІВНІЧНІЙ ІРЛАНДІЇ



МЕХАНІЗМ ФІНАНСОВОЇ ВІДПОВІДАЛЬНОСТІ І ПІДЗВІТНОСТІ У СИСТЕМІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я І СОЦІАЛЬНИХ ПОСЛУГ ДІЄ НА ОСНОВІ ПРИНЦИПІВ:



ПОКАЗНИКИ ДОГЛЯДУ ЗА ДІТЬМИ БЕЗ БАТЬКІВСЬКОГО ПІКЛУВАННЯ У ПІВНІЧНІЙ ІРЛАНДІЇ

На утриманні держави в 2011/2012 фінансовому році перебувало 2177 дітей, позбавлених батьківського піклування, із них: 89 % дітей – в прийомних сім'ях або під опікою родичів, 11 % – у дитячих будинках різних форм власності.

У Північній Ірландії діє 52 державних і приватних заклади для утримання дітей-сиріт (дитячих будинків), кожний з яких розрахований у середньому на 6–7 дітей.

На утримання дітей у дитячих будинках держава витрачала у середньому 9,67 тис. ф. ст. в місяць на одну дитину. У прийомних сім'ях на одну дитину в місяць виділялося 1,37 тис. ф. ст. допомоги

37

ІНСТИТУЦІЙНІ ОСОБЛИВОСТІ СИСТЕМИ СОЦІАЛЬНИХ ПОСЛУГ У НІМЕЧЧИНІ

Законодавство вимагає, щоб держава і органи місцевого самоврядування не створювали власних соціальних служб там, де подібні служби вже створені за приватною ініціативою вільних об'єднань. «Вільні об'єднання» – недержавні постачальники соціальних послуг: релігійні конфесії та пов'язані з ними установи, сімейні, дитячі та молодіжні організації, благодійні організації, фонди і союзи. Вони надають різноманітні соціальні послуги сім'ям, дітям і молоді

Соціальна робота у «вільних об'єднаннях» користується переважним правом порівняно з державною соціальною роботою. Діє так званий принцип субсидіарного права. Співпраця між місцевими органами управління і благодійними асоціаціями включає спільне планування, розподіл обов'язків і функцій, а також умов співпраці

Благодійні організації отримують фінансування або компенсації за більшість наданих ними соціальних послуг з місцевих бюджетів. Компенсації за надані соціальні послуги з державних фондів або бюджету становлять до 80 % їхніх загальних надходжень

38

ФОРМИ ВЛАШТУВАННЯ ДІТЕЙ У НІМЕЧЧИНІ

Інституційне виховання

- це виховання в установах для дітей без батьківського піклування, зокрема в дитячих будинках сімейного типу

«Непрофесійна» (опікунська) сім'я

- замінює дитині рідну, опікуни отримують гроші від держави на утримання дитини

«Професійна» сім'я

- прийомна сім'я, патронатна сім'я і сімейна виховна група. Приймні батьки мають повноваження опікунів, отримують допомогу від держави на утримання дитини і зарплату за її виховання. Сімейна виховна група призначена для тимчасового утримання дитини

Сироти і діти з неблагополучних сімей живуть здебільшого в прийомних сім'ях. У рамках інституційної системи діють так звані дитячі комуні – звичайні квартири або будинки, де у кожної дитини є своя кімната і вона перебуває під постійним наглядом вихователів. Увага зосереджується на індивідуальній роботі з дітьми і збереженні зв'язків із батьками

Групи спільного проживання для підлітків: в одній великій будівлі облаштовуються квартири для дітей або підлітків однієї статі. На окремих поверхах живуть вихователі і соціальні педагоги, які працюють позмінно і здійснюють цілодобовий догляд і спостереження за дітьми

39

РЕФОРМУВАННЯ СИСТЕМИ СОЦІАЛЬНОГО ЗАХИСТУ ДІТЕЙ У БОЛГАРІЇ



40

ДИТЯЧІ «ГРУПИ РИЗИКУ» У БОЛГАРІЇ

Відповідно до болгарського законодавства до «групи ризику» належить дитина, яка:

не має батьків, або позбавлена батьківського піклування

стала жертвою насилья, експлуатації, інших форм негуманної поведінки у сім'ї або поза її межами

стикається з небезпекою нанесення шкоди фізичному, розумовому, моральному, інтелектуальному і соціальному розвитку

має фізичну або розумову інвалідність чи хворобу, яка важко піддається лікуванню

Місцеві управління соціальної допомоги зобов'язані

1) скласти і оновлювати реєстри дітей, які:

- потребують спеціального захисту;
- перебувають під захистом поліції;
- претендують на усиновлення;
- переведені до сімей родичів або близьких;
- влаштовані у прийомні сім'ї;
- розміщені у спеціалізованих установах

2) вести реєстри прийомних сімей і неприбуткових організацій, які працюють за програмами захисту прав дітей

41

ДЕІНСТИТУЦІОНАЛІЗАЦІЯ СИСТЕМИ ДОГЛЯДУ ЗА ДІТЬМИ ТА СОЦІАЛЬНІ ПОСЛУГИ СІМ'ЯМ З ДІТЬМИ

Основними засобами деінституціоналізації системи догляду за дітьми стали:

а) визначення чітких та об'єктивних критеріїв для влаштування дітей у дитячі будинки;

б) упровадження індивідуальних підходів і методик захисту й догляду за дітьми в усіх установах, які надають соціальні послуги дітям;

в) створення правової бази і регулятивної системи для розвитку альтернативних форм догляду за дітьми

Соціальні послуги із заміщення сім'ї у Болгарії практикуються такі форми виховання дітей у прийомних сім'ях:

а) волонтерське;

б) професійне;

в) короткострокове;

г) довгострокове;

д) заміщуюче

Розширення асортименту та підвищення якості соціальних послуг сім'ям з дітьми:

заходи для попередження відмови матерів від новонароджених;

сприяння поверненню дітей із соціальних установ до сімей;

надання допомоги батькам і сім'ям

42

ПІДТРИМКА РЕФОРМ МІЖНАРОДНИМИ ОРГАНІЗАЦІЯМИ ТА РОЛЬ НПО

Реконструкція системи соціального захисту дітей у Болгарії реалізувалася за підтримки Світового банку та ЄС. За стандартами ЄС нові соціальні послуги апробуються у рамках пілотного проєкту, який реалізує неприбуткова організація (НПО) у співробітництві з місцевою владою. Після успішної апробації подається заявка на фінансування відповідної послуги державою. Згодом, отримавши фінансування, муніципалітет або самостійно організовує надання послуги своїми органами і установами або проводить тендер для залучення НПО

При закритті і перепрофілюванні будинків – інтернатів НПО зазвичай займається пошуком сімей для влаштування дітей – вихованців інтернату, організацією переїзду дітей і супроводженням їх адаптації до нових умов, навчанням батьків і місцевих соціальних працівників з метою створення сприятливої атмосфери для дітей у нових домівках

43

ЗАПРОПОНОВАНІ ЗАХОДИ З ІМПЛЕМЕНТАЦІЇ НАЙКРАЩОГО ЗАРУБІЖНОГО ДОСВІДУ:

Впровадження Міністерством соціальної політики України механізму планування соціальних послуг на основі «циклу замовлення соціальних послуг» з включенням основних етапів: планування, купівля послуг, моніторинг. Методичні підходи до такого механізму слід розробити, базуючись на успішному досвіді його практичної реалізації у Великобританії

Відповідно до принципів децентралізації владних повноважень в Україні, запропоновано при визначенні обсягу фінансування соціальних послуг адміністративно-територіальних одиниць включити вагові коефіцієнти, що враховують потреби територіальних громад, а саме: кількість населення; вікова і гендерна структура населення; частка сільського і міського населення; різниця у рівнях «депривації» територіальних громад; кількість та структура вразливих категорій дітей адміністративно-територіальної одиниці

Врегулювання питання розпорощеності функцій планування, надання та контролю за якістю соціальних послуг для вразливих категорій дітей між різними органами виконавчої влади на державному та місцевому рівнях

Забезпечення умов для формування ефективного зворотного зв'язку від отримувачів соціальних послуг до їх постачальників

Розвиток механізмів організаційної підтримки та фінансування сімейних форм виховання / утримання дітей для дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування, дітей з інвалідністю та дітей у складних життєвих обставинах

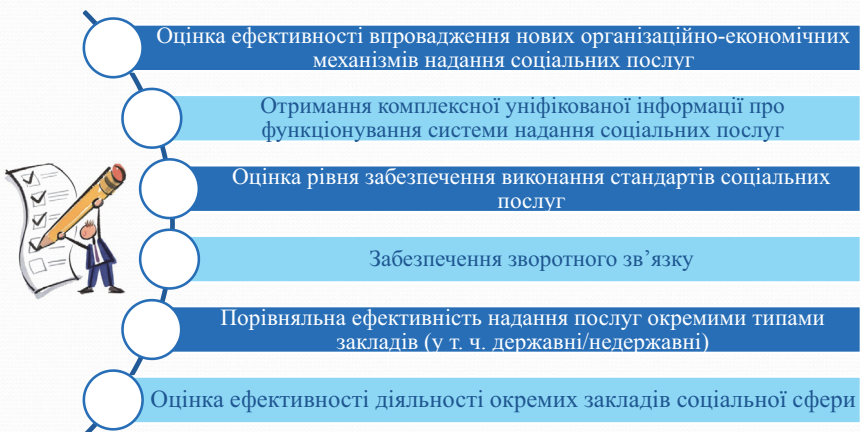
Проведення заходів з перепрофілювання, реструктуризації і закриття інтернатних закладів, надання якісніших та індивідуалізованих послуг в інтернатах, які залишилися

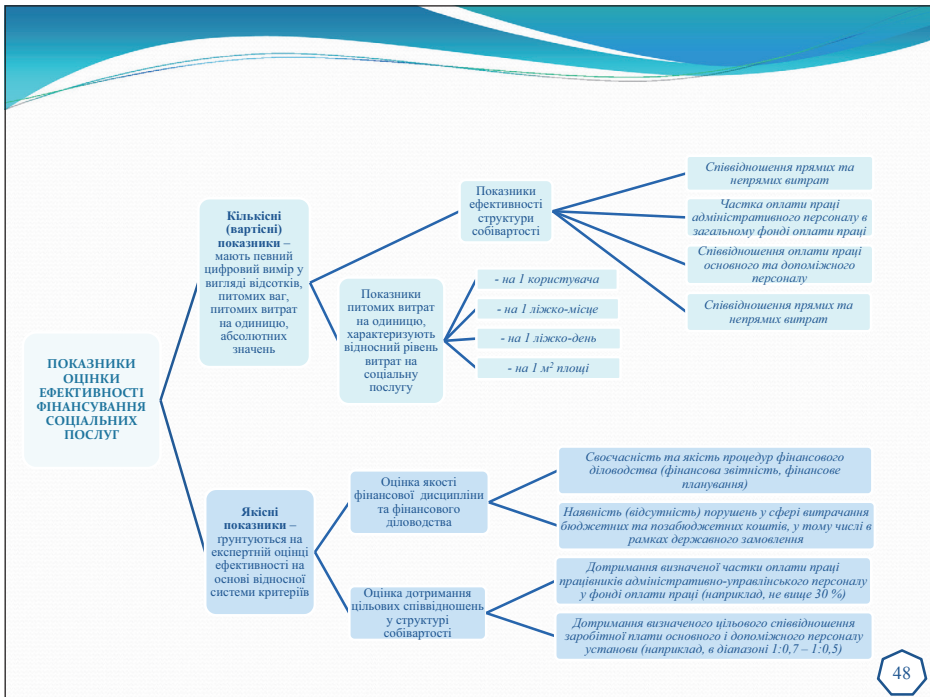
Залучення неурядових організацій та розвиток конкурентного ринку соціальних послуг вразливим категоріям дітей

Удосконалення нормативно-правового забезпечення процесу децентралізації владних повноважень у системі соціального захисту вразливих категорій дітей, посилення спроможності місцевих органів влади щодо організації, планування та фінансування якісних соціальних послуг дітям

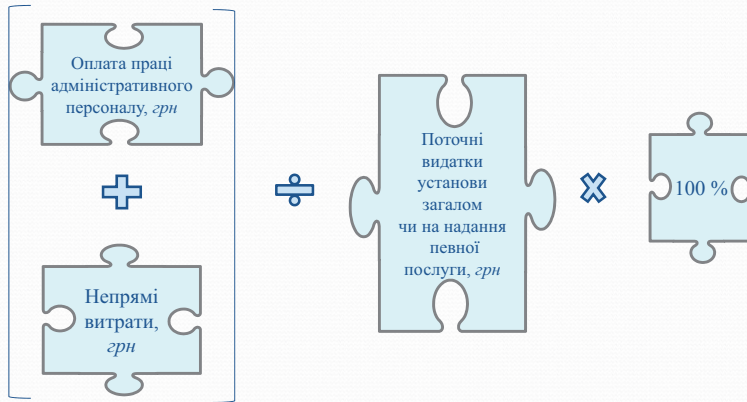
44

4

**ПОКАЗНИКИ ЕФЕКТИВНОСТІ ФІНАНСУВАННЯ
СОЦІАЛЬНИХ ПОСЛУГ ВРАЗЛИВИМ КАТЕГОРІЯМ ДІТЕЙ****ЗАВДАННЯ СИСТЕМИ МОНІТОРИНГУ ЕФЕКТИВНОСТІ НАДАННЯ ТА
ФІНАНСУВАННЯ СОЦІАЛЬНИХ ПОСЛУГ:**

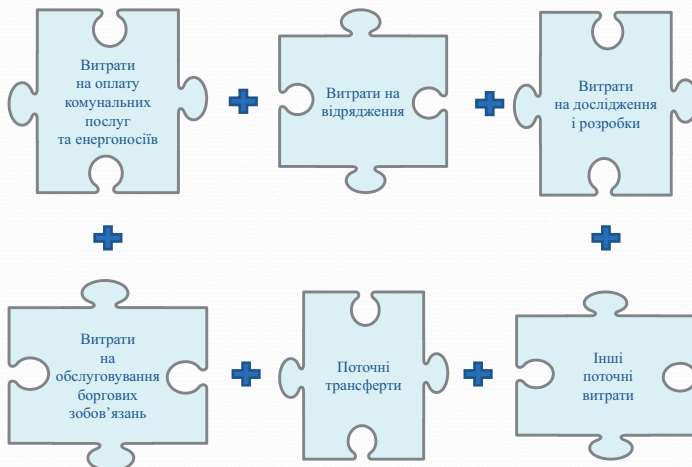

48

КОЕФІЦІЄНТ ЕФЕКТИВНОСТІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ВИТРАТ :

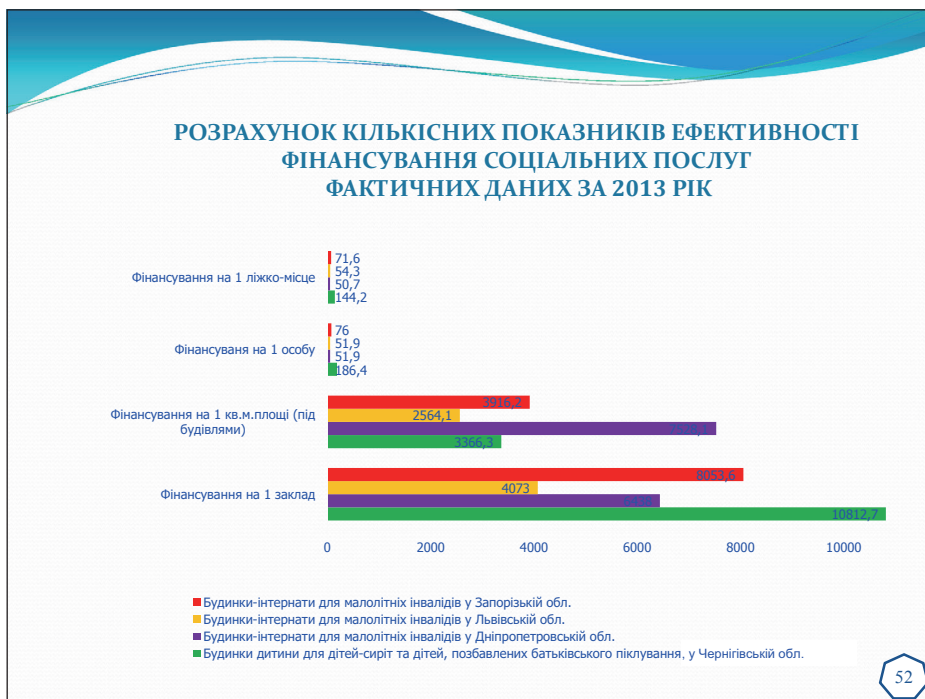
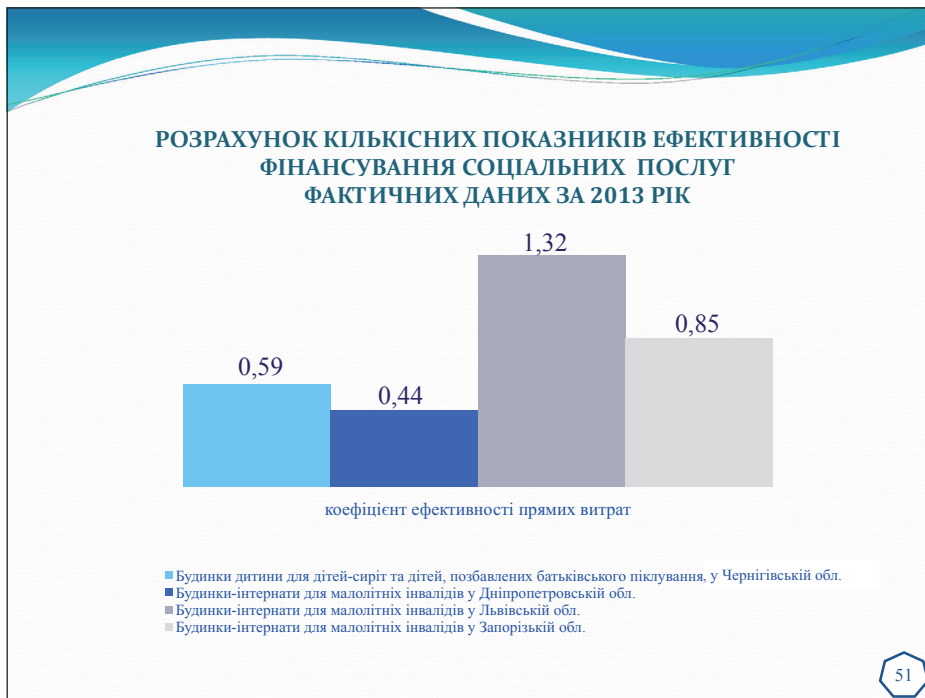


49

НЕПРЯМІ ВИТРАТИ, грн =



50



РЕКОМЕНДАЦІЇ ЩОДО ВДОСКОНАЛЕННЯ ОЦІНЮВАННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ СОЦІАЛЬНИХ УСТАНОВ:



УЗАГАЛЬНЕНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ ЩОДО ЗАПРОВАДЖЕННЯ СИСТЕМИ ОЦІНЮВАННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ СОЦІАЛЬНИХ ПОСЛУГ:

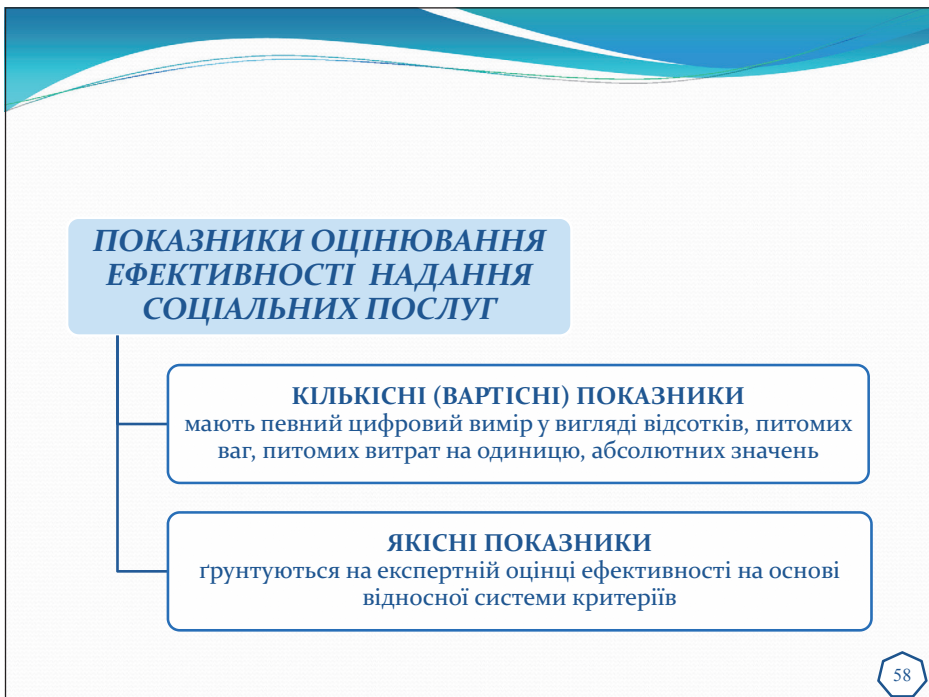


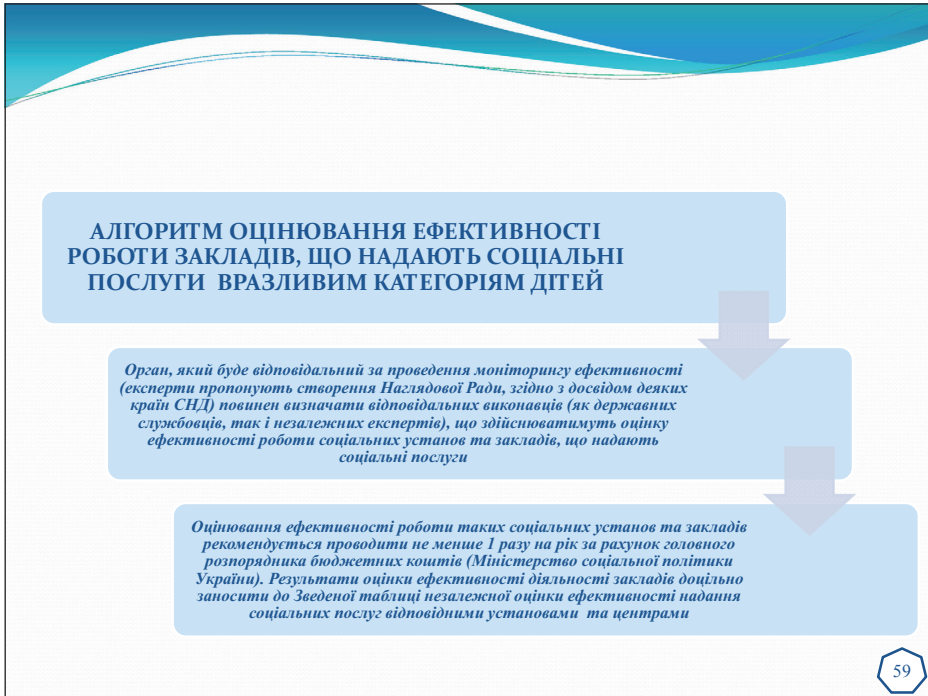
5

ПОКАЗНИКИ ЕФЕКТИВНОСТІ НАДАННЯ СОЦІАЛЬНИХ ПОСЛУГ ВРАЗЛИВИМ КАТЕГОРІЯМ ДІТЕЙ

ПРОБЛЕМАТИКА СИСТЕМИ НАДАННЯ СОЦІАЛЬНИХ ПОСЛУГ В УКРАЇНІ:

- Відсутність ефективних механізмів раннього виявлення осіб, та планування і надання соціальних послуг на рівні адміністративно-територіальної одиниці
- Залежність від можливостей наявної мережі установ та закладів комунальної власності, які надають соціальні послуги
- Відсутність системної роботи із залучення громадських, благодійних та релігійних організацій до надання соціальних послуг
- Відсутність орієнтованості на запобігання виникненню складних життєвих обставин
- Відсутність формування у вразливих верств населення навичок реінтеграції у суспільство







ДЕТАЛІЗАЦІЯ ПОКАЗНИКІВ ОЦІНЮВАННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ СОЦІАЛЬНИХ УСТАНОВ:



НАУКОВЕ ВИДАННЯ

Павлюк Клавдія Василівна
Степанова Олена Вікторівна
Богдан Іван Віталійович
Іголкін Ігор Васильович

**ФІНАНСУВАННЯ СОЦІАЛЬНИХ ПОСЛУГ
ДЛЯ ВРАЗЛИВИХ ВЕРСТВ НАСЕЛЕННЯ
(дітей-інвалідів)**

Відповідальний за випуск
В. Д. Королюк

Редактори:
С. В. Бартош, О. В. Нефедова

Коректори:
С. В. Зюбенко, Н. Г. Пузиренко

Комп'ютерна верстка
Г. Г. Пузиренка

Формат 70×100/16. Ум. друк. арк. 8,13. Наклад 300 прим.

Видавець: Державна навчально-наукова установа "Академія фінансового управління"
04119, м. Київ, вул. Дегтярівська, 38–44, тел./факс: (044) 277-51-15.
Свідоцтво суб'єкта видавничої справи ДК № 4348 від 08.08.2012.

