



СОЦІАЛЬНА ІНФРАСТРУКТУРА ЯК ФАКТОР ЗБЕРЕЖЕННЯ ДЕМОГРАФІЧНОГО ПОТЕНЦІАЛУ КРАЇНИ

*В. М. Новіков,
доктор економічних наук, професор,
завiдувач вiддiлу Інституту демографії
та соціальних досліджень НАН України*

Можливості регулювання демографічних процесів визначаються масштабами розвитку і механізмами функціонування соціальної інфраструктури, реформування якої має враховувати завдання демографічної політики. Очевидним недоліком попередніх років розвитку соціальних галузей в Україні є недостатня увага до демографічних проблем. Першочергова перспективна мета розвитку соціальних галузей – створення сприятливих можливостей для демографічного оздоровлення і формування передумов для поступової стабілізації чисельності населення і забезпечення сталої тенденції до підвищення якості демографічного потенціалу. При цьому національні пріоритети треба пов'язувати із цілями і завданнями глобального характеру.

Демографічний потенціал, що характеризується змінами чисельності населення та якісними структурними параметрами, концентрує у собі результати економічних і соціальних реформ і, отже, є об'єктом розширеного відтворення. Водночас він має власну внутрішню логіку розвитку, що залежить від багатьох суб'єктивних чинників, які утворюють складний і опосередкований механізм впливу на демографічні процеси, що піддається науковому передбаченню у контексті еволюційної динаміки.

З розвитком глобалізаційних процесів, міжнародної економічної та соціальної інтеграції очевидною стає теза, що демографічний стан країни є одним із найважливіших чинників, що визначають її місце у світовій економіці. Якщо 10–15 років тому вирішальне значення для демографічних процесів мало національне середовище, обмежене державними кордонами, то з початком глобалізації демографічні проблеми набувають нового змісту, відображаючи, зокрема, підвищення якості робочої сили, активізацію трудової міграції працівників на внутрішньому і субрегіональному ринках праці тощо.

З початку 90-х років ХХ століття в Україні відчуваються помітні зміни у структурі населення, що призвели до зниження її демографічного потенціалу. Чисельність населення зменшилася з 52,2 млн.чол. у 1993 р. до 47,2 млн.чол. у 2003р. Фактично демографічні втрати становили 5 млн.чол. Зменшення населення зумовлене насамперед його природним скороченням. На цей чинник припадає 72% демографічних втрат. У 2003р. частка природного скорочення становила 96,8%. Фактор міграції у зменшенні населення дорівнював 3,2%.

На тлі постійного скорочення кількості народжуваних негативно виглядає процес зростання смертності. Якщо протягом 1970–1979 рр. вага смертності у вікових групах до 14 років становила 0,1, для групи 15 – 59 років – 0,9, для групи 60 років і старше – 0,3, то за період 1989–2002 рр. – відповідно 0,17, -2,11 та -0,92. Тобто дія фактора смертності у зменшенні тривалості життя населення помітно посилилась.

Спостерігається зниження інтенсивності народжуваності. Динаміка сумарного коефіцієнта народжуваності свідчить про зростаючі масштаби одностатності і бездітності. На початку 90-х років цей показник становив в Україні 1,9 дитини (на сім'ю), а в останні роки дорівнює близько 1,3. Негативні тенденції у динаміці народжуваності посилювалися протягом 90-х років, обумовлюючи поглиблення депопуляції.

Рівень народжуваності в Україні слід оцінювати як вкрай недостатній, оскільки він давно не забезпечує простого відтворення населення.

Негативна тенденція зменшення чисельності населення і його природного приросту є значною мірою наслідком регресивних зрушень у стані здоров'я людей і медичному забезпеченні. Упродовж останніх 12 років постійно скорочувалася питома вага умовно здорових людей у загальній кількості населення України. За даними Міністерства охорони здоров'я, лише 60% населення вважаються умовно здоровими, решта потребує системного лікування. Проте ця інформація не є повною і потребує додаткового дослідницького інструментарію для більш точної оцінки масштабів і напрямів соціальних процесів. Наприклад, за розрахунками Держкомстату України, питома вага осіб, визнаних умовно здоровими, у загальній кількості населення зменшилася протягом 1991–2002 рр. на 23% і становить зараз 39,6%. Різні методичні підходи до оцінки здоров'я населення показують неоднакові результати і потребують узгодження. Очевидно, що об'єктивна оцінка здоров'я населення знаходиться між цими крайніми показниками.

Найгостріші проблеми здоров'я концентруються у захворюваності, інвалідності і смертності від хвороб системи кровообігу, новоутворень і таких соціально небезпечних інфекційних хвороб, як туберкульоз і СНІД.

У структурі захворюваності населення здебільшого переважали хронічні неінфекційні хвороби. За дванадцять минулих років збільшився рівень захворюваності на туберкульоз у 2,2 раза (з 31,9 до 69,5 на 100 тис. населення), а рівень смертності від туберкульозу – у 2,8 раза (з 8,1 до 22,4 на 100 тис. населення). Перевищення показників смертності над захворюваністю можна пояснити погіршенням умов лікування і ускладненням захворюваності на туберкульоз. Кількість важких і занедбаних форм туберкульозу має за останні роки тенденцію до зростання. З'явилася нова проблема – збільшення випадків мультирезистентного туберкульозу. Найчастіше туберкульоз вражає людей працездатного і репродуктивного віку. Щороку в Україні виявляють понад 36 тис. хворих на туберкульоз, понад 10 тис. з них помирають, стільки ж стають інвалідами. Найнебезпечнішим є промисловий південно-східний регіон, де рівень захворюваності набагато перевищує середній показник по Україні.

Щорічно в Україні реєструється більше 7 тис. ВІЛ-інфікованих. Епідемія СНІДу охопила більшість регіонів України. Кількість хворих на СНІД з уперше встановленим діагнозом перевищує 1350 чол. Розпочавшись поодинокими випадками інфікування, епідемія набрала загрозливого характеру.

Деякі показники поліпшення охорони здоров'я не можуть виправити незадовільну загальну медико-демографічну ситуацію. При зменшенні материнської і дитячої смертності спостерігається високий рівень захворюваності і медичних ускладнень цих контингентів населення. Серед підлітків надто високою є частка тих, що захворіли на новоутворення, хвороби системи кровообігу, нервової системи і деяких інших, що традиційно вважаються хворобами старості.

Незадовільним є стан репродуктивного здоров'я жінок, що негативно позначається на демографічній ситуації, спричиняючи подальше зниження народжуваності і погіршення якості трудового потенціалу. Нині майже половина осіб працездатного віку має різні хронічні захворювання, що свідчить про низький потенціал здоров'я трудових ресурсів країни. Характерною рисою є підвищення індексу смертності чоловіків у віці 30 років і старше, що пояснюється підвищеним фізичним і психологічним навантаженням на чоловіків при виконанні ними ролевої функції у сім'ї.

Зниження показника фертильності і відносно невисока тривалість життя жінок в Україні, що на 7,5 років менша, ніж у країнах Європейського Союзу, об'єктивно порушує питання використання гендерних індикаторів при оцінці демографічних процесів. Гендерний вектор відтворення демографічного потенціалу набуває надто актуального значення. По суті, жодна соціально-економічна проблема в Україні не може бути відображена адекватно поза цим кутом зору.

Однак стереотип гендерної політики, що склався, стійко обертається, в основному, навколо проблем жінок: фізичного стану і захисту їх соціально-трудова прав, вирівнювання ролевих функцій у сім'ї за рахунок створення належних умов для поєднання жінками сімейних і професійних обов'язків. Як правило, при регулюванні відносин між чоловіками та жінками і знятті суперечностей між ними в економічній і побутовій сферах підтримку держави отримують останні. Надання переваг жінкам у здійсненні гендерної політики цілком закономірно, проте не слід допускати її одностороннього тлумачення. Формулювання завдань, що ставляться для її реалізації, повинні мати подвійне значення як для жінок, так і для чоловіків. На актуальність розширеного трактування гендерної рівності вказує ряд статистичних показників групування населення за статтю.

В Україні чоловіки в середньому живуть 62 роки, жінки – на 11,5 років довше. Вражаючою є смертність чоловіків у працездатному віці, яка становить 136 тис. осіб на рік, жінок – 36,1 тис. [3]. Фактично на один випадок смертності у жінок припадає більше 3,7 випадків смертності у чоловіків. Коефіцієнт смертності від причин, що безпосередньо пов'язані зі зловживанням алкоголю, підвищився з 26,5 у 1991р. до 45,7 у 2002р. серед чоловіків та з 5,2 до 10,7 серед жінок у розрахунку на 100 тис. населення. Від хронічного алкоголізму, випадків отруєння алкоголем, алкогольного психозу, цирозу печінки чоловіків вмирає у 3,7 раза більше, ніж жінок [2, с.303]. Якщо для всього населення імовірність прожити повністю весь працездатний вік скоротилася з 1984р. з 81% до 74%, то для чоловіків – з 73% до 63% [1, с.117].

Порівняно із жінками чоловіки частіше накладають на себе руки. Рівень смертності від самогубств за цей період виявив тенденцію до стабілізації і навіть до зменшення у жінок із 8,5 до 8,4, то у чоловіків він підвищився з 34,9 до 46,5 [2, с.304]. Приблизно 95% випадків раку легенів від тютюнового паління зафіксовано у чоловіків. Рівень смертності від туберкульозу у чоловіків підвищився з 1991 року у 2,0 рази і жінок – у 2,2 рази. Проте серед туберкульозних хворих чоловіки складають найчисленнішу статеву групу. Захворюваність на туберкульоз у чоловіків у розрахунку на 100 тис. населення у 7,6 раза вища, ніж у жінок [2, с.92, 301]. Переважна більшість наркоманів, а також і хворих на ВІЛ/СНІД – чоловіки.

Українська асоціація планування сім'ї, благодійний фонд "Здоров'я жінки і планування сім'ї", Канадсько-український гендерний фонд, за результатами проведеного нещодавно дослідження, констатували небезпечний стан статевого і репродуктивного здоров'я чоловіків. При цьому чоловіки не задіяні у жодній програмі, що стосується поліпшення їх доступу до послуг у галузі охорони репродуктивного здоров'я.

Порушені питання свідчать про те, що сьогодні в Україні надто актуальними є питання щодо репродуктивної культури чоловіків і створення спеціальних служб, які відповідали б потребам статевих груп.

Отже, нинішній стан демографічного потенціалу України визначається депопуляцією, погіршенням здоров'я населення, є наслідком послаблення функцій і процесів репродуктивної системи.

Недостатнім є і рівень наших знань щодо шляхів і механізмів регулювання демографічних процесів. Складність вивчення соціодемографічної динаміки полягає у самому понятті населення як специфічного і складного феномену суспільного життя. У сучасному світі під впливом глобалізаційних процесів складається ситуація, що не лише вносить коригуючі зміни у поведінку людини, а потребує нової моделі формування людського капіталу.

Якість мотиваційної поведінки людей визначається тим, наскільки вони здатні виявляти творчі здібності, комунікабельність, мобільність і пристосовуватися до умов життя. Підготовленість до необхідної трансформації лежить у руслі нової парадигми розвитку, де акценти зміщуються із рівня на якість життя, що, безперечно, започатковується у достойному рівні життя. Тому перетворення у людському капіталі пов'язані як зі зменшенням поляризації у добробуті населення, так й розвитком освіти і сучасних інформаційних технологій, забезпеченням зв'язку міжгенераційної передачі культури, доступу до послуг охорони здоров'я, розширенням рекреаційно-туристичного обслуговування, забезпеченням гендерної рівності у суспільстві.

Використовуючи потенційний ефект мультиплікативного впливу соціальної інфраструктури на весь комплекс життєвих умов, можна опосередковано впливати на поведінку населення. При цьому мотиваційність, тобто вся соціальна поведінка людей, певною мірою детермінується сучасними глобалістськими тенденціями.

Для визначення особливостей регулювання соціальної інфраструктури у руслі відтворення демографічного потенціалу важливо чітко з'ясувати глибоко фундаментальну обумовленість соціодемографічних змін факторами глобалізації та економічної інтеграції.

Глобалізація у нинішній початковій стадії відбувається суперечливо. Глобальні економічні процеси надто складні і багатошарові. Охоплюючи геоекономічні і макроекономічні зв'язки, вони, тим не менше, впливають на особистість, сімейні відносини, зайнятість та інші чинники ознак демографічної ситуації.

Орієнтація на економічне зростання, за умов інтеграції і відкритості національної економіки, без компенсуючих і страхових механізмів згубна для людського потенціалу. Особистість як власник робочої сили стикається з обмеженими адаптаційними можливостями, стресами, психологічним дискомфортом, що поступово деформують демографічну ситуацію.

Для нейтралізації негативних економічних процесів важливо відслідковувати їх і створювати соціальні структури, які гармонізують відносини держави і громадян, працівників і роботодавців, міжсімейні стосунки. Позитивна еластичність суспільно-економічних і сімейних зв'язків та відносин повинна формуватися державними, некомерційними і страховими структурами. Особливого значення набуває розвиток корпоративної культури як невід'ємного елементу сучасного бізнесу і потужного важеля гуманізації трудових відносин.

Процеси глобалізації і прискорена інтеграція у світову економіку, згідно з даними Світового банку, призводять до концентрації економічних ризиків у групі бідних країн, що відповідно загострює проблеми у соціальній сфері на ринку праці, а отже, негативно позначається загалом на демографічній політиці в Україні.

У нових умовах утворення єдиного внутрішнього ринку країн Європи утвердилася концептуальна трактовка соціальної політики як його важливого структурного елементу. З кінця 80-х і початку 90-х років минулого століття роль соціального фактора інтеграції значно зросла. Збереження соціальних функцій за національними державами стає економічно і політично невиправданим і долається шляхом вирівнювання умов соціального розвитку. Необхідно, щоб цей процес відбувався з орієнтацією на регулятивні норми, стандарти і гарантії, закріплені у міжнародних документах: Європейській соціальній хартії, рекомендаціях і конвенціях ООН, МОТ, а також рішеннях СОТ та інших установ.

Позитивний євроінтеграційний процес має й негативний бік. Соціально-демографічна детермінанта ринку праці та якісний склад робочої сили перебувають під впливом деформованої структури виробництва, що слабо адаптується до інтеграційних процесів в економіці. Вже зараз відчувається зниження попиту на кваліфікованих працівників і, навпаки, підвищення на малокваліфікованих.

Демографічний фактор, перш за все, зумовлює тиск на ринок праці незайнятої молоді, груп населення із високим освітнім і професійно-кваліфікаційним рівнем. Працевлаштування перших нерідко обмежується невідповідністю їх освіти вимогам ринку праці, других — змінами структури зайнятості і складу ринку праці. Використання простих технологій внаслідок розповсюдження стандартного виробництва у країнах із периферійною економікою, у т.ч. українською, призводить до виштовхування кваліфікованих працівників із ринку праці. При цьому посилюється гендерна асиметрія на виробництві, а втрата можливості переміщення на інші робочі місця змушує працівників миритися з порушенням їхніх трудових прав.

Аналіз загальної демографічної і соціальної ситуації показує значну невідповідність здійснюваних реформ соціально-демографічним пріоритетам. Тому стратегія реформ має бути скоригована у плані реалізації принципів і критеріїв сталого людського розвитку, створення достатніх умов для життєзабезпечення населення, посилення його економічної активності, доступу до основних соціальних благ.

За експертними розрахунками, реформування усього комплексу соціальної інфраструктури має підвищити рівень фінансування соціальних програм удвічі — з 15 до 30% ВВП.

Невідкладного реагування на кризовий стан демографічного потенціалу потребує проблема із заробітною платою та доходами населення. Зміна джерел соціального забезпечення протягом останніх років свідчить, що державний ресурс є вичерпаним у довгостроковій перспективі і глобальному плані. Навіть у зразкових соціальних державах (Швеції, Норвегії) соціальні потреби населення на третину задовольняються за рахунок заробітної плати.

Позитивна динаміка заробітної плати забезпечить виконання нею функцій відтворення якості робочої сили, вирішення проблем бідності, соціального захисту, а отже, відтворення демографічного потенціалу.

Пріоритетне значення соціальної політики — підвищення заробітної плати — полягає у забезпеченні еластичності оплати праці щодо зростання ВВП. Статистичні дані про випереджаюче зростання середньомісячної заробітної плати відбивають лише розподіл, а не формування фонду оплати праці. За ними фактично приховується процес відтворення диференціації оплати праці в міру її підвищення. Тому, з нашої точки зору, з метою надання сталості розвитку демографічного потенціалу, необхідно кардинально вирішити питання про синхронізацію оплати праці та прибутку підприємств. Поки це завдання не має задовільного вирішення із позицій стимулювання мотивації до підвищення якості трудового і демографічного потенціалу.

Важливим завданням є посилення мотиваційної ролі заробітної плати працівників бюджетної сфери. Необхідно переглянути систему оплати праці у бюджетних організаціях з тим, щоб підвищити якість обслуговування населення, забезпечити доступність послуг для усіх його верств. Особливість реформування оплати праці бюджетників полягає в тому, що її ініціювання доцільно поєднувати з організаційними перетвореннями та реструктуризацією галузей соціальної сфери. Це дасть можливість забезпечити очікуваний соціальний ефект навіть при відносній (не виключено, що й абсолютній) економії бюджетних коштів.

Головним компонентом системи оплати праці у бюджетних організаціях є тарифна сітка, розроблена за єдиними принципами оплати і стимулювання праці, що забезпечує міжгалузеву і міжпосадову оптимізацію заробітної плати з урахуванням складності праці й територіальних особливостей трудової діяльності.

Досвід країн з ринковою економікою свідчить, що у період соціально-економічних труднощів уряд активно втручається у регулювання трудових відносин соціальної сфери. Реорганізація системи оплати праці нерідко досягається за рахунок відмови від прийнятих тарифно-кваліфікаційних ставок (сіток) і заміни їх новою системою, що містить меншу кількість розрядів і вимагає від працівників високої професійної мобільності. Фактично йдеться про розширення посадових функцій зі збільшенням заробітної плати. При цьому необхідно надавати заробітній платі стимулюючого значення.

Єдина тарифна сітка, запропонована для галузей бюджетної сфери, не враховує змін, що відбулися у структурі зайнятості та оплаті праці бюджетних організацій (зближення розмірів заробітної плати мало- і висококваліфікованих працівників, фактична ліквідація робочих місць з низькою оплатою праці). Єдина тарифна сітка, що прийнята для впровадження, має 25 розрядів, тобто включає практично неіснуючі за оплатою робочі місця перших шести розрядів за недостатньої диференціації заробітної плати між простою і складною працею. Розрив у тарифікації робіт між 25 і 7 розрядами менший, ніж за попереднього порядку оплати праці. Тобто нова сітка призводитиме до зниження стимулів до праці у висококваліфікованих працівників, на яких припадає основне навантаження при наданні послуг.

На наш погляд (виходячи із раціональності), в основі єдиної тарифної сітки у бюджетній сфері має бути 18 розрядів, а система тарифних коефіцієнтів повинна забезпечувати розрив у заробітній платі у 3,5 раза між мало- і висококваліфікованими працівниками.

Серед найважливіших пріоритетів демографічної політики України – поліпшення репродуктивного здоров'я чоловіків і жінок. Ця комплексна проблема охоплює як заходи безпосередньо медичного обслуговування населення, так і у сфері харчування і споживання життєво необхідних природних ресурсів, зокрема питної води.

Забезпечення системно-комплексного підходу до охорони репродуктивного здоров'я є основою для досягнення фізичного, інтелектуального і соціального добробуту. Паралельно-поступове здійснення необхідних інституційних реформ у кожній із зазначених сфер здатне привести у перспективі до повномасштабної реалізації цілей демографічного розвитку.

Насамперед, важливо подолати кризові тенденції у медичному обслуговуванні населення. Стратегічним напрямом виходу із кризової ситуації є перебудова системи охорони здоров'я населення, яка має бути спрямована на формування і впровадження обов'язкового медичного страхування. Проект Закону про обов'язкове соціальне медичне страхування, що обговорюється у Верховній Раді України, треба доопрацювати, виходячи з власного досвіду і досвіду тих країн, де діє аналогічна система, враховуючи практику Росії, Польщі, Чехії та інших країн, а також хрестоматійний приклад організації медичного обслуговування у Німеч-

чині, тенденції реформування. Необхідно забезпечити паритетність внесків на медичне страхування за рахунок зміни механізму оподаткування доходів фізичних осіб і оподаткування прибутку підприємств; виокремити бюджет охорони здоров'я від консолідованого бюджету країни; реалізувати принцип фінансової самостійності лікувальних закладів; посилити роль місцевих органів в управлінні системою охорони здоров'я та ін. Основним є підвищення обсягів фінансування медичного обслуговування.

Другим важливим напрямом поліпшення фізичного стану населення є подолання недостатнього і незбалансованого харчування. Загострення проблеми харчування, що призводить до кількісних і якісних втрат популяційного генофонду, безпосередньо пов'язане із неможливістю надати сприятливої динаміки сімейному споживанню.

Тривалий період зниження добробуту населення погіршив якість і примітивізував структуру споживання, відсунув харчування населення униз від рівня стандартів, які формують достатню модель споживчої поведінки населення. За високої частки витрат населення на харчування (у середньому до 60%, а у бідних сім'ях – до 75% загальних витрат) середньодобова калорійність харчування знизилася до 60% рівня 1990р. Чимало українських сімей мають добову калорійність харчування 2,1 тис. ккал, а найменш забезпечені – 1800 і нижче при загальній калорійності 2500–2700 і вище.

Важливим показником якості харчування населення є рівень споживання на душу населення білка тваринного і рослинного походження. За нормальної трудової діяльності споживання найбільш якісного тваринного білка, за біологічними нормами, становить 51–53 г на добу у розрахунку на одну людину, а за мінімально допустимими нормами – 30 г. За експертною оцінкою, у низькодоходних домогосподарствах споживання цього виду білка дорівнює у середньому 24 г, а у середньодоходних – 27 г. Це дозволяє стверджувати, що споживання білка є недостатнім, а більшість працездатного населення споживає його на рівні межі фізичного виживання. Відбулася заміна якісних харчових (м'яса, риби, овочів, фруктів) макаронними виробами, картоплею, хлібом. При цьому споживання основних продуктів із високим вмістом рослинного білка (хліба і хлібопродуктів) зменшилося зі 138 кг на душу населення до 125 кг на рік.

Продуктова проблема – це й забезпечення належних умов виробництва харчових товарів. Санітарно-епідеміологічний стан харчових об'єктів незадовільний. За даними санепідемслужби, грубе порушення норм і правил реєструється на кожному четвертому харчовому підприємстві. На малих і середніх підприємствах відсутній лабораторний контроль за сировиною, готовою продукцією за показниками безпеки для здоров'я споживачів відповідно до вимог діючих нормативних документів. У Черкаській області лише 20% продукції має позитивні висновки санітарно-епідеміологічної служби.

Ситуація ускладнюється споживанням неякісної питної води, котра у багатьох регіонах України не відповідає встановленим нормам. Найгірше становище у Запорізькій, Донецькій, Херсонській областях. У цих регіонах відповідно 88, 60 і 100 відсотків підприємств, перевірених Державним комітетом України з питань технічного регулювання і споживчої політики, постачали воду зі значним порушенням встановлених норм, часто з наявністю кишкової палички та інших мікроорганізмів. Вода окремих підприємств мала значне перевищення допустимих норм щодо вмісту хімічних речовин: сполук металів, хлоридів, сульфатів, нітритів, фтору.

Найнебезпечнішим проявом погіршення харчування, дефіциту необхідних мікроелементів, споживання забрудненої води є підвищення ризиків поширення анемії серед населення, особливо серед вагітних жінок, і програмування у новонароджених дітей схильності до раннього виникнення хронічних хвороб та інвалідності. Статистична база даних з харчування має бути суттєво розширена з тим, щоб можна було виявити та ідентифікувати

коло осіб (вагітних, дітей, підлітків), які мають патологію внаслідок неякісного харчування, з метою надання своєчасної і кваліфікованої лікувально-профілактичної допомоги.

Проблемні питання охорони здоров'я населення України сконцентровані у Міжгалузевій урядовій комплексній програмі “Здоров'я нації на 2002–2011 роки”. Свого часу були розроблені й відповідні обласні, районні й міські програми, що стали результатом пошуку нових шляхів і технологій зміцнення здоров'я населення.

Найскладнішою проблемою реалізації згаданих документів залишається недостатнє фінансування запланованих програмних заходів. Протягом тривалого часу цільове надходження коштів із державного бюджету не перевищує 60% від мінімальної потреби. Критичним питанням програми є зростаючий дефіцит лікарів. Знижується рівень укомплектованості лікарями вакантних посад закладів пріоритетних типів: сільських адміністративних районів, дільничних лікарень, сільських амбулаторій.

Внаслідок соціальної поляризації населення зростає відчуження дітей і молоді від суспільства, на фоні чого дедалі частіше з'являються випадки їхньої антисоціальної поведінки: пияцтва, токсикоманії і наркоманії, паління.

Для створення у суспільстві сприятливих передумов досягнення оптимального рівня репродуктивного здоров'я варто посилити ті складові програм, які передбачають залучення до їх виконання, крім охорони здоров'я, інших галузей соціальної інфраструктури: освіти, культури, соціального забезпечення, організацій і підприємств різних міністерств і відомств.

Реалізації програм сприятиме включення до бюджетів усіх рівнів видатків на виконання заходів з охорони здоров'я населення. Необхідно посилити профілактичну медичну інформацію, що вкрай недостатня, враховуючи активність рекламних засобів, які формують психологічні установки, що суперечать здоровому способу життя. Цілеспрямована політика держави повинна забезпечити зниження роздрібних цін на лікарські засоби і виробу медичного призначення; оптимізацію мережі лікувально-профілактичних заходів; реструктуризацію первинної, вторинної і третинної медико-санітарної допомоги; організацію медичної допомоги на засадах сімейної медицини. Відсутність коштів стримує нині впровадження у практику медико-санітарної допомоги у формі лікаря загальної практики. Мінімальна потреба у фінансуванні оснащення сімейної амбулаторії становить 20–30 тис.грн. при потребі 60–80 тис.грн. Переважна більшість сімейних амбулаторій в змозі надавати хворим лише консультативні послуги і поради, не маючи можливості проводити лікування і здійснювати спостереження за станом здоров'я пацієнтів. Очевидно, що організація функціонування сімейної лабораторії можлива зусиллями місцевих органів влади і галузевих управлінь.

Репродуктивне здоров'я: фізичне, соціальне і психологічне є чутливим індикатором житлового благополуччя. На противагу медицині, житлово-комунальна галузь має справу не з наслідками послаблення здоров'я населення, а попереджує їх, створюючи умови для усталених сімейних відносин, відпочинку і психологічного комфорту. Інвестиції у житлове будівництво є довгостроковими кредитами у здоров'я нинішніх і майбутніх поколінь. Сьогодні проблема придбання житла недооцінюється з погляду соціальних наслідків і відтворення демографічного потенціалу.

Передумови для динамічного розвитку будівництва житла вкрай обмежені, якщо брати до уваги усю територію країни. Необхідна ефективна державна підтримка іпотечного кредитування, спрямована на здешевлення і подовження строків погашення кредитів.

Потрібно активізувати будівництво соціального житла для малозабезпечених верств населення. Бідні громадяни не мають можливості купувати квартири. Їм необхідно нада-

вати безоплатну житлову площу, щоб виключити антисоціальну поведінку внаслідок поширення безпритульності і жебрацтва. Слід відкрити для кожного перспективу соціальної інтеграції і забезпечити формування оптимального середовища життєдіяльності людей похилого віку. Зростаюча інвалідизація суспільства висуває питання розробки програми під робочою назвою “Житло для інвалідів”. В Україні налічується 156 тис. дітей-інвалідів, які потребують задовільних житлових умов.

Зменшуються темпи забезпечення житлом учасників ліквідації аварії на Чорнобильській АС. У 1996 р. житло було надано 845 родинам, де є ліквідатори, у 2002 р. – тільки 247. За таких умов задоволення житлових потреб чорнобильців розтягнеться на 20 років. На кінець цього строку актуальність завдання може значно знизитися з причин гостроти захворюваності цього контингенту населення.

Соціально-психологічний потенціал і дієздатність населення визначаються комунікативними можливостями, що формуються певним освітнім і культурним рівнем. Проте динаміка розвитку відповідних об’єктів соціальної інфраструктури незадовільна. Кількість введених дошкільних і загальноосвітніх навчальних закладів становить відповідно 1,1 і 4,9% від рівня 1990 року, місць у культурно-просвітницьких установах – 3,2%.

Валовий показник охоплення навчанням в Україні становив у 2002р., за даними Національної доповіді про розвиток людини ПРООН, 79%, у високорозвинутих країнах – 94%. Відмічається низький рівень комп’ютеризації шкіл, особливо сільських, зниження якості і доступності освіти. Зростає диференціація надання освітніх послуг за майновим критерієм, що перешкоджає соціальній інтеграції молоді із бідних сімей.

Сьогоднішнім наповненням інформаційного простору споживацькими настановами фактично програмується бездуховна модель поведінки, що (при перехідному характері нинішнього способу життя і відсутності розвинутого громадянського суспільства) спричиняє девальвацію культурно-моральних цінностей і погіршення загалом суспільної кон’юнктури формування і розвитку особи.

Таким чином, виклик сьогодення полягає у тому, що для відновлення демографічного потенціалу необхідно переходити також до інтенсивного розвитку культурно-освітньої сфери. Реформування галузі культури має відбуватися у напрямі розвитку сучасного менеджменту, що дає можливість забезпечувати якісне зростання видів діяльності, орієнтованих на підвищення інтелектуального потенціалу населення, рівня його освіти і розширення інформаційних можливостей.

Для цього потрібна сучасна законодавчо-нормативна база, яка має оптимізувати функціонування неоднакових за рівнем доходів від видів діяльності. Актуальним, з цього погляду, є подолання пекучих проблем фінансування закладів культури і доступності їх послуг для населення.

Важливим важелем прискореного розвитку закладів культури в умовах ринку може стати діяльність недержавних неприбуткових організацій, які зобов’язані спрямовувати наявні в них кошти і засоби на установчі цілі. Для їх розвитку необхідно розробити і впровадити спеціальний закон про недержавні неприбуткові організації.

Першочергова роль у створенні культурно-освітнього інформаційного простору належить бібліотекам. Вони мають стати основною ланкою у розвитку єдиної для України бази даних із унікальними пошуковими можливостями, яка б забезпечувала інформацією соціальної спрямованості усі регіони країни, широкий загал населення. Творча роль у підготовці і розробленні такого типу Європейської національної бібліотеки має належати Міністерству культури і мистецтв України, формулюванню ним завдань і напрямів роботи бібліотек.

Одним із основних ресурсів адаптації населення до трансформаційних процесів, що відбуваються в країні, є освіта. Поступово реалізується головне завдання Національної доктрини – забезпечення доступу населення до якісної освіти. Нові перспективи розвитку вищої освіти, яка найбільшою мірою визначає рівень демографічного потенціалу країни, закладено у положеннях Указу Президента України від 17 лютого 2004 р. “Про заходи щодо вдосконалення системи вищої освіти в Україні”.

Першим і визначальним критерієм демографічної ефективності діяльності закладів вищої освіти є попит на фахівців на ринку праці. Поки що вища школа недостатньо пристосована до потреб і вимог ринкового господарства. При аналізі цієї ситуації важливо звернути увагу на слабку взаємодію системи освіти із сферою праці, тобто вищих навчальних закладів з підприємствами, фірмами, профспілковими організаціями та місцевими органами влади. Принципом роботи навчальних закладів має бути тісна їх співпраця з підприємствами та організаціями різних форм власності, з об’єднаннями роботодавців і підприємців.

Система договірних відносин повинна охоплювати цілісний процес навчання і праці: відбір абітурієнтів і працевлаштування випускників з подальшим супроводженням їхньої професійної адаптації. Проблема співпраці в системі навчальний заклад – підприємець полягає переважно у пасивній позиції роботодавців. Для кардинальних зрушень у цій сфері, налагодження договірних відносин, впровадження механізмів регулювання соціального діалогу необхідно посилити роль держави в активізації переговорного процесу. Цьому має сприяти, зокрема, підписання відповідної угоди між Міністерством освіти та науки і Федерацією роботодавців України. Показовим тут є досвід Росії, де у ряді регіонів готують спеціалістів для різних галузей і сфер на основі договорів із корпораціями, підприємствами, асоціаціями підприємств і владними структурами. Тільки у Москві на основі угод працевлаштовується 30 тис. випускників професійних навчальних закладів.

Для регулювання соціальних процесів і відтворення демографічного потенціалу особливо актуальним вбачається розвиток об’єктів соціальної інфраструктури на підприємствах. Необхідно поступово відновлювати служби і відділи соціального розвитку на державних і акціонерних підприємствах, розробити відповідні нормативні акти щодо порядку їх діяльності, а також (враховуючи власний і зарубіжний досвід) забезпечити прийняття соціального паспорта підприємства. Ці та інші подібні кроки у напрямі розвитку соціальної інфраструктури сприятимуть поліпшенню якості життя персоналу, членів їх сімей, місцевого населення, створенню сприятливого соціокультурного середовища, стійкого соціально-психологічного клімату в колективі.

Отже, функціональна роль соціальної інфраструктури в умовах перехідного етапу економічного розвитку та інтенсифікації інтеграційних процесів однозначно зростає. Її розвиток, особливо якісний, має стати фактором економічного піднесення країни і забезпечувати можливість формування високотехнологічної структури економіки.

Джерела

1. *Послання Президента України до Верховної Ради України “Про внутрішнє і зовнішнє становище України у 2002 році.* – К., 2003.
2. *Населення України 2002 р./ Щорічна аналітична доповідь.* – К.: Академпрес, 2003.
3. *За даними Держкомстату України.*