

жди створює сильне враження на підлеглих. Позитивний приклад стає передумовою позитивних дій. Однак, якщо лідер терпить поразку, це надзвичайно сильно впливає на його послідовників і доводить, що копійований поведінковий стереотип виявляється неефективним.

Лідер, який надихає – це найвища форма управління. Його характерними рисами є віра в людей, позитивна репутація, успішність, застосування різних стилів управління в залежності від ситуації. Він розвиває стосунки зі своїми працівниками, ділиться з ними успіхами компанії, мотивує їх з тим, щоб вони вірили в здійснення спільних цілей, створює всі умови для успішної роботи.

IV. Висновки. Отже, для забезпечення кадрової безпеки та ефективного управління персоналом важливо обирати той стиль управління, який стане максимально оптимальним в тій чи іншій галузі. Враховуючи, що неодмінним чинником та об'єктом кадрової безпеки є персонал підприємства, важливо регулярно проводити моніторинг настроїв, мотивацій, а також задоволеності працівників роботою, і на цій основі визначати комбінацію сильних сторін різ-

них управлінських стилів і кадрових стратегій адекватних певній управлінській ситуації та етапу розвитку підприємства.

1. Васильчак С. В. «Кадрова безпека підприємства-основа економічного розвитку»/ С. В. Васильчак. [текст]/ Науковий вісник НЛТУ України. – 2009. - Вип. 19.12

2. Грунин О. А., Грунин С. О. Экономическая безопасность организаций/ О. А. Грунин, С. О. Грунин/ [текст]/ Спб: Питер, 2002. 160 с.

3. Долженко Р. А. «Возможности учета типа организационной культуры при построении системы стимулирования персонала» Р. А. Долженко нп «сибирская ассоциация консультантов» [электронный ресурс] http://sibac.info/files/2010_02_01_Menedgment/Dolzhenko.pdf

4. Тумар Н. «Кадровая работа и экономическая безопасность» / Н. Тумар / [текст]/ Менеджер по персоналу. – № 9. – 2011. – С.74-80

This article is dedicated to the detection of problems in the personnel security that may occur with the use of a management style. In the article the review of the major problems of personnel security systematized economic security threats that may arise at different stages of management; describes the most typical style of leadership and management style, personnel safety risks are summarized under different management styles and leadership.

УДК 304.4:376

Полякова С. В.

ПРІОРИТЕТИ СУЧАСНОЇ СОЦІАЛЬНОЇ ПОЛІТИКИ УКРАЇНИ В КОНТЕКСТІ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ РІВНИХ МОЖЛИВОСТЕЙ ДОСТУПУ ЛЮДЕЙ З ОСОБЛИВИМИ ПОТРЕБАМИ ДО ПОСЛУГ СОЦІАЛЬНОЇ СФЕРИ ТА СОЦІАЛЬНОГО ЗАХИСТУ

У статті розглядаються проблемні питання щодо забезпечення рівних можливостей доступу для людей з особливими потребами до послуг соціальної сфери та до системи державної допомоги. Проаналізовано основні прояви та причини існування нерівності, визначено пріоритетні напрями соціальної політики в контексті реформування системи надання соціальних послуг людям з особливими потребами.

Ключові слова: люди з особливими потребами; діти з особливими потребами; соціальний захист; соціальні послуги; соціальна допомога; реабілітація; денний догляд.

I. Вступ. Соціальна сфера є однією із найважливіших сфер людського життя, з нею по-

в'язують можливості людського розвитку як усього суспільства, так і окремих індивідів. Соціальний захист охоплює систему соціального забезпечення, соціальної допомоги, а також включає соціальні служби, які є підтримкою для людей, якість життя яких напряму залежить від їх діяльності. Основними причинами існування нерівних можливостей для населення щодо доступу до послуг соціальної сфери та системи соціального захисту в Україні є економічна нерівність та чинники нематеріального характеру: місцевість проживання, належність до певних соціальних та вікових груп, стан здоров'я тощо.

Проблемам людей з інвалідністю присвячено багато праць зарубіжних та вітчизняних авторів, які, в основному, стосуються питань

реабілітації та адаптації до життя в соціумі. Зокрема, питання фізичної реабілітації висвітлено у роботах Кукси В., Мартинюка В., Філіпової О. [1-3], соціальної та професійної реабілітації – у публікаціях Баранцової Т., Вдовиченка І., Гайдено В., Предборської І., Кочеткова Ю., Рібакова В., П'ятилетова К., Щербакова В. [4-9], проблеми незалежного життя досліджуються Індолевим Л., Коваленко Г. [10-12] та іншими вченими.

Разом з тим, проблемам забезпечення рівних можливостей щодо доступу до послуг соціальної сфери та соціального захисту людей з особливими потребами приділяється недостатньо уваги, що і зумовило вибір теми для дослідження.

II. Постановка завдання. Метою роботи є оцінка основних проявів та причин існування нерівних можливостей доступу людей з особливими потребами до послуг соціальної сфери та соціального захисту, визначення пріоритетних напрямів реформування системи надання послуг людям з особливими потребами.

III. Виклад основного матеріалу дослідження. До груп, що найчастіше мають нерівні можливості доступу до послуг соціальної сфери та соціального захисту, належать особи з обмеженими фізичними можливостями. Однією із найбільш вразливих категорій є особи, які через своє важке захворювання потребують сторонньої допомоги. Якість їх життя в значній мірі залежить від існування належним чином пристосованих служб із набором послуг, а також засобів особливої, часто інтенсивної підтримки. Проте в багатьох випадках вони не отримують належної підтримки з боку систем соціального захисту як через відсутність певних її видів взагалі, так і через нерівні можливості доступу до соціальних послуг.

За даними Міністерства соціальної політики на початок 2011 року в Україні проживало 2,8 млн. осіб з інвалідністю внаслідок як вроджених вад, так і набутих хвороб. Особливу стурбованість викликає зростання чисельності дітей з інвалідністю до 165 тис. осіб. Головними причинами у структурі інвалідності дітей у 2010 р. були вроджені вади – 28,3%, хвороби нервової системи – 28,1% та розлади психіки та поведінки – 14,4%. За регіональною статистикою, найбільше таких дітей у зареєстровано у Донецькій (13 717 – 8,3%), Дніпропетровській (11 290 – 6,8%), Львівській (10 355 – 6,3%) і Харківській (8 806 – 5,3%) областях.

Державна підтримка людей з інвалідністю полягає, в основному, у виплаті пенсії та соціальної допомоги, а набір соціальних послуг є доволі обмеженим, до того ж, переважно стандартизованим, в той час як такі особи потребують індивідуального підходу.

Станом на 01.01.2011 року в Україні діяли 82 центри соціальної реабілітації дітей-інвалідів та 108 реабілітаційних відділень, 3 центри та 2 реабілітаційних відділення змішаного типу для інвалідів та дітей-інвалідів з розумовою відсталістю, всього 195 реабілітаційних установ. У 2010 році в центрах соціальної реабілітації та реабілітаційних відділеннях отримали реабілітаційні послуги 14,6 тис. дітей з інвалідністю, або лише 9% від загальної чисельності цієї категорії дітей.

В Україні конституційне право громадян на охорону здоров'я та медичну допомогу, а у разі повної, часткової чи тимчасової втрати працездатності – на соціальний захист – забезпечується лише за рахунок державного фінансування (у країнах Європи, Російській Федерації – за рахунок страхових компаній). Нажаль, на сьогодні державне регулювання заходів щодо медико-соціального забезпечення та реабілітації інвалідів в Україні має ряд проблем системного характеру (організаційно-правове, ресурсне, інформаційне, фінансово-економічне, кадрове забезпечення тощо).

Проблемним залишається питання щодо механізму отримання коштів для виконання індивідуальних програм реабілітації (ІПР) у зв'язку з різними рівнями підпорядкованості закладів, які розробляють ІПР та які здійснюють їх виконання.

На законодавчому рівні права людей з інвалідністю регламентуються доволі чітко, зокрема в Законі «Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні» записано, що «...інваліди в Україні володіють усією повнотою соціально-економічних, політичних, особистих прав і свобод, закріплених Конституцією України та іншими законодавчими актами». В реальності ж багато із задекларованих прав і свобод порушуються. Так, наприклад, у багатьох населених пунктах не створено умов для вільного пересування осіб з інвалідністю, не пристосований громадський транспорт, не всі будівлі, навіть державних органів влади, пристосовані для використання людьми з інвалідністю. Багато вулиць не освітлюються, що здійснює додаткові перешкоди для пересуван-

ня не лише на спеціальних засобах, а й слабозорих людей.

За законом, установи, що надають соціальні послуги, мають забезпечувати всіх потребуючих спеціальним транспортом. Зрозуміло, що навіть за наявності достатньої кількості одиниць транспорту (а це нині далеко не так) важко забезпечити таку кількість та якість послуг, за якої людина з інвалідністю не відчувала б себе позбавленою.

Залишаються декларативними положення про вільний доступ і користування культурно-видовищними закладами і спортивними спорудами, для занять фізкультурою і спортом, а також про надання спеціального спортивного інвентаря. Нині більшість спортивних секцій, клубів є приватними, а отже, платними, безкоштовними залишилися одиниці, до того ж вони облаштовані відповідно до потреб та запитів здорових людей. Плата є доволі високою, а у людини з проблемами здоров'я значна частина доходу витрачається на придбання ліків та медичного обладнання, харчування, придбання товарів першої необхідності, тому коштів на оплату спортивних клубів не залишається. Звичайно, нині в Україні діють і спортивні клуби інвалідів, і окремі секції, однак для переважної більшості вони є недоступними, особливо для жителів сільської місцевості.

Нерівний доступ осіб з інвалідністю до системи соціального захисту спричинений переважно недостатнім інформаційним забезпеченням та превалюванням принципу надання соціальної допомоги після звернення особи за нею. В силу дії різних обставин далеко не всі люди з інвалідністю знають свої права в частині можливості отримання соціальної допомоги та орієнтуються у видах соціальних послуг, що можуть бути їм надані. Рівний доступ до системи соціальної допомоги певною мірою забезпечується через діяльність соціальних працівників, однак тут спрацьовує людський фактор: набір та якість послуг залежать від кваліфікованості та сумлінності соціального працівника.

Набір послуг з соціально-побутового і медичного обслуговування, що надаються для осіб з обмеженими можливостями територіальними центрами соціального обслуговування населення, суттєво диференціюється в залежності від типу населеного пункту: перелік послуг, які може отримати населення, скорочується разом із зменшенням розміру населеного пункту.

У великих та малих містах особи, які потребують певних послуг, можуть їх отримати як вдома, так і у приміщеннях центрів. Зрозуміло, що сільські жителі, які потребують сторонньої допомоги, далеко не завжди можуть добратись до іншого населеного пункту (оскільки в сільській місцевості, як правило, такі центри не розміщуються), щоб отримати необхідну послугу. Тому набір послуг обмежується тими, що надаються соціальними працівниками вдома (як-от, наприклад, придбання та доставка продовольчих, промислових та господарських товарів за рахунок обслуговуваних громадян, приготування їжі, годування, придбання та доставка медикаментів, допомога в прибиранні приміщенні, пранні білизни, оформлення документів на отримання соціальної допомоги, субсидій по оплаті житлово-комунальних послуг, оплата платежів тощо).

Ще більш вразливою категорією є діти з інвалідністю: до загальних проблем осіб з обмеженими можливостями додаються освітні. Діти з інвалідністю мають нерівні можливості доступу до системи освітніх послуг. Система інклюзивної освіти в Україні тільки починає формуватись, в рамках експерименту створюються інклюзивні ресурсні центри, що мають координувати діяльність установ – надавачів необхідних послуг.

Діти з інвалідністю відвідують групи навчання у спеціальних закладах та центрах. В цілому система спеціалізованої освіти спроможна забезпечити потреби сімей, які виховують дітей з функціональними обмеженнями, хоча поки що не ліквідовані перешкоди для легкого доступу дітей до мережі спеціалізованих навчальних закладів. Це пов'язано з недостатньою інформованістю батьків, територіальною віддаленістю потрібних закладів від місць помешкання і, відповідно, труднощами як матеріального, так і суто технічного характеру, пов'язаними з необхідністю постійного перевезення дітей. Хоча Законом України «Про освіту» дітям-інвалідам гарантується не тільки право на навчання, а й вибір його форм і освітніх програм, цей вибір поки що не є загальнодоступним.

Можливості вибору обмежені станом здоров'я дітей, часто несприятливими соціальними умовами і недостатнім матеріальним забезпеченням сім'ї, непристосованістю споруд і приміщень, транспортних засобів, нестачею інформації і бюрократичними перешкодами.

Переважає більшість нинішніх вчителів не готові працювати в інтегрованому освітньому середовищі, не мають досвіду організації навчання та забезпечення персональної допомоги учням та студентам з особливими потребами. До того ж, не налагоджена система підвищення кваліфікації вчителів в частині інклюзивного навчання.

Серйозним бар'єром розвитку інклюзивної освіти є моральна неготовність освітнього середовища прийняти дітей з особливими потребами. Прояви жорстокого поводження з такими дітьми є доволі частими, причому як з боку однолітків, так і батьків інших учнів та педагогів. Фактично тисячі дітей вже стихійно інтегровані в загальноосвітню систему. Батьки вимагають для своїх дітей гарантованого законом права вибору навчального закладу. Але це не означає, що в школах діти отримують справді необхідну їм якісну освітню послугу.

Більшість дітей з інвалідністю можуть бути інтегрованими до загальноосвітніх навчальних закладів лише за умови проходження декількох курсів реабілітації. Однак рівень охоплення дітей реабілітаційними послугами є доволі низьким. До того ж, позитивну динаміку 2006-2008 рр. зростання чисельності дітей, яким було надано реабілітаційні послуги, було втрачено у 2009-2010 рр., а у 2010 р. відбулось суттєве його зниження (на 20%). А чисельність дітей, яких після проходження реабілітації було інтегровано в загальноосвітні навчальні заклади, взагалі зменшилась більш, ніж вдвічі – з 1500 до 696 дітей. Якщо у 2009 році було інтегровано 8,3% дітей, які пройшли реабілітацію, то у 2010 – лише 4,8%.

Зрозуміло, що не всіх дітей можна інтегрувати, однак таке різке падіння показника не пояснюється виключно зміною контингентів дітей, що проходять реабілітацію. Як правило, батьки намагаються як мінімум один раз на рік проходити з хворою дитиною курс реабілітації, чисельність дітей з інвалідністю не зменшується, а навпаки, зростає, тому зниження частки дітей, яких вдалось інтегрувати в загальноосвітні навчальні заклади, в основному пов'язане з загальною невисокою якістю послуг, що надаються центрами реабілітації.

Якість послуг залежить від декількох чинників. Передовсім, це рівень технічного оснащення центрів, забезпечення діагностичним та реабілітаційним обладнанням відповідно до профілю. Як вже зазначалось, переважна біль-

шість центрів соціальної реабілітації для дітей з інвалідністю фінансується з місцевих бюджетів. Так, у 2010 році 95% центрів та реабілітаційних відділень фінансувались за рахунок коштів місцевих бюджетів, і лише 5%, або 11 установ – за рахунок коштів спеціального фонду Державного бюджету України. Така ситуація ставить регіони у нерівні фінансові можливості щодо забезпечення дітей з інвалідністю якісними реабілітаційними послугами.

Не менш важливим чинником є наявність достатньої кількості висококваліфікованих фахівців, здатних до постійного самовдосконалення, націлених на пошук та освоєння нових методик реабілітації, які б з терпінням та розумінням ставились до кожної дитини, адже контингент вихованців центрів є дуже специфічним, особливо для дітей з вадами розумового розвитку.

Не створено належної системи денного догляду за людьми з обмеженими можливостями. Особливо від цього страждають сім'ї, де виховується дитина з інвалідністю: по-перше, у ряді випадків це спричинює інституалізацію таких дітей, по-друге, обмежує можливості сім'ї для самозабезпечення: більшість матерів, які виховують дітей з інвалідністю (переважно самотужки, батько доволі рідко бере участь у вихованні дитини з інвалідністю), вимушені жити на допомогу від держави, оскільки дитина, як правило, потребує стороннього догляду.

Лише в кількох містах України функціонують установи, які надають послуги денного догляду за дітьми з інвалідністю. Більшість таких дітей не можуть обслуговувати себе самостійно, або залишати їх наодинці небезпечно для життя та здоров'я (наприклад, дітей з психічними розладами). Тому матері змушені відмовлятися від трудової діяльності та задовольнятися лише коштами, які виплачує держава як пенсію та надбавку на догляд. Цих коштів вкрай недостатньо, оскільки, крім витрат на задоволення життєвих потреб, родина змушена витратити кошти ще й на лікування хворої дитини.

Цілодобове перебування з хворою дитиною негативно відображається на фізичному та психічному стані матері, часто призводить до того, що нею приймається рішення про поміщення хворої дитини до інтернатного закладу. Як правило, діти, що потрапили в державний заклад, рідко повертаються додому, в основному вони переходять із одного закладу в інший по мірі

досягнення певного віку. У центрах соціально-психологічної реабілітації немає бази даних сімей, у які діти можуть бути повернуті із закладів. Немає таких даних і в інтернатних установах, де перебувають діти. Із сім'ями, які мають хоча б мінімальні можливості для повернення дитини із закладу, соціальна робота майже не проводиться.

Нові виклики постають для суспільства у зв'язку із старінням осіб з обмеженими можливостями, зокрема тих, хто потребує інтенсивної підтримки. Для подолання цих викликів потрібні новаторські підходи в багатьох секторах, де реалізуються напрями діяльності та здійснюється робота служб.

Шляхи вирішення проблем. Підвищення рівня охоплення людей з інвалідністю реабілітаційними послугами та забезпечення високих показників ефективності послуг, що надаються, неможливе без реформування всієї системи надання послуг цій категорії осіб.

Перш за все, необхідно налагодити чіткий облік дорослих та дітей з інвалідністю, створити базу даних, у якій би містилась повна інформація про кожну дитину, починаючи з особистих даних дитини та батьків або осіб, з якими вона проживає, і закінчуючи переліком необхідних реабілітаційних послуг та медичних процедур. Наявність такої бази даних дасть змогу, по-перше, максимально охопити людей з інвалідністю системою послуг, по-друге, планувати введення нових або зростання обсягів надання діючих послуг відповідно до потреб клієнтів. Частково така база даних вже є в управліннях соціального захисту населення, оскільки практично всі сім'ї, де проживають люди з інвалідністю, є реципієнтами системи державної соціальної допомоги. Інформація є в відділеннях Пенсійного фонду. Існуючу базу даних необхідно систематизувати та доповнити персональною інформацією щодо стану здоров'я та необхідних послуг як для самої людини з інвалідністю, так і для сім'ї.

Створення бази даних можливе вже в найближчій перспективі, оскільки не потребує значних фінансових витрат. Така робота має проводитись на районному рівні з подальшою передачею та узагальненням інформації на рівні області. Важливе завдання при цьому полягатиме в розробці уніфікованого програмного забезпечення та навчанні спеціалістів, що збиратимуть та вводитимуть інформацію до бази.

Необхідно змінити сам принцип надання послуг: з «надання послуг тим, хто звернувся

за ними» до «пропонування комплексу послуг тим, хто їх потребує». Непоодинокі випадки, коли сім'я не звертається по допомогу, тому що не знає, що таку можна отримати.

Для розширення переліку реабілітаційних послуг, підвищення їх якості, зміцнення матеріально-технічної бази реабілітаційних установ, забезпечення максимального охоплення людей з інвалідністю слід змінити механізм фінансування закладів, що надають відповідні послуги. Центри соціальної реабілітації повинні фінансуватись переважно за рахунок субвенцій з Державного бюджету, що вирівняло би можливості регіонів та, відповідно, населених пунктів щодо надання допомоги людям з інвалідністю та сім'ям, де виховуються такі діти. Разом з тим, слід диверсифікувати джерела фінансування та не розраховувати виключно на бюджетні кошти. Позитивний досвід співпраці реабілітаційних установ та бізнес-структур, міжнародних організацій, що надають гуманітарну допомогу, вже давно існує і в Україні, його слід поширювати та поступово підключати до такої співпраці всі заклади, що надають реабілітаційні послуги.

Не менш важливою проблемою є необхідність постійного підвищення кваліфікації персоналу закладів. І тут не можна обмежитись лише курсами один раз на кілька років та своєчасним проведенням атестації. Тим більше, що діюча система атестації спрямована переважно не на стимулювання запровадження нових методик та підходів, а на дотримання затверджених. Завжди є працівники, які постійно шукають нові підходи до лікування та реабілітації хворих, розробляють нові методики та впроваджують їх у своїх закладах. З метою поширення позитивного досвіду необхідно постійно проводити семінари, відкриті уроки, заняття, заохочувати передових фахівців до проведення подальших досліджень.

Потрібно розробити методику оцінки ефективності діяльності реабілітаційних установ, механізм стимулювання працівників та керівництва до покращення показників.

IV. Висновки. Важливим напрямом реабілітаційної роботи є подальший розвиток інклюзивних форм навчання. Як засвідчують наведені раніше дані, лише мізерна частка дітей, що пройшли реабілітацію, інтегрується в загальноосвітні навчальні заклади, в той час як рівень інтеграції є чи не найважливішим показником ефективності наданих реабілітаційних послуг. У базі даних при внесенні інфор-

мації про дитину слід обов'язково ввести графу, у якій би фахівці зазначали потенціал дитини саме в частині можливостей інтеграції.

У загальноосвітніх навчальних закладах необхідно створити умови для навчання дітей з інвалідністю: обладнати пандусами, укомплектувати педагогами необхідної кваліфікації, відкрити спеціалізовані класи (за наявності певного числа дітей, це можливо у великих містах, оскільки у сільській місцевості навряд чи буде стільки дітей з захворюваннями та віком, щоб їх можна було об'єднати в один клас). Для планування розвитку інклюзивних форм навчання, знову-ж-таки, необхідно мати повну інформацію не лише про чисельність дітей з інвалідністю, а про дітей, які можуть бути інтегровані в загальноосвітні навчальні заклади.

1. *Кукса В. О.* До еволюції визначення поняття «здоров'я» [Електронний ресурс]. Режим доступу: <http://library.rehab.org.ua/ukrainian/phis/mart/>

2. *Мартинюк В., Зінченко С.* Соціально-педіатричний аспект реабілітації дітей з органічним ураженням нервової системи [Електронний ресурс]. Режим доступу: <http://library.rehab.org.ua/ukrainian/phis/mart/>

3. *Філіпова О.* Епілепсія. Як навчитися з нею жити? [Електронний ресурс]. Режим доступу: <http://library.rehab.org.ua/ukrainian/phis>

4. *Баранцова Т.* Реабілітація тіла та душі [Електронний ресурс]. Режим доступу: <http://library.rehab.org.ua/ukrainian/prof>

5. *Вдовиченко І. В.* Соціалізація розумово відсталих дітей-сиріт [Електронний ресурс]. Режим доступу: <http://library.rehab.org.ua/ukrainian/prof>

6. *Гайденко В., Предборська І.* Соціальна адаптація як передумова життєвого успіху [Електронний ресурс]. Режим доступу: <http://library.rehab.org.ua/ukrainian/prof>

7. *Кочетков Ю. И.* О некоторых аспектах социальной адаптации незрячих студентов [Електронний ресурс]. Режим доступу: <http://library.rehab.org.ua/ukrainian/prof>

8. *Рибаков В., П'ятилетов К.* Як інваліду знайти роботу – [Електронний ресурс]. Режим доступу: <http://library.rehab.org.ua/ukrainian/profes>

9. *Щербаков В. С.* Онтопсихологічні аспекти професійної підготовки студентів з особливими потребами [Електронний ресурс]. Режим доступу: <http://library.rehab.org.ua/ukrainian/profes>

10. *Индолев Л. Н.* Жить в коляске [Електронний ресурс]. Режим доступу: <http://library.rehab.org.ua/ukrainian/problem>

11. *Индолев Л. Н.* Тем, кто в коляске и рядом с ними [Електронний ресурс]. Режим доступу: <http://library.rehab.org.ua/ukrainian/problem>

12. *Коваленко Г.* Зброя професора Шевцова [Електронний ресурс]. Режим доступу: <http://library.rehab.org.ua/ukrainian/problem>

The publication is devoted to problematic issues of ensuring equal opportunities for disabled persons in terms of access to services of social sphere and social safety net system. The main dimensions and determinants of inequality are analyzed; the priority directions of social policy in the context of reforming the system of social services for disabled persons are defined.

УДК 338.46

Кінаш І. П.

ОЦІНКА ХАРАКТЕРУ РОЗВИТКУ СОЦІАЛЬНО-ОЗДОРОВЧОЇ ІНФРАСТРУКТУРИ УКРАЇНИ

Стаття спрямована на дослідження динаміки розвитку основних показників соціально-оздоровчої інфраструктури держави та окреслення проблем її функціонування.

Ключові слова: лікарняні заклади, спортивні споруди, об'єкти туристично-рекреаційної інфраструктури, тенденції розвитку

І.Вступ. Характер трансформаційних перетворень в Україні ще з більшою актуальністю висувують соціальні проблеми. В цьому контексті необхідним є аналіз функціонування соціальної інфраструктури. Соціальна інфраструктура є однією з найважливіших сфер у житті кожної людини. Її можна розмежувати на п'ять складових: соціально-побутову, соціально-оз-

доровчу, освітньо-духовну, комунікаційну та соціально-економічну. Всі ці складові мають взаємодіяти між собою і створювати умови для комфортного проживання.

Соціально-оздоровча інфраструктура є однією з найвагоміших складових соціальної інфраструктури держави. Вона включає інфраструктуру охорони здоров'я, інфраструктуру фізичної культури та спорту, туристично-рекреаційну інфраструктуру. Їх роль зводиться до надання послуг, які формують та відтворюють здорове активне покоління, а також приєє змістовному проведенні вільного часу.

Значний внесок у дослідження особливостей, закономірностей, соціально-економічних можливостей розвитку соціальної інфраструктури зробили вітчизняні вчені, зокрема, М. Бой-