

Іван Солоненко,
доктор медичних наук, професор,
завідувач кафедри управління охороною
суспільного здоров'я НАДУ,
заслужений діяч науки і техніки України

Любов Жаліло,
доктор біологічних наук, професор,
професор кафедри управління охороною
суспільного здоров'я НАДУ

Олена Мартинюк,
кандидат наук з державного управління,
доцент, доцент кафедри управління охороною
суспільного здоров'я НАДУ

Соціальний капітал у сфері охорони громадського здоров'я та причини його девальвації в Україні

Попередні наші дослідження щодо соціальних завдань, які виконує система охорони здоров'я, та соціальних інновацій, якими є реформи в галузі державного управління сферою охорони здоров'я, показали, що для охорони здоров'я характерне накопичення соціального капіталу - вимірної категорії, яка визначається ефективністю діяльності галузі і яка в Україні в трансформаційний, а особливо кризовий період втрачає свої показники, зміни яких за аналогією з економікою визначено як девальвацію. Досліджені причини девальвації соціального капіталу, особливо його інтеграційної складової - довіри соціуму до галузі. Пропонуються шляхи розв'язання проблем, які супроводжують девальвацію соціального капіталу сфери охорони здоров'я.

Ключові слова: сфера охорони здоров'я, державне управління охороною суспільного здоров'я, соціальна роль, соціальний капітал, девальвація соціального капіталу.

Our previous research concerning social tasks, which are carried out by health care system, and social innovations, which are the reforms in the field of public health, have shown, that accumulation of the social capital which is public health characteristic - measurable category, which is determined by efficiency of this field activity, and which in Ukraine in transformation, and in particular, the crisis period loses one's parameters, which changes by analogy to economy is

determined as devolution. The investigated reasons of the social capital devolution, in particular its integration component - trust society to this field. The ways of the problems making decision are offered which accompany devolution of the social capital of field of public health.

Key words: health care field, public health administration, social role, social capital, social capital devolution.

Постановка проблеми. Провідна роль особистісного, людського фактора в розвитку сучасної економіки та конкурентоспроможності держави потребує переосмислення підходів до вивчення державного управління сферою охорони здоров'я як виду діяльності, що разом із системою освіти та інформатизацією безпосередньо формує якість і дієвість сучасного людського фактора.

Відображаючи провідну роль актуалізації людського фактора в трансформаційних процесах, у наукових дослідженнях знайшли поширення такі поняття, як соціальна роль та соціальні інновації змін у сфері охорони здоров'я. Наші попередні дослідження [3; 6; 10] розкривають суть цих понять і їх динаміку в сучасних умовах. Але наведені поняття, визначаючи якісні зміни та спрямування впливу на соціальні аспекти діяльності галузі, не дають можливості кількісного виміру соціальних змін, а відтак і вірогідного прогнозування результатів і наслідків реформ.

Останнім часом актуальним стає визначення і вимір соціального капіталу окремих галузей діяльності, у тому числі галузі охорони здоров'я. Поняття соціального капіталу є новим для наукових досліджень не тільки в галузі охорони здоров'я, але й в інших галузях.

Актуальними сьогодні є підвищена увага до людини і її потреб у XXI ст., вивчення характеристик соціального капіталу стосовно системи охорони суспільного здоров'я, а визначення його змін дасть змогу по-новому оцінити і застосувати отримані дані в процесі реформування системи охорони здоров'я в Україні.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Оскільки застосування поняття "соціальний капітал" є новим і здебільшого не достатньо сформованим, насамперед слід визначитися з термінологією. Це необхідно зробити хоча б тому, що термін "соціальний капітал охорони здоров'я", як і "соціальний капітал державного управління", на жаль, не набув у нас поширення. Разом з тим використання поняття "соціальний капітал", що не набуло достатнього наукового наповнення, як зазначено в статті О.С.Поповича, який активно розвивав концепцію соціального капіталу сфери науки, знецінюється: "Поняття (соціального, авт.) капіталу перетворюється з потужного і точного засобу аналізу на беззмістовну фігуру мови" [9]. Тобто передбачається, що за умови правильного застосування соціальний капітал трансформується в реальні ресурси нематеріальних факторів, які в епоху інноваційної, інформаційної економіки мають вирішальне значення в розвитку економіки і, відповідно, суспільства.

Зокрема, в реальній економіці вплив таких нематеріальних факторів на ефективність певної діяльності перетворюється на вирішальний чинник успіху або стає причиною невдач за нібито однакових початкових умов і матеріальних ресурсів.

На це звернув увагу також Д.Коулмен, який запропонував включити соціальний капітал до структури факторів ефективності виробництва і визначив його як потенціал взаємної довіри та взаємодопомоги, що цілеспрямовано й раціонально формується в міжособистісних зобов'язаннях та очікуваннях [11], а в міжсекторальних взаємозв'язках формує інформаційні канали й соціальні норми довірчої взаємодії.

За аналогією з фізичним і людським капіталом, які втілюються в засобах праці та в навчанні, що підвищують індивідуальну продуктивність, соціальний капітал було запропоновано розглядати в таких елементах суспільної організації, як соціальні мережі, соціальні норми й умови управління для координації та кооперації заради взаємної вигоди [9]. Останнім часом термін набуває значної популярності (у РФ виходить спеціальний журнал "Соціальний капітал"), при цьому зміст дефініції еволюціонує, але термін "соціальний капітал" зберігає значення фактора взаємозв'язку із соціумом, поширившись до понять соціальний капітал галузі, суспільства, нації, країни тощо.

Разом з тим поняття "соціальний капітал" розглядається як сукупність фактичних і потенціальних ресурсів, які утворюються мережею взаємозв'язків, що є надзвичайно важливим у державному управлінні, особливо такої галузі, як охорона здоров'я, що забезпечує якість і, можливо, кількість людського потенціалу (капіталу) держави. Попередні дослідження значення міжгалузевих зв'язків у сфері охорони здоров'я, виконані В.Карамішевим та співробітниками нашої кафедри [5; 6], потребують прив'язки понять державного управління до конкретних економічних показників.

Формулювання цілей статті. Метою даної роботи є визначення та аналіз чинників девальвації соціального капіталу сфери охорони здоров'я в Україні шляхом застосування нових підходів, які дадуть змогу не тільки науково обґрунтувати дефініцію, але й підтвердити її економічними показниками.

Виклад основного матеріалу. Перш за все ми визначили тезаурус даної роботи, також проаналізували економічні показники, які віднесені до інтеграційних щодо характеристики системи охорони здоров'я. Для доведення робочої гіпотези щодо девальвації соціального капіталу сфери проведений аналіз чинників і додаткові розрахунки відповідних індексів та їх графічного вираження.

Використовуючи поняття соціального капіталу, визначені дослідниками в інших галузях, ми сформулювали поняття "соціального капіталу

сфери охорони здоров'я" як характеристику і певну міру включення системи охорони здоров'я в суспільну свідомість і ресурс розвитку держави.

Відповідно соціальний капітал системи охорони здоров'я визначає її місце в суспільній свідомості, утворює авторитет галузі в очах соціуму, формує традиції та досвід взаємодії представників галузі із суспільством і органами державного управління. В результаті соціальний капітал трансформується в матеріальний конкретний капітал або реальні ресурси: бюджетні асигнування галузі, замовлення на медичні послуги і необхідні дослідження, у рівень культури суспільства щодо здоров'я, врешті, - у збереження і відтворення людського фактора прискорення інноваційного розвитку економіки.

На національному рівні перший вимір, який може дати кількісні оцінки щодо соціального капіталу, - це визначення динаміки і спрямування використання людського фактора в Україні через інтегрований показник - вартісну частку людського фактора в утворенні ВВП. Відомо, що найбільш поширеним методом вимірювання є визначення річного обсягу заробітної плати зайнятого населення. Так, показники, визначені за даними окремих областей України, свідчать про постійне зростання частки людського капіталу в ВВП (рис. 1).

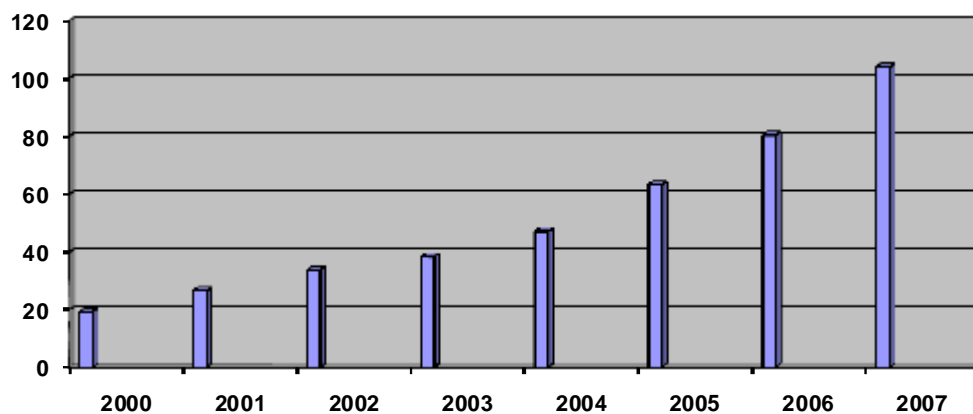


Рис. 1. Динаміка зростання частки людського капіталу в млрд грн заробітної плати зайнятого населення у формуванні валової доданої вартості *

* Джерело: наша модифікація за даними В. Ф. Горячук. - Режим доступу : library.if.ua/book/33/2217.html

У 2007-2008 рр. реальна заробітна плата, як свідчать розрахункові індекси (див. таблицю), зменшується [4].

Сукупні доходи населення у першому півріччі 2009 р. зросли порівняно з аналогічним періодом попереднього року на 9%, причому насамперед - за рахунок випереджального зростання соціальної допомоги і трансфертів,

**Індекси реальної заробітної плати у 2009-2007 роках
у % до відповідного періоду попереднього року**

Рік	Січень	Січень-лютий	Січень-березень	Січень-квітень	Січень-травень	Січень-червень	Січень-липень	Січень-серпень	Січень-вересень
2009	88,8	87,6	88,3	89,2	89,6	89,9	89,9	89,7	89,7
2008	114,1	115,5	113,3	111,9	110,4	109,5	109,0	108,5	108,4
2007	113,6	113,2	112,3	11,9	112,1	112	112,3	112,2	112,2

що становлять 11,4%, а їхня частка зросла з 41,4% до 42,3%. У другому кварталі року відбулось деяке підвищення показників реальних наявних доходів, визначених з урахуванням цінового фактора: глибина їх зниження зменшилася з 12,9% у першому кварталі до 8,3% у другому. Різке падіння динаміки номінальних доходів зумовило помітне звуження купівельно-спроможного попиту. Так, витрати населення на придбання товарів і послуг у першому півріччі 2009 р. зросли порівняно з аналогічним періодом попереднього року лише на 6,4%, що втричі менше показника інфляції за цей період у річному вимірі. Така динаміка загострила проблему загального зuboжіння населення. Частка працюючих, які отримують заробітну плату, нижчу за прожитковий мінімум, у деяких областях сягає 15-16% (рис. 2). Згідно з прийнятим Верховною Радою Законом України № 4762 "Про встановлення прожиткового мінімуму та мінімальної заробітної плати у 2010 році", підвищення прожиткового мінімуму і мінімальної заробітної плати до кінця 2009 р. передбачається на 12-14%, а 2010 р. рівень соціальних стандартів передбачається підняти на 23%. Ці показники, які суттєво перевищують прогнозований на 2010 р. рівень інфляції у 9,7%, створюють також і суттєві

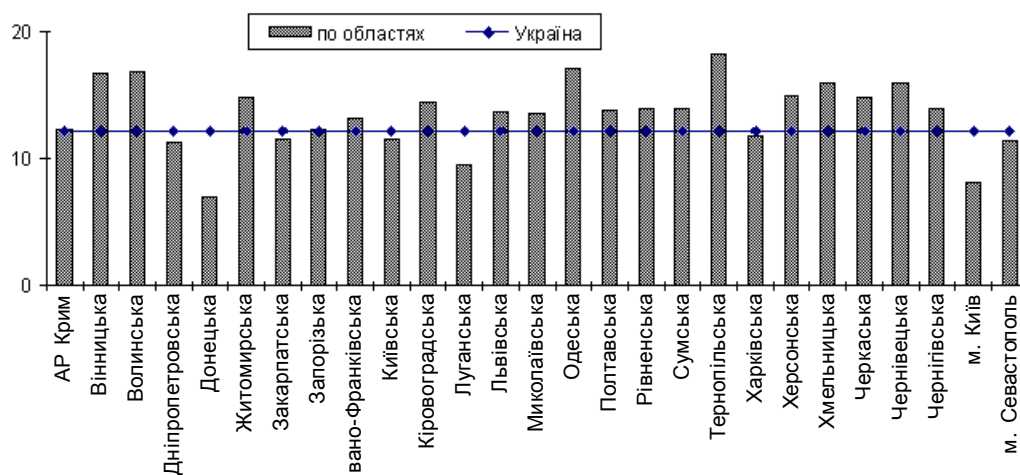


Рис. 2. Частка працівників, яким нараховано заробітну плату нижче прожиткового мінімуму для працездатної особи (за червень 2009 р.)

виклики як для бюджетного, так і для недержавного секторів щодо можливостей забезпечення їх дотримання.

Таким чином, можна констатувати, що основні економічні показники вартості людського капіталу - частка заробітної плати у валовій доданій вартості (ВДВ), а також розрахунковий коефіцієнт віддачі людського капіталу, співвідношення продуктивності праці і заробітної плати - в Україні постійно зростають [2]. Разом з тим прямого фінансового забезпечення оптимального стану людського капіталу через заробітну плату не відбувається, що також погіршує психологічний стан населення, а відтак і стан здоров'я в цілому. Тобто наведені дані щодо підвищених вимог до людського капіталу в сучасній економіці свідчать про необхідність посиленої уваги до його збереження і відтворення. Разом з цим у сучасній Україні спостерігається підвищення очікувань і вимог до сфери охорони здоров'я.

Роль держави у збереженні якості й кількості людського капіталу реалізується шляхом відповідної політики та інвестування в галузь охорони здоров'я.

Стан сфери охорони здоров'я ми оцінювали через інтегровані економічні показники, а саме бюджетування, що, як відомо, за останнє десятиріччя не перевершувало 3-4% ВВП і ніколи не забезпечувалось повністю [6].

У державному управлінні й соціумі утвердилась думка, що охорона здоров'я є тільки витратною галуззю. Динаміка доданої вартості в галузі є від'ємною і незначною (-3,6) - (- 4,0) [4]. Бюджетних надходжень вистачає на заробітну плату (80%) і 20% витрачається на утримання закладів. Звідси поширюється в державному управлінні і соціумі думка про надлишки закладів і лікарів. Закриття закладів і скорочення штатних одиниць відбувається в односторонньому порядку - за рішенням "зверху". Тобто замість підтримки рівня компетентності персоналу периферійних медичних закладів насаджується думка про некомпетентність медичного персоналу і надлишковість медичних закладів. При цьому не враховується думка місцевої влади і громади, які теж є практично некомпетентними щодо ситуації. Тим самим ігнорується поняття соціального капіталу галузі і його включення в суспільну свідомість у даному разі на місцевому рівні, що має бути результативним як для громади як ресурс розвитку, так і для галузі. Але це в тому випадку, якщо розглядати фінансування галузі не як витрати, а як інвестування в здоров'я людини.

Ми пропонуємо виразити показники соціального капіталу умовними одиницями і зіставити їх із реальними показниками зміни тривалості життя та смертності в Україні (рис. 3). За точку відліку (100% довіри до галузі) взяли 1978 р. - рік визнання системи Семашка найкращою у світі за організацією. На цей рік припадає найвища середня тривалість життя, яку теж можна умовно прийняти за 100% показник (рис. 3). Нами була побудована умовна крива динаміки соціального капіталу галузі охорони здоров'я, яку

супроводжував інтегральний показник очікуваної середньої тривалості життя, а також вказана дія факторів (зовнішніх і внутрішніх) формування й девальвації соціального капіталу галузі.

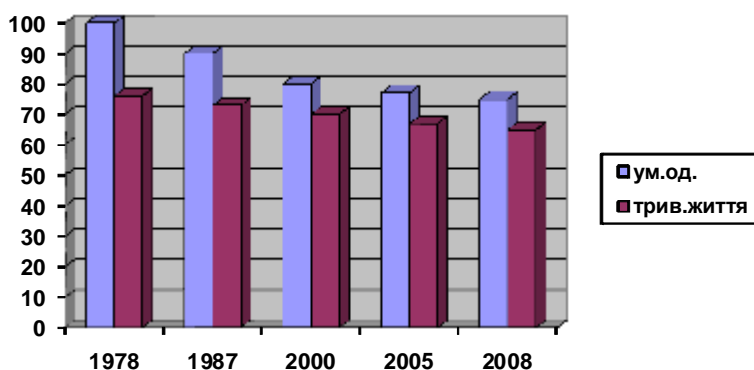


Рис. 3. Динаміка показників соціального капіталу галузі охорони здоров'я в умовних одиницях

Як видно з рисунка, у 1978 р. галузь визнана ВООЗ найкращою у світі (100 у.о.); 1987 р. - знижене фінансування галузі, довіра не втрачена (90 у.о.); 2000 р. - початок втрати довіри населення (80 у.о.) 2005-2008 рр. - зміни відсутні.

Незважаючи на спробу графічно продемонструвати динаміку змін соціального капіталу галузі проблема залишається відкритою. Виникає питання: чим його можна адекватно виміряти?! Оскільки воно має важливу властивість перетворюватися в реальні матеріальні цінності й ресурси. Тобто відбувалася трансформація певного віртуального символічного і дуже важко оцінюваного будь-якими кількісними показниками феномена в цілком реальні матеріальні й економічно значущі речі.

Ці розрахунки дають змогу нарешті трактувати соціальний капітал охорони здоров'я не тільки як внутрішню характеристику взаємин усередині професійної спільноти, як це пропонував П.Бурдьє, але і як певну міру включення системи охорони, медичного потенціалу країни в суспільну свідомість. Такий підхід видається не тільки правомірним, але й результативним. Він дозволяє чіткіше продемонструвати практичне значення того, що визначається як "імідж галузі", не тільки для розвитку самої галузі, але й для досить потужного (хоча й не завжди реалізованого) ресурсу розвитку держави [1].

Соціальний капітал системи охорони здоров'я, тобто її місце в суспільній свідомості, авторитет у соціумі, традиції та досвід взаємодії медичних працівників із суспільством і органами державного управління, дійсно слід розглядати як певний капітал, що трансформується в реальні

ресурси: бюджетні асигнування, замовлення на дослідження і розробки, культуру здоров'я в суспільстві, у прискорення розвитку держави.

Про девальвацію соціального капіталу системи охорони здоров'я на рівні державного управління свідчить той факт, що з недавно прийнятого Закону України "Про національну безпеку" зникає взагалі згадування як про загрози здоров'ю, так і про збереження генофонду нації як базисного для здоров'я народу (в концепції було). Це свідчить про некомпетентність укладачів Закону, тобто тих, хто приймає рішення, щодо ролі здоров'я народу в безпечному розвитку держави й ігнорування ролі складової державного управління - системи охорони здоров'я.

Виміряти соціальний капітал, описати конкретними кількісними показниками непросто. На рис. 3 представлена умовна крива динаміки соціального капіталу системи охорони здоров'я, яка свідчить про зміну ролі системи охорони здоров'я в соціумі: на рисунку показаний практично паралелізм між умовним соціальним капіталом галузі і показником середньої тривалості життя в Україні й зворотно пропорційне його відношення до показників смертності. Проте не спостерігається такої кореляції між бюджетуванням галузі, яка практично завжди залишалась низькою.

Крім графічного вираження ми також спробували виразити оцінку соціального капіталу галузі формулою, в якій узгоджували показники, що, на нашу думку, можуть свідчити про довіру соціуму до системи охорони здоров'я, а саме визначили величину співвідношення кількості своєчасних (вчасних) звернень у лікарняний заклад до числа населення конкретної території. А оскільки своєчасність у статистиці не відображається, то отриману величину ми помножили на коефіцієнт, похідний від тривалості життя. Цей метод краще застосовувати до оцінки соціального капіталу системи на конкретній території, використавши відповідно пропозиції ВООЗ метод DALY (ВООЗ):

$$SC = \frac{\text{Кількість звернень } (Ni)}{\text{Кількість населення } (N)} k,$$

де SC - соціальний капітал, Ni - кількість вчасних та диспансерних звернень у заклади охорони здоров'я, N - кількість населення, яке має звертатись (пацієнти району), k - коефіцієнт очікуваної тривалості життя.

У результаті можна отримати дані щодо більших або менших сподівань пацієнтів отримати допомогу, ступеня довіри громадян до сфери охорони здоров'я.

Звичайно, найпростішим методом є метод соціального опитування про довіру і задоволеність від послуг сфери охорони здоров'я, який теж має недоліки. Але використані всі перераховані методи в комплексі дають більш-менш достовірну оцінку соціального капіталу галузі охорони здоров'я. А саме, на даний момент сфера охорони здоров'я може забезпечити Україні

тільки 120-те місце в рейтингу 137 країн щодо обслуговування тривалості життя. Кількість звернень у лікарняні заклади зменшилася, надто часто такі звернення є запізненими. За опитуваннями 80% респондентів не сподіваються на допомогу сфери охорони здоров'я. В цілому в Україні спостерігається втрата довіри або девальвація соціального капіталу системи охорони здоров'я [8].

Чинники, що викликали девальвацію, можна поділити на внутрішні (причини в самій системі) і зовнішні - як загальнонаціональні, так і місцеві.

Таким чином, на національному рівні чинниками девальвації соціального капіталу галузі є бюджетування галузі за залишковим принципом; низька заробітна плата лікарів, що стимулює корумпованість; незабезпеченість лікарями, що зводить нанівець усі задекларовані демократичні принципи щодо рівності, доступності тощо охорони здоров'я в Україні. Розв'язати проблему можна не тільки завдяки фінансовому забезпеченню, але й через відкритість організації системи, що може відслідковуватись громадськістю, та зміну інфраструктури галузі. Так, зокрема, одним із реальних шляхів подолання девальвації галузі є запровадження сімейної медицини [8]. Було враховано, що частота звернення до сімейних лікарів у три рази більша, ніж до дільничних терапевтів [7]. Причому кратність відвідувань з профілактичною метою за досліджуваний період збільшилась з 0,5 до 1,8 на одного мешканця території. А число звернень з приводу хронічних захворювань збільшилось з 30,5% до 40%. Наведені дані свідчать про збільшення довіри до лікаря сімейної медицини, до медицини в цілому.

До зовнішніх факторів формування довіри населення до сфери охорони здоров'я слід віднести всі засоби інформування суспільства про досягнення сфери охорони здоров'я. Переконавню в бездієвості медичної сфери сприяють на рівні соціальної свідомості засоби масової інформації. Важко переоцінити, наскільки підриває довіру до системи охорони здоров'я наступ псевдолікарів, знахарів, екстрасенсів, які мають широкий доступ до ЗМІ. Рекламу самолікування, ліків і псевдоліків лягає на суспільну свідомість людини, яку привчили вірити всьому, що оприлюднюється.

Зовнішнім фактором девальвації соціального капіталу сфери охорони здоров'я також є смакування в пресі випадків лікарських помилок і псевдопомилки. Так, зокрема, провину за смерті школярів на фізкультурі покладено переважно на медицину. До цього додалося також різке звуження каналів спілкування медиків із суспільством - зменшилися тиражі науково-популярних видань, виступи працівників медичної галузі по радіо і телебаченню відбуваються за випадком, зникла практика науково-популярних лекцій.

Рішення й практичні кроки політичної влади щодо охорони здоров'я здебільшого виявляються чистою PR-акцією, що не сприяє збільшенню соціального капіталу сфери охорони здоров'я. Свою частку до девальвації со-

ціального капіталу галузі додають фармацевтичні фірми, за якими останнім часом закріпилися тими ж самими ЗМІ ярлики - "мафія".

Таким чином, доводиться визнати, що ні громадськість, ні державна влада до останнього часу фактично нічого не зробили для відновлення і нарощування соціального капіталу сфери охорони здоров'я, яка на даний момент ні фізично, ні матеріально і, виходить, ні морально - не в змозі відповідати сучасним вимогам суспільства. Тобто спостерігається девальвація соціального капіталу сфери охорони здоров'я з внутрішньогалузевих і зовнішніх причин.

Висновок. Таким чином, інституційний підхід до вивчення формування і розвитку сфери охорони здоров'я та державного управління нею відповідно до соціальних вимог та європейських стандартів потребує вивчення сфери охорони здоров'я як певної інституції, яка характеризується відповідними соціальними показниками - викликами з боку суспільства; завданнями, що ставить суспільство перед сферою охорони здоров'я; матеріалами і ресурсами, що забезпечують можливість виконання соціальної ролі сфери охорони здоров'я; надбання соціального капіталу сферою охорони здоров'я, який є інтегральним віртуальним показником, що в цілому характеризує діяльність даної галузі державного управління і дає можливість впливу на подальший її розвиток.

Перспективи подальших досліджень щодо визначення методології практичного застосування отриманих результатів.

Список використаних джерел

1. Бурдые П. Клиническая социология поля науки // Социологический анализ Пьера Бурдые. Альманах Рос.-фр. центра социол. и филос. Ин-та социол. Рос. акад. наук. - М., 2001. - С. 49-95.
2. Горячук В. Ф. Теоретичні аспекти державної капіталізації в умовах трансформації економіки України. - Режим доступу : library.if.ua/book/33/2217.html
3. Жаліло Л. Охорона здоров'я як соціальна інституція / Л. Жаліло, І. Солоненко, В. Скуратівський // Вісн. УАДУ. - 2003. - № 2. - С. 72-77.
4. Жаліло Я. А. Економічна криза та шляхи її подолання / Я. А. Жаліло та ін. - К. : НІСД, 2009. - С. 14-18.
5. Карамішев Д. В. Концепція інноваційних перетворень: міжгалузевий підхід до реформування системи охорони здоров'я (державно-управлінські аспекти) : монографія / Д. В. Карамішев. - Х. : Вид-во ХарПІ НАДУ "Магістр", 2004. - 304 с.
6. Мартинюк О. І. Розвиток міжгалузевої взаємодії у державному управлінні охороною здоров'я населення : дис ... канд. наук держ. упр. : 25.00.02 / Мартинюк Олена Іванівна. - К., 2006. - 203 с.
7. Муралиев С. Р. Медико-социальные проблемы внедрения и совершенствования деятельности общей врачебной (семейной) практики : автореф. дис. ... д-ра мед. наук : спец. 14.00.33 "Общественное здоровье и здравоохранение" / Муралиев С. Р. - М., 2009. - 34 с.
8. Первинна медико-санітарна допомога / сімейна медицина : монографія / за ред. В. М. Князевича ; МОЗ України. - К., 2010. - 404 с.

9. Попович О. Зупинімо девальвацію соціального капіталу науки / О. Попович // Вісн. НАН України. - 2007. - № 12. - С. 8-15.

10. Солоненко І. М. Розвиток інноваційності наукового пошуку щодо державного управління у сфері охорони громадського здоров'я / І. М. Солоненко, Л. І. Жаліло, О. І. Мартинюк // Матеріали наук.-практ. конф. за міжнар. участю (Київ, 28 трав. 2010 р.). - К. : НАДУ, 2010. - Т. 2. - С. 393-395.

11. Coleman J. S. Social capital in the creation of human capital / J. S. Coleman // American Journal of Sociology. - 1988. - P. 95-120.

Сергій Мокрецов,

кандидат медичних наук,

докторант кафедри управління охороною

суспільного здоров'я НАДУ

Зарубіжний досвід державної політики охорони репродуктивного здоров'я

Проведено аналіз актуальних проблем охорони репродуктивного здоров'я в окремих країнах світу. Досліджено відповідність основних засад вітчизняної державної політики охорони репродуктивного здоров'я міжнародним стандартам. Визначено негативні чинники, які необхідно враховувати у процесі формування механізмів державної політики охорони репродуктивного здоров'я.

Ключові слова: охорона здоров'я, репродуктивне здоров'я, державна політика.

The analysis of actual problems of reproductive health protection in the separate countries of the world is conducted. The conformity of basic principles of domestic state policy of reproductive health protection to international standards is investigated. Negative factors which must be taken into account in the process of forming of mechanisms of state policy of reproductive health protection are determined.

Key words: health protection, reproductive health, state policy.

Постановка проблеми. Статут Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) визначає здоров'я як "стан повного фізичного, психічного і соціального благополуччя, а не просто відсутність хвороб чи нездоров'я [1]. Немає жодних сумнівів, що різні умови життя і праці суттєво впливають на охорону репродуктивного здоров'я у напрямі або його покращання, або погіршення. Це двосторонній зв'язок. Умови впливають на здоров'я. Але й стан здоров'я частіше за все впливає на продуктивність праці і заробіток людини, на її соціальні та сімейні відносини. Зрозуміло, що це стосується всіх аспектів здоров'я, як фізичних, так і психічних. Міжнародна спільнота володіє значним досвідом проведення ефективної державної політики з охорони репродуктивного здоров'я. Адже практично для всіх країн світу збереження національного генофонду, забезпечення сталого розвитку суспільства є пріоритетним завданням державної політики. Зважаючи на цей факт,