



які сприяють розвитку захворювань у здорових, практично здорових, груп ризику, контингентів преморбідного стану, запобігання хвороб у здорових та інфекційних захворювань у хворих. Оскільки провідними причинами смертності населення у світі є хвороби серцево-судинної, респіраторної системи, онкологічні та інші чинники, нами досліджуються основні поведінкові чинники ризику: тютюнопаління, нераціональне харчування, зловживання алкоголем, гіподинамія, вживання психоактивних речовин, стреси, порушення режиму праці, відпочинку, сну тощо. Аналізуємо також кількісні показники здоров'я: артеріальний тиск - не більше 140/90 мм рт.ст., холестерин крові – <5 ммоль/л, індекс маси тіла – 20-25, вживання овочів та фруктів – 5 різновидів, 500 – 600 г, вживання алкоголю – чим менше, тим краще, вживання тютюнових виробів, рухова активність – щонайменше 20-30 хв. щодня. Враховуються основні компоненти здорового способу життя, а також додаткове вживання вітамінів А, С, Е та бета-каротину; зниження стресу; залучення до громадської діяльності.

Тютюнова пандемія - це вразливе явище, яке передається за допомогою реклами, через приклад курців і через дим, дії якого піддаються некурці, особливо діти. Наша робота полягає у тому, (Гру Харлем Брундтланд, Генеральний директор Всесвітньої організації охорони здоров'я 1999 рік) щоб імунізувати людей проти цієї пандемії! Вважаємо за доцільне використання шести заходів MPOWER це: M (monitor) — моніторинг вживання тютюну і політика контролю над тютюном; P (protect) — захист людей від вживання тютюну; O (offer) — пропозиція у відмові від вживання тютюну; W (warn) — попередження про шкідливість тютюну; E (enforce) — заборона на рекламу, стимулювання продажу тютюну і спонсорство тютюнових компаній; R (raise) — збільшення податків на тютюн. Якщо всі лікарі будуть радити кидати курити всім пацієнтам-курцям, які їх відвідують, то 1-2 % серед них будуть кидати - це збереже життя біля 50 тисячам людей в Україні впродовж року.

Гіподинамія також є вагомим чинником ризику неепідемічної захворюваності. Рухова активність основні види їх легко дозувати та які найбільш ефективно зміцнюють серцево-судинну та дихальну системи. Таким чином, чинники ризику неепідемічної захворюваності потребують подальшого дослідження та аналізу причинно-наслідкових процесів з метою обґрунтування технологій профілактики зазначеної патології.

Шилепницький П.І.

ОСОБЛИВОСТІ ВИКОРИСТАННЯ ДЕРЖАВНО-ПРИВАТНОГО ПАРТНЕРСТВА В МЕДИЦИНІ

Кафедра соціальної медицини та організації охорони здоров'я

Вищий державний навчальний заклад України

«Буковинський державний медичний університет»

Одним з важливих аспектів реформування медичної галузі є його ресурсне, і насамперед, фінансове забезпечення. Виходячи з реалій можливостей українського бюджету та беручи до уваги стан національної економіки держави, можна зробити висновок, що за рахунок тільки державних коштів забезпечити повноцінне функціонування медицини є неможливим. І тут постає завдання з пошуку альтернативних джерел забезпечення її розвитку з метою надання медичних послуг. Як показує досвід розвинених країн світу, вирішення проблеми тут може стати залучення коштів приватного сектору у формі державно-приватного партнерства (ДПП).

Метою дослідження є вивчення особливостей державно-приватного партнерства у медицині. Матеріалами дослідження слугували публікації вітчизняних і зарубіжних науковців та експертів міжнародних організацій

Державно-приватне партнерство передбачає, що функції, які традиційно вважаються державними, а саме будівництво та утримання об'єктів інфраструктури загального користування, надання інфраструктурних послуг, сфера культури, освіти тощо, а також охорони здоров'я на певних умовах можуть передаватись під відповідальність приватного бізнесу. Аналіз багатьох підходів до визначення ДПП дає можливість запропонувати наступне: державно-приватне партнерство – це співпраця між державою в особі її центральних та регіональних органів виконавчої влади та регіонального і місцевого самоврядування з однієї сторони, та представників бізнесу, інститутів громадянського суспільства і місцевих спільнот з приводу перерозподілу повноважень щодо створення інфраструктури загального користування, виконання робіт та надання послуг, які традиційно вважались монополією держави.

У сфері медицини можливі наступні моделі взаємовідносин держави та приватного сектору в межах угоди ДПП: проектування – будівництво (Design-Build (DB); проектування – будівництво - підтримання (Design-Build-Maintain (DBM); проектування – будівництво-експлуатація (Design-Build-Operate (DBO); проектування – будівництво - експлуатація - підтримання (Design-Build-Operate-Maintain (DBOM); будівництво - володіння - експлуатація - передача (Build-Own-Operate-Transfer (BOOT); будівництво - володіння - експлуатація (Build-Own-Operate (BOO); проектування - будівництво - фінансування-експлуатація/ підтримання (Design-Build-Finance-Operate/ Maintain (DBFO, DBFM or DBFO/M).

В існуючих ДПП застосовуються такі моделі: контракт на послуги; контракт на управління; лізинг; концесія; відчуження. Таким чином, державно-приватне партнерство можна розглядати в якості інструменту реформування та розвитку медичної галузі.