

УДК 614.2:658.310.7

Роша Л.Г.

ОРСИД 0000-0002-1027-1467 roshalg@i.ua

Центр реконструктивної та відновної медицини (Університетська клініка),

Одеський національний медичний університет, м. Одеса

ОСНОВИ ВПРОВАДЖЕННЯ ДЕРЖАВНО-ПРИВАТНОГО ПАРТНЕРСТВА В ПАТОЛОГО-АНАТОМІЧНІЙ СЛУЖБИ УКРАЇНИ

Резюме. Реформування медичної системи України здійснюється безсистемно і без належного наукового обґрунтування, без достатнього використання прийнятного для України досвіду.

Мета роботи – обґрунтування розвитку патолого-анатомічної служби України.

Методи дослідження – аналітичний, бібліосемантичний, переносу даних.

Результати та їх обговорення. Український приватний бізнес залишається багато в чому незрілим учасником взаємодії з владою. Соціальна орієнтованість бізнесу, його зацікавленість у рішенні не тільки своїх приватних проблем, а й громадських ще недостатньо розвинена.

Необхідний ефективний механізм модернізації патолого-анатомічної служби в системі охорони здоров'я, виражений у залученні приватних інвестицій шляхом реалізації проектів державно-приватного партнерства (Public-Private Partnership, у перекладі з англійської – ДПП), на території України. Проте модернізація патолого-анатомічної служби неможлива без модернізації інфраструктури. Для здійснення модернізації потрібні різносторонні інвестиції в саму систему охорони здоров'я.

Висновок. Найбільш активна галузь, яка організаційно і методично забезпечує державні структури, відомства й організації заходами з охорони здоров'я і профілактики захворювань населення, – це охорона здоров'я, що є не просто важливою галуззю соціальної сфери, а представляє собою систему життєзабезпечення; у цьому сенсі охорону здоров'я можна розглядати як важливий фактор національної безпеки країни.

Ключові слова: патолого-анатомічна служба, державно-приватне партнерство.

Актуальність. Сучасний шлях децентралізованої трансформації медичної системи України досить тернистий і охоплює практично всі галузі вітчизняної медицини. Окремі спроби галузевого реформування системи охорони здоров'я шляхом введення нових відносин господарювання та організаційних моделей її функціонування в Україні мають переважно локальний характер, здійснюються безсистемно і без належного наукового обґрунтування, без достатнього для України досвіду реформування аналогічних систем зарубіжних країн, а також без належного урахування вітчизняних наукових розробок і нагромадженого вітчизняного досвіду.

Мета роботи – обґрунтування розвитку патолого-анатомічної служби (ПАС) України шляхом залучення приватних інвестицій, ефективних управлінських рішень та сучасних технологій у межах державно-приватного партнерства.

Методи дослідження – аналітичний, бібліосемантичний, переносу даних.

Результати та їх обговорення. Український приватний бізнес залишається багато в чому незрілим учасником взаємодії з владою. Соціальна орієнтованість бізнесу, його зацікавленість у рішенні не тільки своїх приватних проблем, а й громадських, ще недостатньо розвинена.

Необхідний ефективний механізм модернізації ПАС у системі охорони здоров'я, виражений у залученні приватних інвестицій шляхом реалізації проектів державно-приватного партнерства (Public-Private Partnership у перекладі з англ. – ДПП), на території України. Проте модернізація ПАС неможлива без модернізації інфраструктури. Для здійснення модернізації потрібні різносторонні інвестиції в саму систему охорони здоров'я.

Варто зазначити, що досить велика кількість державних і муніципальних коштів, яка має йти на фінансування ПАС, повинна формуватися саме на основах розвитку ДПП у цій сфері. Оскільки нинішня система надання медичної допомоги в межах ПАС функціонує в умовах вираженого фінансового дефіциту, то її обсяги зазначеного партнерства мінімальні.

Поняття ДПП виникло з двох суперечних складових. З одного боку, ПАС інфраструктурних галузей, у першу чергу їх мережеві, монопольні сегменти, не можуть бути приватизовані через стратегічну, економічну та соціально-політичну значущість об'єктів інфраструктури. Але, з іншого боку, в державному бюджеті немає достатнього обсягу коштів, що дозволяють забезпечувати в них просте і розширене відтворення. Партнерство включає в себе розподіл ризиків і доходів, а також використання кваліфікації і ресурсів державного та приватного секторів для задоволення намічених стратегічних результатів в інтересах держави. В Україні для організації управління ПАС у вітчизняній системі охорони здоров'я характерним є відсутність єдиного бачення стосовно децентралізації систематичного управління, що негативно позначається на всій діяльності структури. Тому найважливішим завданням загальнодержавної політики стосовно ПАС у загальному характері має стати зміцнення позицій державних органів та органів місцевого управління стосовно питань, пов'язаних із децентралізацією ПАС в регулюванні діяльності закладів, які входять у структуру ПАС.

Тенденцією світового розвитку на сучасному етапі є значні деінституціональні зміни в галузях управління медичних структур, які раніше завжди перебували у державній власності. В нинішньому узагальненому аспекті держава може передати об'єкти ПАС приватному бізнесу, але при цьому залишає за собою право контролювати і регулювати їх діяльність.

Спільні ПАС. Залежно від структури і характеру спільного капіталу різними формами можуть бути або акціонерні товариства, або спільні ПАС на пайову участь сторін. Суттєвою особливістю спільних підприємств будь-якого типу є те, що держава постійно бере участь у поточній виробничій, адміністратив-

но-господарській та інвестиційній діяльності. Самостійність і свобода у прийнятті рішень приватним партнером набагато вужча, ніж, наприклад, у концесії.

Висновки. Найбільш активною галуззю, яка організаційно і методично забезпечує державні структури, відомства й організації заходами з охорони здоров'я і профілактики захворювань населення, є охорона здоров'я, яка є не просто важливою галуззю соціальної сфери, а системою життєзабезпечення, і в цьому сенсі охорону здоров'я можна розглядати як важливий фактор національної безпеки країни. Організація охорони здоров'я громадян в Україні забезпечується державною і приватною системами охорони здоров'я. Незважаючи на перспективність реалізації державних функцій шляхом застосування ДПП, майбутнє багатьох державно-приватних проектів і самого партнерства часто багато в чому залежить від поточної політичної ситуації, кон'юнктурних рішень і від реальності цілей, які ставлять перед собою учасники партнерства. Закон про ДПП затверджено у 2010 році, і наскільки б ефективним він не був у теорії, потрібно його фактичне виконання на практиці для успішної реалізації та розвитку будь-якої галузі з його допомогою. Добре структуровані проекти державного ДПП, особливо в умовах бюджетних обмежень, є ефективним механізмом розвитку інфраструктури. У світовій практиці склалося п'ять форм і шість моделей реалізації партнерських відносин між державою і бізнесом, найбільш популярною формою ДПП є концесія. У перспективі доцільно визначити механізм ДПП у сфері медицини як форму об'єднання державних і приватних інвестицій та організації спільного управління, що дозволить забезпечити підвищення ефективності вкладень капіталу за рахунок поділу ризиків і вигод між партнерами. Найбільш доцільними варіантами ДПП (спільні ПАС залежно від структури і характеру спільного капіталу) можуть бути або акціонерні товариства, або спільні ПАС на пайову участь сторін.

Актуальність. Сучасний шлях децентралізованої трансформації медичної системи України досить тернистий і охоплює практично всі галузі вітчизняної медицини. Саме ж адаптаційне реформування вітчизняних медичних

служб у дусі розвитку засад децентралізації поступово перетворює клінічну медицину з твору мистецтва у складний технологічний процес для відповідного управління, яке у розвинутих країнах використовує модель менеджменту, розроблену на засадах високотехнологічного виробництва [1].

Окремі спроби галузевого реформування системи охорони здоров'я шляхом введення нових відносин господарювання та організаційних моделей її функціонування в Україні мають переважно локальний характер, здійснюються безсистемно і без належного наукового обґрунтування, недостатнього використання придатного для України досвіду реформування аналогічних систем зарубіжних країн, а також без належного врахування вітчизняних наукових розробок і нагромадженого вітчизняного досвіду [3].

Мета роботи – обґрунтування розвитку ПАС України шляхом залучення приватних інвестицій, ефективних управлінських рішень та сучасних технологій у межах державно-приватного партнерства.

Методи дослідження – аналітичний, бібліосемантичний, переносу даних.

Результати та їх обговорення. Комплекс проблем національної системи охорони здоров'я, включаючи низьку соціально-економічну ефективність її діяльності, стає головною рушійною силою її реформування, яке зумовлюється державною політикою у цій галузі. Однак нинішня система державного управління, яка спрямована на реалізацію політики системи охорони здоров'я в межах діяльності ПАС, не справляється зі своїми функціями.

Дослідження автора в роботі [12] вказують на те, що матеріально-технічна база служби незадовільна та потребує покращення. Водночас акцентовано увагу, що ПАС потребує додаткових джерел фінансування; вноситься пропозиція, що ними повинні стати кошти обов'язкового і добровільного медичного страхування при виконанні страховими організаціями своїх зобов'язань щодо захисту прав застрахованих та експертизи якості медичної допомоги [27].

Відомо, що ПАС децентралізована в багатьох країнах, проте подібна модель вимагає підкріплення дуже вагомою фінансовою базою,

натомість країни, в яких фінансування ПАС відбувається за залишковим принципом, не можуть на це розраховувати [28], а організація та проведення патолого-анатомічних досліджень у медичних організаціях СНД мають суттєві недоліки, які стосуються передусім матеріально-технічного, методичного та кадрового забезпечення [29]. Тому в умовах загального ресурсного дефіциту охорони здоров'я необхідний пошук рішень, що дозволить підвищити ефективність ПАС з найменшими витратами [33].

ПАС у межах вітчизняної системи охорони здоров'я визначає максимальне ефективне використання наявних у її розпорядженні кадрових, фінансових, матеріальних та інформаційних ресурсів. Зокрема, станом на 2018 рік в Україні для організації управління ПАС у вітчизняній системі охорони здоров'я характерним є відсутність єдиного бачення стосовно децентралізації систематичного управління, що негативно позначається на всій діяльності структури. Тому найважливішим завданням загальнодержавної політики стосовно ПАС у загальному характері має стати зміцнення позицій державних органів та органів місцевого управління стосовно питань, пов'язаних із децентралізацією ПАС у регулюванні діяльності закладів, які входять у її структуру.

Тенденцією світового розвитку на сучасному етапі є значні деінституціональні зміни в галузях управління медичних структур, які раніше завжди перебували у державній власності. В нинішньому узагальненому аспекті держава може передати об'єкти ПАС приватному бізнесу, але при цьому залишає за собою право контролювати і регулювати їх діяльність.

Існує ряд додаткових проблем України, які суттєво впливають на систему охорони здоров'я і ПАС, як її складової, а саме:

- проблеми фінансування;
- відсутність цілісної державної політики реформування галузі;
- низька якість медичної допомоги у зв'язку з низьким рівнем ефективності управління і технологічного оснащення;
- структурні диспропорції;
- проблеми кваліфікації кадрів;
- розвиток тіньової медицини;

– неефективна система медичного страхування, адміністративні бар'єри для участі приватного сектора охорони здоров'я у виконанні державного замовлення;

– демографічна криза.

Необхідний ефективний механізм модернізації ПАС у системі охорони здоров'я, виражений у залученні приватних інвестицій шляхом реалізації проектів державно-приватного партнерства (Public-Private Partnership у перекладі з англ. – ДПП), на території України. Проте модернізація ПАС неможлива без модернізації інфраструктури. Для здійснення модернізації потрібні різносторонні інвестиції в саму систему охорони здоров'я.

Варто зазначити, що досить велика кількість державних і муніципальних коштів, яка має йти на фінансування ПАС, повинна формуватися саме на основах розвитку ДПП у цій сфері. Оскільки нинішня система надання медичної допомоги в межах ПАС функціонує в умовах вираженого фінансового дефіциту, то її обсяги зазначеного партнерства мінімальні.

Як показав досвід 90-х років, функціонування системи надання медичної допомоги в умовах вираженого фінансового дефіциту неминуче призводить тільки до вимушених інвестицій у галузь з боку найбільш широких верств населення. Не можна не відзначити, що на сьогодні ресурсна база охорони здоров'я створює хороші передумови для залучення коштів великих приватних інвесторів.

Насичення галузі сучасними технологіями і необхідність їх швидкого поновлення обумовлюють стійке зростання інтересу приватних партнерів до співпраці з медичними установами.

Інтерес до державно-приватного партнерства багато в чому обумовлений трансформацією поглядів на ринковий механізм, методи державного регулювання та необхідність здійснення довгострокових інвестиційних проектів у соціальній сфері, які потребують великих витрат бюджетних коштів. Цей механізм фінансування дозволяє значно розширити простір для вільного руху капіталу, полегшити входження приватних інвесторів в нові сфери, які внаслідок високих ризиків раніше залишалися не доступними для приватного сектору [30].

Український приватний бізнес залишається багато в чому незрілим учасником взаємодії з владою. Соціальна орієнтованість бізнесу, його зацікавленість у вирішенні не тільки своїх приватних проблем, а й громадських, ще недостатньо розвинена.

Поняття ДПП виникло з двох суперечних складових. З одного боку, ПАС інфраструктурних галузей, у першу чергу їх мережеві, монопольні сегменти, не можуть бути приватизовані через стратегічну, економічну та соціально-політичну значущість об'єктів інфраструктури. Але, з іншого боку, в державному бюджеті немає достатнього обсягу коштів, що дозволяють забезпечувати в них просте і розширене відтворення. Партнерство включає в себе розподіл ризиків і доходів, а також використання кваліфікації і ресурсів державного та приватного секторів для задоволення намічених стратегічних результатів в інтересах держави [40].

Для того щоб вирішити це протиріччя, в господарській практиці використовується соціальна концепція ДПП, яке представляє собою альтернативу приватизації життєво важливих, що мають стратегічне значення, об'єктів державної власності.

Про перспективність використання ДПП у сфері охорони здоров'я свідчить той факт, що в розвинених країнах приблизно 2/3 проектів у цій сфері реалізуються на умовах ДПП. Основними напрямками інвестицій стають: будівництво медичних об'єктів, впровадження ІТ-технологій, розробка і виробництво нових видів медичного обладнання.

Використання ДПП можна розглядати як половинну або часткову приватизацію державних функцій, що дозволяє істотно підвищити якість і збільшити асортимент надання медичних послуг. При цьому, для того щоб зацікавити приватного інвестора в участі в проекті, державний партнер повинен забезпечити йому певну вигоду і взяти на себе частину ризиків проекту. Тому невід'ємним елементом ДПП є поділ ризиків і вигод між партнерами.

На сьогодні стосовно охорони здоров'я державна політика з новими підходами до розвитку ДПП тільки формується. А формування більш-менш досконалої ідеології цього питання перебуває в нерозривному зв'язку з реаль-

ними практичними кроками. Державна політика в галузі взаємовигідної взаємодії охорони здоров'я та бізнесу повинна бути динамічною і гнучкою.

Беручи до уваги зазначене вище, слід сказати, що постійне зростання витрат на охорону здоров'я буде відбуватися неминуче у зв'язку з появою нових медичних технологій, старінням суспільства, необхідністю підвищувати оплату медичного персоналу, зростанням запитів населення, необхідністю підтримувати й оновлювати інфраструктуру. ДПП в охороні здоров'я дає можливість підвищити ефективність використання ресурсів і управління. Залучення приватного сектора в соціальну сферу вимагає податкового стимулювання та законодавчо встановлених гарантій для інвесторів.

Приватні інвестиції виступають у ролі ефективного механізму модернізації охорони здоров'я.

Держава зацікавлена в розвитку форм і механізмів ДПП, оскільки реалізація цих проєктів служить досягненню таких цілей і завдань:

- підвищення інтелектуального, технологічного, майнового та фінансового потенціалу професійної освіти як умова забезпечення сталого економічного зростання та модернізації економіки України;

- управління державним майном у галузі професійної освіти, отримання значного бюджетного ефекту, здійснення державних витрат з більшою ефективністю, досягнення відносної економії у витрачанні державних коштів;

- розширення майнової та фінансової бази професійної освіти за рахунок залучення позабюджетних джерел фінансування;

- забезпечення конкурентоспроможності освітніх програм, підвищення їх якості; стимулювання зближення фундаментального і прикладного компонентів в освіті; створення нових спеціальностей відповідно до потреб зростаючої економіки України;

- задоволення динамічно змінного попиту на ринку праці; забезпечення широкої доступності для населення професійної освіти на всіх його рівнях;

- посилення інноваційної складової освіти.

Значення ДПП в Україні з кожним роком зростає і вже створює необхідний ефект у всіх

сферах економічної та соціальної політики, стимулює напрям підтримки соціального сектора.

Готовність приватного капіталу інвестувати у державну інфраструктуру, безумовно, є. Але для цього необхідно мати законодавчі та юридичні права на наступне повернення цих інвестицій. У протилежному випадку інвестор не буде здійснювати інвестицій, адже це буде благодійністю, а не партнерством. Законодавча база ПАС на сьогодні не має цілісного та узгодженого характеру, необхідні комплексне доопрацювання нормативних актів та/чи актуалізація міжнародних.

При реалізації проєктів ДПП використовуються різні механізми співпраці держави і приватного бізнесу. Вони диференціюються залежно від обсягу переданих приватному партнеру прав на власність, інвестиційних зобов'язань сторін, принципів поділу ризиків між партнерами, відповідальності за проведення різних видів робіт.

Контракти як адміністративний договір, що укладається між державою (органом місцевого самоврядування) і приватною фірмою на здійснення певних суспільно необхідних і корисних видів діяльності. В адміністративних контрактних відносинах права власності не передаються приватному партнеру, витрати і ризики повністю несе держава. Інтерес приватного партнера полягає в тому, що за договором він отримує право на обговорювану частку в доході, прибутку чи стягуються платежі.

Особливість орендних відносин (у традиційній формі і формі лізингу) між владними структурами та приватним бізнесом полягає в тому, що на визначених договором умовах відбувається передача приватному партнеру державного або муніципального майна у тимчасове користування і за певну плату. У разі договору лізингу лізингоодержувач завжди має право викупу державного або муніципального майна.

Концесія (концесійна угода) є специфічною формою відносин між державою і приватним партнером, яка набуває все більшого поширення. Її особливість полягає в тому, що держава (муніципальне утворення) в рамках партнерських відносин, залишаючись повноправним власником майна, що є предметом концесійної угоди, уповноважує приватного партнера вико-

нувати протягом певного терміну обумовлені в угоді функції і наділяє його з цією метою відповідними правами, необхідними для забезпечення нормального функціонування об'єкта концесії. За користування державною або муніципальною власністю концесіонер вносить плату на умовах, обумовлених у концесійній угоді.

Угода про розподіл продукції як форма партнерських відносин між державою і приватним бізнесом частково нагадує традиційну концесію, але все ж відмінна від неї. Якщо в концесії концесіонеру на правах власності належить вся випущена за згодою продукція, то в угодах про розподіл продукції партнеру держави належить тільки її частина. Розподіл продукції між державою та інвестором, його умови та порядки визначаються в угоді.

Спільні ПАС. Залежно від структури і характеру спільного капіталу різновидами цієї форми можуть бути або акціонерні товариства, або

спільні ПАС на пайову участь сторін. Суттєвою особливістю спільних підприємств будь-якого типу є те, що держава постійно бере участь у поточній виробничій, адміністративно-господарській та інвестиційній діяльності. Самостійність і свобода у прийнятті рішень приватним партнером набагато вужча, ніж, наприклад, у концесії.

У багатьох випадках партнерства використовують форми, що базуються на перевагах різних моделей і їх поєднанні [23]. Світова практика реалізації проектів ДПП виробила ряд моделей, представлених у табл. 1.

Моделі ДПП з точки зору, що застосовується у методах їх розробки і реалізації, можуть розглядатися як розвиток класичних методів і процедур проектного фінансування. Однак деякі особливості взаємодії державних і приватних структур обумовлюють необхідність ряду додаткових вимог до відповідних проектів [1].

Таблиця 1

Класифікація моделей ДПП

Модель ДПП	Механізм	Характеристика моделі
BOT	Build, Operate, Transfer Будівництво, експлуатація/ управління, передача	Механізм використовується головним чином у концесії, інфраструктурний об'єкт створюється за рахунок концесіонера, який після завершення будівництва отримує право експлуатації спорудженого об'єкта протягом строку, достатнього для окупності вкладених коштів. Після його закінчення об'єкт передається державі, концесіонер отримує правомірність використання, але не володіння об'єктом ПАС, власником якого є держава
BOOT	Build, Own, Operate, Transfer Будівництво, володіння, експлуатація/управління, передача	Приватний партнер отримує правомірність не тільки користування, а й володіння об'єктом ПАС протягом терміну дії угоди, після чого він передається публічній владі
BTO	Build, Transfer, Operate Будівництво, передача, експлуатація/ управління	Механізм передбачає передачу об'єкта державі відразу по завершенні будівництва. Потім він надходить у користування приватного партнера, але без переходу до нього права володіння
BOO	Build, Own, Operate Будівництво, володіння, експлуатація/ управління	У цьому випадку створений об'єкт після закінчення терміну дії угоди не передається публічній владі, а залишається в розпорядженні інвестора
DBFO	Design, Build, Finance, Operate Розробка, будівництво, фінансування, експлуатація	Приватний партнер розробляє проект об'єкта, забезпечує його зведення, знаходить фінансування, вводить об'єкт в експлуатацію, у кінці терміну оренди бізнес передає новий об'єкт у державний сектор
BBO	Buy, Build, Operate Покупка, будівництво, управління	Держава продає об'єкт приватному партнеру, який робить необхідні удосконалення для ефективного управління

Раціональне використання схеми ДПП дозволить підвищити ефективність використання бюджетних коштів, забезпечить більш ефективне виконання проекту, допоможе реалізувати більшу кількість проектів протягом певного терміну.

У міру використання будь-якої моделі ДПП держава і бізнес очікують ефект, який може бути визначений трьома способами:

- підвищується якість послуг, що надаються;
- частина ризиків передається приватному сектору;
- у результаті конкуренції досягається більш ефективне використання ресурсів.

Організаційні моделі не передбачають суттєвого вторгнення у відносини власності, як правило, співпраця публічного і приватного партнерів здійснюється за рахунок залучення третіх організацій, переуступки окремих функцій і контрактних зобов'язань, використання можливостей передачі об'єктів у зовнішнє управління.

До організаційної моделі відносять найбільш поширений на сьогодні тип ДПП – концесії. Джерелом винятковості наданих за концесійною угодою прав є не статус держави як власника, а його прерогативи як органу публічної влади. Винятковий (монопольний) характер прав, що надаються державою концесіонеру (приватному партнеру), полягає в тому, що в рамках території або виду діяльності, на які він отримує виняткове право, не допускається аналогічна діяльність будь-яких третіх осіб, а також і самої держави.

Відомо, що концесії як найважливіша форма партнерства держави і приватного бізнесу отримали найбільш значне поширення в інфраструктурних галузях, де особливо необхідні приплив приватних інвестицій і висококваліфіковане управління. Розрізняють щонайменше три види концесій:

- концесія на вже існуючі об'єкти інфраструктури;
- концесія на будівництво або модернізацію інфраструктурних об'єктів;
- передача об'єктів державної власності в управління приватній компанії, що управляє [46].

В останні роки галузі застосування різних форм партнерства держави і приватного бізнесу стрімко розширюються, бурхливо розвиваються самі форми партнерств і їх модифікації. Основний принцип концепції ДПП полягає в тому, що держава визначає, в яких послугах та інфраструктурі воно потрібне, а приватні інвестори висувують пропозиції, які повинні найбільшою мірою відповідати вимогам держави.

Концепція ДПП, як правило, здійснюється в такому порядку:

- розробка проекту, в рамках якого приватний сектор планує, споруджує і частково управляє об'єктом інвестицій відповідно до завдань держави;
- фінансування інвестицій державою, в тому числі у формі плати за використання інфраструктури;
- укладання довгострокового договору, зміст і структура якого характеризуються великою різноманітністю.

Важлива частина угод у рамках ДПП – розподіл між учасниками проекту завдань, можливостей і ризиків. При цьому, як правило, дотримується така умова: вирішення конкретного завдання покладається на того партнера, який може зробити це з найбільшою ефективністю. Розподіл завдань і відповідальності між державою і приватним сектором залежить від сфери реалізації проекту. Чим більше значення має громадська послуга (суспільне благо), тим нижче ринкові ризики, пов'язані з її наданням, і тим вищі потреби в державному регулюванні.

Світовий досвід реалізації інфраструктурних проектів свідчить про те, що держава часто приймає на себе ринковий ризик у рамках певних базових умов. Від розподілу ризиків і можливостей залежать функції держави. Якщо приватний інвестор несе більшу частину ризиків за проектом, то держава має обмежене право втручатися у виконання проекту або в основному контролює його.

Держава отримує вигоду від збільшення пов'язаних із проектом бюджетних доходів, а також від непрямих ефектів: пожвавлення кон'юнктури і зростання інвестиційної привабливості регіонів. Більшість країн світу, особливо розвинені країни,кладають у медицину набагато більше, пам'ятаючи про те, що здоро-

ві люди – це найважливіший фактор конкурентоспроможності держави.

Висновки

1. Найбільш активною галуззю, яка організаційно і методично забезпечує державні структури, відомства й організації заходами з охорони здоров'я і профілактики захворювань населення, є охорона здоров'я, яка є не просто важливою галуззю соціальної сфери, а системою життєзабезпечення, і в цьому сенсі охорону здоров'я можна розглядати як важливий фактор національної безпеки країни. Організація охорони здоров'я громадян в Україні забезпечується державною і приватною системами охорони здоров'я.

2. Незважаючи на перспективність реалізації державних функцій шляхом застосування ДПП, майбутнє багатьох державно-приватних проєктів і самого партнерства часто багато в чому залежить від поточної політичної ситуації, кон'юнктурних рішень і від реальності цілей, які ставлять перед собою учасники партнерства.

3. Закон про ДПП затверджено у 2010 році, і наскільки б ефективним він не був у теорії, потрібно його фактичне виконання на практиці для успішної реалізації та розвитку будь-якої галузі з його допомогою.

4. Добре структуровані проєкти державного ДПП, особливо в умовах бюджетних обмежень, є ефективним механізмом розвитку інфраструктури. У світовій практиці склалося п'ять форм і шість моделей реалізації партнерських відносин між державою і бізнесом, найбільш популярною формою ДПП є концесія.

5. У перспективі доцільно визначити механізм ДПП у сфері медицини як форму об'єднання державних і приватних інвестицій та організації спільного управління, що дозволяє забезпечити підвищення ефективності вкладень капіталу за рахунок поділу ризиків і вигод між партнерами.

6. Найбільш доцільними варіантами ДПП (спільні ПАС залежно від структури і характеру спільного капіталу) можуть бути або акціонерні товариства, або спільні ПАС на пайову участь сторін.

Список використаних джерел

1. Медична освіта в світі та в Україні: додипломна освіта, післядипломна освіта, безперервний професійний розвиток / Ю.В. Поляченко, В.Г. Передерій, О.П. Волосовець (та ін.). – К.: Книга пляс, 2005. – 385 с.
2. Про затвердження змін до положення про проведення іспитів на передатестаційних циклах / Наказ МОЗ України від 07.07.2009 № 484.
3. Лемішко Б.Б. Механізми державного управління розвитком сімейної медицини Львівщини / Б.Б. Лемішко – Львів: Сполом, 2011. – 308 с.
4. Шаповал С.Д. Впровадження нових організаційних форм безперервного навчання лікарів загальної практики / С.Д. Шаповал, С.М. Дмитріюва, Т.О. Ралько // Сімейна медицина. – 2007. – № 3. – С. 16.
5. Лемішко Б.Б. Державне управління безперервним професійним розвитком / Б.Б. Лемішко, Я.-Р.М. Федорів, Р.Ю. Грицько // Ефективність державного управління: зб. наук. праць Львівського регіонального інституту державного управління Національної академії державного управління при Президентові України. – Вип. 30 / За ред. чл.-кор. НАН України В.С. Загорського, доц. В.А. Ліпенцева. – Львів: ЛРІДУ НАДУ, 2012. – С. 184–189.
6. Лукина А.С., Неустроев В.Г. Эндоскопическая диагностика и классификация пищевода Барретта. Современное состояние и история вопроса / А.С. Лукина, В.Г. Неустроев // Клиническая эндоскопия. – 2008. – № 3 (16). – С. 28–37.
7. Amano Y., Chinuki D., Yuki T. Primary antibiotic resistance for cellular proliferation and apoptosis in Barrett's esophagus with different mucin phenotypes // Aliment. Pharmacol. Ther. – 2006. – Vol. 24, Suppl. 4. – P. 41–48.
8. Buttar N.S., Want K.K., Sebo T.J. Extent of high grade dysplasia in Barrett's esophagus correlates with risk of adenocarcinoma // Gastroenterology. – 2001. – Vol. 120. – P. 1630–1639.
9. Cadot G. Endoscopy and surveillance of Barrett's esophagus // Gastroenterol. Clin. Biol. – 2003. – Vol. 27, N 8–9. – P. 689–691.
10. Cameron A.J. Epidemiology of Barrett's esophagus and adenocarcinoma // Dis. Esophagus. – 2002. – Vol. 5, N 2. – P. 106–108.

11. Canto M.I., Ralloo A. Chromoendoscopy for Barrett's esophagus in twenty-first century: to stain or not to stain // Gastrointest. Endosc. – 2006. – Vol. 64, N 2. – P. 200–205.
12. Clark G.W. Effect of Helicobacter pylori infection in Barrett's esophagus and the genesis of esophageal adenocarcinoma // World J. Surg. – 2003. – Vol. 27, N 9. – P. 994–998.
13. Coad R.A., Shepherd N.A. Barrett's esophagus: definition, diagnosis and pathogenesis // Curr. Diagn. Pathol. – 2003. – Vol. 9. – P. 218–227.
14. Cossentino M.J., Wong R.K. Barrett's esophagus and risk of esophageal adenocarcinoma // Semin. Gastroenterol. Dis. – 2003. – Vol. 14, N 3. – P. 128–135.
15. Guerlud M., Ehrlich E.E. Endoscopic classification of Barrett's esophagus // Gastrointest. Endosc. – 2004. – Vol. 59, N 1. – P. 58–65.
16. Ford A.C., Forman D., Reynolds P.D., Cooper B.T. Ethnicity, Gender, and Socioeconomic Status as Risk Factors for Esophagitis and Barrett's Esophagus // Am. J. Epidemiol. – 2005. – Vol. 162 (5) – P. 454–460.
17. Morino M., Rebecchi F., Giaccone C. Endoscopic ablation of Barrett's esophagus using argon plasma coagulation (APC) following surgical laparoscopic fundoplication // Surgical endoscopy. – 2003. – Vol. 17, N 4. – P. 539–542.
18. Pouw R.E., Gondrie J.J., Sondermeijer C.M. Eradication of Barrett Esophagus with Early Neoplasia by Radiofrequency Ablation, with or without Endoscopic Resection // J. Gastrointest. Surg. – 2008. – N 12. – P. 1627–1637.

ОСНОВЫ ВНЕДРЕНИЯ ГОСУДАРСТВЕННО-ЧАСТНОГО ПАРТНЕРСТВА В ПАТОЛОГО-АНАТОМИЧЕСКОЙ СЛУЖБЕ УКРАИНЫ

Л.Г. Роша

Резюме. Реформирование медицинской системы Украины осуществляется бессистемно и без должного научного обоснования, без достаточного использования подходящего для Украины опыта.

Цель работы – обоснование развития патолого-анатомической службы Украины.

Методы исследования – аналитический, библиосемантический, переноса данных.

Результаты и их обсуждение. Украинский частный бизнес остается во многом незрелым участником взаимодействия с властью. Социальная ориентированность бизнеса, его заинтересованность в решении не только своих частных проблем, но и общественных еще недостаточно развита.

Необходим эффективный механизм модернизации патолого-анатомической службы в системе здравоохранения, выраженный в привлечении частных инвестиций путем реализации проектов государственно-частного партнерства (Public-Private Partnership, в переводе с английского – ГЧП), на территории Украины. Однако модернизация патолого-анатомической службы невозможна без модернизации инфраструктуры. Для осуществления модернизации нужны разносторонние инвестиции в саму систему здравоохранения.

Вывод. Наиболее активная отрасль, которая организационно и методически обеспечивает государственные структуры, ведомства и организации мероприятиями по охране здоровья и профилактике заболеваний населения, – это здравоохранение, которое является не просто важной отраслью социальной сферы, а представляет собой систему жизнеобеспечения; в этом смысле здравоохранение можно рассматривать как важный фактор национальной безопасности страны.

Ключевые слова: патолого-анатомическая служба, государственно-частное партнерство.

FUNDAMENTALS OF THE IMPLEMENTATION OF STATE-HONEST PARTNERSHIP IN THE PATHOANATOMICAL SERVICE OF UKRAINE

L. Rosha

Resume. The reform of the medical system of Ukraine is carried out without systematic and without proper scientific substantiation, insufficient use of experience suitable for Ukraine.

Purpose – the substantiation of the development of the pathoanatomical service of Ukraine.

Methods of research – analytical, bibliosemantic, data transfer.

Results and discussion. Ukrainian private business remains largely immature participant in interacting with the authorities. Social orientation of business, his interest in the decision not only of his private problems, but also of the public, is still not sufficiently developed.

An effective mechanism for modernizing the pathoanatomical service in the healthcare system is needed, which is expressed in attracting private investment through the implementation of public-private partnership

projects (Public-Private Partnership, translated from the English – PPP), on the territory of Ukraine. However, the modernization of the pathoanatomical service is impossible without the modernization of the infrastructure. Modernization requires multi-faceted investments in the health system itself.

Conclusion. Healthcare is the most active branch that organizes and systematically provides state structures, departments and organizations with measures on health care and prevention of diseases of the population, which is not only an important branch of the social sphere, it is a system of life support, and in this sense of health can be considered an important factor of national security of the country.

Keywords: pathoanatomical service, public-private partnership.

Роша Лариса Григорівна – канд. мед. наук, доцент кафедри патологічної анатомії з секційним курсом ОНМедУ, завідувача патолого-анатомічного відділення Центру реконструктивної та відновної медицини (Університетська клініка) ОНМедУ

Адреса: 65005, м. Одеса, вул. Тіниста, 8

E-mail: roshalg@i.ua

Контактний телефон: (098) 263-27-14 (для кореспонденції)