

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ЧЕРКАСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ БОГДАНА ХМЕЛЬНИЦЬКОГО**

Навчально-науковий інститут економіки і права
Кафедра менеджменту та економічної безпеки
Спеціальність 073 Менеджмент
Освітня програма Менеджмент організацій

До захисту допускаю

Завідувач кафедри

С.А. Назаренко

(ініціали, прізвище)

(дата, підпис)

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА
освітнього ступеня МАГІСТР

**УПРАВЛІННЯ ІННОВАЦІЙНОЮ ДІЯЛЬНІСТЮ В
ОРГАНІЗАЦІЇ**

Студентка групи МО-19 Мариноха Марина Володимирівна _____
(шифр групи) (прізвище, ім'я, по батькові) (підпис)

Науковий керівник доцент, к.е.н. Білоус С.П. _____
(вчені ступінь та звання, прізвище, ініціали) (підпис)

Консультанти: _____
(вчені ступінь та звання, прізвище, ініціали) (підпис)

Черкаси – 2020

ЗМІСТ

ВСТУП.....	3
РОЗДІЛ 1. СТАН І ПРОБЛЕМИ ІННОВАЦІЙНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ В СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	7
1.1. Проблеми організації інноваційної діяльності в сфері охорони здоров'я.....	7
1.2. Підготовка кадрів для інноваційної діяльності.....	10
1.3. Державно-приватне партнерство в інноваційній діяльності.....	15
Висновки до розділу 1.....	18
РОЗДІЛ 2. АНАЛІЗ ІННОВАЦІЙНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ ПІДПРИЄМСТВ (НА МАТЕРІАЛАХ КНП «ЧЕРКАСЬКИЙ ОБЛАСНИЙ ШКІРО- ВЕНЕРОЛОГІЧНИЙ ДИСПАНСЕР ЧЕРКАСЬКОЇ ОБЛАСНОЇ РАДИ)	19
2.1. Оцінка господарської діяльності підприємства.....	19
2.2. Оцінка результатів економічної діяльності підприємств.....	22
2.3. Аналіз інноваційної діяльності підприємства	24
Висновки до розділу 2.....	28
РОЗДІЛ 3. НАПРЯМИ УДОСКОНАЛЕННЯ ІННОВАЦІЙНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ В СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я (НА МАТЕРІАЛАХ КНП «ЧЕРКАСЬКИЙ ОБЛАСНИЙ ШКІРО-ВЕНЕРОЛОГІЧНИЙ ДИСПАНСЕР ЧЕРКАСЬКОЇ ОБЛАСНОЇ РАДИ)	30
3.1. Пріоритетні напрями формування медичного інноваційного середовища.....	30
3.2. Пропозиції щодо створення інноваційного медико-технологічного центру.....	33
3.3. Системна підготовка медичних кадрів для інноваційної діяльності.....	39
Висновки до розділу 3.....	44
ВИСНОВКИ.....	47
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	50
ДОДАТКИ.....	54

ВСТУП

Актуальність теми дослідження. В сучасних умовах вектор розвитку української економіки та інших сфер діяльності спрямований в бік активізації інновації з широким використанням наукових підходів до методів менеджменту в сфері залучення інвестицій. В інфраструктурі менеджменту провідним блоком є управління інноваційною діяльністю (ІД), коли сконструйований інноваційний механізм, що спонукає працівників постійно виробляти новий продукт, ідеї і рішення, а також налагоджена система пошуку і залучення необхідних інвестицій для підтримки високого інноваційного напруження в системі.

Розвиток української економіки має базуватися не тільки на екстенсивному зростанні виробництва, але і на створенні нових продуктів і послуг, на використанні інноваційного потенціалу всіх галузей національної економіки. Ефективність і глибина інноваційного потенціалу визначаються інвестиційною привабливістю тих сфер національної економіки, де відбувається створення нововведень, і здатність інноваційної інфраструктури забезпечувати ефективну трансформацію результатів науково-дослідної діяльності (НДД) в ринкові продукти та послуги. Національна інноваційна система (ІС), була основною ланкою трансферу інтелектуального потенціалу в ринкове середовище, визначає якість і ефективність сучасної економіки. Вона формує і забезпечує сприятливі умови для створення та впровадження інновацій в діяльність господарюючих суб'єктів. Інфраструктурні елементи ІС істотно розширюють інноваційні можливості підприємств і організацій і, тим самим, сприяють вирішенню багатьох найважливіших національно-економічних проблем.

Аналіз наукових досліджень і публікацій. Економічні аспекти управління інноваціями, в тому числі і в структурах охорони здоров'я описуються в працях провідних українських та закордонних вчених, а саме: Н. Артамонова, А. Бабенка, Л. Бернса, А. Бравве, О. Висоцької, Д. Карамишева, І.

Кубліна, Є. Латишева, В. Литвина, В. Пашкова, А. Свінцівського, С. Хадсона, Дж. Феранте та ін.

Разом з тим в літературі відсутня достатня кількість детальних досліджень, які розкривають ефективні механізми побудови прийнятного для інвесторів клімату в галузі охорони здоров'я, що негативно позначається на якості прийнятих рішень на різних рівнях управління, відсутня науково-методична проробка механізму формування ефективних ІП в умовах обмежених ресурсів, інфляційних процесів і ризиків, недостатньо досліджені проблеми самоорганізації керуючих систем при взаємодії інноваційної та інвестиційної складових регіональної політики. Пошук нових підходів до організації та управління ІД в охороні здоров'я як в окремих медичних організаціях, так і на регіональному рівні, є надзвичайно актуальним.

Мета. Метою дослідження є розробка та наукове обґрунтування концептуальної моделі управління інноваційною діяльністю в закладах охорони здоров'я, впровадити організаційні механізми її реалізації на рівні конкретного підприємства та довести їх ефективність.

Об'єктом дослідження – є інноваційна діяльність на підприємствах медичної сфери.

Предмет дослідження – процес управління інноваційною діяльністю на підприємствах медичної галузі .

Поставлена мета зумовила необхідність досягнення наступних завдань дослідження:

- дослідити основні проблеми організації інноваційної діяльності в сфері охорони здоров'я;
- проаналізувати питання щодо підготовки кадрів для інноваційної діяльності в сфері охорони здоров'я;
- провести оцінку результатів економічної діяльності досліджуваного підприємства;
- визначити пріоритетні напрями формування медичного інноваційного середовища;

- надати пропозиції щодо створення інноваційного медико-технологічного центру на базі досліджуваного підприємства;
- обґрунтувати системну підготовку медичних кадрів для інноваційної діяльності.

Методи дослідження. Найважливіші методологічні принципи, на яких ґрунтується дослідження, базуються на фундаментальних дослідженнях вітчизняних та зарубіжних вчених у галузі інновацій.

Під час підготовки роботи були використані сучасні концептуальні схеми та теоретичні дослідження, засновані на систематичному аналізі інноваційних процесів у медичних організаціях.

Для вирішення проблем дослідження була використана комбінація різних методів наукового пізнання, таких як: функціональний та системний аналіз, порівняльний, економіко-статистичний, економіко-математичний та інші інструментальні методи аналізу.

Наукова новизна одержаних результатів:

- визначено пріоритетні напрями формування інноваційного медичного середовища, а саме: розвиток інфраструктури; розробка механізмів залучення інвестицій, нормативних документів і механізмів, що забезпечують виконання правових актів; підготовка кваліфікованих кадрів; забезпечення взаємодії елементів інноваційного середовища через систему координації і управління;
- запропоновано створення на базі КНП «ОШВД Черкаської обласної ради» регіонального центру високих медичних технологій, основним напрямком діяльності якого будуть високотехнологічна молекулярно-біологічна, серологічна, бактеріологічна, морфологічна і генетична діагностика.

Практичне значення одержаних результатів. Практична значущість дослідження полягає в тому, що впровадження концептуальної моделі управління інноваційною діяльністю в закладах охорони здоров'я, що включає структуру і управлінські механізми, які відповідають вимогам інноваційного сценарію розвитку економіки, охорони здоров'я та інших сфер діяльності, дозволяє підвищити рівень надання медичної допомоги населенню. На основі

концептуальної моделі можуть розроблятися пріоритетні напрямки формування інноваційних медичних систем як стартового етапу для створення регіонального медичного інноваційного кластеру (МІК). Результати дослідження можуть бути використані при підготовці регіональних програм розвитку ІД в охороні здоров'я і формуванні регіональних МІК.

Апробація результатів роботи. Основні положення кваліфікаційної роботи були апробовані та викладені в тезах (додаток А) на XXII Всеукраїнській науковій конференції молодих вчених «Актуальні проблеми природничих і гуманітарних наук у дослідженнях молодих учених» (23-24 квітня 2020 р., м. Черкаси).

РОЗДІЛ 1. СТАН І ПРОБЛЕМИ ІННОВАЦІЙНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ В СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

1.1. Проблеми організації інноваційної діяльності в сфері охорони здоров'я

На відміну від загальнонаціональних інноваційних програм, регіональні повинні, перш за все, спиратися на активний розвиток найбільш пріоритетних для даного регіону галузей. У зв'язку з цим виникає необхідність у формуванні галузевої інноваційної політики в охороні здоров'я, де потреба в розробці та впровадженні медичних інновацій залишається не тільки дуже високою, але і в перспективі буде тільки наростати. Очевидно, що підвищення доступності, забезпечення якості і підвищення рівня надання медичної допомоги, в тому числі з використанням інформаційних технологій, не може мати будь-яких обмежень [1 : 11].

Інноваційна політика в охороні здоров'я - політика, спрямована на створення або придбання, впровадження і поширення медичних інноваційних технологій (ІТ) з метою забезпечення якості та підвищення доступності медичної допомоги.

В Україні існує велика кількість наукових центрів, що займаються розробкою і впровадженням медичних інновацій (МІ). У багатьох областях країни є великі регіональні клініки, які також ведуть цю роботу, створюються унікальні технології. Аналіз даних літератури продемонстрував сучасний стан і рівень впровадження ІТ в клінічну діяльність медичних організацій в Україні і за кордоном [2, 3].

Однак інноваційний розвиток охорони здоров'я сповільнюється низкою факторів, які є універсальними і для інших галузей. В Україні не має адекватної нормативно-правової бази для створення і розвитку інноваційної діяльності (ІД) та систем забезпечення конкурентоспроможності галузей і регіонів при реалізації інноваційної політики. Проблема обумовлена також відсутністю

належного стратегічного позиціонування ІД як на рівні регіону, так і на рівні окремих організацій.

Важливим фактором, який стримує розвиток і просування інновацій в країні є відсутність цільового фінансування ІД та інноваційних ініціатив в рамках функціональних систем, що забезпечують розвиток і просування інновацій - галузевих інноваційних кластерів. В даний час має місце фінансування науки, технопаркових структур та їх елементів, окремих напрямків інноваційного розвитку, проте воно розрізнено, розподілено за різними джерелами (фондами, міністерствами і відомствами), що створює гетерогенну фінансову систему. Недостатньо механізмів і інструментів для роботи в сфері ІД у бізнесі і регіоні, надзвичайно обмежено використовуються можливості державно-приватного партнерства (ДПП). Так, в розвинених європейських країнах і США саме на малий та середній бізнес припадає переважна частка генерування інновацій і технологічних проривів [4 : 52].

В Україні проблема посилюється складним становищем середнього і малого бізнесу, відсутністю належного їх позиціонування, амбіцій і розуміння своєї стратегії.

Існують проблеми, пов'язані з широким впровадженням медичних інновацій і, як наслідок, із забезпеченням їх доступності як для фахівців, так і для пацієнтів, а також обставини, що не дозволяють вирішити ці проблеми в рамках діючої, досить давньої і для всіх цілком звичної системи наукової, освітньої діяльності та практичної охорони здоров'я [5].

Безумовно, вжиті в нашій країні кроки, спрямовані на збільшення обсягів високотехнологічної медичної допомоги (ВМД) населенню, як в державних, так і в регіональних клініках, є необхідними і дуже значущими. У той же час слід зазначити, що на даному етапі ми все-таки тільки почали надолужувати згаяне і намагаємося забезпечити доступність тих технологій, які стоять на потоці в розвинених країнах.

Сучасний стан розвитку охорони здоров'я і медичної науки характеризується також низькою розвиненістю інфраструктури, яка б виводила наукові розробки в область практичної охорони здоров'я

Інноваційні продукти, які використовуються при модернізації і розширенні виробництва, в своїй більшості створені за кордоном і розроблені на основі інтелектуальних ресурсів, патентів, ноу-хау зарубіжних компаній [2].

У зв'язку з цим стають особливо актуальними питання адекватної вимогам часу організації ІД в сфері охорони здоров'я. З одного боку, вітчизняна наука, і медицина особливо, гостро потребує збільшення обсягів фінансування, з іншого боку, в охороні здоров'я існує цілий ряд факторів, які створюють серйозні перешкоди впровадженню МІ і тим самим значно ускладнюють їх доведення до споживача [6].

До вказаних факторів можна віднести:

- відсутність належної координації між розробкою МІ з можливостями їх використання в охороні здоров'я, що призводить до їх невиправданої незатребуваності і ускладнює появу інновацій наступного покоління;
- відсутність повної і своєчасної інформації про медичні ІТ, які з'явилися і активно впроваджуються за кордоном;
- підсилюється роз'єднаність систем наукового пошуку, підготовки кадрів і охорони здоров'я;
- нездатність сфери охорони здоров'я виступити в ролі замовника з чітким обґрунтуванням необхідності створення тих чи інших ІТ;
- діюча система підготовки кадрів не відрізняється гнучкістю, часто не враховує і не формує сьгодні потреби в кадрах, здатних розробляти, впроваджувати і широко використовувати ІТ;
- недостатньо швидке насичення галузі інформаційно-комунікаційними технологіями. [7 : 55, 8 : 94, 9 : 140]

Особливої гостроти набуває проблема застосування інформаційних технологій безпосередньо до організаційно-управлінських функцій в охороні здоров'я, розробці і просуванні інновації. Сьогодні використання

інформаційних технології, яке забезпечує комплексну підтримку технологічних і бізнес-процесів, представляється найбільш виправданим і ефективним. Питання управління, в першу чергу, торкаються проблеми стратегічного розвитку охорони здоров'я [10 : 59].

Разом з тим, наявні досягнення в області розробки інноваційних проектів (ІП) по впровадженню ІТ в охороні здоров'я потребують подальшого методологічного опрацювання.

Слід зазначити, що перераховані чинники носять об'єктивний характер і подолати їх в рамках сформованої системи розробки та впровадження медичних ІТ досить складно. У той же час кількість, складність інновацій, необхідність їх якнайшвидшого доведення до споживача ростуть в геометричній прогресії. Відбувається не менш швидке зростання і відповідних потреб, в зв'язку з цим неминуче виникає тема оптимізації ІД

Останнім часом сучасні медичні організації та окремі працівники отримали широкий доступ до здобутків науково-технічного прогресу, технологій електронних та інформаційних комунікацій. Однак при цьому не тільки забезпечуються нові можливості, але і виникають численні проблеми, які потребують інноваційного розвитку відповідно до сучасних тенденцій розвитку ринку (економічних, технологічних, соціальних). Використання технологій і механізмів інноваційного розвитку сприяє активному вдосконаленню виробничо-господарської і соціально-економічної діяльності об'єктів охорони здоров'я. При цьому виникає необхідність безперервного моніторингу зовнішнього середовища, що дозволяє враховувати різноманіття використовуваних ресурсів і високу швидкість зміни операційного оточення.

1.2. Підготовка кадрів для інноваційної діяльності

За відносно короткий час Україна пройшла величезний шлях реформування системи охорони здоров'я. Протягом перехідного періоду структура управління охороною здоров'я була адекватна завданням виживання і

збереження науково-освітнього та медичного потенціалу. Разом з тим, очевидно, що в умовах розвитку економіки, яка заснована на знаннях, важлива подальша модернізація системи управління об'єктами охорони здоров'я [2, 11]. Використання інноваційної інфраструктури, як і державне стимулювання ІД, будуть малоефективними при відсутності висококваліфікованих кадрів у високотехнологічній сфері.

Актуальні для сучасного етапу розвитку українського суспільства проблеми створення проривних технологій, здатних якісно змінити стан медичної науки і охорони здоров'я, ставлять перед науковими та дослідницькими установами завдання розробки, впровадження та практичної реалізації інноваційних методів управління НДР, які включають програми підготовки кадрів до інноваційної діяльності.

Сучасний етап розвитку суспільства загострив проблему професійної підготовки фахівців для медичної науки. Різко знизився престиж медичної професії; випускники медичних ВНЗ віддають перевагу фармацевтичним фірмам. У клінічних ординаторів та аспірантів відзначається відсутність повноцінних зв'язків професійної медичної освіти з НДР і практичною діяльністю. Реалії професійної освіти виявили проблему навчання студентів ВНЗ основам НДР, отримання досвіду проведення наукових досліджень, розвитку творчих здібностей, спрямованих на практичну реалізацію в професійній діяльності наукового та інтелектуального потенціалу [12]. Виходячи з цього, можна стверджувати, що зміст освіти і освітні технології недостатньо адекватні сучасним вимогам і задачам забезпечення конкурентоспроможності української освіти на світовому ринку освітніх послуг.

Відповідно до Національної стратегії реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015-2020 років одним з основних завдань визначено завдання розвитку медичної науки і інновацій в охороні здоров'я. Необхідною умовою формування інновацій в галузі є модернізація системи медичної освіти [13].

Широке обговорення шляхів реформування вищої медичної школи в останні десять років аж ніяк не знизило актуальність даної проблеми сьогодні. У вітчизняній професійній освіті продовжують переважати пасивні методи навчання (лекція-монолог, демонстрація, спостереження, робота з підручником тощо). Основу процесу адаптації освітніх тенденцій до загальноєвропейських стандартів складають прийняття і введення в усіх національних школах професійної медичної освіти інноваційних технологій, орієнтованих на підвищення якості освіти і які забезпечать високий рівень професійної компетенції [14].

В даний час широко обговорюється проблема залучення молоді в науку та закріплення в ній молодих кадрів. Це питання є частиною загальної проблеми реструктуризації наукової сфери відповідно до змінених соціальних, економічних і політичних умов в країні. Підготовка медичних інноваційних кадрів на сьогоднішній день стає основним завданням на шляху реалізації реформ в охороні здоров'я в цілому і, в медичній науці, зокрема. Це визначає ключові пріоритети в системі післядипломної освіти лікарів.

Загальновідомо, що наука служить інструментом отримання нових знань, пошук яких здійснює людина в процесі МІС. Сучасний етап розвитку суспільства загострив проблему професійної підготовки фахівців, здатних синтезувати нові знання, розробляти принципово нові рішення поставлених завдань. Констатуючи відсутність повноцінних зв'язків професійної освіти з науково-дослідною та практичною діяльністю, можна стверджувати, що зміст освіти і освітніх технологій недостатньо адекватний сучасним вимогам і задачам забезпечення конкурентоспроможності української освіти на світовому ринку освітніх послуг [15].

Відмінною особливістю сучасного етапу розвитку медичної науки є акцент на фундаментальних дослідженнях як наукової діяльності, спрямованої на пошук принципово нових універсальних знань про природу, світ, людину і їх взаємодію. Відкриття, що є ознакою і результатом фундаментальних досліджень, створюють абсолютно нове поле діяльності, стають основою для

широкого спектру прикладних досліджень, які, в свою чергу, несуть в собі вирішення практичних завдань і нерідко реалізуються через інноваційну діяльність. Не завжди ІД починається з фундаментальних досліджень, однак саме наукові відкриття приводять до істинного руху світу в бік вдосконалення [16].

Через відсутність комерційної значимості фундаментальні дослідження частіше стикаються з проблемою фінансування. Венчурне фінансування, звичайне для інновацій, в даному випадку не є інструментом отримання фінансових коштів [17 : 359]. У зв'язку з цим, базою для фундаментальних досліджень стають університети і наукові структури, що фінансуються державою. У рідкісних випадках спонсорування фундаментальних досліджень проводиться спільно декількома організаціями з метою отримання нових знань для реалізації різних ІІ у суміжних галузях [17 : 360]. Тенденція випереджаючого розвитку науки найбільш важлива для України. Необхідно зміщення акцентів з уже відомих і, як правило, запатентованих в інших країнах прийомів поліпшення якості існуючих медичних виробів і послуг на генерацію нових знань в найбільш значущих областях медицини. Саме фундаментальні дослідження можуть привести до розробки принципово нових технологій та виробів, захищених українськими і міжнародними патентами як невід'ємна інтелектуальна власність України з високим потенціалом комерціалізації.

Здійснення цієї генеральної лінії неможливо без реалізації інноваційних освітніх програм, як на рівні студентів медичних факультетів, так і на рівні ординатури, аспірантури та докторантури, адресної підтримки перспективних досліджень молодих учених.

Молоді дослідні кадри є тим ресурсом, який може реалізувати поставлені перед охороною здоров'я та медичною наукою завдання. Залучення не тільки молодих вчених, а й студентів до наукових досліджень, як однієї з форм самостійної роботи, дозволяє підготувати висококваліфікованого фахівця, готового до освоєння і впровадження нових методик в повсякденну практику. Систематичне проведення науково-дослідної роботи вирішує завдання

формування у студента і молодого фахівця критичного ставлення до багатьох аспектів у професійній сфері, стимулює його на пропозицію науково-обґрунтованих методів модернізації або оптимізації діяльності, доказ їх ефективності та впровадження в практику [18 : 175].

Для успішної реалізації інноваційного розвитку медичної науки необхідний стабільно працюючий механізм підготовки наукових кадрів медичного, в основному, фундаментального профілю. Даний механізм повинен здійснюватися на основі тісної інтеграції медичних ВНЗ, університетів, які мають висококваліфіковані професорсько-викладацькі кадри та інфраструктуру освітнього процесу, провідних науково-дослідних та науково-виробничих організацій. Це дозволяє використовувати ресурс дорогого і унікального обладнання, участь в реалізації великих дослідних і прикладних проектів, отримання досвіду комерціалізації наукових розробок. Основою сучасної системи підготовки кадрів, що відповідає інноваційній економічній моделі, можуть стати науково-освітні центри (НОЦ), які об'єднують науково-дослідний інститут (НДІ), кафедру, лабораторії тощо [15 : 5].

Створення НОЦ дозволяє об'єднати та інтегрувати науковий і освітній процеси в рамках однієї структури і під загальним керівництвом, що забезпечує єдину стратегію розвитку науково-освітнього процесу, реалізує нерозривність і послідовність науково-освітнього процесу та процесу підготовки кадрів вищої кваліфікації, орієнтує освітній процес на передові наукові дослідження та інноваційні розробки, в тому числі міждисциплінарного характеру, що проводяться НДІ і малими фірмами, які входять до складу НОЦ.

Як показники ефективності спільної наукової роботи студентів, клінічних ординаторів та аспірантів у співпраці з досвідченими науковцями можна використовувати кількість спільних публікацій, представлення результатів наукових досліджень на форумах різного рівня. Важливим критерієм є відсоток аспірантів, захистилися в строк, і кількість молодих співробітників, які продовжують працювати в науковій організації після випуску з клінічної ординатури або аспірантури. Саме в НОЦ можна забезпечити безперервну

систему підготовки кадрів вищої кваліфікації в рамках єдиного науково-освітнього та інноваційного процесу.

Існує ще один важливий аспект кадрової політики при реалізації стратегії інноваційного розвитку галузі - інноваційний менеджмент. Для управління ІД потрібні фахівці, які володіють особливою підготовкою і специфічними знаннями, вміннями і навичками, які забезпечують ефективність ІД. У зв'язку з цим формується соціальне замовлення на якісно новий тип фахівця в області інноваційного менеджменту, який повинен бути «генератором ІД, який задовольняє суперечливі інтереси організаційного, технічного та фінансового середовищ, в рамках яких реалізуються етапи життєвого циклу інновацій.

Необхідно переглянути погляди на сутність праці фахівця з управління інноваціями в умовах ринкової економіки і відповідно до нових вимог розробити модель підготовки сучасного управлінця на базі інститутів ІС. Особливістю підготовки фахівців в сфері інноваційного підприємництва полягає в тому, що освіта повинна носити комплексний характер. Навчання і підвищення кваліфікації менеджерів має бути безперервним і не закінчуватися отриманням диплома у ВНЗ. Необхідно створити систему консультаційних послуг для інноваційних кадрів, а також налагодити мережу підготовки і перепідготовки кадрів, на основі використання програм і технічних засобів дистанційного навчання.

Аналіз даних літератури і наявний досвід відображає наявність на сьогоднішній день проблеми підготовки кадрів для ІД. Ця ситуація не дозволяє істотно оптимізувати процес ІД в охороні здоров'я. Назріла нагальна необхідність пошуку нових шляхів вдосконалення роботи зі створення і впровадження маркетингового дослідження.

1.3. Державно-приватне партнерство в інноваційній діяльності

ДПП - сукупність форм середньо- і довгострокової взаємодії держави і бізнесу для вирішення суспільно значущих завдань на взаємовигідних умовах.

До числа базових ознак ДПП в економічному трактуванні можна віднести наступні: сторонами ДПП є держава і приватний бізнес; взаємодія сторін закріплюється на офіційній, юридичній основі; взаємодія сторін має рівноправний характер; ДПП має чітко виражену публічну, суспільну спрямованість; в процесі реалізації проектів на основі державно-приватного партнерства консоліднуються, об'єднуються ресурси і вклади сторін; фінансові ризики і витрати, а також досягнуті результати розподіляються між сторонами в заздалегідь визначених пропорціях [19 : 29].

ДПП передбачає, що не держава підключається до проектів бізнесу, але держава запрошує бізнес взяти участь в реалізації суспільно значущих проектів. Нормативно-правових актів про ДПП в Україні, до теперішнього часу не існує, однак, регіональні програми про ДПП прийняті в більшості регіонів України. Мета розробки регіональних законів - створення правового інструменту, який би став альтернативою концесійним угодам. У міжнародній практиці існує близько семи моделей ДПП [20 : 35].

ДПП в охороні здоров'я передбачає, що держава зобов'язується закуповувати у приватного партнера на довгостроковій основі і оплачувати надані їм високоякісні послуги, такі як будівництво, оснащення нових або модернізація існуючих медичних організацій; обслуговування та експлуатація інфраструктури медичних організацій; медичні послуги населенню в рамках державного замовлення. Приватний партнер зобов'язується надавати послуги, відповідно до критеріїв встановленого державного замовлення, а також підтримувати, модернізувати або створювати нові активи, необхідні для підтримки якості і кількості послуг, що надаються.

Основними передумовами формування ДПП в охороні здоров'я є: ситуація, в якій навіть після збільшення фінансування охорони здоров'я до 6% ВВП України буде відставати від розвинених країн, де вже зараз рівень витрат на охорону здоров'я становить 7-9%; в результаті проведеної модернізації повинна бути сформована постійно діюча система, що дозволяє підвищити ефективність використання ресурсів і реалізувати високий потенціал для

оптимізації бізнес процесів і вдосконалення методів надання медичної допомоги; необхідність формування механізмів фінансування (виконання) проектів створення або реконструкції об'єктів охорони здоров'я «під ключ»; необхідність використання компетенції приватного бізнесу для впровадження сучасних технологій менеджменту, управління фінансами та інноваційних методів лікування. Як наслідок перерахованих вище факторів, необхідно активно залучати в галузь приватні інвестиції під гарантії держави за допомогою механізму ДПП.

Усунення нерівноправної конкуренції між державними та приватними постачальниками медичних послуг значиться в концепції як одне з пріоритетних завдань охорони здоров'я. Підвищення інвестиційної привабливості охорони здоров'я (і як наслідок, створення ДПП) є найважливішим державним завданням, яке дозволить забезпечити зниження смертності від керованих причин, підвищення народжуваності, поліпшення якості медичної допомоги, збільшення тривалості життя і економію бюджетних коштів.

Важливий для України зарубіжний досвід реалізації механізмів державно-приватного партнерства. Зарубіжні проекти ДПП показують достатню результативність даної моделі. Так, в Німеччині продаж державних медичних організацій інвесторам за символічну суму в обмін на забезпечення обумовленої суми інвестицій і зобов'язання по виконанню державного замовлення дозволило збільшити частку приватних медичних організацій за останні 10 років з 4 до 22% [21 : 165].

У Великобританії приватний партнер підтримує побудовані споруди в робочому стані протягом усього часу їх експлуатації (зазвичай 25-30 років), але держава залишається відповідальним за надання послуг. Укладення угод з приватними інвесторами на управління державними госпіталями, здійснення швидкої допомоги, надання послуг лабораторій та інших медичних послуг з моменту впровадження практики ДПП в Швеції призвело до зниження вартості рентгенівських послуг на 50%, скорочення тривалості очікування діагностики

та лікування на 30%, вартості швидкої допомоги на 10%, лабораторних послуг на 40% [22 : 222].

Австралійська модель реалізована через передачу в управління медичних організацій приватним партнерам на 15 років із зобов'язаннями обслуговувати всіх громадян за фіксованими розцінками и контролювати якість надання медичної допомоги. В результаті впровадження інституту ДПП витрати на будівництво нових медичних організацій впали на 20%. Кількість обслуговування пацієнтів зросла на 30%, час очікування лікування скоротився на 30% [23].

Висновки до розділу 1.

1. Аналіз літератури показав складність та важливість питань інноваційної діяльності в охороні здоров'я України. Інноваційний розвиток охорони здоров'я стримується через низьку затребуваності інновації в практиці охорони здоров'я; високого ризику для інвесторів; відсутність відповідної нормативно-правової бази для створення і розвитку ефективної інноваційної діяльності; стратегічного позиціонування інноваційної діяльності на рівні регіонів і медичних організацій. Факторами, що стримують генерацію і просування інновацій, є недостатня опрацьованість механізмів організації і управління, гетерогенність існуючої фінансової системи, надзвичайно обмежене використання можливостей державно-приватного партнерства.

2. Активний розвиток інноваційної діяльності в охороні здоров'я на основі кооперації зусиль різних суб'єктів інноваційної діяльності та міжвідомчої взаємодії, дозволяють підготувати середовище для безперервної освіти фахівців, забезпечити професійними кадрами сферу комерціалізації наукових досліджень і розробок, здійснити передачу в реальний сектор економіки інноваційних технологій.

РОЗДІЛ 2. АНАЛІЗ ІННОВАЦІЙНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ ПІДПРИЄМСТВ (НА МАТЕРІАЛАХ КНП «ЧЕРКАСЬКИЙ ОБЛАСНИЙ ШКІРО- ВЕНЕРОЛОГІЧНИЙ ДИСПАНСЕР ЧЕРКАСЬКОЇ ОБЛАСНОЇ РАДИ)

2.1. Оцінка господарської діяльності підприємства

Черкаський обласний шкіро-венерологічний диспансер був заснований у серпні 1954 року рішенням Черкаської обласної ради. До 1954 року шкіро-венерологічний диспансер був міським, і обслуговував населення тільки міста Черкаси. Він розташовувався в центрі міста в одній будівлі з першою міською поліклінікою. На той час в диспансері було 30 ліжок в стаціонарі. Головним лікарем диспансеру на той час був Куций С.А., який по сумісництву також займав посаду директора медичного училища. Починаючи з 1958 року шкіро-венерологічний диспансер розташовувався у приміщенні нинішньої обласної лікарні і на його чолі стояв Холодій П.І.

За той час поки установу очолював Холодій П.І. установа ще три рази змінювала своє місце розташування. На посаді головного лікаря шкіро-венерологічного диспансеру Холодій П.І. проводив величезну науково-дослідну роботу щодо дослідження захворювань спричинених грибковими інфекціями, він став автором більш ніж 25 наукових праць з даної проблематики. Його наукові доробки мали фундаментальний характер, та вчинили значний вплив на розвиток науки дерматології.

У 1973 році головним лікарем шкіро-венерологічного диспансеру став Пунін І.Є. А в 1979 році диспансер переїхав на нове місце, де і розташований до теперішнього часу. У 1979 році до складу диспансеру входили диспансерне, стаціонарне відділення та лабораторія. Пунін І.Є. займав посаду головного лікаря близько 20 років, він був висококваліфікованим дерматовенерологом. За часів його головування шкіро-венерологічний диспансер розширився і складається з:

- стаціонарного відділення на 60 ліжок (з них 55 ліжок розраховано на дорослих та 5 на дітей). До складу відділення входять: санітарний пропуск, ординаторська, 14 палат, кімната старшої медсестри, яка використовується і як сестринська, і як кімната для прийому хворих, маніпуляційний, урологічний, кабінет місцевої зовнішньої терапії та кімната сестри-господарки, кімната для роздачі їжі, фізіотерапевтичний кабінет;

- диспансерного відділення, яке розраховане на 70 відвідувань за зміну, працює в 2 зміни і фактично обслуговує до 300-480 відвідувань в день. Лікарі відділення надають дермато-венерологічну амбулаторну та консультативну допомогу жителям м. Черкаси та Черкаської області. До складу відділення входять: 6 кабінетів прийому дерматологічних хворих, 2 кабінети прийому венерологічних хворих з відокремленим прийомом для чоловіків та жінок, реєстратура, перев'язувальний кабінет, маніпуляційний кабінет для дерматологічних хворих, 2 маніпуляційні урологічні кабінети. Дерматологічна допомога дітям надається в поліклініках м. Черкаси дермато-венерологами диспансерного відділення КНП «ЧОШВД Черкаської обласної ради»;

- організаційно-методичного кабінету, який виконує функції інформаційно-аналітичного центру дермато-венерологічної служби області та КНП «ЧОШВД Черкаської обласної ради». В склад підрозділу входить кабінет завідувача та статистичний кабінет;

- клініко-діагностичної лабораторії, яка обслуговує пацієнтів диспансерного та стаціонарного відділень;

- централізованої серологічної лабораторії, яка обслуговує всі лікувально-профілактичні заклади міста Черкаси та Черкаського регіону, а також всі інші медичні заклади;

- бактереологічної лабораторії, яка виконує культуральну діагностика за направленням лікарів;

- харчоблоку із складськими приміщеннями, метою яких є забезпечення харчування хворих стаціонарного відділення;

- господарського двору, на якому утримуються барани-донори, еритроцити яких використовуються для серологічного дослідження.

Організаційна структура Черкаського обласного шкіро-венерологічного диспансеру представлена в додатку Б.

У 2018 році рішенням Черкаської обласної ради Черкаський шкіро-венерологічний диспансер було реорганізовано у Комунальне некомерційне підприємство «Черкаський обласний шкіро-венерологічний диспансер Черкаської обласної ради».

Головною метою діяльності диспансеру є надання населенню міста та області дермато-венерологічної (вузькоспеціалізованої), планової та невідкладної медичної допомоги в порядку та кількості, встановлених законодавством.

Серед основних видів діяльності шкіро-венерологічного диспансеру можна виділити наступні:

- надання населенню міста та області медичних послуг третинного рівня;
- реалізація міжнародних принципів доказової медицини;
- надання населенню високоспеціалізованих, доступних та якісних дерматовенерологічних консультацій, проведення діагностики та лікування дерматовенерологічних захворювань, а також послуги з медичної профілактики захворювань;
- надання пацієнтам третинної амбулаторної та стаціонарної дерматовенерологічної допомоги з використанням ефективних медичних технологій та з дотриманням принципів надання медичного обслуговування при роботі з пацієнтами з інфекціями, що передаються статевим шляхом, та шкірними захворюваннями;
- проведення профілактичних медичних оглядів для виявлення інфекційних захворювань шкіри та венеричних захворювань;
- контроль якості діагностики, лікування, профілактики та виставлення рахунків венеричних захворювань та шкірних інфекцій в Черкаській

області в медичних закладах усіх форм власності компанії з чинними нормативними документами

2.2. Оцінка результатів економічної діяльності підприємства

Для аналізу економічного стану діяльності обласного шкіро-венерологічного диспансеру, перш за все необхідно провести аналіз основних показників його діяльності за останні три роки. Основою для проведення аналізу фінансово-господарського стану підприємства виступають баланс та звіти про фінансову діяльність установи (Додаток В).

Згрупуємо основні економічні показники діяльності обласного шкіро-венерологічного диспансеру за 2017-2019 рр., та представимо їх у таблиці 2.1.

Таблиця. 2.1.

Основні економічні показники діяльності Обласного шкіро-венерологічного диспансеру за 2017-2019 рр.

Показники	Роки			Абсолютний приріст, тис. грн		Відносний приріст, %	
	2017	2018	2019	2018-2017	2019-2018	2018/2017	2019/2018
Активи							
Основні засоби	534943	534943	1215723	0	680780		227
Нематеріальні активи	1218	1218	3139	0	1921		257
Запаси	295424	295424	274026	0	-21398		-92
Грошові кошти та їх еквіваленти	21195	21195	8289	0	-12906		-39
Дебіторська заборгованість за рахунками із соціального страхування			11594	-	-		
Інші активи	21195	21195	19883	0	-1312		- 94
Усього активів	852780	852780	1512771	0	65991		177
Пасиви							
Власний капітал	852759	852759	1501148	0	648 389		176
Зобов'язання	21	21	11623	0	11602		55347
Усього пасивів	852780	852780	1512771	0	659 991		177

Проаналізувавши дані, наведені в таблиці 2.1. можна дійти до наступних висновків. Баланси обласного шкіро-венерологічного диспансеру за 2017 та 2018 роки повністю ідентичні, тому динаміку активів не можна спостерігати на прикладі цих двох років. Тому аналіз економічної діяльності підприємства в роботі відбувався на основі порівняння економічних показників діяльності організації за 2018 та 2019 роки.

У 2019 році основні фонди КНП «ОШВД Черкаської обласної ради» збільшилися у 2,27 рази в порівнянні з 2018 роком. Це сталося в зв'язку з тим, що керівництво диспансеру вклало величезні кошти в придбання нового обладнання, устаткування та інструментів, необхідних для його роботи. Обсяг нематеріальних активів диспансеру також збільшився у 2,5 рази порівняно з 2018 роком. Однак обсяги запасів у 2019 році порівняно з 2018 роком знизилися на 21 398 тис. грн. Інші активи зменшилися на 1312 000 грн у 2019 році в порівнянні з 2018 р.

У 2019 році в диспансері виникла дебіторська заборгованість рахунків соціального страхування на суму 11 594 000 грн., у 2018 році даної статті балансу в діяльності підприємства не було.

Основна частка активів диспансеру – це власний капітал (1,501,148 тис. грн). У 2019 році частка власного капіталу зросла майже вдвічі порівняно з 2018 роком і становила 1 501 148 000 грн у 2019 р. до 852 759 000 грн. у 2018 р. Однак диспансер також значно збільшив свої зобов'язання з 21 000 грн у 2018 році до 11 623 000 грн у 2019 році, збільшення відбулося майже у 500 разів.

Основні економічні показники діяльності Обласного шкіро-венерологічного диспансеру за 2017-2019 рр. графічно нами представлено на рисунку 2.1.

Провівши аналіз основних показників економічної діяльності обласного шкіро-венерологічного диспансеру можна зробити наступні висновки. КНП «ОШВД Черкаської обласної ради» перебуває у задовільному фінансовому становищі, оскільки основним джерелом фінансування, протягом досліджуваного періоду були бюджетні ресурси, а саме фінансування з

обласного бюджету за програмним методом, передбачене бюджетним кодексом України.

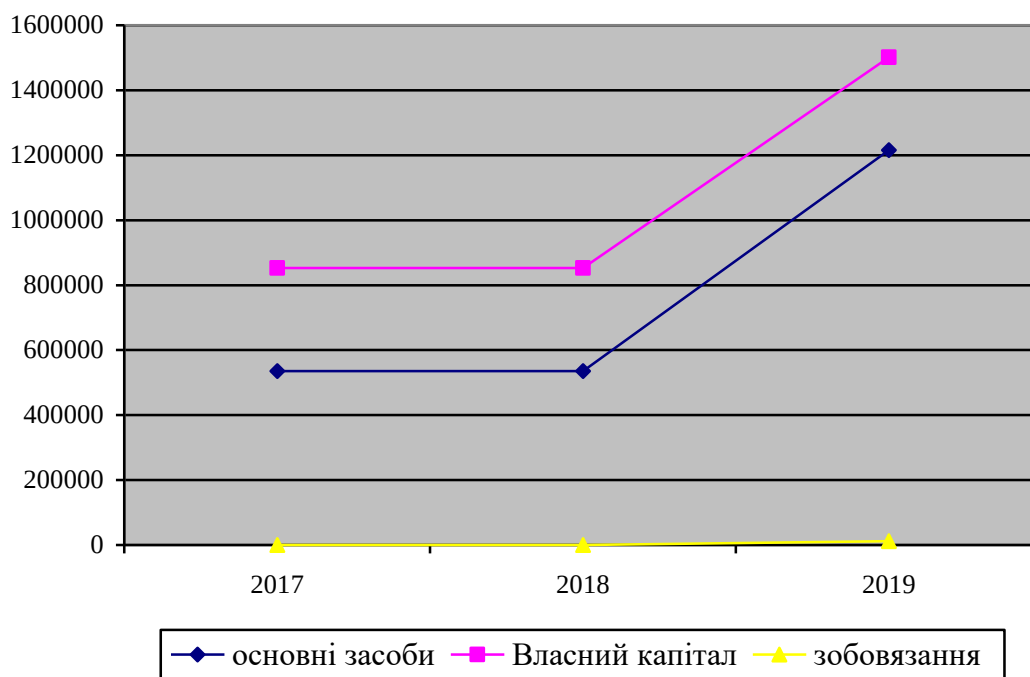


Рис 2.1. Основні економічні показники діяльності Обласного шкіро-венерологічного диспансеру за 2017-2019 рр.

2.3. Аналіз інноваційної діяльності підприємства

Обласний шкірно-венерологічний диспансер є центральним закладом боротьби з дерматологічними та венерологічними захворюваннями в місті та області який підпорядковується Управлінню охорони здоров'я Черкаської обласної адміністрації.

В таблиці 2.2. – 2.4. представлено дослідження основних показників діяльності персоналу Черкаського обласного шкіро-венерологічного диспансеру за 201-2019 рр.

Станом на 01.01.2020 року в диспансері працює 68 осіб, з них 20 лікарів-дерматовенерологів, один бактеріолог, 3 лікаря-лаборанта та 7 інтернів:

Таблиця 2.2.

**Аналіз медичного персоналу обласного шкіро-венерологічного
диспансеру у 2017 р.**

Лікарі	Усього облікова кількість осіб	Із загальної кількості лікарів/середніх медичних працівників, які мають кваліфікаційну категорію		
		вищу	I	II
1. Лікарі	28	16	6	2
у тому числі жінки	24	12	6	2
із загальної кількості лікарів з організації і управління охорони здоров'я (соціал-гігієністи дерматовенерологи	2	2		
бактеріологи і вірусологи	21	12	4	2
лаборанти	1	1		
інтерни	3	1	2	
інтерни	1			
2. Середній медичний персонал	36	21	5	5
медичні сестри в усіх закладах	24	15	3	4
лаборанти (фельдшери- лаборанти)	10	6	2	1
медичні статисти	2			
із загальної кількості середніх медичних працівників - жінок	36	21	5	5

вищу категорію мають 17 лікарів (85%);

I категорію – 4 лікарі (20%);

II категорію – 1 лікар (5%);

3 лікарів-спеціалістів (10%).

В диспансері працює 35 осіб медичного персоналу, з яких:

- 24 мають вищу категорію (75%);

- 6 – першу категорію (20%);

- 1 – другу категорію (3%).

Також варто зауважити, що у 2017 році в диспансері був тільки 1 інтерн. У 2018 їх кількість зросла до 3 осіб. А в 2019 році, інтернів, які проходили свою інтернатуру на базі шкіро-венерологічного диспансеру було 7 осіб. Це свідчить про те, що медична установа з кожним роком розвиває свої інноваційні та

наукові можливості та здатності щодо розвитку наукових здібностей у молодого покоління.

Таблиця 2.3.

**Аналіз медичного персоналу обласного шкіро-венерологічного
диспансеру у 2018 р.**

Лікарі	Усього облікова кількість осіб	Із загальної кількості лікарів, які мають кваліфікаційну категорію		
		вищу	I	II
1. Лікарі	28	15	6	1
у тому числі жінки	24	11	6	1
із загальної кількості лікарів з організації і управління охорони здоров'я (соціал-гігієністи	2	2		
дерматовенерологи	19	11	4	1
бактеріологи і вірусологи	1	1		
лаборанти	3	1	2	
інтерни	3			
2. Середній медичний персонал	35	22	6	2
медичні сестри в усіх закладах	23	17	4	1
лаборанти (фельдшери- лаборанти)	10	5	2	1
медичні статисти	2			
із загальної кількості середніх медичних працівників - жінок	35	22	6	2

На протязі останніх декількох років функціонування шкіро-венерологічного диспансеру в його діяльності відбулися великі позитивні зрушення та внесені нововведення. Серед основних можна виділити наступні:

- в діяльності параклінічних служб (серологічна, бактеріологічна та клініко-діагностична лабораторії) почали використовуватися та застосовуватися новітні діагностичні можливості;
- серологічна лабораторія диспансеру є централізованою установою яка проводить постановку RW для всіх медичних закладів міста, проводить перевірку всіх регіональних серологічних лабораторій та проводить дослідження РІФ, ІФА;

- клінічна лабораторія проводить біохімічні, загальноклінічні аналізи та мікроскопічні дослідження на демодекс, патогенні гриби, бліду трепонему, збудників гонореї, трихомоніаз та коросту;

Таблиця 2.4.

Аналіз медичного персоналу обласного шкіро-венерологічного диспансеру у 2019 р.

Лікарі	Усього облікова кількість осіб	Із загальної кількості лікарів, які мають кваліфікаційну категорію		
		вищу	I	II
1. Лікарі	33	17	4	2
у тому числі жінки	29	13	4	2
із загальної кількості лікарів з організації і управління охорони здоров'я (соціал-гігієністи	2	2		
дерматовенерологи	20	13	2	2
бактеріологи і вірусологи	1	1		
лаборанти	3	1	2	
інтерни	7			
2. Середній медичний персонал	35	24	6	1
медичні сестри в усіх закладах	24	17	5	1
лаборанти (фельдшери- лаборанти)	9	7	1	
медичні статисти	2			
із загальної кількості середніх медичних працівників - жінок	35	24	6	1

- Бактеріологічна лабораторія проводить дослідження на гонококи, кандидоз, гарднерелу, трихомонади, посіви на флору та чутливість до антибіотиків, а також проводить щомісячний епідеміологічний моніторинг шляхом взяття змивів в харчовій службі та в відділеннях диспансеру;

- працівники диспансеру мають доступ до сучасної, періодичної, науково-практичної літератури та Інтернет-послуг.

В діяльності бактеріологічної та клініко-діагностичної лабораторій було впроваджено ряд нових послуг, а саме аналіз калу на дисбактеріоз, дослідження активності лужної фосфатази, виявлення ревматоїдного фактора (якісного та кількісного), виявлення калію, натрію та кальцію в сироватці крові.

У 2008 році на базі диспансеру був створений центр хронічних уретритів та уретропростатитів. В діяльності центру проводиться місцеве фізіотерапевтичне лікування на основі апарату АМУС-01 «ІНТРАМАГ» та його допоміжних елементів: «ІНТРАТЕРМ» та «ІНТРАСТИМ» за допомогою магнітофорезу, термотерапії та електростимуляції для лікування хронічних уретритів та уретропростатитів специфічної та неспецифічної етіології.

В обласному шкіро-венерологічному диспансері представлений новий метод діагностики пухлин та передпухлинних захворювань шкіри - дерматоскопія.

Висновки до розділу 2.

1. Об'єктом дослідження роботи було КНП «ОШВД Черкаської обласної ради». Головною метою діяльності диспансеру є надання населенню міста та області дермато-венерологічної (вузькоспеціалізованої), планової та невідкладної медичної допомоги в порядку та кількості, встановлених законодавством.

2. Провівши аналіз основних показників економічної діяльності обласного шкіро-венерологічного диспансеру можна зробити наступні висновки. КНП «ОШВД Черкаської обласної ради» перебуває у задовільному фінансовому становищі, оскільки основним джерелом фінансування, протягом досліджуваного періоду були бюджетні ресурси, а саме фінансування з обласного бюджету за програмним методом, передбачене бюджетним кодексом України.

3. Досліджено основні напрями інноваційної діяльності на підприємстві. Серед основних нововведень в діяльності підприємства виділяють: в діяльності параклінічних служб почали використовуватися та застосовуватися новітні діагностичні можливості; бактеріологічна лабораторія почала проводити дослідження на гонококи, кандидоз, гарднерелу, трихомонади, посіви на флору та чутливість до антибіотиків; в діяльності бактеріологічної та клініко-

діагностичної лабораторії було впроваджено ряд нових послуг, а саме аналіз калу на дисбактеріоз, дослідження активності лужної фосфатази, виявлення ревматоїдного фактора (якісного та кількісного), виявлення калію, натрію та кальцію в сироватці крові.

РОЗДІЛ 3. НАПРЯМИ УДОСКОНАЛЕННЯ ІННОВАЦІЙНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ В СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я (НА МАТЕРІАЛАХ КНП «ЧЕРКАСЬКИЙ ОБЛАСНИЙ ШКІРО-ВЕНЕРОЛОГІЧНИЙ ДИСПАНСЕР ЧЕРКАСЬКОЇ ОБЛАСНОЇ РАДИ)

3.1. Пріоритетні напрями формування медичного інноваційного середовища

У роботі з формування інноваційного медичного середовища (ІМС) доцільно виділити ряд обов'язкових етапів: виявлення та мотивацію потенційних учасників, розробку загальної стратегії, створення інноваційного медичного центру (ІМЦ), розробку пілотних проектів, розробку стратегічних проектів, стадію саморегуляції. Формування ІМС як базису для більш досконалої, стабільної і логічно завершеної організаційної формації - медичного інноваційного кластеру (МІК) - з урахуванням поставленої мети і завдань має сприяти розвитку медичного сектора національної (в тому числі регіональної) інноваційної системи. У свою чергу в рамках даної системи повинен бути сформований комплекс правових, фінансових і організаційних структур і механізмів, що забезпечують процес створення і поширення інновацій, виробництво і комерційну реалізацію наукових знань і технологій [31].

Дані проведеного дослідження, включаючи аналіз літератури, вивчення нормативно-правової документації в сфері ІД, результати соціологічного опитування та експертних оцінок учасників ІД дозволили висунути положення про те, що кластерний підхід є оптимальним для ефективної організації ІД в охороні здоров'я, побудови та управління інноваційними процесами (ІП).

Аналіз результатів експертних оцінок ІД дозволив науково обґрунтувати пріоритетні (перспективні) напрямки ІД в охороні здоров'я і концептуальну модель ІМС, включаючи принципи побудови, її структурні елементи,

механізми функціонування, інструменти реалізації, методологічні підходи до управління.

Пріоритетними напрямками формування інноваційної медичної системи є:

- розвиток інфраструктури;
- розробка механізмів залучення інвестицій, нормативних документів і механізмів, що забезпечують виконання правових актів;
- підготовка кваліфікованих кадрів;
- забезпечення взаємодії елементів інноваційного середовища через систему координації і управління.

Нами пропонується використовувати такі принципи формування регіональної ІМС: системність, мульти- і міждисциплінарний підхід, екстериторіальність, наукоємність.

Запропонована структура регіональної ІМС включає наступні основні блоки: ІМЦ, науково-дослідні майданчики, інноваційні клінічні бази, науково-освітні центри (комплекси), експертне співтовариство, ІГ-локуси (центри інформаційного супроводу і обробки даних), технопаркові структури, інноваційні науково-виробничі компанії (ІК), замовники інноваційних продуктів, послуг та технологій (великі медичні організації різних організаційно-правових форм (рис. 3.1.).

Концепція створення ІМС передбачає набір інструментів її реалізації, серед яких можуть бути:

- розробка комплексу заходів, що стимулюють зростання числа ІК, які займаються пошуком і підтримкою інноваційних технологій (ІТ), перспективних наукових досліджень тощо - в тому числі університетських консалтингових структур, які сприяють тісній прив'язці фірм до зовнішніх джерел знань і ресурсів;
- активне стимулювання зростання кількості та якості фахівців - учасників ІД на всіх її стадіях, включаючи менеджерів ІД;

- створення спеціалізованої маркетингової організації, яка проводить регулярний моніторинг ключових для регіональної інноваційної політики ринків і технологій;



Рис. 3.1. Концептуальна модель регіонального інноваційного медичного середовища.

- створення ефективних механізмів взаємодії і співпраці між регіональними ІК, науково-дослідними та державними організаціями;

- створення і активізація діяльності інноваційних організації (ІО), що займаються забезпеченням припливу в регіон венчурного капіталу (в тому числі на ранніх наукових стадіях ІД).

3.2. Пропозиції щодо створення інноваційного медико-технологічного центру

Відповідно до запропонованої в розділі 3.1. концепції ядром регіонального ІМС є інноваційний медичний центр (ІМЦ) з функціями координації і управління різними інноваційними програмами та координації базових майданчиків для ІД як такої. ІМЦ об'єднує науково-освітні, науково-дослідні майданчики, інноваційні клініки з функціями центрів прототипування лікувально-діагностичних технологій, технопаркові структури з ІЕ-локусами і базою для стартап компаній, ІК.

Зважаючи на відсутність виділених в окрему структуру органів управління ІМС, ІМЦ бере на себе функції визначення стратегії і політики ІД в сфері охорони здоров'я, інтеграції політичних, правових, адміністративних та фінансових зусиллі всіх зацікавлених сторін для розвитку ІД в охороні здоров'я, а також взаємодії з органами державного управління, регіональною представницькою владою, науковими медичними та не медичними організаціями, оцінки можливостей агентів (ІО і ІК) в здійсненні пропонованих проєктів, у проведенні маркетингових досліджень, особливо вивченні ринків далекого зарубіжжя.

У перспективі, на етапі сформованого МПК даний блок управлінської діяльності, з великою часткою ймовірності, перейде в функціонал «Наглядової ради» та / або «Виконавчої дирекції».

Найважливішими структурними елементами регіональної ІМС є інноваційні клініки, до яких можуть бути віднесені медичні організації різного профілю та організаційно-правової форми, що відповідають вимогам інноваційних майданчиків по набору критеріїв (матеріально-технічне оснащення, кадрові ресурси, лікувально-діагностичні та організаційно-управлінські технології). У якості подібних інноваційних майданчиків в ході дослідження нами пропонується використовувати КНП «Обласний шкіро-венерологічний диспансер Черкаської обласної ради» який користується

інноваційними методами діагностики, лікування, інноваційними медико-організаційними та управлінськими технологіями, а також ряд недержавних медичних установ: Центр сімейної медицини «Лікар здоров'я» реалізує хірургічні, діагностичні та реабілітаційні технології, Медичний центр (МЦ) «Авіценна» з високими технологіями в сфері медицини, Медичний центр «Медгарант», який спеціалізується на наданні якісних медичних послуг широкого профілю. Клінічні майданчики розглядаються, як центри прототипи інноваційних діагностичних, хірургічних та реабілітаційних технологій, а також бази для застосування інноваційних методів організації та управління в охороні здоров'я.

Одним з основних завдань структурної реорганізації регіональної системи охорони здоров'я в рамках формування ІМС є підвищення ефективності на основі концентрації високо-технологічного обладнання та висококваліфікованих кадрів в медичних організаціях експертного рівня (референс-клініках, діагностичних та лабораторних центрах). Тому нами пропонується створити на базі КНП «Обласний шкіро-венерологічний диспансер Черкаської обласної ради» регіональний центр високих медичних технологій (РЦВМТ). Основним напрямком діяльності якого будуть високотехнологічна молекулярно-біологічна, серологічна, бактеріологічна, морфологічна і генетична діагностика.

Використання даних аналізу літератури за оцінкою досвіду організації високотехнологічних лабораторій, які обслуговують медичні організації в країні та за кордоном, методів статистичного і економічного аналізу дозволили оцінити потребу в високотехнологічних лабораторних діагностичних послугах в Черкаському регіоні. Застосування методів організаційного експерименту і моделювання дозволять реалізувати інноваційний потенціал створення унікальної лабораторії комплексної молекулярно-біологічної діагностики захворювань в Черкаському регіоні. Розрахунок потреби в медичних послугах по високотехнологічній морфологічній та молекулярно-біологічній діагностиці, показав, що даних послуг потребують близько 1 млн. осіб щорічно. За даними

статистики в середньому в рік в медичних організаціях м Черкаси та регіону проводиться близько 10 тис, операційних. Домінують низько-технологічні методи дослідження матеріалу, при цьому в 10-25% випадків залишається невідомим або сумнівним варіант пухлинного процесу. Необхідність вирішення актуальних медико-соціальних проблем сьогодення, пов'язаних з відсутністю комплексного етапного підходу до діагностики захворювань, взаємозв'язку і взаємодії клінічного і діагностичного етапів у веденні даної групи з'явилися передумовами до мобілізації зусиль по створенню на медичному ринку Черкащини структури, яка виконує морфологічні, серологічні, бактеріологічні, молекулярно-біологічні діагностичні наукові дослідження, та надає консультативно-методичні послуги.

Як спосіб вирішення проблеми нами запропонована реалізація проекту створення регіональної лабораторії серологічної, бактеріологічної, морфологічної та молекулярно-біологічної діагностики захворювань і патології з використанням інноваційних медико-організаційних підходів. Основним принципом організації лабораторії стане об'єднання методів морфологічного, серологічного, бактеріологічного і молекулярно-біологічного дослідження в єдину технологічну лінійку в рамках єдиної лабораторії з комісійним принципом підготовки висновку про діагноз. Модель організації передбачає використання технологій від базових через спеціальні до ексклюзивних і високотехнологічних. Для вирішення клініко-діагностичних завдань інтегруються провідні фахівці різних профілів, реалізуючи міждисциплінарний підхід.

Необхідно сформувавши необхідний комплекс умов для організації в Черкасах високотехнологічної регіональної референс-лабораторії морфологічної, серологічної, бактеріологічної, і молекулярно-біологічної діагностики захворювань. На перед-проектному етапі, який передуює відкриттю лабораторії необхідно створити колектив ексклюзивних фахівців, сформувавши мережу медичних організації-партнерів в м. Черкаси, Черкаській області і країні в цілому, налагодити стійкі зв'язки з корпоративними клієнтами

(фармацевтичні компанії - виробники препаратів), придбати дороге устаткування і реактиви. Необхідно сформулювати концепцію розвитку і визначити модель лабораторії з урахуванням досвіду провідних зарубіжних клінік, а зокрема досвід лабораторії-аналогу - лабораторія діагностики клініки університету м Барселона (Іспанія). Необхідно забезпечити центр методичною підтримкою провідних медичних установ м. Києва, Харкова, кафедр провідних медичних університетів країни, головних фахівців органів управління охороною здоров'я, фінансовою підтримкою державних структур, державних позабюджетних фондів. Організаційна структура РЦВМТ і порядок взаємодії функціональних підрозділів РЦВМТ представлені на рис. 3.2.



Рис. 3.2. Організаційна структура та порядок взаємодії функціональних підрозділів лабораторій регіонального центру високих медичних технологій

Стратегія розвитку лабораторії пов'язана з реалізацією трьох блоків діяльності: клініко-діагностичного, науково-інноваційного та освітнього.

Клініко-діагностичний або прикладний розділ діяльності представлений дослідженнями біологічного матеріалу для клінічних цілей з використанням трендів сучасної лабораторної медицини.

РЦВМТ з моменту створення буде позиціонувати себе в якості бази для навчання фахівців лабораторної справи і клініцистів різного рівня. РЦВМТ буде клінічною базою для навчання студентів, ординаторів та аспірантів, післядипломної освіти, підвищення кваліфікації лікарів і фельдшерів лаборантів. Реалізація освітньої складової діяльності лабораторії дозволить проводити навчальні школи-семінари для лікарів і лаборантів.

Концепція розвитку лабораторії буде пов'язана з реалізацією наукової та інноваційної складової діяльності РЦВМТ і використанням її ресурсу в діяльності провідних представників науково-виробничого комплексу, грантовою і конкурсною діяльністю в регіоні.

При управлінні діяльністю РЦВМТ будуть застосовуватися медико-організаційні інноваційні технології, які включають менеджмент якості, організаційний розвиток, проектний менеджмент тощо. Основні точки докладання зусиль в управлінському блоці діяльності спрямовані на стандартизацію всіх етапів процесу досліджень відповідно до вимог «Системи менеджменту якості». Функціонування лабораторії відповідно до вимог міжнародних стандартів системи менеджменту якості ISO 9001: 2008; оснащення високотехнологічним обладнанням провідних світових виробників дозволить стандартизувати основні технологічні процеси і забезпечити високу якість діагностичного продукту.

Однією зі складових ефективної реалізації проекту буде застосування сучасних підходів до кадрового менеджменту. Інноваційні підходи та принципи організаційно-кадрового забезпечення дозволять домогтися високих показників діяльності, включаючи кількісні показники якості, освоєння сучасного високотехнологічного обладнання, впровадження нових методів досліджень матеріалу і реалізації комплексних діагностичних програм і алгоритмів.

Включення освітньої і наукової складової при поетапній реалізації проекту є важливим аспектом у поданій інноваційній моделі, оскільки сприяє створенню на базі лабораторії центрів професійного навчання і стажування медичних кадрів, розробці інноваційних наукових ідей в рамках однієї

структури. Формування програм і навчальних семінарів для лаборантів і лікарів в рамках реалізації освітньої концепції, проведення регіональних конференцій по стандартизації досліджень і впровадженні нових методів; участь у грантовій діяльності і наукових проектах провідних НДІ дозволить далі позиціонувати РЦВМТ як повноцінний суб'єкт медичного науково-виробничого комплексу регіону.

Представлена модель пропонує новий спосіб комплексного вирішення завдань, характерних для організацій різного профілю і рівня (лікувальних, наукових, освітніх) в рамках однієї структури. Формується якісно новий підхід до організації роботи співробітників - через створення ефективно працюючих колективів лікарів і дослідників, формування точок «інноваційного зростання» в охороні здоров'я і медичної науки (наявність стійких мотиваційних модулів співробітників, успішна діяльність яких повинна сформувати науково-практичні школи з принципово новою методологією).

Створення інноваційної високотехнологічної медичної організації, стійко функціонуючої на ринку медичних послуг, дозволить комплексно, в короткі терміни, якісно вирішувати проблеми діагностики серйозних захворювань при дотриманні принципів соціальної справедливості, біоетичних і правових норм на просторі взаємодії пацієнта з системою надання медичної допомоги (доступність високотехнологічних методів діагностики для широких мас населення, реалізація права вибору постачальника медичних послуг), надасть можливість участі державних структур у вирішенні проблем соціально незахищених верств населення.

Реалізація проекту забезпечить вирішення актуальних для вітчизняної охорони здоров'я завдань впровадження та реалізації принципів доказової медицини в практику, сприятиме впровадженню принципів управління якістю в охороні здоров'я, забезпечить просування інноваційних медичних та організаційних технологій у вітчизняній охороні здоров'я.

3.3. Системна підготовка медичних кадрів для інноваційної діяльності

Оскільки підготовка кадрів для інноваційної діяльності (ІД) є досить актуальним напрямком реалізації концептуальної моделі інноваційного медичного середовища (ІМС), в рамках наукового дослідження була сформована і запропонована концепція післядипломного навчання медичних працівників в тренді інноваційного розвитку охорони здоров'я.

Черкаська медична Академія (ЧМА) на підставі ліцензії на освітню діяльність буде проводити підготовку фахівців медичної сфери. Будучи єдиним медичним освітнім закладом в регіоні ЧМА, з одного боку буде займатися розробкою і виробництвом інновації, з іншого боку забезпечувати формування кадрового потенціалу для інноваційної інфраструктури ІМС, надаючи освітні послуги з підготовки кадрів для медичної та науково-дослідницької діяльності (НМД).

Проблеми підготовки кадрів для інноваційного розвитку визначили прагнення професорсько-викладацького складу ЧМА до пошуку нових освітніх стратегій, заснованих на переході до компетентнісного підходу до визначення цілей навчання майбутніх лікарів і наукових співробітників: подолати розрив між знаннями учня і його практичною діяльністю, навчити за допомогою отриманих та засвоєних знань ефективно вирішувати завдання медичної науки і практики.

З урахуванням кадрових інтересів ЧМА увага була зосереджена на клінічних ординаторах, оскільки саме в їхньому середовищі можливе формування нового типу ставлення до науки та інновацій.

Для вирішення поставлених завдань ми пропонуємо розширену програму навчання клінічних ординаторів, засновану на використанні компетентнісного підходу, сучасних досягнень науки та інформаційних технологій, спрямованих на підвищення якості підготовки шляхом розвитку творчих здібностей і самостійності (методики проблемного та проектного навчання, дослідницькі

методи, тренінгові форми тощо), сформульовані принципи та розроблено якісно нові підходи до навчання інноваційно активних кадрів (рис. 3.3.).

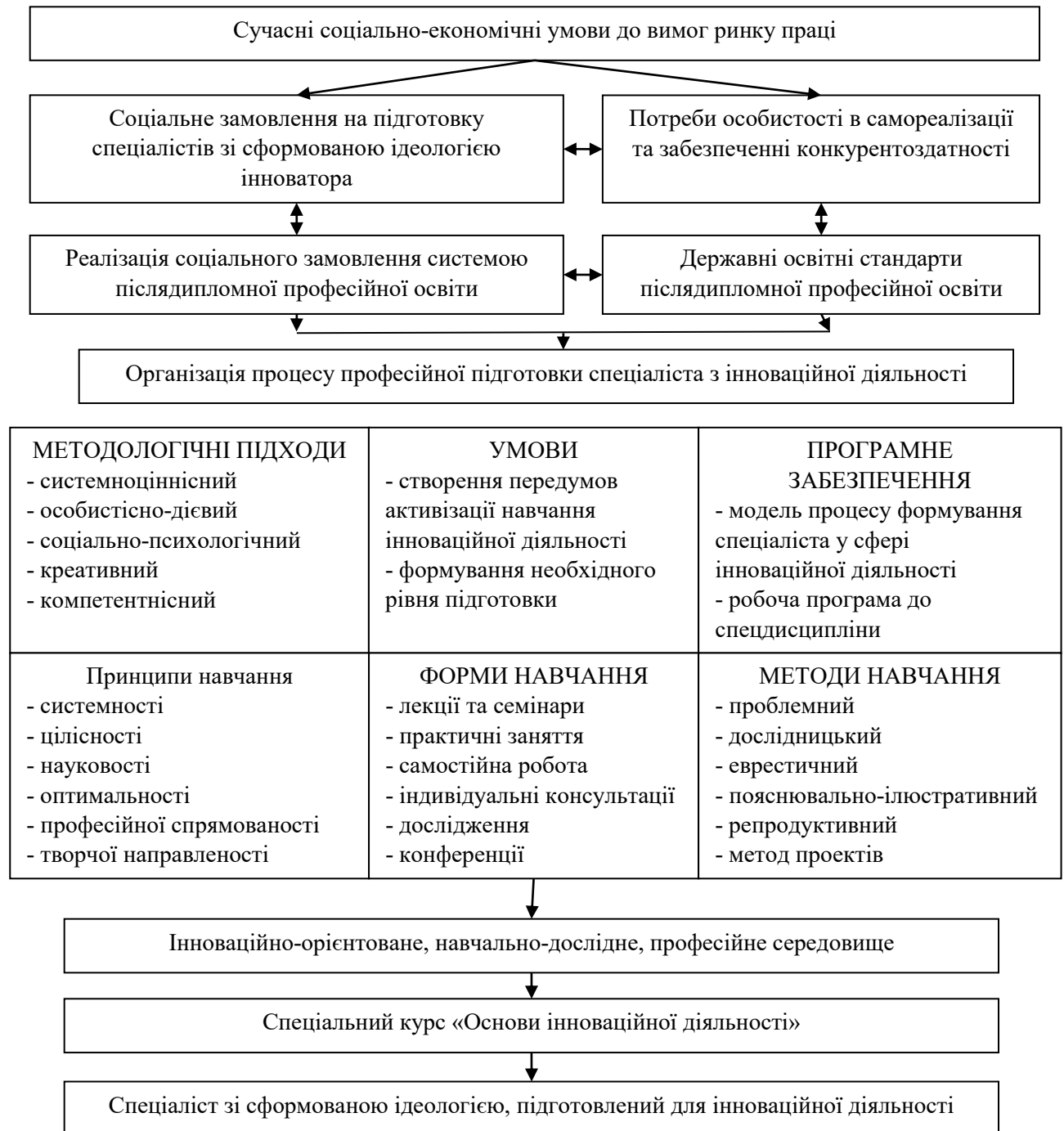


Рис. 3.3. Принципи та механізми реалізації підготовки кадрів для інноваційної діяльності в сфері охорони здоров'я

До основних принципів інноваційного навчання нами віднесені:

- зміна парадигми в організації процесу взаємодії викладача та учня: перетворення учня з об'єкта навчання в активний суб'єкт системи;

- використання інтерактивних технологій навчання;
- безперервність професійної освіти;
- міждисциплінарні підходи в навчанні (залучення фахівців із суміжних сфер діяльності: патентної справи, інноваційного менеджменту, юридичного забезпечення, теоретичних суміжних дисциплін тощо).
- використання інноваційних форм організації навчання у вигляді науково-освітніх центрів (НОЦ) і науково-освітніх комплексів (НОК) при об'єднанні зусиль і ресурсів різних структур.

В ході дослідження нами розроблено механізми реалізації запропонованих принципів навчання ІД:

- зміна підходів до теоретичної та практичної підготовки (лекції- дискусії, семінари-дискусії, тренінги тощо, ротація ординаторів по базах, індивідуалізація підходів);
- введення методики «захист реферату», яка спрямована на розвиток і комплексну оцінку, як предметної, так і «надпредметної» складових діяльності ординатора (зокрема комунікативних) умінь;
- формування модульної системи навчання від простого до складного з індивідуалізацією навчання;
- диференціація рівнів підготовки (базовий, спеціальний та вищий) і можливість закінчити навчання на будь-якому з рівнів в залежності від поставлених завдань, а також подальшого поглиблення з будь-якого з рівнів;
- залучення для проведення теоретичних занять провідних фахівців ЧМА, інших НДІ і ВНЗ, що мають практичний досвід і наукові досягнення у цій спеціальності і які виступатимуть у ролі кваліфікованих експертів.

У процесі інноваційного навчання в клінічній ординатурі все більш стирається грань між теоретичним блоком та практичною підготовкою. Відповідно до мети досягнення оптимального «результату навчання» використовуються різні форми і методи викладання. У плані теоретичної підготовки класичні академічні лекції поступилися місцем лекціям-дискусіям та семінарам-дискусіям.

Відсутній виклад основ дисципліни, що вивчаються в ВНЗ, при цьому увага акцентується на сучасних досягненнях науки з даного розділу і їх практичному застосуванні.

Обов'язковою умовою для представлення такого типу теоретичних занять є попередня підготовка учнів по темі з використанням обов'язкової і додаткової літератури. В ході заняття проводиться групове вирішення ситуаційних завдань, обговорення спірних питань в формі дискусії. Така методика проведення теоретичної підготовки дозволила перевести учня з пасивного слухача на активного учасника, що в значній мірі покращує клінічне мислення. Ефективність багато в чому посилюється, з нашої точки зору, залученням для проведення теоретичних занять провідних фахівців інституту, що мають практичний досвід і наукові досягнення у цій спеціальності і виступають в даному випадку в якості кваліфікованих експертів.

Для викладача, який організовує навчальну дискусію, результат, як правило, вже заздалегідь відомий. Метою тут є процес пошуку, який повинен привести до об'єктивно відомого, по суб'єктивно, з точки зору учнів, нового знання. Цей пошук повинен закономірно вести до запланованого педагогом завдання. Це можливо, на наш погляд, тільки в тому випадку, якщо пошук вирішення проблеми (групова дискусія) повністю керована з боку викладача.

Удосконалення системи підготовки медичних кадрів для інноваційної діяльності в сфері охорони здоров'я, впровадження нових освітніх технологій, заснованих на компетентнісному підході, вже на проміжному етапі дасть позитивні результати.

З метою оцінки якості нових програм навчання необхідне впровадження процесного підходу до утворення, відповідно до вимог, системи управління якістю (СУЯ) медичної організації, гармонізованої з вимогами міжнародного стандарту ISO 9001. Розроблена і впроваджена задокументованої методики підготовки наукових кадрів на базі ВНЗ, як встановлений і описаний спосіб здійснення освітньої діяльності, передбачає виконання вимог щодо проведення планування, управління, забезпечення і поліпшення якості підготовки фахівців.

Модель підготовки та етапи процесу навчання кадрів для інноваційної діяльності представлені на рис. 3.4. та 3.5.

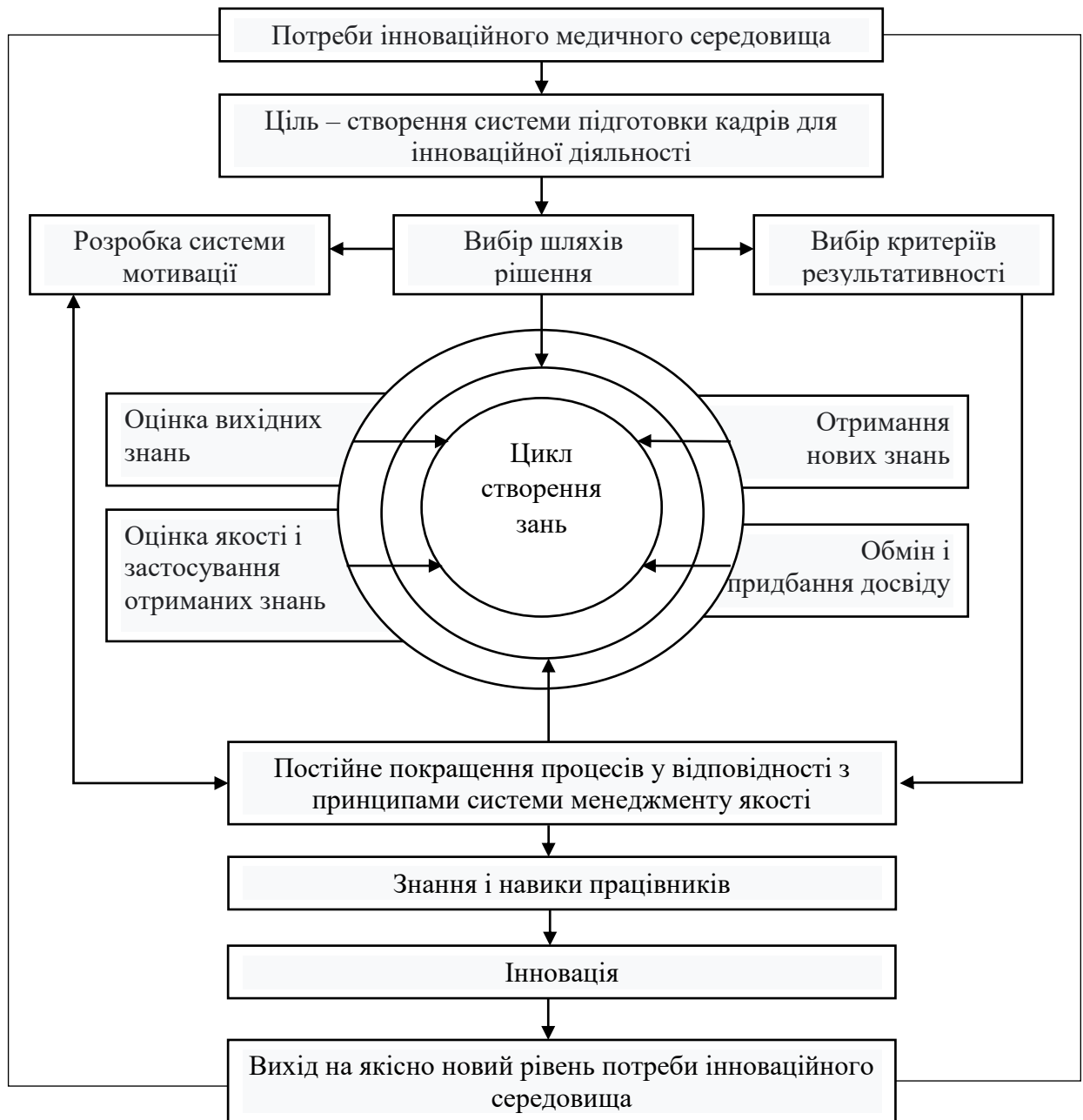


Рис. 3.4. Модель підготовки кадрів для інноваційної діяльності

Впровадження нових технологій в освітній процес стане першим етапом реформування системи підготовки кадрів, що сприятиме реалізації концепції розвитку ІД у великому науково-дослідному інституті.

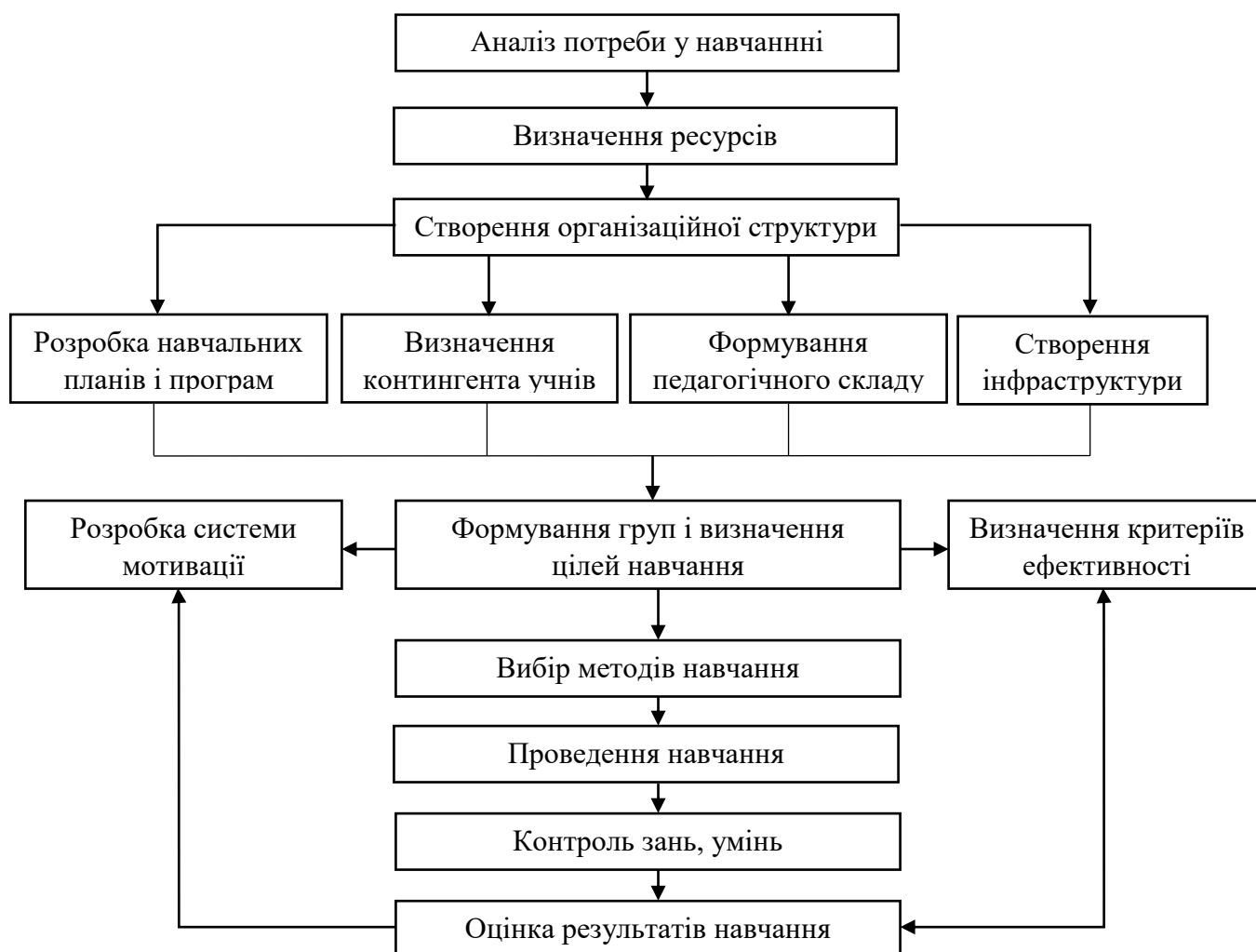


Рис. 3.5. Етапи процесу підготовки кадрів для інноваційної діяльності в Черкаській області

Висновки до розділу 3.

1. Базова модель інноваційної медичної системи з численними функціональними зв'язками, яка створюється навколо інноваційного медичного центру, здатна вирішувати спектр завдань наукової, клінічної та освітньої складової в інноваційному просторі. Можна говорити про формування комплексної структури, здатної здійснювати замкнутий цикл зі створення, розробки та впровадження медичних інновацій в практиці охорони здоров'я на рівні регіону.

2. Створення інноваційної високотехнологічної медичної організації, стійко функціонуючої на ринку медичних послуг, дозволить комплексно, в короткі терміни, якісно вирішувати проблеми діагностики серйозних захворювань при дотриманні принципів соціальної справедливості, біоетичних і правових норм на просторі взаємодії пацієнта з системою надання медичної допомоги (доступність високотехнологічних методів діагностики для широких мас населення, реалізація права вибору постачальника медичних послуг), надасть можливість участі державних структур у вирішенні проблем соціально незахищених верств населення. Реалізація проекту забезпечить вирішення актуальних для вітчизняної охорони здоров'я завдань впровадження та реалізації принципів доказової медицини в практику, сприятиме впровадженню принципів управління якістю в охороні здоров'я, забезпечить просування інноваційних медичних та організаційних технологій у вітчизняній охороні здоров'я.

3. Запропонована ідеологія підготовки кадрів для ІД в охороні здоров'я у вигляді моделі підготовки наукових та інноваційно активних кадрів в системі післядипломної освіти і функціонуючого НОЦ, є моделлю ефективної взаємодії провідних ВНЗ регіону, галузевого НДІ і великої клінічної бази. Дана освітня модель гармонійно інтегрувалася в багатопланову діяльність для створення і широкого впровадження ІТ і дозволяє вирішувати основні завдання, які стоять перед ВНЗ і НДІ по розширенню та активізації інноваційного потенціалу: вдосконалення організаційної структури ВНЗ, спрямованої не тільки на надання освітніх послуг, а й на проведення наукових досліджень, використання результатів НДДКР в навчальному процесі, участь вчених у створенні наукомістких ІТ; вдосконалення навчального процесу, підвищення якості освіти шляхом впровадження результатів ІД, застосування сучасних технологій навчання, впровадження системи менеджменту знань; вдосконалення механізмів надання освітніх послуг, заснованих не тільки на підготовці, але і на перепідготовці і подальшій консультаційній підтримці професійних кадрів; забезпечення економічних умов для розробки МІ, створення структури, що

займається маркетингом інноваційних продуктів і послуг, забезпечення процесу інтеграції з академічною наукою, роботодавцями на основі формування навчально-науково-інноваційних комплексів та центрів.

Активний розвиток ІД на основі кооперації зусиль різних суб'єктів і міжвідомчої взаємодії, забезпечення професійними кадрами сфери комерціалізації наукових досліджень і розробок, здійснення передачі в реальний сектор економіки ІТ і підготовка середовища для безперервної освіти фахівців дозволять сформувати інноваційну інфраструктуру на території Черкаського регіону і охопити весь комплекс функцій ІМС.

ВИСНОВКИ

1. Аналіз літератури показав складність, багатовимірність і надзвичайну важливість питань ІД в такій соціально значущій сфері, як охорона здоров'я. Інноваційний розвиток охорони здоров'я стримується через відсутність адекватної нормативно-правової бази для створення і розвитку ефективної ІД і систем забезпечення конкурентоспроможності галузей і регіонів при реалізації інноваційної політики. Проблема обумовлена відсутністю належного стратегічного позиціонування ІД як на рівні регіонів, так і на рівні окремих організацій, в тому числі і медичних. Важливими чинниками, стримуючими генерацію і просування інновацій в країні є гетерогенність існуючої фінансової системи, недостатня опрацьованість механізмів та інструментарію для роботи в сфері ІД бізнесу, надзвичайно обмежене використання можливостей державно-приватного партнерства.

В нашій країні функціонує досить давно склавшася і для всіх цілком звична система НДР, освітньої діяльності та практичної охорони здоров'я, що не дозволяє забезпечити широке впровадження і доступність медичних інновацій як для фахівців, так і для пацієнтів.

Актуальність дослідження даної проблематики значно зростає в зв'язку з необхідністю створення організаційно-правової основи для забезпечення збалансованості суб'єктів ІД, включаючи державу. Необхідний пошук і впровадження нових організаційних рішень, що дозволяють модернізувати систему розробки, впровадження та подальшого тиражування медичних інновацій, включаючи використання об'єктів інтелектуальної власності та інших результатів науково-технічної до медичної діяльності.

2. Об'єктом дослідження наукової роботи стало комунальне некомерційне підприємство «Обласний шкіро-венерологічний диспансер Черкаської обласної ради». В роботі досліджено основні економічні показники діяльності підприємства. Охарактеризовано кадровий склад підприємства в динаміці за 2017-2019 рр. Визначено що в диспансері працює 33 лікарів з яких 24

працівника мають кваліфікаційну категорію. Тобто підприємство у повному обсязі забезпечене висококваліфікованими кадрами.

Аналізуючи показники економічної діяльності у динаміці за 2017-2019 рр. можна стверджувати що підприємство знаходиться у задовільному стані. Це є наслідком того, що підприємство є державною установою та фінансується з коштів державного та регіонального бюджету.

3. Пріоритетними напрямками формування інноваційної медичної системи на регіональному рівні є: розвиток інфраструктури; розробка механізмів залучення інвестицій, нормативних документів і механізмів, що забезпечують виконання правових актів; підготовка кваліфікованих кадрів; забезпечення взаємодії елементів інноваційного середовища через систему координації і управління. В роботі запропоновано такі принципи формування регіональної ІМС: системність, мульти- і міждисциплінарний підхід, екстериторіальність, наукоємність.

Запропонована в роботі структура регіональної ІМС включає наступні основні блоки: інноваційний медичний центр, науково-дослідні майданчики, інноваційні клінічні бази, науково-освітні центри (комплекси) - НОЦ/НОК, експертне співтовариство, ІТ-локуси (центри інформаційного супроводу і обробки даних), технопаркові структури, інноваційні науково-виробничі компанії, замовники інноваційних продуктів, послуг та технологій (великі медичні організації різних організаційно-правових форм).

4. Одним з основних завдань структурної реорганізації регіональної системи охорони здоров'я в рамках формування ІМС є підвищення ефективності на основі концентрації високо-технологічного обладнання та високо- кваліфікованих кадрів в медичних організаціях експертного рівня (референс-клініках, діагностичних та лабораторних центрах). Тому нами пропонується створити на базі КНП «Обласний шкіро-венерологічний диспансер Черкаської обласної ради» регіональний центр високих медичних технологій (РЦВМТ). Основним напрямком діяльності якого будуть високотехнологічна молекулярно-біологічна, серологічна, бактеріологічна,

морфологічна і генетична діагностика. В роботі представлено організаційну структуру РЦВМТ на базі КНП «Обласний шкіро-венерологічний диспансер Черкаської обласної ради» і порядок взаємодії функціональних підрозділів РЦВМТ.

5. Запропонована ідеологія підготовки кадрів для ІД в охороні здоров'я у вигляді моделі підготовки наукових та інноваційно активних кадрів в системі післядипломної освіти і функціонуючого НОЦ, є моделлю ефективної взаємодії провідних ВНЗ регіону, галузевого НДІ і великої клінічної бази.

Активний розвиток ІД на основі кооперації зусиль різних суб'єктів і міжвідомчої взаємодії, забезпечення професійними кадрами сфери комерціалізації наукових досліджень і розробок, здійснення передачі в реальний сектор економіки ІТ і підготовка середовища для безперервної освіти фахівців дозволять сформувати інноваційну інфраструктуру на території Черкаського регіону і охопити весь комплекс функцій ІМС.

Список використаних джерел

1. Бабенко А.И., Бравве А.И., Томчук А.Л., Бабенко Е.А. Разработка стратегии здравоохранения в целях развития человеческого капитала / Бабенко А.И., Бравве А.И., Томчук А.Л., Бабенко Е.А. // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2012. – № 4. – С. 10-12.
2. Свінціцький А.С., Висоцька О.І. Актуальні питання щодо впровадження медичних інноваційних технологій у закладах охорони здоров'я / Свінціцький А.С., Висоцька О.І. // Практикуючий лікар. - №1. - 2015 – Режимдоступу: www.likar-praktik.kiev.ua
3. Карамишев Д.В. Реалізація та оцінка ефективності інноваційних проєктів у системі охорони здоров'я / Д.В. Карамишев, А.С. Немченко // Економіка та держава. – 2006. – №2. – С. 86-88
4. Перхов В.И., Стебупова Р.В., Янкевич Д.С., Юркин Ю.Ю. Анализ зарубежного опыта финансирования и организации научных исследований в области здравоохранения // Менеджер здравоохранения. – 2013. – № 7. – С. 49-56.
5. Бернс Л. Інновації у сфері охорони здоров'я / Л. Бернс [Електронний ресурс]. <http://www.management.com.ua/interview/int021.html>.
6. Попченко Т. П. Реформування системи охорони здоров'я в Україні: організаційне, нормативно-правове та фінансово-економічне забезпечення / Т. П. Попченко. – К. : НІСД, 2011. – 41 с.
7. Кублин И.М., Кузнецов О.И., Кислов А.В. Взгляд на проблему инновационного развития в здравоохранении / Кублин И.М., Кузнецов О.И., Кислов А.В. // Современная экономика: проблемы и решения. – 2013. – № 4 (40). – С. 53-59.
8. Филимендигов Ю.А. Преодоление барьеров инновационным изменениям качества медицинских услуг / Филимендигов Ю.А. // Экономика, статистика и информатика. Вестник УМО. – 2012. – № 2. – С. 94-95.

9. Трусов А.В. Информационные модели и механизмы процесса коммерциализации результатов инновационной деятельности / Трусов А.В. // Проблемы современной экономики. – 2012. – № 2. – С. 137-144.
10. Артамонова Н. О. Інформаційне забезпечення трансферу медичних технологій як сучасний комунікаційний механізм інноваційної діяльності / Н. О. Артамонова // Бібліотекознавство. Документознавство. Інформологія : наук. журн. – 2009. – № 3. – С. 56-66.
11. Панфилов А.В. Внедрение управленческой инновации: роль лидера и мотивация персонала // Теория и практика общественного развития [Электронный ресурс]. – 2012. – № I. – Режим доступа: <http://v.v.w.teoria-practica.ru/-l-2012/sociology/panfilov.pdf> .
12. Міхальчук В.М. Підготовка управлінських кадрів для галузі охорони здоров'я. URL: http://www.hcm.in.ua/wpcontent/uploads/pidgotovka_upravlin_skih_kadriv_dlya_galuzi_ohoroni_zdorovya_mihalchuk_v.m.pdf
13. Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015-2020 років URL: <https://moz.gov.ua/strategija>
14. Медична освіта в світі та в Україні: додипломна освіта, післядипломна освіта, безперервний професійний розвиток / Ю. В. Поляченко, В. Г. Передерій та ін. – К. : Книга плюс, 2015. – 385 с.
15. Карамішев Д. В. Механізми формування системи професійної підготовки керівних кадрів галузі охорони здоров'я України / Д. В. Карамішев, Н. М. Федак // Теорія та практика державного управління. – 2011. – № 3 (34). – С. 1-7.
16. Латишев Є.Є. Управління кадровими ресурсами вітчизняної галузі охорони здоров'я на шляху до європейської інтеграції. / Латишев Є.Є. // Одеський медичний журнал. – 2015. – № 1 (87). – С. 109 – 115.
17. Бондар А. В. Фінансування галузі охорони здоров'я в Україні та у зарубіжних країнах / А. В. Бондар // Менеджмент та підприємництво в Україні: етапи становлення і проблеми розвитку. – 2011. – № 720. – С. 357-364.

18. Носуліч Т.М. Кадровий потенціал системи охорони здоров'я: проблеми та перспективи розвитку. Демографія та соціальна економіка. – 2016. – № 1/2006. – С. 173 – 179.
19. Патоков В.В. Государственно-частное партнерство: Перспективы развития и правовые формы реализации / Патоков В.В. // Адвокатская практика. – 2008. – № 2. – С. 24- 31.
20. Кабашкин В.А., Малахаева О.М Государственно-частное партнерство в Великобритании и Ирландии. – М.: ООО «МИЦ». – 2010. – 132 с.
21. Zhang N., Liu J., Hu H., Wang Y. Cultural consideration in branding strategy of Chinese Patent Medicine: Field study in Singapore, Guangzhou and Hong Kong //Journal of Medical Marketing: Device, Diagnostic and Pharmaceutical Marketing, Aug 2013; 13: 160-170.
22. Shaw E.K., Ohman-Strickland P.A., Piasecki A., Hudson Sh.V., Ferrante J.M., McDaniel R.R Jr, Nutting P.A., Crabtree B.F. Effects of Facilitated Team Meetings and Learning Collaboratives on Colorectal Cancer Screening Rates in Primary Care Practices: A ClusterRandomized Trial Ann. Fam. Med, May 2013; 11: 220-228.
23. Мустафин М.А. Инновационная политика в развитых странах мира / Мустафин М.А. // Банки Казахстана. – 2008. – №2. – С. 28-31.
24. Литвин В. М. Інноваційна і кадрова політика у системі охорони здоров'я / В. М. Литвин [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.likar.info/biblioteka/article-43278-innovatsiyna-i-kadrova-politika-usistemi-ohoroni-zdorovya/>.
25. Карамишев Д. В. Управління якістю медичної допомоги в контексті інноваційних перетворень системи охорони здоров'я / Д. В. Карамишев [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.academy.gov.ua/ej/ej3/txts/GALUZEVE/10-KARAMISCHEV.pdf>.

26. Білинська М., Попченко Т. Розвиток інтелектуального та кадрового менеджменту в державному управлінні охороною здоров'я. Главный врач. 2007. № 11 (79). С. 69 – 73.

27. Ровенська В. В., Саржевська Є. О. Управління персоналом закладів охорони здоров'я в нових умовах господарювання та перспективи розвитку в Україні Економічний вісник Донбасу № 3(57), 2019. – С. 162-168

28. Пашков В. Д. Державна політика щодо соціальних інновацій у галузі охорони здоров'я / В. Пашков // Аптека. – 2006. – №37(558). – Режим доступу: <http://www.apteka.ua/article/3647>

29. Карамішев Д. В. Програмно-цільовий підхід до реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я / Д. В. Карамішев // Університетські наукові записки (Часопис Хмельницького університету управління та права). – 2006. – № 1 (17). – С. 279-284.

30. Авраменко Н. В. Європейський досвід управління охороною здоров'я / Н. В. Авраменко // Державне управління та місцеве самоврядування : тези X Міжнародного наукового конгресу. – Х. : Вид-во ХарРТ НАДУ, 2010. – С. 320-322.

31. Садовой М.Л., Каи В.В., Казаков Р.А., Латуха О.А.. Мамонова Е.В. Современные аспекты инновационной деятельности в здравоохранении / Садовой М.Л., Каи В.В., Казаков Р.А., Латуха О.А.. Мамонова Е.В. // Медицина и образование Сибири. – 2013. – №4.

32.

ДОДАТКИ

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ЧЕРКАСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ БОГДАНА ХМЕЛЬНИЦЬКОГО
РАДА МОЛОДИХ УЧЕНИХ



***АКТУАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ
ПРИРОДНИЧИХ І ГУМАНІТАРНИХ НАУК
У ДОСЛІДЖЕННЯХ МОЛОДИХ УЧЕНИХ
«РОДЗИНКА – 2020»***

ЗБІРНИК МАТЕРІАЛІВ

XXII Всеукраїнської наукової конференції молодих учених

23 – 24 квітня 2020 року
Черкаси, Україна

УДК 378 (06)
А 43

Актуальні проблеми природничих і гуманітарних наук у дослідженнях молодих учених «Родзинка – 2020» / XXII Всеукраїнська наукова конференція молодих учених. – Черкаси : ЧНУ ім. Б. Хмельницького, 2020. – 724 с.

У збірнику матеріалів Всеукраїнської наукової конференції молодих учених «Родзинка-2020» представлено наукові праці молодих учених за такими напрямками: «Природничо-математичні та комп'ютерні науки», «Філологічні науки. Соціальні комунікації», «Психолого-педагогічні науки», «Історія. Філософія», «Юридичні науки. Інтелектуальна власність. Державне управління і соціально-політичні науки. Економіка, підприємництво, туризм, менеджмент».

Члени редакційної колегії: д. е. н., проф. **О. В. Черевко** (голова); д. і. н., проф. **С. В. Корновенко** (заст. голови); д. б. н., член-кор. АПНУ, проф. **Ф. Ф. Боєчко**; д. с.-г. н., проф. **В. Я. Білоножко**; д. ф.-м. н., проф. **А. М. Гусак**; д. пед. н., проф. **Т. М. Десятов**; д. е. н., доц. **Л. О. Кібальник**; д. філол. н., проф. **С. А. Жаботинська**; д. і. н., проф. **Н. І. Земзюліна**; д. е. н., проф. **І. І. Кукурудза**; д. б. н., проф. **В. С. Лизогуб**; д. ф.-м. н., доц. **Ю. О. Ляшенко**; д. х. н., проф. **Б. П. Мінаєв**; д. і. н., проф. **А. Г. Морозов**; д. е. н., проф. **С. Р. Пасека**; д. філол. н., проф. **В. Т. Поліщук**; д. філол. н., проф. **О. О. Селіванова**; д. і. н., проф. **А. Ю. Чабан**; д. пед. н., проф. **В. П. Шпак**; д. психол. н., академік АПНУ, проф. **Т. С. Яценко**; д. е. н., проф. **Н. В. Зачосова** (відповідальний секретар); к. б. н., доц. **М. Н. Гаврилюк**; к. філол. н., доц. **Л. В. Корновенко**; к. х. н., доц. **О. А. Лут**; к. пед. н., доц. **Л. А. Нечипоренко**; к. пед. н., доц. **Т. С. Нінова**; к. філол. н., доц. **Л. О. Пашіс**; к. філол. н., доц. **І. І. Погрібний**; к. т. н., доц. **В. І. Салапатов**; к. б. н., доц. **С. В. Соколенко**; к. с.-г. н., доц. **О. А. Спрягайло**; к. психол. н., доц. **Л. Г. Туз**; к. філол. н., доц. **Л. В. Швидка**; н. с. **Н. М. Карауш-Кармазін**.

Матеріали публікуються в авторській редакції. Редакція залишає за собою право технічного коригування текстів.

За дотримання права інтелектуальної власності, дотримання норм академічної доброчесності, достовірності матеріалів та обґрунтування висновків відповідають автори та їх наукові керівники.

© Черкаський національний університет
ім. Б. Хмельницького, 2020
©Автори матеріалів, 2020

Кошовий В. Д. СУТНІСТЬ, ЗНАЧЕННЯ І ОСОБЛИВОСТІ ІНФОРМАЦІЙНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ПРИ УПРАВЛІННІ ПІДПРИЄМСТВОМ.....	140
Крамар В. Ю., Білоус С. П. ЕЛЕМЕНТИ КАДРОВОЇ ПОЛІТИКИ ТА ЇХ ХАРАКТЕРИСТИКА.....	142
Кухарська Л. В. ІННОВАЦІЙНИЙ РОЗВИТОК ОСВІТНЬОЇ СФЕРИ	144
Куценко Д. М. ПРОБЛЕМИ ФОРМУВАННЯ ТА ФУНКЦІОНУВАННЯ МЕХАНІЗМУ УПРАВЛІННЯ ЕКОНОМІЧНОЮ БЕЗПЕКОЮ ПРОМИСЛОВИХ ПІДПРИЄМСТВ	146
Лобас М. В., Білоус С. П. КОНТРОЛІНГ ПЕРСОНАЛУ: СУТНІСТЬ ТА СПЕЦИФІКА НА СУЧАСНОМУ ЕТАПІ.....	147
Луговський С. О. ШЛЯХИ ПІДВИЩЕННЯ ЯКОСТІ ПРОДУКЦІЇ.....	149
Мариноха М. В., Білоус С. П. СУТНІСТЬ І ЗМІСТ ФУНКЦІЙ МЕНЕДЖМЕНТУ	150
Марюхеня Є. М. КОШТОРИС ДОХОДІВ І ВИДАТКІВ. ОСОБЛИВОСТІ НАДХОДЖЕННЯ, ФОРМУВАННЯ, РОЗПОДІЛУ І ВИКОРИСТАННЯ	152
Матюшенко Н. Р. КОМУНІКАЦІЙНИЙ ПРОЦЕС, ЙОГО ВПЛИВ НА ЕФЕКТИВНІСТЬ ОРГАНІЗАЦІЇ.....	154
Михайлів М. М., Янчик І. В. ОСОБЛИВОСТІ МОТИВАЦІЇ ПЕРСОНАЛУ ВІЛЬНИМ ЧАСОМ	156
Мохонько А. Ю. ПРОЕКТУВАННЯ ОРГАНІЗАЦІЙНИХ СТРУКТУР	157
Нехаснко Д. С. АНАЛІЗ СТАНУ ЕКСТРЕНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ТА НАДАННЯ НЕВІДКЛАДНОЇ ДОПОМОГИ.....	159
Охріменко М. В. ПРИРОДА СТРЕСІВ ТА УПРАВЛІННЯ НИМИ В ОРГАНІЗАЦІЯХ	161
Павличук Д. В. СТРАТЕГІЧНЕ УПРАВЛІННЯ ПЕРСОНАЛОМ ОРГАНІЗАЦІЇ	162
Павличук Д. В. СУТНІСТЬ І РОЛЬ ІНФОРМАЦІЙНОЇ БЕЗПЕКИ В БІЗНЕСІ.....	163
Пантюхіна Г. А. ТАКТИЧНІ ТА СТРАТЕГІЧНІ ПІДХОДИ ДО ЛІКВІДАЦІЇ КРИЗИ НА ПІДПРИЄМСТВІ	164
Пентюхова О. В. ТЕОРІЯ ТА МЕТОДОЛОГІЯ УПРАВЛІНСЬКОГО ОБЛІКУ В УМОВАХ КРИЗОВИХ ПРОЦЕСІВ ЕКОНОМІКИ.....	167
Переппихатько С. О. ПРАВОВІ ОСНОВИ ФОРМУЛЮВАННЯ СИСТЕМИ УПРАВЛІННЯ ПЕРСОНАЛОМ.....	168
Петухова М. А. СЕРЕДОВИЩЕ ПІДПРИЄМСТВА ЯК ОБ'ЄКТ СТРАТЕГІЧНОГО АНАЛІЗУ	170
Поковба Д. В., Богуславська С. І. ВАЖЛИВІСТЬ МОТИВАЦІЇ НА ПІДПРИЄМСТВІ ТА В БУДЕННОМУ ЖИТТІ. МЕТОДИ МОТИВАЦІЇ.....	172
Попович І. О. ВИКОРИСТАННЯ МАРКЕТИНГУ В УПРАВЛІННІ СУБ'ЄКТАМИ ГОСПОДАРЮВАННЯ В УМОВАХ КОНКУРЕНТНОГО РИНКУ	173
Примак С. В. ФОРМУВАННЯ ВЗАЄМОВІДНОСИН АТП ЗІ СПОЖИВАЧАМИ АВТОТРАНСПОРТНИХ ПОСЛУГ.....	175
Роскопін О. М. МОТИВАЦІЯ ЯК ФУНКЦІЯ УПРАВЛІННЯ.....	176

Важливим аспектом є розробка на підприємстві стратегічних напрямків підвищення якості, для цього необхідно враховувати безліч факторів. Їх можна умовно розподілити на певні напрямки: організаційний, технічний, соціально-економічний.

До організаційного напрямку відносять:

- Розробка та впровадження сучасних форм і методів організації управління та виробництва

- Покращення методів контролю якості виробництва на всіх його етапах

- Відстежування та використання досвіду в обраній галузі для підвищення конкурентоспроможності продукту

- Встановлення прямого зв'язку між виробником та безпосереднім споживачем.

До технічного напрямку можна віднести:

- Аналіз та впровадження останніх досягнень наук в процесі виробництва

- Повний контроль за дотриманням технологічної дисципліни.

- Удосконалення стандартів і технічних умов

- Пошук та співпраця з постачальниками з найкращою сировиною

- Досягнення технічного рівня та якості найкращих світових зразків

Соціально-економічний напрямок:

- Встановлення конкурентоспроможної ціни яка буде прийнятна для споживача

- Запровадження ефективних методів мотивації праці всіх категорій персоналу підприємства

- Застосування системи прогнозування і планування необхідного рівня якості продукції

Поліпшення якості продукції відображається у збільшенні сорту продукції, додатковий прибуток з'являється завдяки підвищенню ціни на продукт вищого сорту. При підвищенні якості, зростає собівартість, це вдало компенсується завдяки підвищенню обсягу виготовленої продукції. Що стосується економічної ефективності, вона полягає в додатковому прибутку компанії, що отримується від виготовлення і продажу продукту вищої якості.

З погляду на все вище сказане можна зробити висновок, що правильно використаний менеджмент і контроль на всіх етапах виробництва спроможні при невеликих витратах тримати якість на вищому рівні. В свою чергу це дозволяє отримувати більші прибутки підприємству продаючи продукт кращої якості.

Список використаних джерел і літератури:

1. Жувагіна Т.Б. Шляхи підвищення якості продукції на підприємствах торгівлі України.
2. Закон України «Про стандартизацію» від 17.05.01р. №2408-3.

Науковий керівник: к. е. н., доцент Богуславська С.А.

Мариноха М. В., Білоус С. П.

Черкаський національний університет імені Богдана Хмельницького

СУТНІСТЬ І ЗМІСТ ФУНКЦІЙ МЕНЕДЖМЕНТУ

Функції управління – це конкретний вид управлінської діяльності, що здійснюється спеціальними прийомами і способами, а також відповідна організація робіт.

Одним з основних компонентів, що складають зміст управління, є функції. Таким чином, для виконання тієї чи іншої відносно простої роботи необхідно заздалегідь визначити, що потрібно в підсумку одержати, як організувати справу, мотивувати і проконтролювати його виконання. Це і є функції управління. Хоча згодом техніка управління й удосконалилася, основні управлінські функції залишилися порівняно незмінними.

Кожна функція менеджменту являє собою сферу дії визначеного процесу управління, а система управління конкретним чи об'єктом видом діяльності – це сукупність функцій, зв'язаних єдиним управлінським циклом. У цьому суть процесного підходу до дослідження функцій менеджменту.

Сутнісна характеристика менеджменту - це функція або вид діяльності по керівництву людьми.

У процесі розвитку менеджменту сутність управління одержала трактування “впливу” на людей для узгодження й упорядкування їхніх дій у спільній праці за допомогою мотивації поведінки.

Найбільш повний зміст менеджменту як процесу відбивають основні функції, що виступають загальною умовою управління соціальними і соціально-економічними процесами.

Процес впливу буде реальним при його завершенні у виробничо-господарській діяльності, де застосовуються будь-які засоби взаємодії: мети, стратегії, методи, структури управління. Тому процес управління може бути розглянутий як процес взаємодії суб’єкта й об’єкта управління, де реалізуються ідеї суб’єкта, тобто менеджера. Дана група функцій поєднується процесом вироблення і реалізації управлінського рішення, що має універсальні етапи у визначеній їхній послідовності, які можна трактувати як групи функцій менеджменту, тобто видів діяльності по виробленню і реалізації управлінських рішень. [1]

Сутнісна особливість менеджменту обумовлює наявність менеджера – суб’єкта управління, професійного керуючого, що пройшов спеціальну підготовку, що дає йому право на виконання функцій по керівництву людьми.

У ринкових умовах повинні закріплюватися не тільки функції, але і ресурси, зв’язані з виконанням даних функцій і прийняттям рішень, конкретні види відповідальності за результативність менеджменту.

Для менеджерів знання взаємозв’язку і взаємодії груп функцій менеджменту створює умови прийняття правильних рішень в області формування і функціонування систем менеджменту.

Важлива особливість функцій менеджменту, обумовлена специфікою української економіки, полягає в потребі високого ступеня адаптивності до змін зовнішнього і внутрішнього середовища.

Під адаптивністю розуміється здатність збереження якісної визначеності функцій менеджменту при змінах соціально-економічного середовища. У систему адаптивних елементів системи менеджменту включається вся сукупність засобів впливу: цільові, регулюючі, координуючі, що активізують, мотивуючі, контролюючі, самоорганізуючі. Звідси випливає, що система засобів впливу і взаємодії по кожній функції повинна мати гнучкість і забезпечувати менші втрати ресурсів при зміні соціально-економічних і організаційно-технічних факторів.

Функції управління мають специфічний характер, особливий зміст і можуть здійснюватися самостійно, бути як не зв’язаними між собою, так і нерозривно зв’язаними. [2]

Основні функції менеджменту характеризуються повнотою змісту, стійкістю структури, системністю й універсальністю використання в різних сферах діяльності. Головна їхня особливість у тому, що кожна основна функція менеджменту являє собою окремий процес управління по виробленню методів активізації і засобів впливу на персонал і його діяльність для досягнення загальних результатів соціально-економічної системи.

Функції цікаві тим, що в систематизованому виді можуть дати повне представлення про процеси мотивації, впливи і взаємодії від зародження ідей до їхньої реалізації, оцінки результату і появи наслідків. Основні функції характеризують вплив, обумовлюючи його визначальні засоби, реалізація яких може забезпечити необхідний результат.

Стратегія управління розробляється на тривалі період, але може розроблятися і на поточний період при корінних поворотах у господарській політиці. Стратегія управління властива як великим, так і малим підприємствам, будь-яким формам господарювання. [3]

У даній роботі розглянуті основні функції менеджменту, сутність і зміст функцій, їхній взаємозв’язок, а також функції процесу в системі менеджменту.

Без прояву функцій управління неможливо нормальне функціонування чи організації підприємства, тому вивченню й аналізу функцій управління потрібно приділяти достатню увагу.

У даній роботі розглянуті основні функції менеджменту: планування, організація, мотивація і контроль.

Без прояву функцій управління неможливо нормальне функціонування чи організації підприємства, тому вивченню й аналізу функцій управління потрібно приділяти достатню увагу.

Список використаних джерел і літератури:

1. Бабаєв Л.В. Малий бізнес. Ринок і суспільство. 1—2. М — МП. 1992.
2. Бакуров Т., Заславский С. Об'єднання малих і середніх підприємств. // Питання економіки, 1994. — №11.
3. Беляев Ю.А. Енциклопедія починаючого підприємця. М.: Изд-во. РУНД. 1992.
4. Балабанов И.Т. «Основы финансового менеджмента», М., - 1995, (с.284).
5. Віханський О. С., Наумов О. І. Менеджмент : Підручник. – М.: Гардарики, 1999. – (528с.)
6. Веснін В.Р. «Основы менеджмента», М., - 1997, (с.412).
7. Галькевич Р.С. Набоков В.И. «Основы менеджмента», М., - 1998, (с.467).

Марюхеня Є. М.

Черкаський національний університет імені Богдана Хмельницького

КОШТОРИС ДОХОДІВ І ВИДАТКІВ. ОСОБЛИВОСТІ НАДХОДЖЕННЯ, ФОРМУВАННЯ, РОЗПОДІЛУ І ВИКОРИСТАННЯ

Єдиний кошторис доходів і видатків бюджетної установи та організації (далі – установа) є основним документом, який визначає загальний обсяг, цільове надходження, використання і поквартальний розподіл коштів. Формування єдиного кошторису здійснюється на підставі лімітної довідки про асигнування з бюджету, яку вищестояща організація надсилає всім підпорядкованим установам у двотижневий термін після затвердження бюджету, з якого проводиться фінансування установи (форми кошторису і лімітної довідки розробляються та затверджуються Мінфіном).[1]

Під час формування лімітів витрат у підпорядкованих установах вищестоящі організації повинні враховувати об'єктивну потребу в коштах кожної установи, виходячи з основних її виробничих показників, обсягу виконуваної роботи, штатної чисельності та намічених заходів що до скорочення витрат у плановому періоді. За таких умов має виконуватися вимоги д забезпечення фінансовими ресурсами насамперед що до витрат на заробітну плату з нарахуваннями на соціальне страхування, також на господарське утримання установи. Асигнування на придбання обладнання, капітальний ремонт приміщень то що, які не мають першочергового характеру, можуть передбачатися лише за умови забезпечення коштами невідкладних витрат.[2]

Єдиний кошторис доходів та видатків складається усіма установами на календарній рік і затверджується керівником відповідної вищестоящої організації, з винятком кошторисів, зазначених у пункті 4 цього Положення (якщо законодавством не встановлено інший порядок затвердження), не пізніше ніж через місяць після затвердження відповідного бюджету, з якого проводиться фінансування установи одночасно з кошторисом на затвердження вищестоящої організації подається штатний розпис установи, включаючи її структурні підрозділи які утримуються за рахунок спеціальних чи інших поза бюджетних коштів (форма штатного розпису затверджується Мінфіном). Кошторис і штатний розпис затверджується у двох примірниках, один з яких повертається установі, а другий залишається у вищестоящій організації.

Основним документом, що регулює процеси складання, розгляду й затвердження кошторисів бюджетних установ є Порядок складання, розгляду, затвердження та основні вимоги щодо виконання кошторисів бюджетних установ, затверджений Постановою Кабінету Міністрів України від 28.02.2002 № 228 (далі – Порядок № 228) з подальшими змінами. На виконання цієї постанови Міністерство фінансів України розробляє та запроваджує своїми наказами форми кошторису та інших первинних документів, які відтворюють процес складання та використання кошторису.

Наукове видання

**Актуальні проблеми природничих і гуманітарних наук
у дослідженнях молодих учених
«Родзинка – 2020»**

XXII Всеукраїнська наукова конференція молодих учених

Черевко Олександр Володимирович – ректор Черкаського національного університету імені Богдана Хмельницького, доктор економічних наук, професор

ЧЛЕНИ ОРГАНІЗАЦІЙНОГО КОМІТЕТУ: проректор з наукової, інноваційної та міжнародної діяльності проф. **Корновенко С. В.** (заступник Голови оргкомітету), проф. **Зачосова Н. В.**, проф. **Вовк О.І.**, доц. **Гадецька З.М.**, доц. **Зорочкіна Т. С.**, доц. **Богданова І. В.**, доц. **Василенко М.П.**, доц. **Волошкевич Г. А.**, доц. **Корновенко Л. В.**, доц. **Кулешова Л.М.**, доц. **Лещенко І. Т.**, доц. **Литвин І.М.**, доц. **Пашіс Л.О.**, доц. **Потапова Г.М.** (КНЛУ), доц. **Соколенко В. Л.**, доц. **Сукаленко Т.М.** (Університет державної фіскальної служби України), доц. **Супрунович В. О.**, доц. **Шуба Ю.В.**, доц. **Щербина Т. В.**, н.с. **Карауш-Кармазін Н. М.**, ст. викл. **Абразумова О. М.**, ст. викл. **Іванова Н.П.**, ст. викл. **Корецька М.В.**, ст. викл. **Левицька Л.А.**, ст. викл. **Свириденко О.О.**, ст. викл. **Сторчеус С.В.**, викл. **Ілюха О. В.**, викл. **Касян А. І.**, викл. **Кабіна Ю. Г.**, викл. **Ковтун Я.П.**, викл. **Кожемяко Т.В.**, викл. **Титаренко О.І.**, викл. **Токарчук В.А.**, викл. **Опанасенко Ю.В.**, асп. **Куценко Д.М.**

Комп'ютерний набір та верстка:
Зачосова Н. В., Корновенко Л. В., Куценко Д.М.

Формат 60×84/32. Папір офсет. Друк офсет. Гарнітура Times New Roman.

Умовн. друк. арк. 60,8. Тираж 300 прим.

ЗАТВЕРДЖЕНОГоловний лікар КНП «ЧОШВД
Черкаської обласної ради»

К.Ф.Осауленко

27 08 2019 року



СТРУКТУРА КОМУНАЛЬНОГО НЕКОМЕРЦІЙНОГО ПІДПРИЄМСТВА «ЧЕРКАСЬКИЙ ОБЛАСНИЙ ШКІРНО-ВЕНЕРОЛОГІЧНИЙ ДИСПАНСЕР ЧЕРКАСЬКОЇ ОБЛАСНОЇ РАДИ»

До складу КНП «Черкаський обласний шкірно-венерологічний диспансер Черкаської обласної ради» **входить:**

1. **Стационарне відділення** на 60 дерматовенерологічних ліжок ліжок, з яких: 55 дерматовенерологічних ліжок для дорослих та 5 дерматовенерологічних ліжок для дітей. Стационарне відділення обслуговує пацієнтів м. Черкаси та Черкаської області, які страждають на шкірні і венеричні хвороби та потребують стационарного лікування.

До складу відділення входять: санітарний пропускник, ординаторська, 14 палат, кімната старшої медсестри, яка використовується і як сестринська, і як кімната для прийому хворих; маніпуляційний, урологічний, кабінет місцевої зовнішньої терапії та кімната сестри-господарки, кімната для роздачі та прийому їжі, фізіотерапевтичний кабінет.

2. **Диспансерне відділення** розраховане на 70 відвідувань за зміну, працює в 2 зміни і фактично обслуговує до 300-480 відвідувань в день. Лікарі відділення надають дерматовенерологічну амбулаторну та консультативну допомогу жителям м. Черкаси та Черкаської області.

До складу відділення входять: 6 кабінетів прийому дерматологічних хворих; 2 кабінети прийому венерологічних хворих з відокремленим прийомом для чоловіків та жінок; реєстратура, перев'язувальний кабінет, маніпуляційний кабінет для дерматологічних хворих, 2 маніпуляційні урологічні кабінети.

Дерматологічна допомога дітям надається в поліклініках м. Черкаси дерматовенерологами диспансерного відділення КНП «ЧОШВД Черкаської обласної ради».

3. Організаційно-методичний кабінет виконує функції інформаційно-аналітичного центру дерматовенерологічної служби області та КНП «ЧОШВД Черкаської обласної ради».

В склад підрозділу входить: кабінет завідувача та статистичний кабінет.

4. Клініко-діагностична лабораторія обслуговує пацієнтів диспансерного та стаціонарного відділень КНП «ЧОШВД Черкаської обласної ради».

5. Централізована серологічна лабораторія обслуговує всі ЛПЗ міста Черкаси та Черкаського району, а також всі інші медичні заклади області в разі потреби.

6. Бактеріологічна лабораторія виконує культуральну діагностику за направленнями лікарів КНП «ЧОШВД Черкаської обласної ради» та інших спеціалістів міста та області.

7. Харчоблок із складськими приміщеннями забезпечує харчування хворих стаціонарного відділення.

8. Господарський двір, на якому утримуються барани-донори, еритроцити яких використовуються для серологічних досліджень.

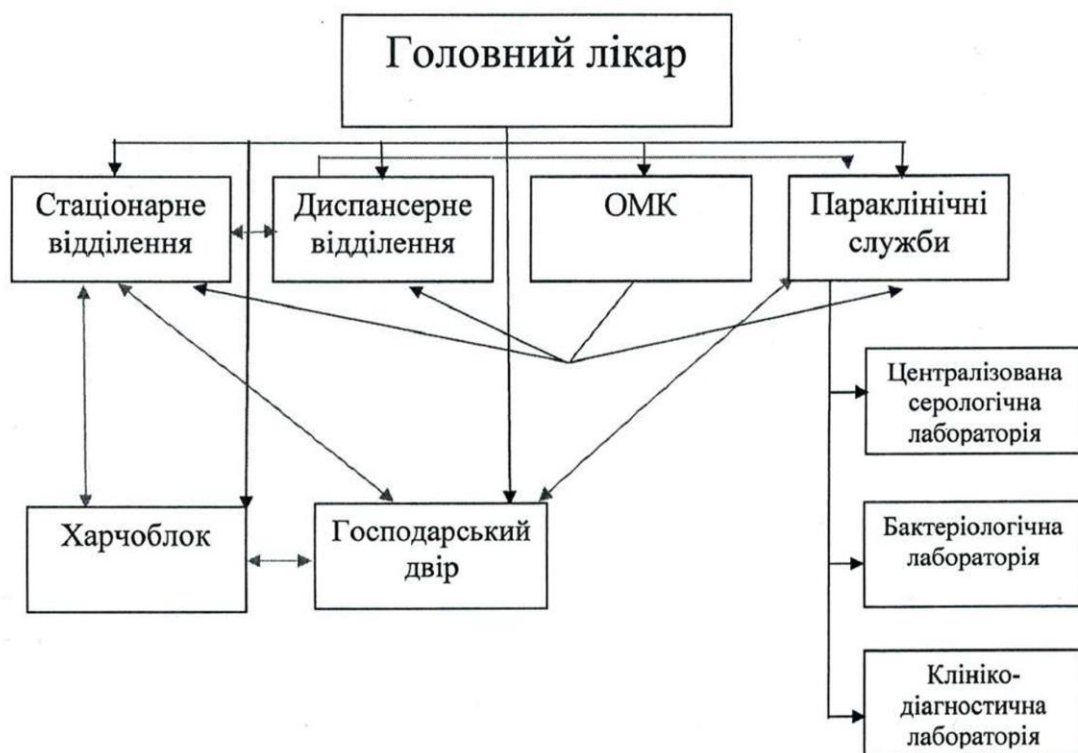
Завідувач ОМК КНП «ЧОШВД
Черкаської обласної ради »



Н.А. Волкова

ЗАТВЕРДЖЕНО
 Головний лікар КНП «ЧОШВД
 Черкаської обласної ради»
 К.Ф.Осауленко
 «27» 06 2019 року

**ОРГАНІЗАЦІЙНА СТРУКТУРА КОМУНАЛЬНОГО
 НЕКОМЕРЦІЙНОГО ПІДПРИЄМСТВА «ЧЕРКАСЬКИЙ ОБЛАСНИЙ
 ШКІРНО-ВЕНЕРОЛОГІЧНИЙ ДИСПАНСЕР ЧЕРКАСЬКОЇ
 ОБЛАСНОЇ РАДИ»**



Завідувач ОМК КНП «ЧОШВД
 Черкаської обласної ради»

Н.А. Волкова

Додаток В

2019

Додаток 1
до Національного положення (стандарту)
бухгалтерського обліку в державному секторі 101
"Подання фінансової звітності"

	Дата (рік, місяць, число)	КОДИ					
		2	0	2	0	0	1
Установа/бюджет	КОМУНАЛЬНЕ НЕКОМЕРЦІЙНЕ ПІДПРИЄМСТВО "ЧЕРКАСЬКИЙ ОБЛАСНИЙ ШКІРНО - ВЕНЕРОЛОГІЧНИЙ ДИСПАНСЕР ЧЕРКАСЬКОЇ ОБЛАСНОЇ РАДИ"	02004924					
Територія	ЧЕРКАСИ	7110100000					
Організаційно-правова форма господарювання	Комунальна власність	430					
Орган державного управління	Міністерство охорони здоров'я України	-					
Вид економічної діяльності	Діяльність лікарняних закладів	86.10					
Одиниця виміру: грн.							
Періодичність: проміжна, річна							

БАЛАНС
на 31 грудня 2019 року

Форма №1-дс

Актив	Код рядка	На початок звітної періоду	На кінець звітної періоду
1	2	3	4
I. НЕФІНАНСОВІ АКТИВИ			
Основні засоби:	1000	-	1 215 723
первісна вартість	1001	-	1 282 812
знос	1002	-	67 089
Інвестиційна нерухомість:	1010	-	-
первісна вартість	1011	-	-
знос	1012	-	-
Нематеріальні активи:	1020	-	3 139
первісна вартість	1021	-	3 139
накопичена амортизація	1022	-	-
Незавершені капітальні інвестиції	1030	-	-
Довгострокові біологічні активи:	1040	-	-
первісна вартість	1041	-	-
накопичена амортизація	1042	-	-
Запаси	1050	-	274 026
Виробництво	1060	-	-
Поточні біологічні активи	1090	-	-
Усього за розділом I	1095	-	1 492 888
II. ФІНАНСОВІ АКТИВИ			
Довгострокова дебіторська заборгованість	1100	-	-
Довгострокові фінансові інвестиції, у тому числі:	1110	-	-
цінні папери, крім акцій	1111	-	-
акції та інші форми участі в капіталі	1112	-	-
Поточна дебіторська заборгованість:			
за розрахунками з бюджетом	1120	-	-
за розрахунками за товари, роботи, послуги	1125	-	-
за наданими кредитами	1130	-	-
за виданими авансами	1135	-	-
за розрахунками із соціального страхування	1140	-	11 594
за внутрішніми розрахунками	1145	-	-
інша поточна дебіторська заборгованість	1150	-	-
Поточні фінансові інвестиції	1155	-	-

Грошові кошти та їх еквіваленти розпорядників бюджетних коштів та державних цільових фондів у:			
національній валюті, у тому числі в:	1160	-	8 289
касі	1161	-	-
казначействі	1162	-	-
установах банків	1163	-	8 289
дорозі	1164	-	-
іноземній валюті	1165	-	-
Кошти бюджетів та інших клієнтів на:			
єдиному казначейському рахунку	1170	-	-
рахунках в установах банків, у тому числі в:	1175	-	-
національній валюті	1176	-	-
іноземній валюті	1177	-	-
Інші фінансові активи	1180	-	-
Усього за розділом II	1195	-	19 883
III. ВИТРАТИ МАЙБУТНІХ ПЕРІОДІВ	1200	-	-
БАЛАНС	1300	-	1 512 771

ПАСИВ	Код рядка	На початок звітної періоду	На кінець звітної періоду
1	2	3	4
I. ВЛАСНИЙ КАПІТАЛ ТА ФІНАНСОВИЙ РЕЗУЛЬТАТ			
Внесений капітал	1400	-	1 337 246
Капітал у дооцінках	1410	-	-
Фінансовий результат	1420	-	163 902
Капітал у підприємствах	1430	-	-
Резерви	1440	-	-
Цільове фінансування	1450	-	-
Усього за розділом I	1495	-	1 501 148
II. ЗОБОВ'ЯЗАННЯ			
Довгострокові зобов'язання:			
за цінними паперами	1500	-	-
за кредитами	1510	-	-
інші довгострокові зобов'язання	1520	-	-
Поточна заборгованість за довгостроковими зобов'язаннями	1530	-	-
Поточні зобов'язання:			
за платежами до бюджету	1540	-	2 261
за розрахунками за товари, роботи, послуги	1545	-	-
за кредитами	1550	-	-
за одержаними авансами	1555	-	-
за розрахунками з оплати праці	1560	-	9 333
за розрахунками із соціального страхування	1565	-	-
за внутрішніми розрахунками	1570	-	29
інші поточні зобов'язання, з них:	1575	-	-
за цінними паперами	1576	-	-
Усього за розділом II	1595	-	11 623
ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ	1600	-	-
IV. ДОХОДИ МАЙБУТНІХ ПЕРІОДІВ	1700	-	-
БАЛАНС	1800	-	1 512 771

Керівник (посадова особа)



(підпис)

Осауленко Костянтин Федорович
(ініціали та прізвище)Головний бухгалтер (спеціаліст, на якого
покладено виконання обов'язків
бухгалтерської служби)


(підпис)

Мірошніченко Валентина Петрівна
(ініціали та прізвище)

2018 (2017 ≈ без змін)

Додаток 1
до Національного положення (стандарту)
бухгалтерського обліку в державному секторі
«Положення динамічної звітності»

Додаток 1
до Національного положення (стандарту)
бухгалтерського обліку в державному секторі 101
«Подання фінансової звітності»

			КОДИ			
			Дата (рік, місяць, число)	2018	12	31
Установа	<i>Черкаський обласний шкірно-венерологічний диспансер</i>	за ЄДРПОУ	02004924			
Територія	<i>Соснівський</i>	за КОАТУУ	7110136700			
Організаційно-правова форма господарювання	<i>Комунальна організація (установа, заклад)</i>	за КОПФГ	430			
Орган державного управління	<i>Міністерство охорони здоров'я України</i>	за КОДУ	17184			
Вид економічної діяльності	<i>Діяльність лікарняних закладів</i>	за КВЕД	86.10			
Одиниця виміру: грн						
Періодичність: річна						

БАЛАНС
на 31 грудня 2018 року

Форма №1-дс

АКТИВ	Код рядка	На початок звітної періоду	На кінець звітної періоду
1	2	3	4
I. НЕФІНАНСОВІ АКТИВИ			
<i>Основні засоби:</i>	<i>1000</i>	<i>534943</i>	
первісна вартість	1001	1171459	
знос	1002	636516	
<i>Інвестиційна нерухомість:</i>	<i>1010</i>	-	
первісна вартість	1011	-	
знос	1012	-	
<i>Нематеріальні активи:</i>	<i>1020</i>	<i>1218</i>	
первісна вартість	1021	1218	
накопичена амортизація	1022	-	
Незавершені капітальні інвестиції	1030	-	
<i>Довгострокові біологічні активи:</i>	<i>1040</i>	-	
первісна вартість	1041	-	
знос	1042	-	
Запаси	1050	295424	
Виробництво	1060	-	
Поточні біологічні активи	1090	-	
<i>Усього за розділом I</i>	<i>1095</i>	<i>831585</i>	
II. ФІНАНСОВІ АКТИВИ			
Довгострокова дебіторська заборгованість	1100	-	
<i>Довгострокові фінансові інвестиції</i>	<i>1110</i>	-	
цінні папери, крім акцій	1111	-	
акції та інші форми участі в капіталі	1112	-	
<i>Поточна дебіторська заборгованість:</i>			
за розрахунками з бюджетом	1120	-	
за розрахунками за товари, роботи, послуги	1125	-	
за наданими кредитами	1130	-	
за виданими авансами	1135	-	
за розрахунками із соціального страхування	1140	-	
за внутрішніми розрахунками	1145	-	
інша поточна дебіторська заборгованість	1150	-	
Поточні фінансові інвестиції	1155	-	

<i>Грошові кошти та їх еквіваленти розпорядників бюджетних коштів та державних цільових фондів у:</i>			
<i>національній валюті, у тому числі в:</i>	<i>1160</i>	<i>21195</i>	<i>-</i>
<i>касі</i>	<i>1161</i>	<i>-</i>	<i>-</i>
<i>казначействі</i>	<i>1162</i>	<i>21195</i>	<i>-</i>
<i>установах банків</i>	<i>1163</i>	<i>-</i>	<i>-</i>
<i>іноземній валюті</i>	<i>1165</i>	<i>-</i>	<i>-</i>
<i>Кошти бюджетів та інших клієнтів на:</i>			
<i>єдиному казначейському рахунку</i>	<i>1170</i>	<i>-</i>	<i>-</i>
<i>рахунках в установах банків, у тому числі:</i>	<i>1175</i>	<i>-</i>	<i>-</i>
<i>в національній валюті</i>	<i>1176</i>	<i>-</i>	<i>-</i>
<i>в іноземній валюті</i>	<i>1177</i>	<i>-</i>	<i>-</i>
<i>Інші фінансові активи</i>	<i>1180</i>	<i>-</i>	<i>-</i>
<i>Усього за розділом II</i>	<i>1195</i>	<i>21195</i>	<i>-</i>
III. ВИТРАТИ МАЙБУТНІХ ПЕРІОДІВ	1200	-	-
БАЛАНС	1300	852780	-

ПАСИВ	Код рядка	На початок звітної періоду	На кінець звітної періоду
1	2	3	4
I. ВЛАСНИЙ КАПІТАЛ ТА ФІНАНСОВИЙ РЕЗУЛЬТАТ			
Внесений капітал	1400	663647	-
Капітал у дооцінках	1410	-	-
Фінансовий результат	1420	189112	-
Капітал у підприємствах	1430	-	-
Резерви	1440	-	-
Цільове фінансування	1450	-	-
<i>Усього за розділом I</i>	<i>1495</i>	<i>852759</i>	<i>-</i>
II. ЗОБОВ'ЯЗАННЯ			
<i>Довгострокові зобов'язання:</i>			
за цінними паперами	1500	-	-
за кредитами	1510	-	-
інші довгострокові зобов'язання	1520	-	-
Поточна заборгованість за довгостроковими зобов'язаннями	1530	-	-
<i>Поточні зобов'язання:</i>			
за платежами до бюджету	1540	-	-
за розрахунками за товари, роботи, послуги	1545	-	-
за кредитами	1550	-	-
за одержаними авансами	1555	-	-
за розрахунками з оплати праці	1560	-	-
за розрахунками із соціального страхування	1565	-	-
за внутрішніми розрахунками	1570	21	-
інші поточні зобов'язання, з них:	1575	-	-
за цінними паперами	1576	-	-
<i>Усього за розділом II</i>	<i>1595</i>	<i>21</i>	<i>-</i>
III. ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ	1600	-	-
IV. ДОХОДИ МАЙБУТНІХ ПЕРІОДІВ	1700	-	-

