

Південноукраїнський гуманітарний альянс
Громадське об'єднання «Громадянська дія»

ПЕРСПЕКТИВНІ НАПРЯМКИ СВІТОВОЇ НАУКИ

Збірник статей
учасників тридцять другої
Міжнародної науково-практичної конференції
**"ІННОВАЦІЙНИЙ ПОТЕНЦІАЛ
СВІТОВОЇ НАУКИ - ХХІ СТОРІЧЧЯ"**

Том 2
**Природничі та точні науки;
Соціально-економічні науки**



ЗМІСТ

Секція «Біологічні науки, екологія та хімія»:

Каплун О.О., Шеянова Т.І. ВПЛИВ ВАЖКИХ МЕТАЛІВ НА ЕКОЛОГІЧНИЙ СТАН НАВКОЛИШНЬОГО СЕРЕДОВИЩА	3
Кравченко І.Ю., Каліновська А.І., Сидоров О.В. ОЦІНКА ВІДПОВІДНОСТІ ФІЗИЧНИХ ФАКТОРІВ СЕРЕДОВИЩА В САЛОНАХ КРАСИ НОРМАТИВНИМ ВИМОГАМ	4
Fedorov S.V. THE FEATURES OF IMMUNITY IN PATIENTS WITH CHRONIC HEART FAILURE	5
Шкіца Л.Є., Сидоренко О.І. АНАЛІЗ СТАНУ ПОВІТРЯ РОБОЧОЇ ЗОНИ НА ТЕРИТОРІЇ НАФТОГАЗОВИХ ПІДПРИСМСТВ	7

Секція «Сільське господарство»:

Іванов В.О., Мазанько М.О. СПОСІБ ВИГОТОВЛЕННЯ, МОНТАЖУ ТА УСТАНОВКИ ОГОРОЖІ ДЛЯ ВИПАСАННЯ СВИНЕЙ І ПРИСТРІЙ ДЛЯ ЇЇ ВИГОТОВЛЕННЯ	9
Lubych V.V. PHYSICAL CHARACTERISTICS OF WINTER WHEAT GRAIN QUALITY DEPENDING ON THE VARIETY	10

Секція «Менеджмент і маркетинг»:

Воронова О.В., Лукоянов К.І. СУТНІСНА СТРУКТУРА МІЖНАРОДНОГО МАРКЕТИНГУ	11
Воронова О.В., Хижняк О.В. ПОКАЗНИКИ ОЦІНКИ ЕФЕКТИВНОСТІ ДІЯЛЬНОСТІ АГЕНТСЬКОЇ ФІРМИ	13
Ревенко Ж.А. СУЧАСНІ АСПЕКТИ КОНКУРЕНЦІЇ НА РИНКУ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ	14
Ясинська Е.Ц. АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ПІДГОТОВКИ МЕНЕДЖЕРІВ ДЛЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	16

Секція «Економічні науки»:

Бездушна Ю.М. ОБЛІК ВИТРАТ НА РЕМОНТ ТА ПОЛІПШЕННЯ ОСНОВНИХ ЗАСОБІВ: РЕАЛІЇ СЬОГОДЕННЯ	18
Бондаренко П.В., Бондаренко В.Г. ПІДВИЩЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ УПРАВЛІННЯ ДЕБІТОРСЬКОЇ ЗАБОРГОВАНOSTІ ПІДПРИЄМСТВ ШЛЯХОМ СТВОРЕННЯ ІМІТАЦІЙНОЇ МОДЕЛІ УПРАВЛІННЯ	19
Вакуленко В.Л. НОРМАТИВНО-ПРАВОВА ОСНОВА СТИМУЛЮВАННЯ ІНВЕСТИЦІЙНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ	24

Секція «Сучасні інформаційні технології»:

Михеєнко Д.Ю. РЕАЛІЗАЦІЯ ПАРАМЕТРИЧЕСКОГО МОДЕЛИРОВАНИЯ В AUTOCAD	26
Ткачов В.С., Коваленко В.Н., Слупская Ю.С. МОДЕЛИРОВАНИЕ ПРОЦЕССА ВЕСОВОГО ДОЗИРОВАНИЯ СЫПУЧИХ МАТЕРИАЛОВ	28
Чумак Л.І., Мірошніченко Д.Ю. МАТЕМАТИЧНЕ МОДЕЛЮВАННЯ ПРОЦЕСУ СУШІННЯ ДЕРЕВИНИ	29

Секція «Технічні науки»:

Касьянов М.А., Андріанова О.О., Андріанов В.С. ДОСЛІДЖЕННЯ ОСНОВНИХ ВИМОГ ТЕХНІКИ БЕЗПЕКИ ПРИ ВИКОНАННІ МОНТАЖНИХ РОБІТ ТА ЕКСПЛУАТАЦІЇ КЛІМАТИЧНОЇ ТЕХНІКИ	31
---	----

Чим вище коефіцієнт поточної ліквідності, тим більш здатною є компанія погасити свої короткострокові зобов'язання. Величина коефіцієнта нижче 1 передбачає, що компанія буде не в змозі погасити свої короткострокові зобов'язання, якщо цього вимагатимуть усі кредитори одночасно. Хоча це й свідчить про недобрий фінансовий стан компанії, це не обов'язково означає, що вона збанкрутує - так як є багато способів залучення додаткового фінансування, - але це безумовно поганий знак.

Коефіцієнт поточної ліквідності надає інформацію щодо ефективності операційного циклу компанії або її здатності перетворювати свої послуги у грошову форму. Компанії, які мають проблеми отриманням платежів по дебіторській заборгованості можуть зіткнутися з проблемами ліквідності, тому що вони не в змозі виконувати свої зобов'язання.

Коефіцієнт абсолютної ліквідності є показником, який найбільш часто використовується для оцінки здатності компанії виконувати короткострокові зобов'язання. Він розраховується як співвідношення короткострокових активів до короткострокових зобов'язань.

Коефіцієнт абсолютної ліквідності, як правило, представляє більш консервативний погляд на здатність фірми покрити свої короткострокові зобов'язання, ніж коефіцієнт поточної ліквідності. Це пов'язано з тим, що запаси і дебіторська заборгованість не включаються до рівняння. Ще одним з показників, який широко використовуються при фундаментальному аналізі компаній є коефіцієнт фінансового важеля (debt-equity ratio), який розраховується як співвідношення зобов'язань до власного капіталу.

Даний показник визначає, яку частку власного і позичкового капіталу компанія використовує для фінансування своєї діяльності. Висока величина коефіцієнту зазвичай означає, що компанія активно нарощувала обсяг боргу при фінансуванні свого зростання. Це може призвести до волатильності чистого прибутку в результаті додаткового відсоткового навантаження.

Якщо компанія залучає великий обсяг боргу для фінансування бізнес операцій (тобто збільшує рівень заборгованості відносно власного капіталу), вона потенційно може отримувати більше прибутку, ніж це було б можливо без цього зовнішнього фінансування. Якщо за даного сценарію прибуток зростає на більшу величину, ніж вартість боргу (відсотки), то власники фірми виграють. Однак вартість цього боргового фінансування може переважити дохід, який компанія отримує від нього за рахунок інвестицій на розвиток фірми. В підсумку це може призвести до банкрутства підприємства.

Ще один показник, який також слід розглянути в процесі оцінки ефективності агентської фірми - це цикл конверсії готівки (cash conversion cycle - CCC), який дозволяє простежити за тим скільки часу компанія в середньому витрачає на оплату кредиторської заборгованості та як швидко вона отримує гроші по дебіторській заборгованості. Як правило, чим нижче показник CCC, тим краще для компанії.

Література

1. Козак Ю.Г., Логвінова Н.С., Ковалевський В.В. *Міжнародні фінанси: Навчальний посібник. Видання 3-тє, перероб. та доп.* - Київ: ЦУЛ, 2007 - 640 с.
2. Городня Т.А. *Аналіз фінансового стану та вдосконалення контролю за фінансовими показниками підприємства* / Т.А. Городня // [Електронний ресурс]. - Режим доступу : http://www.nbuv.gov.ua/portal/soc_gum/ptbo/2/8.pdf
3. Сханова С.Э. *Транспортно-экспедиционное обслуживание.* - М.: Академия, 2005. - 432 с.4.
4. Gibson. С.Н. (2011). *Financial Reporting and Analysis, 12th edition, Cengage Learning Publishing Company.*
5. Graham, John R. and Campbell R. Harvey. "The Theory and Practice of Corporate Finance: Evidence from the Field." *Journal of Financial Economics*, 60, 2001, pp. 187-243.

СУЧАСНІ АСПЕКТИ КОНКУРЕНЦІЇ НА РИНКУ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ

Ревенко Ж.А.

Україна. м. Чернівці.

Буковинський державний медичний університет

Annotation. *An article represents the dependence of manufacturers and consumers on demand and suggestion on the market of medical service as well as the essence and types of competition structures in public health system.*

Між виробниками товарів та послуг завжди існує конкуренція, або суперництво за кращі, економічно вигідніші умови виробництва й реалізації продукту [1]. Вона сприяє науково-технічному прогресу, встановленню галузевих та міжгалузевих пропорцій в економіці, формуванню цін, розробці різноманітних товарів чи послуг, найбільш повному задоволенню потреб споживачів.

Зазначимо, що виробництво розпорошено на безліч маленьких фірм і окремих підприємців. Виробників так багато, що частка кожного у загальному продукті зовсім незначна – не більше ніж 1%. Тому кожен з них має слабкі важелі впливу на ринкову ситуацію. Продукція, яка продається, - зазвичай однорідна за якістю, тому споживачеві байдуже, у кого її придбати. Головне, що важливо при такій величезній пропозиції, – це ціни [1]. Тому для ринку медичних послуг характерною є саме цінова конкуренція. Велика кількість продавців унеможливує змову між ними. Вхід нових виробників до галузі безперешкодне, вихід теж абсолютно вільний. Відсутні також обмеження на доступ до інформації про стан ринку, про ціни на товари й ресурси, про витрати й якість [2].

Однак чиста конкуренція сьогодні трапляється досить рідко. Умовно економісти відносять до неї лише ринок деяких продуктів сільського господарства та ринок цінних паперів [1]. Тож цей тип ринку в економічній теорії розглядається більше як модель, взірць досконалої конкуренції, з яким порівнюють інші типи ринків. Розуміння цього ринку дає змогу пізнати економічні закономірності сучасного суспільного життя.

Медичні послуги є специфічним товаром. Вони відрізняються від інших товарів і послуг тим, що мають велику невизначеність з боку споживачів, ризик, пов'язаний з випадковим характером виникнення хвороби, відсутністю прагнення з боку медичних установ дістати прибуток. Якщо більшість товарів і послуг людина купує з задоволенням (як, наприклад, продукти харчування, товари повсякденного попиту і довгострокового використання, ювелірні вироби і т.д.), то медична допомога в більшості випадків є «негативним» товаром, який людина змушена одержувати у зв'язку з хворобою.

Крім того, людина, що відчуває почуття голоду, буде приймати рішення про те, як йому це почуття усунути, досить самостійно й обгрунтовано. На відміну від цього, хвора людина навряд чи зможе самостійно прийняти правильне рішення. Найчастіше хворий звертається до фахівця, тобто до лікаря. Рішення пацієнта буде ґрунтуватися на порадах, що йому дасть власне продавець послуг [4]. Таким чином, в охороні здоров'я споживачі багато в чому залежні від продавців медичних послуг, і вимоги до медичних працівників набагато вищі, ніж до будь-яких інших виробників товарів і послуг.

Для охорони здоров'я характерний цілий ряд обмежень у ринкових відносинах. Пропозиція та попит залежать від потужності медичних установ.

Пропозиція амбулаторних медичних послуг на вільному ринку залежить від способу оплати лікарів. Якщо будуть оплачуватися кожен візит до лікаря, кожна послуга, то найбільша кількість лікарів буде там, де вище захворюваність. Але зважаючи на те, що кількість звернень людини до лікаря залежить від рівня доходів, то найбільша концентрація лікарів буде відзначатися в районах, де проживають більш забезпечені громадяни. Саме така картина спостерігається в США. У той же час, якщо лікарі будуть оплачуватися по душовій основі за рахунок суспільних фондів, то такої залежності виявити, практично, не вдасться. Так, у Великобританії лікарі загальної практики є приватними підприємцями і доходи одержують від Національної системи охорони здоров'я. Тому вони не виявляють вираженого тягіння до розподілу по території країни в залежності від рівня доходів жителів того чи іншого регіону. Таке тягіння зв'язане тільки із соціально-психологічними факторами [5].

Ринок медичних послуг повільно реагує на зміну попиту, тому що потрібен тривалий час для того, щоб підготувати лікарів і медичних сестер [2].

Коли конкуренція на ринку працює правильно, прагнення виробників підвищувати ціни і створювати підвищений попит на товари врівноважується діями споживачів, що купують тільки те, що їм потрібно і що вони можуть собі дозволити. Попит на товар підвищується, якщо ціна товару падає чи поліпшується його якість. Ці прості економічні закони мало використовуються постачальниками медичних послуг, тому що стимули, що діють у цій системі, перекошені з цілого ряду пунктів [3].

Не можна стверджувати, що лікарі використовують пацієнтів як платників за медичні послуги у своїх інтересах. Медична практика – це складна справа, що вимагає професійного аналізу. Більш того, у багатьох випадках турбота про здоров'я пацієнта тягне за собою збільшення обсягу медичних послуг. Лікарі не можуть з чистою совістю зробити для пацієнта менше, ніж треба, чи проводити менш дорогий курс лікування без впевненості в тому, що прийняття таких рішень поліпшить результат лікування.

Але складність медицини не пояснює, чому попит на послуги лікарів більший в тих сферах, де є більше лікарів. Лікарі, що мають час і можливості, можуть підвищувати попит за рахунок призначення більшої кількості аналізів, процедур і повторних прийомів чи оперувати хворих без особливої на те необхідності.

Крім надання медичних послуг, лікарі також виступають у ролі агентів з покупки, визначаючи аналізи чи відсилаючи до вузьких фахівців. Ці лікарі традиційно не мають стимулів для вибору менш дорогої лабораторії, додаткових послуг чи іншого постачальника, оскільки за пацієнта платить держава чи страхова компанія [6]. Разом з тим практика призначення лікаря визначається розумінням зручності, зв'язків, думки про якість послуг чи прямою фінансовою зацікавленістю, як, наприклад, у випадку володіння часткою акцій у медичному центрі.

Наявність великої кількості конкуруючих представників охорони здоров'я означає, що в ній функціонує багато невеликих медичних установ і вільно практикуючих лікарів (можливо, приватно практикуючих чи працюючих у державних установах) за умови свободи вибору лікаря й установи пацієнтом. Однак наявність великого числа дублюючих установ в охороні здоров'я веде до росту вартості медичної допомоги для суспільства в цілому, оскільки попит на медичні послуги обмежений захворюваністю населення, що має певну величину. Одночасно мають місце високі витрати на підготовку лікарів, оснащення сучасною технікою медичних закладів. Більшість районів не може собі дозволити мати кілька однотипних медичних установ, що знижує конкуренцію між ними.

В умовах ринку медичні працівники повинні в більшій мірі самостійно приймати рішення з таких питань: які медичні послуги варто робити, у якій кількості, коли, де, що варто робити в стаціонарі, а що - в поліклініці, які медичні технології повинні бути використані, який персонал і в якій кількості повинен бути задіяний, які ресурси необхідні і та ін [5].

На ринку медичних послуг виражені ризики і невизначеності. Захворювання чи нещасний випадок, що є причиною звернення за медичною допомогою, виникають раптово і ніхто не знає, коли конкретно це відбудеться. Однак для великої вибірки випадки звернення за медичною допомогою досить чітко прогнозуються на підставі попереднього досвіду і даних про умови життя і роботи великих груп людей. Саме це значення дозволяє реалізувати програми медичного страхування.

Незважаючи на те, що медичні послуги належать до числа тих, які можуть бути реалізовані на ринку, специфічною рисою їх є те, що в більшості країн вважають, що всі люди повинні мати рівний доступ до

спеціалізованої високоякісної медичної допомоги і порятунк життя повинен бути переважаючим над економічними проблемами. Таким чином, здоров'я належить не тільки до особистих, але й до суспільних цінностей. Коли ми прагнемо розвивати ринкові відносини в системі охорони здоров'я, це не означає, що ми хочемо змінити систему, хочемо змусити її працювати краще й ефективніше.

На ринку існує природна асиметрія інформованості продавця і споживача. Споживач не може здійснювати усвідомлений вільний вибір у силу своєї недостатньої поінформованості про якість медичної послуги і, відповідно, про її реальну вартість. Це веде до монополізації медичного ринку виробником послуг, а значить - до зниження конкуренції, погіршення механізмів регулювання цін, їх зростання, падінню якості і т.д. [2]. Зрештою, як видно з історії аналогічних секторів економіки, це веде до розвалу галузі і необхідності використання механізмів стимулювання конкуренції.

Отже, для розвитку продуктивної конкуренції на ринку медичних послуг необхідні наступні умови:

- необхідно уникати надмірної консолідації, медичні установи змушені конкурувати одна з одною на основі якості і ціни визначеного продукту (послуги);
- необхідно стежити за виконанням антимонопольних законів для того, щоб забезпечити здорове суперництво;
- треба дозволити другосортним установам іти з ринку в умовах необмеженої регіональної конкуренції, надаючи можливість процвітання сполучатися з ризиком невдачі, повинні бути введені фінансові гарантії, щоб у випадку краху страхової компанії її клієнти були захищені;
- варто бути уважними при введенні обмежень на ціни, тому що вони можуть сприяти негативному впливу на виробництво нових ліків і устаткування, замість цього конкуренція вже наявних у обігу продуктів повинна сприяти зниженню цін.

Література:

1. Камінська Т.М. / *Основи економічної теорії: підручник.* – К.: ВСВ «Медицина», - 2011. – 256с.
2. Каминская Т.М. *Рынок медицинских услуг: опыт теоретико-институционального анализа.* – Х.: ИПП «Контраст», 2006. – 296с.
3. Кембелл Р. Макконел, Стенли Л.Брю. *Экономикс: принципы, проблемы и политика. Пер. с англ. 11-го изд.* – К., ХаГар – Демос, 1998. – 785с.
4. Малагардіс А., Рудий В. *Анотація, закупівля медичних послуг та глобальний бюджет у лікарнях. Посібник №7.* / Під заг. ред. А.Малагардіса, В. Рудого. – К., 2006. – 64с.
5. *Основні шляхи подальшого розвитку системи охорони здоров'я в Україні* / Під ред. В.М. Лехан, В.М. Рудого. – К.: Вид-во Раєвського, 2005. – 168 с.
6. Пюаєв А.В., Возіанов О.Ф., Москаленко В.Ф. та ін. *Панорама охорони здоров'я населення України.* – К.: Здоров'я, 2003. – 396с.

АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ПІДГОТОВКИ МЕНЕДЖЕРІВ ДЛЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Ясинська Е.Ц.

Україна, м. Чернівці,

Буковинський державний медичний університет

Анотація. В статті проаналізовані актуальні проблеми підготовки висококваліфікованих спеціалістів по менеджменту в нових організаційно-економічних умовах, які здатні проводити аналіз непередбачених, нестандартних ситуацій для вироблення та прийняття ефективних управлінських рішень.

У статті проаналізовані актуальні проблеми підготовки висококваліфікованих фахівців з менеджменту в нових організаційно-економічних умовах, які спроможні проводити аналіз непередбачених, нестандартних ситуацій для вироблення та прийняття ефективних управлінських рішень.

Найактуальнішою проблемою у світовій охороні здоров'я стає якість надання медичної допомоги. Для здійснення цілеспрямованого впливу на якість та ефективність медичної допомоги потрібно удосконалити існуючу систему управління охороною здоров'я. Забезпечення високого рівня кваліфікації медичних працівників, адміністративних та управлінських кадрів є одним з основних методів підвищення ефективності управління охороною здоров'я. [1,50]. В сучасних складних соціально-економічних умовах зростає розуміння того, що нові реформи неподолані без розвитку і перебудови сфери управління. Сучасний ринок праці потребує наявності відповідальних і професійних кадрів. Особливо це актуально в системі охорони здоров'я.

Завдання охорони здоров'я - підготовка менеджерів, як з класичної теорії управління, так і менеджменту, маркетингу, економіки, права, інформаційних технологій, озброєння їх передовими інформаційними технологіями, що спираються на науково-обґрунтовані методи управління, а не тільки на інтуїтивний і практичний досвід [2, 16].

Сьогодні в Україні гостро відчувається недостатність дипломованих управлінців в галузі медицини, які володіють, як лікувальними справами, так і навичками ведення бізнесу. Керівні посади в державних і приватних клініках переважно займають лікарі, які не мають освіти менеджера, не володіють принципами менеджменту та маркетингу, фінансового менеджменту, управління персоналом та інше. Останнім часом дуже багато управлінців різних рівнів, починаючи із начальників управлінь охорони здоров'я облдержадміністрації та закінчуючи завідуючими кабінетів, почали отримувати управлінську освіту. Окрім того, реалії вітчизняної системи охорони