

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ

ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ЕКОНОМІКИ І ТЕХНОЛОГІЙ

ННІ/факультет	Навчально-науковий юридичний інститут
Кафедра	Публічного управління та адміністрування
Спеціальність	281 Публічне управління та адміністрування
Форма навчання	заочна

КВАЛІФІКАЦІЙНА МАГІСТЕРСЬКА РОБОТА

Князєвої Олени Володимирівни

(прізвище, ім'я, по батькові здобувача)

на тему Особливості управління інноваціями в системі медичної освіти

(повна назва теми)

За матеріалами Дніпровського державного медичного університету

(повна назва бази дослідження)

Науковий керівник: Д. держ. упр., професор
(наук. ступінь, вчене звання)

Г. В. КОВАЛЬ
(ініціали, прізвище)

Робота допущена до захисту в ЕК

Протокол засідання кафедри від
«20» січня 2026 р. № 6

Завідувач кафедри

(підпис)

К.Є.Н., доцент
Наук. ступінь, вчене звання

Ганна ПУРІЙ
Ініціал, прізвище

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ЕКОНОМІКИ І ТЕХНОЛОГІЙ

ННІ/факультет	Навчально-науковий юридичний інститут
Кафедра	Публічного управління та адміністрування
Спеціальність	281 Публічне управління та адміністрування
Форма навчання	заочна

«ЗАТВЕРДЖУЮ»
Завідувач кафедри _____ Г.ПУРІЙ
(підпис) (Ініціал, прізвище)

« 19 » січня 2026 року

ЗАВДАННЯ
НА КВАЛІФІКАЦІЙНУ МАГІСТЕРСЬКУ РОБОТУ
Князєвої Олени Володимирівни

1. Тема роботи Особливості управління інноваціями в системі медичної освіти

Керівник роботи д. держ. упр., професор Коваль Г.В.

затверджено наказом закладу вищої освіти від «20» жовтня 2025 р. № 719-ст.

2. Строк подання здобувачем роботи до «19» січня 2026 р.

3. Зміст кваліфікаційної магістерської роботи, об'єкт, предмет та мета дослідження:

Розділ 1 Теоретико-методичні засади управління інноваціями в системі медичної освіти

1.1. Сутність, роль і значення інновацій у системі медичної освіти як об'єкту публічного управління

1.2. Моделі та класифікація інновацій в управлінні системою медичної освіти

1.3 Нормативно-правові й інституційні засади управління інноваціями в системі медичної освіти України та сучасні тенденції її розвитку

Розділ 2 Аналіз сучасного стану управління інноваціями в Дніпровському державному медичному університеті

2.1 Організаційно-управлінська характеристика Дніпровського державного медичного університету як суб'єкта впровадження інновацій

2.2 Оцінка сучасного стану та результативності управління інноваційною діяльністю в Дніпровському державному медичному університеті

2.3 Діагностика проблем і обмежень управління інноваціями в Дніпровському державному медичному університеті

Розділ 3 Напрями вдосконалення управління інноваціями в Дніпровському державному медичному університеті

3.1 Концептуальна модель удосконалення управління інноваціями в Дніпровському державному медичному університеті

3.2 Організаційно-методичний механізм упровадження управлінських інновацій у діяльність університету

3.3 Оцінка ефективності та практичної реалізованості запропонованих заходів

Об'єкт дослідження: система управління інноваційною діяльністю в закладі вищої медичної освіти

Предмет дослідження: особливості управління інноваціями в системі медичної освіти на прикладі ДДМУ

Мета кваліфікаційної магістерської роботи: обґрунтуванні теоретико-методологічних засад та розробленні практичних рекомендацій щодо вдосконалення управління інноваціями в системі медичної освіти України на прикладі Дніпровського державного медичного університету

4. Дата видачі завдання «31» жовтня 2025 р.

КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

№ з/п	Назва етапів кваліфікаційної магістерської роботи	Строк виконання етапів роботи	Відмітка керівника про виконання етапів (дата, підпис)
1	Підготовка розділу 1	29.12.2025 р.	29.12.2025 р.
2	Підготовка розділу 2	05.01.2026 р.	05.01.2026 р.
3	Підготовка розділу 3	12.01.2026 р.	12.01.2026 р.
4	Перевірка кваліфікаційної магістерської роботи на наявність ознак академічного плагіату за допомогою програм UNICHECK	13.01.2026 р.- 14.01.2026 р.	13.01.2026 р.- 14.01.2026 р.
5	Отримання відгуку від наукового керівника	до 16.01.2026 р.	16.01.2026 р.
6	Подання кваліфікаційної роботи на перегляд завідувачу кафедри	до 19.01.2026 р.	19.01.2026 р.
7	Реєстрація завершеної кваліфікаційної роботи	до 19.01.2026 р.	19.01.2026 р.
8	Попередній захист кваліфікаційної роботи на кафедрі	20.01.2026 р.	20.01.2026 р.
9	Підготовка до захисту в ЕК	до 26.01.2026 р.	26.01.2026 р.

Завдання підготував
науковий керівник

Коваль Г.В.

Завдання одержав

Князева О.В.

РЕФЕРАТ

кваліфікаційна магістерська робота

*здобувача спеціальності 281 «Публічне управління та адміністрування»
Князевої О.В. «Особливості управління інноваціями в закладі медичної освіти». –
Державний університет економіки і технологій, 2026 р.*

Кваліфікаційна магістерська робота містить 104 сторінки, 22 таблиці, 5 рисунків. При підготовці роботи використано 70 джерел.

Мета кваліфікаційної магістерської роботи: обґрунтування теоретико-методологічних засад та розробленні практичних рекомендацій щодо вдосконалення управління інноваціями в системі медичної освіти України на прикладі Дніпровського державного медичного університету (ДДМУ).

Завдання дослідження: розкрити сутність, роль і значення інновацій у системі медичної освіти як об'єкта публічного управління та узагальнити моделі, класифікаційні підходи до управління інноваціями в системі медичної освіти; проаналізувати нормативно-правові й інституційні засади управління інноваціями в системі медичної освіти України та визначити сучасні тенденції її розвитку; охарактеризувати організаційно-управлінські особливості ДДМУ як суб'єкта впровадження інновацій та здійснити оцінку сучасного стану та результативності управління інноваційною діяльністю в університеті; провести діагностику проблем і обмежень управління інноваціями в діяльності університету; розробити концептуальну модель удосконалення управління інноваціями; обґрунтувати організаційно-методичний механізм упровадження управлінських інновацій у діяльність університету та оцінити ефективність і практичну реалізованість запропонованих управлінських заходів.

Об'єкт дослідження: система управління інноваційною діяльністю в закладі вищої медичної освіти.

Предмет дослідження: особливості управління інноваціями в системі медичної освіти на прикладі ДДМУ.

Одержані результати (практичне значення): за результатами проведеного дослідження запропоновано концептуальну модель управління інноваціями в закладі медичної освіти, яка забезпечує практичну реалізацію шляхом уніфікації процедур, чіткого розподілу відповідальності й нормативного закріплення інноваційних рішень. Зазначені підходи й механізми можуть бути впроваджені в управлінську практику ДДМУ та адаптовані до діяльності інших медичних університетів.

Ключові слова: публічне управління, заклади вищої освіти, управління інноваціями, кризові виклики, міжвідомча координація, медична освіта, стратегічний розвиток, діяльність університету.

ЗМІСТ

	стор.
ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ	8
ВСТУП	9
РОЗДІЛ 1 ТЕОРЕТИКО-МЕТОДИЧНІ ЗАСАДИ УПРАВЛІННЯ ІННОВАЦІЯМИ В СИСТЕМІ МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ	13
1.1. Сутність, роль і значення інновацій у системі медичної освіти як об'єкту публічного управління	13
1.2. Моделі та класифікація інновацій в управлінні системою медичної освіти	20
1.3 Нормативно-правові й інституційні засади управління інноваціями в системі медичної освіти України та сучасні тенденції її розвитку	27
Висновки до розділу 1	34
РОЗДІЛ 2 АНАЛІЗ СУЧАСНОГО СТАНУ УПРАВЛІННЯ ІННОВАЦІЯМИ В ДНІПРОВСЬКОМУ ДЕРЖАВНОМУ МЕДИЧНОМУ УНІВЕРСИТЕТІ	36
2.1 Організаційно-управлінська характеристика Дніпровського державного медичного університету як суб'єкта впровадження інновацій	36
2.2 Оцінка сучасного стану та результативності управління інноваційною діяльністю в Дніпровському державному медичному університеті	48
2.3 Діагностика проблем і обмежень управління інноваціями в Дніпровському державному медичному університеті	59
Висновки до розділу 2	66
РОЗДІЛ 3 НАПРЯМИ ВДОСКОНАЛЕННЯ УПРАВЛІННЯ ІННОВАЦІЯМИ В ДНІПРОВСЬКОМУ ДЕРЖАВНОМУ МЕДИЧНОМУ УНІВЕРСИТЕТІ	69

3.1	Концептуальна модель удосконалення управління інноваціями в Дніпровському державному медичному університеті	69
3.2	Організаційно-методичний механізм упровадження управлінських інновацій у діяльність університету	74
3.3	Оцінка ефективності та практичної реалізованості запропонованих заходів	84
	Висновки до розділу 3	91
	ВИСНОВКИ	93
	СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	95
	ДОДАТОК А	104

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

БПР – безперервний професійний розвиток

ДДМУ – Дніпровський державний медичний університет

НАЗЯВО – Національна агенція забезпечення якості освіти

НДР – науково-дослідна робота

ESG - Standards and Guidelines for Quality Assurance in the European Higher Education Area (Стандарти та рекомендації щодо забезпечення якості в Європейському просторі вищої освіти)

LMS – Learning Management System (система управління навчанням)

WFME – World Federation for Medical Education Всесвітньої федерації медичної освіти

ВСТУП

Актуальність теми дослідження зумовлена зростаючою роллю управління інноваціями в системі медичної освіти як складової публічного управління в умовах структурних реформ, цифровізації та тривалих кризових викликів. Сучасні трансформації охорони здоров'я та освіти висувають до закладів вищої медичної освіти вимоги не лише щодо якості підготовки медичних кадрів, а й до системного оновлення управлінських процесів. У наукових дослідженнях з публічного управління проблематика інновацій розглядається як ключовий чинник інституційної спроможності та стійкого розвитку публічних організацій, що відображено у працях В. Бакуменка, Г. Букерта, Т. Геблера, В. Загорського, Ю. Ковбасюка, Н. Нижник, О. Оболенського, Д. Осборна, Б. Гая Петерса, К. Поллітта, Е. Ферлі. Водночас, у сфері медичної освіти недостатньо досліджено управлінські механізми інституціоналізації інновацій на рівні конкретних університетів, що зумовлює практичну потребу в прикладних управлінських рішеннях.

Особливої актуальності тема набуває в умовах повномасштабної війни росії проти України, коли система медичної освіти функціонує за обмежених ресурсів, підвищеного кадрового навантаження та зростаючого суспільного запиту на якісну практичну підготовку медичних фахівців. За таких умов ефективність інновацій значною мірою визначається не їх кількістю, а рівнем управлінської впорядкованості, узгодженості рішень і здатністю університету доводити інновації до стадії сталого функціонування.

Мета магістерської роботи полягає в обґрунтуванні теоретико-методологічних засад та розробленні практичних рекомендацій щодо вдосконалення управління інноваціями в системі медичної освіти України на прикладі Дніпровського державного медичного університету (ДДМУ).

Для досягнення поставленої мети в роботі передбачено вирішення таких **завдань:**

- розкрити сутність, роль і значення інновацій у системі медичної освіти як об'єкта публічного управління та узагальнити моделі, класифікаційні підходи до управління інноваціями в системі медичної освіти;
- проаналізувати нормативно-правові й інституційні засади управління інноваціями в системі медичної освіти України та визначити сучасні тенденції її розвитку;
- охарактеризувати організаційно-управлінські особливості ДДМУ як суб'єкта впровадження інновацій та здійснити оцінку сучасного стану та результативності управління інноваційною діяльністю в університеті;
- провести діагностику проблем і обмежень управління інноваціями в діяльності університету;
- розробити концептуальну модель удосконалення управління інноваціями;
- обґрунтувати організаційно-методичний механізм упровадження управлінських інновацій у діяльність університету та оцінити ефективність і практичну реалізованість запропонованих управлінських заходів.

Об'єктом дослідження є система управління інноваційною діяльністю в закладі вищої медичної освіти.

Предметом дослідження є особливості управління інноваціями в системі медичної освіти на прикладі ДДМУ.

Методи дослідження. Під час написання роботи нами використовувалися загальнонаукові та спеціальні методи пізнання, зокрема аналіз і синтез, системний і структурно-функціональний підходи, порівняльний аналіз, методи управлінської діагностики, експертно-аналітичного оцінювання та елементи прогнозування, що забезпечили комплексний характер дослідження управління інноваціями.

Інформаційне забезпечення дослідження охоплює нормативно-правові акти у сфері освіти та охорони здоров'я України, офіційні статистичні та аналітичні матеріали органів публічної влади, документи Національного

агентства із забезпечення якості вищої освіти (НАЗЯВО), звітні та внутрішні матеріали ДДМУ, а також результати узагальнення управлінської практики.

У процесі дослідження використовувалися сучасні інформаційні технології обробки даних, стандартні офісні та аналітичні програмні засоби і цифрові інструменти для моделювання та візуалізації управлінських процесів, що відповідає умовам цифровізації публічного управління.

Практичне значення роботи полягає в можливості використання її результатів у діяльності закладів вищої медичної освіти для підвищення ефективності управління інноваціями, зростання рівня узгодженості управлінських рішень та зниження організаційних ризиків. Запропоновані підходи й механізми можуть бути впроваджені в управлінську практику ДДМУ та адаптовані до діяльності інших медичних університетів.

Особистий внесок здобувача. Кваліфікаційна магістерська робота виконана самостійно автором. Спільно із науковим керівником доктором наук з державного управління, професором Коваль Г.В. обрано тему роботи, сформульовані мета, завдання та шляхи їх вирішення, обсяг і методи дослідження. Автором самостійно проаналізовано наукову літературу у відповідності до теми роботи, проведено дослідження та науковий аналіз отриманих результатів, написано всі розділи кваліфікаційної магістерської роботи. Спільно з керівником сформульовано висновки. Результати дослідження були представлені в матеріалах:

– Коваль ГВ, Князева ОВ. Інноваційні технології навчання в закладі вищої освіти Матеріали міжнародної мультидисциплінарної наукової інтернет-конференції «Світ наукових досліджень» 24-25 квітня 2025 року (м. Тернопіль, Україна, м. Ополе, Польща);

– Коваль ГВ, Князева ОВ. Управління інноваціями в закладі вищої освіти. Матеріали 3-ї Міжнародної науково-практичної конференції «Innovative Approaches in Modern Science and Technology» 12-14 листопада 2025 року (м. Лісабон, Португалія);

– Коваль Г., Князева О. Система охорони здоров'я – особлива сфера державного управління. Матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції (м. Кривий Ріг, 2 грудня 2025 р.) : тези доповідей. Кривий Ріг : Державний університет економіки і технологій, 2026.

Структура й обсяг роботи. Магістерська робота складається зі вступу, трьох розділів, дев'яти підрозділів, висновків до кожного розділу та загального висновку, списку використаних джерел і додатків. Загальний обсяг роботи становить 104 сторінки, із яких: основний текст – 94 сторінок. Робота ілюстрована 22 таблицями та 5 рисунками. Список використаних джерел включає 70 найменувань.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ УПРАВЛІННЯ ІННОВАЦІЯМИ В СИСТЕМІ МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ

1.1 Сутність, роль і значення інновацій у системі медичної освіти як об'єкті публічного управління.

У науковому дискурсі поняття інновацій у сфері освіти еволюціонувало від вузького техніко-технологічного тлумачення до комплексного міждисциплінарного підходу, що охоплює організаційні, управлінські, педагогічні та цифрові трансформації [6, 36]. У системі медичної освіти ця еволюція має особливу специфіку, зумовлену високим рівнем соціальної відповідальності підготовки медичних кадрів, необхідністю безперервного професійного оновлення та прямим зв'язком із функціонуванням системи охорони здоров'я. У межах публічного управління інновації в медичній освіті розглядаються не лише як впровадження нових освітніх технологій або методик навчання, а як цілеспрямований процес оновлення управлінських рішень, інституційних механізмів і організаційних моделей, що забезпечують відповідність підготовки медичних фахівців актуальним потребам суспільства та держави.

Наукові підходи до трактування інновацій у медичній освіті поступово зміщуються від інструментального рівня до системного. У ранніх дослідженнях інновації здебільшого ототожнювалися з новими навчальними програмами, методами викладання або технічним оновленням навчального процесу [21]. Натомість сучасні концепції наголошують на їхньому управлінському вимірі, розглядаючи інновації як елемент стратегічного розвитку закладів медичної освіти, об'єкт цілеспрямованого регулювання з боку органів публічної влади та інструмент забезпечення сталого функціонування галузі в умовах реформування [3,46]. У цьому контексті інновації стають не спонтанним результатом ініціатив

окремих структур або осіб, а керованим процесом, що має нормативне, організаційне та ресурсне забезпечення.

З позицій публічного управління інновації в системі медичної освіти доцільно трактувати як інтегрований процес змін, спрямований на підвищення якості освітніх результатів, управлінської ефективності та соціальної вартості підготовки медичних кадрів. Таке розуміння дозволяє розглядати інновації не фрагментарно, а як безперервний цикл, що включає формування політики, прийняття управлінських рішень, їх реалізацію та оцінювання результатів. Відповідно, сутність інновацій у медичній освіті полягає у здатності системи публічного управління забезпечувати адаптацію освітніх процесів до динамічних викликів, не порушуючи вимог безпеки, якості та етичних стандартів медичної діяльності (табл.1.1.1).

Таблиця 1.1.1

**Еволюція наукових підходів до трактування інновацій у системі
медичної освіти**

Підхід	Ключова характеристика інновацій	Управлінський фокус
Техніко-інструментальний	Впровадження нових технологій, обладнання, методик навчання	Оперативне управління ресурсами
Педагогічно-орієнтований	Оновлення освітніх програм і методів викладання	Управління якістю освітнього процесу
Організаційно-управлінський	Зміни в структурі управління та процесах прийняття рішень	Стратегічне управління розвитком
Системно-публічний	Інновації як елемент публічної політики у сфері медичної освіти	Комплексне публічне управління

Джерело: сформовано автором на основі [9; 17; 18; 35]

У сучасних умовах функціонування системи медичної освіти реалізація інновацій відбувається в межах системно-публічного підходу, який забезпечує інтеграцію технологічних, педагогічних та управлінських змін у єдиний процес стратегічного розвитку. Практика засвідчує, що провадження інновацій у

зкладах медичної освіти неможливе виключно на рівні локальних ініціатив, оскільки їх ефективність визначається ступенем узгодженості з інструментами публічного управління, зокрема з державними освітніми стандартами, механізмами акредитації, фінансування та моніторингу якості.

На практиці інноваційна діяльність у сфері медичної освіти організовується як управлінський цикл, що охоплює етапи ініціювання змін, їх нормативного закріплення, інституційної імплементації та оцінювання результативності. Наприклад, упровадження цифрових освітніх платформ, симуляційних центрів або дистанційних форматів підготовки потребує не лише технічного забезпечення, а й перегляду управлінських процедур планування навчального процесу, системи внутрішнього контролю якості та механізмів підготовки науково-педагогічних працівників [61]. Таким чином, інновації фактично виступають каталізатором трансформації управлінських практик у закладах медичної освіти. Особливістю сучасного етапу є зміщення акценту з окремих інноваційних рішень на формування інституційної спроможності закладів медичної освіти до постійного оновлення. У практичному вимірі це проявляється у створенні спеціалізованих структур або функцій управління інноваційною діяльністю, запровадженні внутрішніх стратегій розвитку, орієнтованих на інновації, а також використанні цифрових аналітичних інструментів для оцінювання результатів освітніх змін. Такі управлінські практики дозволяють не лише впроваджувати новації, а й забезпечувати їх масштабування та стає функціонування [44]. В умовах кризових та трансформаційних процесів, зокрема реформування системи охорони здоров'я, пандемічних викликів і воєнного часу, інновації в медичній освіті набувають характеру інструменту управлінської адаптації [15]. Практика демонструє, що саме ті заклади, в яких інноваційні зміни інтегровані у систему публічного управління, здатні зберігати безперервність освітнього процесу, дотримання стандартів якості та підготовки фахівців, необхідних для функціонування системи охорони здоров'я. Отже, інновації в сучасній медичній освіті функціонують як структурований і керований процес, що забезпечує узгодження

стратегічних цілей публічної політики з реальними освітніми практиками та суспільними потребами.

Якість медичної освіти в управлінському вимірі розглядається як інтегральний показник результативності публічної політики у сфері підготовки кадрів, тоді як стійкість відображає здатність освітньої системи зберігати функціональну цілісність і ефективність у довгостроковій перспективі, включно з умовами криз і структурних змін [53]. Інновації відіграють визначальну роль у поєднанні цих двох вимірів, забезпечуючи перехід від формального дотримання стандартів до реального підвищення якості підготовки та одночасно створюючи управлінські й організаційні передумови для стабільного функціонування системи медичної освіти (табл.1.1.2).

Таблиця 1.1.2

Роль інновацій у забезпеченні якості та стійкості системи медичної освіти

Напрямок інноваційного впливу	Вплив на якість освіти	Вплив на стійкість системи
Освітньо-методичні інновації	Поглиблення практичної підготовки, розвиток клінічного мислення	Гнучкість і оновлюваність навчальних програм
Управлінські інновації	Підвищення обґрунтованості управлінських рішень	Стабільність управлінських процесів
Цифрові інновації	Об'єктивне оцінювання результатів навчання	Безперервність освітнього процесу
Інституційні інновації	Узгодження підготовки з потребами галузі	Стале відтворення кадрового потенціалу

Джерело: сформовано автором на основі [49; 51; 60]

У сучасній практиці публічного управління інновації в медичній освіті функціонують як механізм синхронізації якісних і стабілізаційних характеристик системи. Освітньо-методичні інновації забезпечують перехід від репродуктивних моделей навчання до компетентнісно орієнтованої підготовки, що дозволяє закладам медичної освіти формувати фахівців, здатних ефективно діяти в умовах клінічної невизначеності та швидкого оновлення медичних знань. У практичному вимірі це підвищує прогнозованість професійної придатності

випускників і знижує ризики кадрових дисбалансів у системі охорони здоров'я [14, 29].

Управлінські та інституційні інновації відіграють ключову роль у забезпеченні стійкості медичної освіти, оскільки формують умови для відтворення інновацій без втрати керованості. На практиці це проявляється у впровадженні стратегічного планування інноваційної діяльності, інтеграції внутрішніх систем забезпечення якості освіти з механізмами публічного контролю та використанні аналітичних інструментів для оцінювання ефективності управлінських рішень [4]. Такий підхід дозволяє закладам медичної освіти не лише впроваджувати окремі новації, а й підтримувати їх довгострокове функціонування в умовах обмежених ресурсів. Цифрові інновації в сучасних умовах набувають значення інфраструктурного чинника стійкості медичної освіти. Практика свідчить, що цифровізація управління освітнім процесом і оцінювання результатів навчання знижує залежність якості підготовки від зовнішніх кризових факторів і підвищує спроможність системи зберігати безперервність функціонування. У підсумку, інновації в медичній освіті виступають не лише засобом удосконалення якості підготовки медичних кадрів, а й інструментом довгострокового забезпечення кадрової безпеки та стійкості системи охорони здоров'я як об'єкта публічного управління.

У системі медичної освіти інновації є ключовим чинником реалізації функцій публічного управління, оскільки забезпечують інтеграцію стратегічних цілей освітньої політики з практичними управлінськими процесами. В умовах динамічних змін у системі охорони здоров'я традиційні адміністративні механізми управління виявляються недостатньо ефективними, що зумовлює необхідність використання інноваційних управлінських і цифрових рішень для підвищення результативності стратегічного планування, координації, регулювання та контролю. Інновації дозволяють перейти від формального дотримання нормативів до управління освітнім розвитком на основі даних, прогнозування та оцінювання результатів (табл. 1.1.3).

Таблиця 1.1.3

Значення інновацій для реалізації функцій публічного управління в медичній освіті

Функція публічного управління	Інноваційний механізм	Практичний управлінський ефект
Стратегічне планування	Аналітичні та прогностичні цифрові інструменти	Узгодження підготовки кадрів з потребами охорони здоров'я
Координація	Інституційні та міжвідомчі платформи взаємодії	Узгодженість управлінських рішень
Регулювання	Ризик-орієнтовані регуляторні інструменти	Підвищення гнучкості управління
Контроль	Моніторингові та оціночні системи	Прозорість і результативність

Джерело: сформовано автором на основі [5; 8; 24; 45]

Так, у стратегічному плануванні використання цифрових аналітичних інструментів та прогнозів кадрових потреб дозволяє закладам медичної освіти коригувати обсяги державного замовлення і структуру спеціальностей, орієнтуючись на дефіцит лікарів певного профілю у регіональних закладах охорони здоров'я. Це забезпечує відповідність освітніх рішень реальним потребам системи охорони здоров'я. Координація реалізується через створення єдиних цифрових середовищ управління клінічною підготовкою, де узгоджуються розклад занять, розподіл студентів по клінічних базах та контроль результатів навчання. Практичним прикладом є централізоване управління практикою студентів у клініках-партнерах, що підвищує якість клінічної підготовки та знижує організаційні втрати [5]. У регулюванні інновації проявляються через впровадження внутрішніх систем забезпечення якості освіти, які дозволяють адаптувати освітні програми до змін медичних стандартів без порушення державних вимог. Контроль у сучасних умовах здійснюється шляхом постійного моніторингу показників успішності, результатів стандартизованого оцінювання та зворотного зв'язку від закладів охорони

здоров'я. Така практика дає змогу своєчасно коригувати управлінські рішення та підтримувати стабільну якість підготовки медичних кадрів.

У межах даного дослідження інновації в системі медичної освіти розглядаються не як сукупність окремих нововведень, а як цілісний і керований об'єкт публічного управління, що формується під впливом трансформаційних процесів у сфері охорони здоров'я, цифровізації та зростання суспільних очікувань до якості медичних послуг. Авторське трактування виходить із того, що інновації в медичній освіті мають подвійний характер: з одного боку, вони є результатом управлінських рішень і політичних пріоритетів держави, а з іншого - інструментом адаптації освітньої системи до динамічних змін професійного

середовища та суспільних потреб [33]. Інновації у системі медичної освіти як об'єкт публічного управління доцільно визначати як інституційно впорядкований процес цілеспрямованих змін в організації, змісті, методах і управлінні підготовкою медичних кадрів, що реалізується через поєднання нормативно-правових, організаційних та цифрових механізмів і спрямований на забезпечення якості, стійкості та соціальної результативності освітніх результатів. На відміну від традиційних підходів, де інновації розглядалися переважно на рівні педагогічних або технологічних змін, запропоноване трактування акцентує увагу на їх системному й публічно-управлінському вимірі.

Отже, з урахуванням сучасних трансформаційних процесів, інновації в медичній освіті відіграють роль механізму узгодження освітньої політики з потребами системи охорони здоров'я та суспільства в цілому. Цифровізація освітніх і управлінських процесів розширює можливості публічного управління щодо планування, координації, регулювання й контролю, водночас підвищуючи вимоги до прозорості, підзвітності та доказовості управлінських рішень. В умовах суспільних викликів, зокрема демографічних змін, кадрового дефіциту в медицині та кризових ситуацій, інновації набувають характеру інструменту управлінської стійкості, що дозволяє зберігати безперервність підготовки медичних кадрів і відповідність освітніх результатів потребам практичної охорони здоров'я.

1.2. Моделі та класифікація інновацій в управлінні системою медичної освіти

У системі медичної освіти впровадження інновацій реалізується через різні управлінські моделі, вибір яких зумовлюється масштабами змін, рівнем автономії закладів освіти та характером публічно-управлінського впливу. На відміну від загальнотеоретичних концепцій, прикладні управлінські моделі спрямовані на організацію реального процесу запровадження інновацій, координацію суб'єктів управління та забезпечення контрольованості результатів. З позицій публічного управління такі моделі слугують інструментами узгодження державної політики у сфері медичної освіти з внутрішніми управлінськими практиками закладів освіти та потребами системи охорони здоров'я. Жодна з моделей не є універсальною, оскільки кожна з них має власні переваги та обмеження, пов'язані з рівнем централізації управління, гнучкістю ухвалення рішень і здатністю системи адаптуватися до змін. З огляду на це, їх аналіз доцільно здійснювати саме в публічно-управлінському вимірі, оцінюючи ефективність реалізації інновацій не лише за освітніми результатами, а й за ступенем керованості, прозорості та відповідності суспільним інтересам (табл. 1.2.1).

Таблиця 1.2.1

Прикладні управлінські моделі впровадження інновацій у системі медичної освіти

Управлінська модель	Характеристика впровадження інновацій	Переваги	Обмеження
1	2	2	4
Централізована	Ініціювання та регулювання інновацій на рівні державних органів	Єдність стандартів і вимог	Обмежена гнучкість
Децентралізована	Реалізація інновацій на рівні закладу освіти	Оперативність управлінських рішень	Ризик фрагментації

Продовження табл. 1.2.1

1	2	3	4
Проектно-орієнтована	Впровадження інновацій через цільові проекти	Чітка результативність	Тимчасовий характер
Змішана (hybrid)	Поєднання державного регулювання та автономії	Баланс керованості й адаптивності	Складність координації

Джерело: сформовано автором на основі [47; 54;58]

Централізована модель застосовується під час запровадження базових інституційних інновацій, що мають загальнонаціональне значення. Прикладом є впровадження державних стандартів медичної освіти, єдиних вимог до акредитації освітніх програм, ліцензування спеціальностей та стандартизованих форм атестації випускників. Такі інновації реалізуються на рівні центральних органів виконавчої влади й забезпечують мінімально необхідну однаковість підготовки медичних кадрів незалежно від регіону або закладу медичної освіти.

Децентралізована модель використовується закладами медичної освіти для реалізації локальних управлінських і освітніх інновацій, що не потребують зміни загальнодержавних нормативів. Типовими прикладами є запровадження внутрішніх електронних систем управління навчальним процесом, перехід на цифрові платформи навчання, створення власних симуляційних центрів або оновлення внутрішніх механізмів оцінювання якості викладання. Такі інновації дають змогу університетам оперативно реагувати на зміни в освітньому середовищі, однак їх ефект обмежується межами конкретної інституції.

Проектно-орієнтована модель найбільш активно застосовується у випадках апробації нових освітніх форматів або управлінських рішень. У медичній освіті це, зокрема, реалізація пілотних проєктів із впровадження міждисциплінарних модулів, програм безперервного професійного розвитку, дистанційної клінічної підготовки чи партнерських проєктів із лікувальними закладами [41]. Практика показує, що саме в межах проєктного підходу

формується емпірична база для подальшого масштабування інновацій на рівні системи.

Змішана модель є найбільш поширеною в сучасних умовах і фактично лежить в основі розвитку більшості закладів медичної освіти [19]. Вона реалізується тоді, коли держава визначає стратегічні пріоритети, стандарти та контрольні механізми, а заклади освіти отримують автономію у виборі способів досягнення встановлених цілей. Наприклад, державні вимоги до компетентностей випускників поєднуються з самостійним вибором університетами цифрових платформ, форматів клінічної підготовки та внутрішніх систем забезпечення якості. Саме ця модель дозволяє поєднувати керованість системи з гнучкістю та інноваційною активністю на інституційному рівні.

Таким чином, практичне застосування управлінських моделей впровадження інновацій у медичній освіті відбувається диференційовано залежно від масштабу змін і рівня управління, а їх ефективність визначається здатністю публічного управління забезпечувати баланс між регулюванням, автономією та координацією інноваційних процесів.

Реалізація інновацій у закладах медичної освіти відбувається в умовах багаторівневої системи публічного управління, що поєднує державний, галузевий, регіональний та інституційний рівні впливу. У такій системі інновації не можуть впроваджуватися стихійно, оскільки потребують узгодження стратегічних цілей державної політики, регуляторних вимог і організаційних можливостей конкретного закладу освіти. Організаційні та управлінські механізми виконують функцію «зв'язувальної ланки» між публічною владою та практикою медичної освіти, забезпечуючи керованість, координацію і контроль інноваційних процесів (табл. 1.2.2).

Таблиця 1.2.2

**Організаційні та управлінські механізми реалізації інновацій у
закладах медичної освіти**

Рівень публічного управління	Ключові механізми реалізації інновацій	Управлінська роль
Державний	Нормативно-правове регулювання, стандарти освіти	Стратегічна та регуляторна
Галузевий	Професійні вимоги, акредитаційні процедури	Координаційна
Регіональний	Погодження та ресурсна підтримка	Адаптаційна
Інституційний	Внутрішні управлінські процедури, цифрові системи	Оперативна та виконавча

Джерело: сформовано автором на основі [20; 21; 30]

У сучасних умовах реалізація інновацій у закладах медичної освіти здійснюється через узгоджену взаємодію організаційних і управлінських механізмів на різних рівнях публічного управління. Державний рівень формує нормативні та стратегічні рамки, галузевий і регіональний рівні забезпечують адаптацію та координацію, тоді як інституційний рівень відповідає за практичне впровадження інновацій. Така логіка реалізації інновацій має ієрархічно-процесуальний характер і ґрунтується на вертикальних та горизонтальних управлінських зв'язках, що узагальнено відображено на рис. 1.2.1.

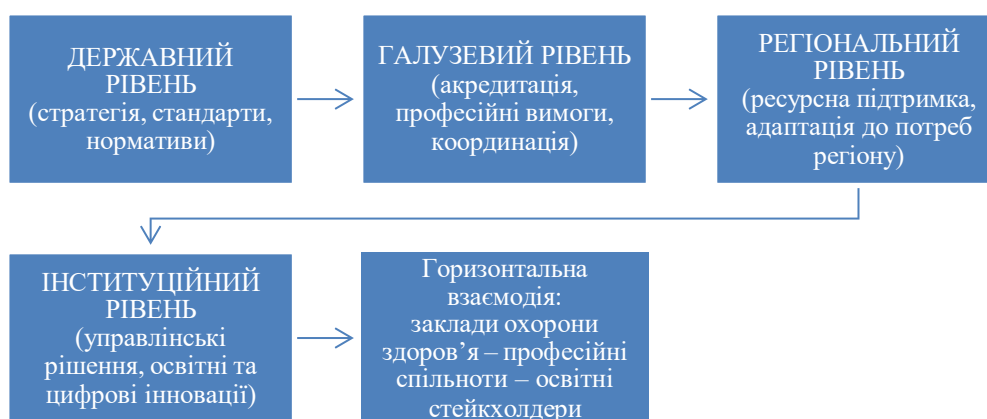


Рис. 1.2.1. Багаторівнева система організаційно-управлінських механізмів реалізації інновацій у закладах медичної освіти

Джерело: власна розробка автора

Поєднання вертикального управлінського впливу з горизонтальною координацією забезпечує керованість і, водночас, гнучкість інноваційних процесів у медичній освіті. Вертикальна ієрархія гарантує відповідність інновацій державній політиці та стандартам, тоді як горизонтальні зв'язки дозволяють інтегрувати потреби практичної медицини, професійної спільноти та освітнього середовища. Саме така конфігурація організаційно-управлінських механізмів створює умови для сталого впровадження інновацій у закладах медичної освіти в умовах багаторівневої системи публічного управління.

У сучасній системі медичної освіти інновації доцільно систематизувати з управлінської точки зору, оскільки саме така класифікація дозволяє пов'язати різноманітні зміни в освітній діяльності з механізмами їх планування, координації, регулювання та контролю. На відміну від педагогічних або технологічних підходів, управлінська класифікація інновацій орієнтована на оцінювання їх впливу на керованість системи, ефективність досягнення стратегічних цілей та стійкість функціонування закладів медичної освіти. У цьому контексті доцільним є виділення освітніх, управлінських, цифрових та інституційних інновацій як взаємопов'язаних, але функціонально відмінних складових інноваційного розвитку (табл. 1.2.3).

Таблиця 1.2.3

Класифікація інновацій у медичній освіті з управлінської точки зору

Вид інновацій	Управлінська спрямованість	Основний об'єкт змін	Очікуваний управлінський ефект
Освітні	Зміст і результати підготовки	Освітні програми, методики	Підвищення якості підготовки
Управлінські	Процеси ухвалення рішень	Організація управління	Зростання керованості
Цифрові	Інформаційне забезпечення	Дані та цифрові платформи	Прозорість і оперативність
Інституційні	Структура та правила	Інституційні механізми	Стійкість системи

Джерело: сформовано автором на основі [48; 59; 65; 68]

У практиці медичної освіти освітні інновації реалізуються, зокрема, через упровадження компетентнісно орієнтованих стандартів підготовки лікарів

відповідно до стандартів вищої освіти за спеціальностями галузі знань 22 «Охорона здоров'я», затверджених Міністерством освіти і науки України [37]. Прикладом є інтеграція симуляційного навчання та клінічно орієнтованих модулів у програми підготовки студентів медичних університетів, що широко застосовується у практиці закладів вищої медичної освіти. З управлінської точки зору це потребує перегляду навчальних планів, перерозподілу ресурсів і посилення координації з клінічними базами. Управлінські інновації на практиці впроваджуються через функціонування внутрішніх систем забезпечення якості освіти відповідно до вимог НАЗЯВО [2, 37]. Реальним прикладом є використання процедур самооцінювання освітніх програм і постійного внутрішнього моніторингу результатів навчання не лише в межах акредитації, а як регулярного управлінського інструменту. Це дозволяє керівництву закладів медичної освіти своєчасно коригувати освітні та управлінські рішення. Цифрові інновації представлені впровадженням електронних систем управління навчальним процесом і дистанційного навчання, зокрема платформ Moodle та Microsoft Teams, які широко використовуються в освітній практиці медичних університетів [62, 63]. Їх застосування забезпечує централізований доступ до навчальних матеріалів, прозорість оцінювання та безперервність освітнього процесу в умовах карантинних і безпекових обмежень. Інституційні інновації реалізуються через розширення автономії закладів вищої освіти згідно із Законом України «Про вищу освіту» від 01.07.2014 р. № 1556-VII [31]. Практичним проявом таких інновацій є створення в медичних університетах спеціалізованих підрозділів або робочих груп з питань цифровізації, симуляційного навчання та безперервного професійного розвитку, що забезпечує системне й довгострокове впровадження інновацій у межах державної політики у сфері освіти та охорони здоров'я.

Для потреб практичного управління закладами медичної освіти доцільним є формування авторської класифікації інновацій, орієнтованої не на їх загальний опис, а на управлінську придатність у процесі планування, реалізації та контролю змін. На відміну від поширених класифікацій, які зосереджуються

переважно на педагогічному або технологічному змісті інновацій, запропонований підхід виходить із ролі інновацій у системі управління закладом медичної освіти та можливості їх практичного використання керівним складом. Авторська класифікація ґрунтується на функціональному зв'язку інновацій із ключовими управлінськими завданнями закладу медичної освіти й передбачає поділ інновацій за домінуючою сферою управлінського впливу. Такий підхід дозволяє не лише ідентифікувати тип інновацій, а й визначити відповідальних суб'єктів управління, необхідні ресурси та очікувані управлінські результати (табл. 1.2.4).

Таблиця 1.2.4

Класифікація інновацій у медичній освіті з позицій управління

Тип інновацій (авторська позиція)	Критерій виокремлення	Основна управлінська мета	Рівень реалізації
Освітньо-результатні	Вплив на результати навчання	Підвищення якості підготовки	Інституційний
Процесно-управлінські	Вплив на внутрішні управлінські процеси	Оптимізація управління	Інституційний / галузевий
Інфраструктурно-цифрові	Забезпечення управління даними	Прозорість і контроль	Усі рівні
Стабілізаційно-інституційні	Закріплення й масштабування змін	Стійкий розвиток системи	Галузевий / державний

Джерело: власна розробка автора

Запропонована авторська класифікація дозволяє у практичній діяльності керівництва закладів медичної освіти чітко розмежовувати інновації за їх управлінським призначенням. Наприклад, запровадження симуляційного навчання або компетентнісно орієнтованих програм відноситься до освітньо-результатних інновацій і потребує управлінських рішень на рівні університету. Запровадження внутрішніх систем забезпечення якості або стратегічного планування належить до процесно-управлінських інновацій і пов'язане з реформуванням управлінських процедур. Інфраструктурно-цифрові інновації, зокрема впровадження систем електронного управління навчальним процесом і

аналітичних платформ моніторингу, виконують підтримувальну функцію для всіх інших типів інновацій, забезпечуючи керованість і прозорість управлінських рішень. Стабілізаційно-інституційні інновації, у свою чергу, проявляються у нормативному та організаційному закріпленні успішних практик, що дозволяє перевести окремі управлінські рішення зі стадії експерименту в режим сталого функціонування.

Таким чином, авторська класифікація інновацій у медичній освіті орієнтована на практичні завдання публічного управління та дозволяє використовувати інновації як інструмент цілеспрямованого і керованого розвитку закладів медичної освіти.

1.3 Нормативно-правові й інституційні засади управління інноваціями в системі медичної освіти України та сучасні тенденції її розвитку

Нормативно-правова база управління інноваціями в системі медичної освіти України визначає інституційні межі реалізації державної політики у сфері підготовки медичних кадрів і виступає ключовим регулятором напрямів, форм та інтенсивності інноваційних процесів. Її роль полягає у встановленні обов'язкових вимог до якості освіти, одночасно забезпечуючи можливість управлінської та академічної автономії закладів медичної освіти згідно з чинним законодавством. Саме через нормативно-правові акти інновації інтегруються в систему публічного управління як легітимний і керований інструмент модернізації медичної освіти. Регулювання інновацій у цій сфері здійснюється на основі поєднання загальноосвітніх, галузевих та спеціалізованих нормативних документів, які формують багаторівневу систему управління та визначають взаємодію органів публічної влади із закладами вищої медичної освіти (табл. 1.3.1).

Таблиця 1.3.1

**Нормативно-правові акти управління інноваціями в системі
медичної освіти України**

Нормативно-правовий акт	Сфера регулювання	Управлінська роль	Вплив на інноваційні процеси
Закон України «Про освіту»	Освітня система	Стратегічна	Формує правові умови для інновацій
Закон України «Про вищу освіту»	Управління ЗВО	Інституційна	Забезпечує автономію і управлінські інновації
Стандарти вищої освіти (галузь 22 «Охорона здоров'я»)	Результати навчання	Нормативна	Спрямовує освітні інновації
Процедури НАЗЯВО	Якість та акредитація	Контрольна	Інституціоналізує інновації
WFME Standards for Basic Medical Education	Медична освіта	Міжнародна	Орієнтація на глобальні стандарти
ESG for Higher Education Area	Забезпечення якості	Європейська	Гармонізація управління якістю

Джерело: сформовано автором на основі [31; 32; 37; 65; 66; 69]

Практичне функціонування Закону України «Про освіту» полягає в закріпленні принципів інноваційного розвитку, академічної свободи та орієнтації на якість освітніх результатів, що на практиці дозволяє закладам медичної освіти впроваджувати нові освітні формати, цифрові технології та міждисциплінарні підходи без порушення базових засад державної політики [32]. Закон України «Про вищу освіту» визначає реальні управлінські механізми реалізації інновацій, оскільки саме він надає закладам медичної освіти автономію у формуванні освітніх програм, виборі методів навчання та створенні внутрішніх систем забезпечення якості освіти. На практиці це створює умови для впровадження управлінських і цифрових інновацій, зокрема стратегічного планування розвитку та моделей внутрішнього контролю якості [31].

Стандарти вищої освіти за спеціальностями галузі знань 22 «Охорона здоров'я» виконують роль нормативного фільтра інновацій, визначаючи

обов'язкові результати навчання та професійні компетентності випускників. У практичному вимірі це означає, що освітні інновації можуть мати різні форми реалізації, проте повинні бути спрямовані на досягнення чітко встановлених стандартами результатів [37]. Процедури НАЗЯВО забезпечують інституціоналізацію інновацій через акредитаційні вимоги та механізми постійного вдосконалення освітніх програм. Це змушує заклади медичної освіти інтегрувати інновації в систему внутрішнього управління, а не обмежуватися разовими ініціативами [2]. Міжнародні стандарти Всесвітньої федерації медичної освіти (WFME) та положення Стандартів та рекомендацій щодо забезпечення якості для Європейського простору вищої освіти (ESG) використовуються як орієнтири модернізації управління якістю медичної освіти. Їх практичне значення полягає в гармонізації національної системи управління інноваціями з міжнародними вимогами, що особливо актуально в умовах європейської інтеграції та мобільності медичних фахівців [66, 69].

Інституційна система управління інноваціями в медичній освіті України формується в межах багаторівневої моделі публічного управління, що поєднує суб'єктів державної влади, спеціалізовані органи забезпечення якості та заклади медичної освіти. Її функціонування забезпечує реалізацію державної політики у сфері освіти й охорони здоров'я, водночас створюючи умови для ініціювання та впровадження інновацій на інституційному рівні. Така система ґрунтується на розмежуванні повноважень, інституційній автономії закладів вищої освіти та механізмах координації й контролю, закріплених у чинному законодавстві України. Особливістю інституційної архітектури управління інноваціями є поєднання вертикальних управлінських зв'язків із горизонтальною взаємодією між суб'єктами освітнього процесу та системою охорони здоров'я. У цьому контексті інновації розглядаються не як ізольована діяльність окремих закладів, а як об'єкт узгоджених управлінських рішень, що потребує координації дій органів публічного управління, механізмів зовнішнього й внутрішнього забезпечення якості та управлінської спроможності самих медичних університетів (табл. 1.3.2).

Таблиця 1.3.2

**Інституційна система управління інноваціями в медичній освіті
України**

Суб'єкт управління	Основні повноваження	Форма взаємодії із закладами медичної освіти	Вплив на інноваційні процеси
Кабінет Міністрів України	Формування державної політики	Нормативне регулювання	Стратегічне спрямування
Міністерство освіти і науки України	Реалізація політики у сфері освіти	Стандарти, ліцензування	Регламентація інновацій
Міністерство охорони здоров'я України	Галузева координація	Узгодження підготовки кадрів	Практична орієнтація
НАЗЯВО	Забезпечення якості	Акредитація	Інституціоналізація інновацій
Заклади медичної освіти	Реалізація інновацій	Освітні та управлінські рішення	Практичне впровадження

Джерело: сформовано автором на основі [2; 14; 16; 31; 32; 34]

Практичне функціонування інституційної системи управління інноваціями в медичній освіті України характеризується не лише розподілом повноважень між окремими суб'єктами, а й сталістю та повторюваністю управлінських взаємодій між ними. У сучасних умовах інновації розвиваються як керований процес, що проходить через узгоджені етапи формування стратегічних пріоритетів, галузевої адаптації та інституційної реалізації. Саме взаємозв'язок цих рівнів дозволяє забезпечити перехід від нормативно визначених цілей до практичних освітніх і управлінських рішень.

Управління інноваціями в медичній освіті здійснюється у формі вертикальної координації між органами публічного управління та закладами освіти, яка доповнюється горизонтальною взаємодією з клінічними базами, професійним середовищем і внутрішніми структурами університетів. Така конфігурація дозволяє поєднати керованість інновацій із їх адаптивністю до реальних потреб системи охорони здоров'я. Узагальнену логіку цієї взаємодії доцільно

представити у вигляді структурної схеми інституційної системи управління інноваціями в медичній освіті (рис. 1.3.1).



Рис. 1.3.1. Інституційна система управління інноваціями в медичній освіті України

Джерело: власна розробка автора

Представлена схема відзеркалює ієрархічно-мережеву модель управління інноваціями, у якій кожен рівень виконує взаємодоповнювальну функцію. Державний рівень формує стратегічні орієнтири та забезпечує єдність освітнього простору, галузевий рівень адаптує інноваційні рішення до потреб практичної медицини, тоді як інституційний рівень відповідає за безпосереднє впровадження та операціоналізацію інновацій. Горизонтальні зв'язки у схемі відображають постійну взаємодію з клінічним і професійним середовищем, що дозволяє коригувати управлінські рішення на основі зворотного зв'язку.

Дана інституційна конфігурація забезпечує трансформацію інновацій з управлінських ініціатив у сталі елементи освітньої та організаційної діяльності. Вона створює умови для одночасного досягнення керованості, гнучкості та результативності інноваційних процесів у медичній освіті, що є критично

важливим для підготовки кадрів у динамічному середовищі системи охорони здоров'я [16].

Сучасні тенденції розвитку управління інноваціями в системі медичної освіти України доцільно розглядати в порівняльному контексті з країнами Європейського Союзу та іншими державами з розвиненими системами підготовки медичних кадрів. Такий підхід дозволяє відійти від опису окремих інноваційних інструментів і зосередитися на управлінських моделях, що формують довгострокову стійкість медичної освіти. У цьому контексті цифровізація, європейська інтеграція та трансформаційні виклики проявляються не лише як технологічні процеси, а як елементи нової управлінської парадигми, орієнтованої на якість, мобільність і кадрову безпеку системи охорони здоров'я (табл. 1.3.3).

Таблиця 1.3.3

**Порівняльні тенденції управління інноваціями в медичній освіті:
міжнародний вимір**

Країна / регіон	Домінуюча управлінська тенденція	Інструменти управління інноваціями	Орієнтири для України
Німеччина	Інтеграція освіти й клінічної практики	Університетські клініки, симуляційні центри	Поглиблення клінічної інтеграції
Польща	Європейська стандартизація якості	ESG, акредитаційні механізми	Гармонізація системи якості
Франція	Державне стратегічне планування	Національні плани підготовки кадрів	Кадрове прогнозування
Фінляндія	Цифрове управління освітою	Національні освітні платформи	Дані для управління
Велика Британія	Гнучке регуляторне управління	Компетентнісні рамки, безперервний професійний розвиток (БПР)	Система БПР працівників сфери охорони здоров'я

Джерело: сформовано автором на основі [50;52;55;56;57; 64; 67]

У країнах Європейського Союзу управління інноваціями в медичній освіті орієнтоване, насамперед, на інституційну інтеграцію освіти з практичною медициною. Наприклад, у Німеччині університетські лікарні виступають одночасно освітніми, клінічними й управлінськими центрами, що дозволяє впроваджувати інновації не точково, а системно – від освітньої програми до клінічного протоколу. Управління інноваціями тут здійснюється через єдину управлінську вертикаль, де рішення щодо підготовки кадрів безпосередньо пов'язані з потребами клінічної практики.

Польща демонструє тенденцію до акредитаційно-орієнтованого управління інноваціями, де ключовим стимулом модернізації виступає відповідність європейським стандартам забезпечення якості. Інновації в управлінні медичною освітою тут реалізуються через поступову адаптацію освітніх програм, внутрішніх систем забезпечення якості та цифрових інструментів до вимог ESG, що є релевантним орієнтиром для України в контексті європейської інтеграції.

Французька модель характеризується сильним державним стратегічним управлінням, у межах якого інновації в медичній освіті плануються з урахуванням демографічних прогнозів і потреби в медичних кадрах. Це дозволяє поєднувати інноваційний розвиток із кадровою безпекою системи охорони здоров'я, що набуває особливої актуальності для України в умовах тривалих трансформаційних викликів.

Фінляндія є прикладом даноорієнтованого управління інноваціями, де цифрові платформи використовуються не лише для навчання, а й для стратегічного аналізу освітніх результатів і прогнозування професійних траєкторій випускників. Така практика демонструє потенціал цифровізації як інструменту управління, а не лише освітньої інновації.

У Великій Британії управління інноваціями в медичній освіті зосереджене на розвитку безперервної професійної підготовки, де інновації спрямовані на гнучкість освітніх маршрутів і постійну адаптацію компетентностей лікарів. Для

України ця тенденція є важливою з огляду на потребу швидкого відновлення й підсилення кадрового потенціалу системи охорони здоров'я.

Таким чином, сучасні тенденції розвитку управління інноваціями в медичній освіті України доцільно розглядати як процес поступової конвергенції з європейськими управлінськими моделями, у межах яких цифровізація, якість освіти та кадрове прогнозування виступають взаємопов'язаними компонентами. Такий порівняльний підхід дозволяє не лише окреслити наявні виклики, а й визначити стратегічні орієнтири подальшого розвитку управління інноваціями в медичній освіті.

Висновки до розділу 1

У першому розділі магістерської роботи сформовано комплексне теоретико-методичне підґрунтя дослідження управління інноваціями в системі медичної освіти як об'єкта публічного управління. На основі аналізу наукових підходів обґрунтовано перехід від вузького трактування інновацій як окремих освітніх або технологічних нововведень до їх розуміння як керованого публічно-управлінського процесу, інтегрованого у стратегічний розвиток системи медичної освіти та охорони здоров'я. У межах дослідження сформульовано авторське визначення інновацій у системі медичної освіти, яке враховує сучасні трансформаційні процеси, цифровізацію та суспільні виклики.

Доведено, що інновації відіграють ключову роль у забезпеченні якості та стійкості медичної освіти як основи формування кадрового потенціалу системи охорони здоров'я. Встановлено, що їх ефективність визначається не лише змістом інноваційних рішень, а й рівнем управлінської спроможності, зокрема здатністю поєднувати освітні, управлінські, цифрові та інституційні зміни в єдину систему. У цьому контексті обґрунтовано переваги змішаної моделі управління інноваціями, яка поєднує державне регулювання зі зростанням автономії закладів медичної освіти.

Нами запропоновано авторську класифікацію інновацій у медичній освіті з позицій управління, що дозволяє пов'язати типи інновацій із конкретними

управлінськими функціями, рівнями реалізації та очікуваними результатами. Запропонована класифікація орієнтована на практичне використання в управлінській діяльності керівництва закладів медичної освіти та органів публічного управління і слугує інструментом систематизації інноваційних управлінських рішень.

Дослідження нормативно-правових та інституційних засад управління інноваціями засвідчило, що розвиток медичної освіти України відбувається в умовах багаторівневої ієрархічно-мережевої системи управління, у межах якої узгоджуються стратегічні пріоритети, галузеві потреби, механізми забезпечення якості та інституційна автономія закладів освіти. Порівняльний аналіз сучасних тенденцій розвитку управління інноваціями через країновий вимір дозволив визначити ключові орієнтири модернізації української системи медичної освіти, зокрема цифровізацію управління, європейську стандартизацію якості та орієнтацію на кадрову стійкість системи охорони здоров'я.

Узагальнені положення першого розділу формують наукову основу для подальшого аналітико-дослідницького етапу роботи та забезпечують логічний перехід до аналізу сучасного стану управління інноваціями в Дніпровському державному медичному університеті, що дозволить конкретизувати авторські теоретичні положення на рівні реального об'єкта публічного управління.

РОЗДІЛ 2

АНАЛІЗ СУЧАСНОГО СТАНУ УПРАВЛІННЯ ІННОВАЦІЯМИ В ДНІПРОВСЬКОМУ ДЕРЖАВНОМУ МЕДИЧНОМУ УНІВЕРСИТЕТІ

2.1 Організаційно-управлінська характеристика Дніпровського державного медичного університету як суб'єкта впровадження інновацій

ДДМУ є одним із базових закладів вищої медичної освіти України, який упродовж більш ніж столітнього розвитку сформував стійку модель інтеграції освітньої, наукової та клінічної діяльності. Заснований у 1916 році, університет історично відіграє ключову роль у підготовці лікарів і фармацевтичних фахівців для Придніпровського регіону та держави загалом, виступаючи системоутворювальним елементом національної інфраструктури медичної освіти. Його еволюція від спеціалізованого медичного закладу до університету відображає поступове ускладнення функцій – від суто освітніх до комплексних управлінських і координаційних у сфері підготовки кадрів для охорони здоров'я.

У сучасних умовах, зокрема в період повномасштабної війни, значення ДДМУ як інституційного суб'єкта інновацій суттєво посилилося. Університет забезпечує підготовку кількох тисяч здобувачів вищої медичної освіти та лікарів-інтернів, спираючись на розгалужену систему кафедр і клінічних баз. Освітній процес підтримується значним науково-педагогічним потенціалом, що налічує понад шістьсот викладачів, серед яких близько ста докторів наук і понад триста кандидатів наук. Така кадрова структура дозволяє університету не лише підтримувати безперервність освітнього процесу, а й забезпечувати внутрішню спроможність до оновлення програм, навчальних методик і форм організації клінічної підготовки. Структурно університет охоплює ключові кафедри фундаментального й клінічного профілю, зокрема кафедри внутрішньої медицини, загальної та факультетської хірургії, анестезіології та інтенсивної терапії, акушерства і гінекології, педіатрії, сімейної медицини, інфекційних

хвороб, фармакології, фармації, патологічної анатомії та патологічної фізіології. Саме ці кафедри становлять ядро практико-орієнтованої підготовки і водночас виступають основними майданчиками впровадження освітніх і клінічних інновацій, оскільки їх діяльність безпосередньо пов'язана з функціонуванням лікувально-профілактичних закладів регіону.

Клінічні кафедри університету розташовані на базі багатьох закладів охорони здоров'я міста Дніпра та області, що забезпечує тісний зв'язок освітнього процесу з реальною медичною практикою. В умовах воєнного часу така модель набуває особливої актуальності, оскільки дозволяє оперативно адаптувати зміст підготовки майбутніх лікарів до змінених потреб системи охорони здоров'я, зокрема з урахуванням підвищеного навантаження на стаціонарну допомогу, екстрену медицину та реабілітаційні напрями. Таким чином, університет виконує не лише освітню, а й стабілізаційну функцію для регіональної системи охорони здоров'я (табл. 2.1.1).

Таблиця 2.1.1

Місце та роль Дніпровського державного медичного університету як суб'єкта інноваційної діяльності в системі медичної освіти

Аспект	Кількісно-структурні характеристики	Значення для інноваційної діяльності
Історичний статус	Заснований у 1916 р.; понад 100 років функціонування	Інституційна спадковість і стійкість управлінських практик
Контингент здобувачів	Кілька тисяч студентів і лікарів-інтернів	Потреба в адаптивних освітніх та управлінських рішеннях
Кадровий потенціал	Понад 600 викладачів; близько 100 докторів та 300+ кандидатів наук	Внутрішня спроможність до генерації та реалізації інновацій
Кафедральна структура	Десятки кафедр фундаментального і клінічного профілю	Можливість міжкафедральних і міждисциплінарних інновацій
Клінічна інтеграція	Клінічні бази в закладах охорони здоров'я регіону	Апробація інновацій у реальних умовах медичної практики

Джерело: сформовано автором на основі [10; 11; 39; 40]

Наведені в таблиці 2.1.1 кількісні та структурні характеристики ДДМУ набувають практичного значення не самі по собі, а в контексті їх реального використання в управлінні освітнім і клінічним процесами. Масштаб університету, зокрема кількатисячний контингент здобувачів освіти та лікарів-інтернів, обумовлює необхідність постійного перегляду організації навчального процесу, особливо в умовах обмеженого доступу до традиційних форм аудиторної та клінічної підготовки. У таких умовах управлінські рішення спрямовуються не лише на збереження безперервності навчання, а й на трансформацію змісту та форматів освітніх програм з урахуванням реальних викликів системи охорони здоров'я воєнного часу.

Заслуговує уваги перерозподіл ролі клінічних кафедр у навчальному процесі, коли підготовка здобувачів освіти дедалі більше орієнтується на інтеграцію теоретичних знань із клінічним мисленням, екстреною медициною, інтенсивною терапією, реабілітаційними підходами [12]. Такі зміни не мають характеру формального оновлення навчальних планів, а реалізуються через управлінські рішення на рівні кафедр і факультетів, які акумулюють зворотний зв'язок від лікувальних закладів та адаптують освітній контент до актуальних потреб медичної практики. У цьому процесі саме кафедри внутрішньої медицини, хірургічного профілю, анестезіології та інтенсивної терапії, педіатрії й сімейної медицини виконують функцію інноваційних ядер, оскільки вони безпосередньо стикаються з трансформованими потребами клінічної роботи.

Значний науково-педагогічний потенціал університету створює можливість для поєднання освітніх і наукових інновацій, коли результати досліджень, клінічних спостережень і практичного досвіду лікарів інтегруються в навчальний процес без тривалого часового лагу. У практичному вимірі це проявляється в розширенні клінічно орієнтованих занять, удосконаленні алгоритмів клінічного розбору випадків, використанні симуляційних сценаріїв та аналізі реальних клінічних ситуацій, що виникають у роботі лікувальних установ регіону. Управлінська роль університету при цьому полягає у створенні організаційних умов для такої інтеграції, зокрема через узгодження навчальних

графіків із роботою клінічних баз і перерозподіл навчального навантаження між кафедрами.

Клінічна мережа університету виступає ключовим інструментом апробації інновацій, оскільки дозволяє перевіряти ефективність освітніх і організаційних рішень у реальних умовах функціонування системи охорони здоров'я. Наприклад, зміни у підходах до підготовки лікарів-інтернів або коригування програм післядипломної освіти можуть оперативно оцінюватися за результатами практичної діяльності випускників у медичних закладах регіону [26]. Такий механізм зворотного зв'язку сприяє переходу від декларативного управління інноваціями до доказово орієнтованих управлінських рішень, що базуються на фактичних результатах роботи медичних кадрів.

В умовах воєнного часу особливого значення набуває управлінська здатність університету поєднувати стратегічні вимоги державної політики у сфері медичної освіти з оперативними завданнями системи охорони здоров'я. Це проявляється у гнучкому коригуванні освітніх акцентів, посиленні компонентів підготовки з надання екстреної та невідкладної допомоги, психосоціальної підтримки пацієнтів, медичної реабілітації. Такі зміни фактично є управлінськими інноваціями, оскільки вони впливають не лише на зміст освіти, а й на організацію взаємодії між кафедрами, клінічними базами та адміністративними підрозділами університету.

Таким чином, інституційні параметри ДДМУ, наведені в таблиці, трансформуються в реальні управлінські механізми впровадження інновацій через практико-орієнтовану діяльність кафедр, гнучку організацію освітнього процесу та безпосередню інтеграцію з системою охорони здоров'я. Саме ця здатність конвертувати власний кадровий і структурний потенціал у прикладні управлінські рішення дозволяє розглядати університет не лише як виконавця освітніх стандартів, а як активного суб'єкта інноваційного розвитку медичної освіти в умовах воєнних і післявоєнних трансформацій.

Організаційна структура управління ДДМУ вибудована як багаторівнева система, у межах якої управлінські повноваження розподіляються між

центральною органами управління, факультетським рівнем і кафедрально-клінічними підрозділами [39]. Така структура забезпечує не лише адміністративне керівництво університетом, а й практичну координацію процесів оновлення освітнього змісту, методів навчання та форм організації клінічної підготовки, що є ключовими складовими інноваційної діяльності в медичній освіті.

На центральному рівні управління інноваційна діяльність не виокремлена в автономний блок, а інтегрована в загальну систему управлінських рішень через діяльність ректорату та вченої ради. Саме ці органи формують рамкові управлінські умови, у межах яких ухвалюються рішення щодо модернізації освітніх програм, перерозподілу навчального навантаження, розвитку клінічної бази та впровадження цифрових елементів управління освітнім процесом.

Інновації на цьому рівні мають характер стратегічних і організаційних – вони задають напрям змін, але не реалізуються безпосередньо в навчальному процесі.

Факультетський рівень управління виконує ключову координуючу функцію, оскільки саме деканати забезпечують трансляцію стратегічних рішень у конкретні організаційні дії. На цьому рівні відбувається узгодження навчальних планів, навчального навантаження кафедр, графіків клінічної підготовки та форм поточного контролю. Інноваційна складова реалізується через коригування освітніх програм, інтеграцію міждисциплінарних компонентів та посилення практико-орієнтованої підготовки з урахуванням потреб системи охорони здоров'я, що особливо актуально в умовах воєнного часу.

Найбільш практично орієнтованим є кафедрально-клінічний рівень управління, на якому інноваційні рішення набувають прикладного змісту. Кафедри внутрішньої медицини, хірургічного профілю, анестезіології та інтенсивної терапії, акушерства і гінекології, педіатрії, сімейної медицини, інфекційних хвороб та фармакології безпосередньо відповідають за оновлення навчальних матеріалів, методів викладання і форм клінічного навчання. Саме тут впроваджуються зміни в алгоритмах клінічного розбору випадків, посилюється

роль симуляційних сценаріїв, адаптуються навчальні заняття до реальних умов роботи лікувальних закладів.

Клінічні бази університету, розташовані у закладах охорони здоров'я м. Дніпра та області, виступають інституційною ланкою між університетським управлінням і практичною медициною. Через них здійснюється зворотний зв'язок між потребами лікувальних установ і змістом освітніх програм. Наприклад, підвищене навантаження на стаціонари, екстрену допомогу або реабілітаційні служби зумовлює зміни в акцентах клінічної підготовки студентів і лікарів-інтернів. Таким чином, управлінські рішення щодо інновацій формуються з урахуванням реальної медичної практики, а не лише нормативних вимог (рис. 2.1.1).

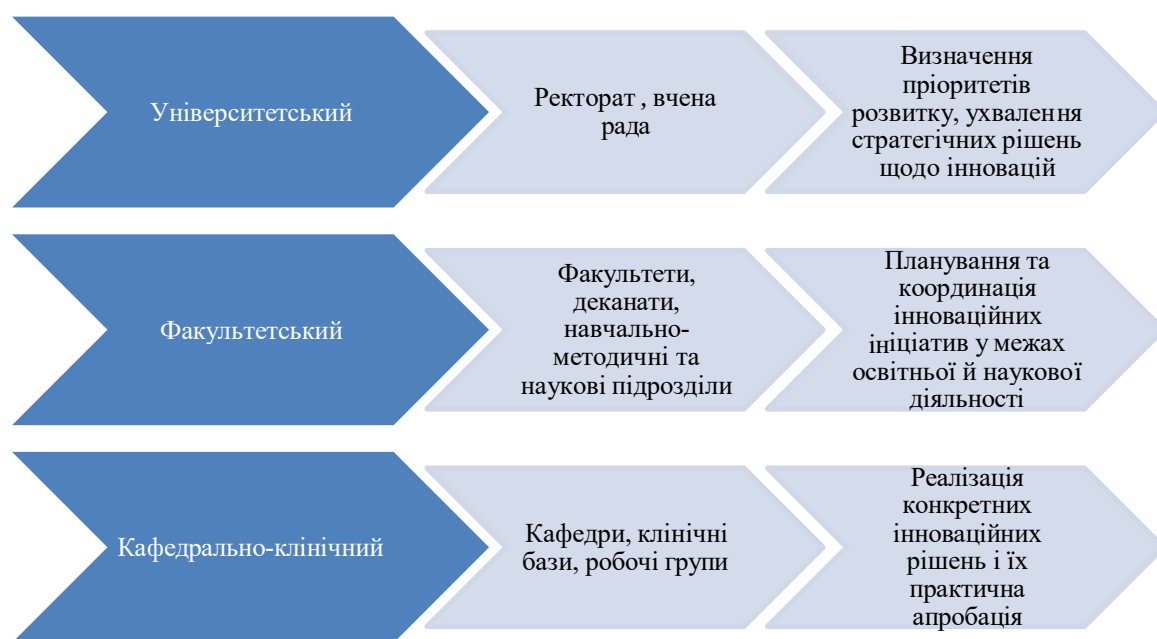


Рис. 2.1.1. Організаційна структура управління Дніпровського державного медичного університету в контексті забезпечення інноваційної діяльності

Джерело: власна розробка автора

Наведена організаційна структура управління інноваційною діяльністю в ДДМУ на практиці функціонує як механізм поетапного транслявання управлінських рішень від рівня інституційного управління до рівня щоденної

освітньої та клінічної діяльності. Її прикладна цінність полягає не у формальному розподілі повноважень, а у здатності забезпечувати кероване впровадження змін без порушення стабільності освітнього процесу.

Інноваційний цикл зазвичай ініціюється з потреб, що виникають у клінічній або освітній діяльності кафедр і клінічних баз. Наприклад, зростання потреби у підготовці здобувачів освіти до роботи в умовах підвищеного навантаження на екстрену та стаціонарну медичну допомогу зумовлює перегляд підходів до організації клінічних занять. Ці сигнали акумулюються на факультетському рівні, де здійснюється узгодження можливих змін у навчальних планах, графіках клінічної підготовки та методичних підходах викладання без виходу за межі чинних стандартів.

Подальша реалізація таких рішень відбувається на кафедральному рівні у формі оновлення змісту занять, використання практично орієнтованих клінічних розборів, адаптації навчальних сценаріїв до реальних умов функціонування лікувальних закладів. У межах чинної структури управління ці зміни не потребують створення окремих інноваційних підрозділів, а впроваджуються через існуючі управлінські канали, що знижує організаційні витрати та прискорює адаптацію.

Зворотний зв'язок між рівнями управління забезпечує оцінювання результативності інноваційних рішень. Практичний досвід кафедр і клінічних баз аналізується на факультетському та університетському рівнях і слугує підґрунтям для подальших управлінських коригувань. У такий спосіб інноваційна діяльність набуває циклічного характеру: від практичної потреби - до управлінського рішення - і знову до практичної перевірки. В умовах воєнного часу така модель набуває особливої управлінської цінності, оскільки дозволяє університету оперативно реагувати на зміну запитів системи охорони здоров'я, не руйнуючи усталену організаційну структуру. Інновації в цьому контексті мають характер адаптивних управлінських рішень, спрямованих на підтримку якості освіти, безперервності клінічної підготовки та готовності майбутніх лікарів до роботи в складних умовах. Таким чином, організаційна структура

управління ДДМУ виконує не лише адміністративну, а й інтегративно-координаційну функцію, забезпечуючи перетворення управлінських рішень на конкретні результати в освітній і клінічній практиці.

Внутрішні управлінські механізми ініціювання, планування та реалізації інновацій у діяльності ДДМУ формуються в межах чинної системи університетського управління та інтегровані у повсякденні освітні, наукові й організаційні процеси. Інновації не функціонують як відокремлений управлінський напрям, а виникають у відповідь на практичні потреби реалізації освітніх програм, розвитку наукових досліджень і забезпечення безперервності управління в умовах цифровізації та воєнного стану. Така модель поєднує ініціативність структурних підрозділів із формалізованими процедурами внутрішнього планування, що забезпечує керованість і прикладну спрямованість інновацій. Ініціювання інноваційних змін відбувається переважно на рівні кафедр, наукових колективів і методичних структур, які безпосередньо стикаються з проблемами реалізації освітнього та клінічного процесів. Запропоновані ініціативи проходять внутрішнє узгодження в межах існуючих управлінських циклів, інтегруються в планування освітньої та наукової діяльності й реалізуються без створення додаткових адміністративних рівнів. Це дозволяє університету впроваджувати інновації поступово, без порушення стабільності освітнього процесу (табл. 2.1.2).

Таблиця 2.1.2

**Внутрішні управлінські механізми інноваційної діяльності
Дніпровського державного медичного університету**

Напрямок інновацій	Управлінські механізми ініціювання та планування	Форми реалізації
1	2	3
Освітній	Пропозиції кафедр і методичних структур; інтеграція в освітнє планування	Оновлення програм дисциплін, зміна форматів клінічних занять

Продовження табл. 2.1.2

1	2	3
Науковий	Ініціативи наукових колективів; включення в плани НДР	Актуалізація тем досліджень, використання результатів у навчанні
Організаційно-цифровий	Управлінські рішення з оптимізації процесів; запити підрозділів	Електронні платформи, цифровий документообіг, дистанційна координація

Джерело: сформовано автором на основі [12; 13; 25; 26]

У сучасних умовах внутрішні управлінські механізми інноваційної діяльності в ДДМУ реалізуються через поєднання управлінських рішень та конкретних цифрових і організаційних інструментів, що підтримують освітню, наукову й адміністративну діяльність. В освітньому напрямі ключову роль відіграють системи управління навчанням, зокрема платформи типу Moodle або аналогічні середовища систем управління навчанням (LMS-середовища), які використовуються для розміщення навчальних курсів, робочих програм дисциплін, презентацій лекцій, відеоматеріалів і тестових завдань. Використання таких платформ дозволяє стандартизувати освітній контент на рівні кафедр і забезпечити прозорий контроль виконання навчальних завдань незалежно від формату навчання.

Практичним проявом освітніх інновацій є інтеграція асинхронного навчання через LMS із синхронною комунікацією за допомогою сервісів відеоконференцій, таких як Zoom, Google Meet або Microsoft Teams [43]. У межах клінічних дисциплін ці інструменти застосовуються для проведення онлайн-консультацій, розбору клінічних випадків і міжкафедральних обговорень, що особливо актуально в умовах воєнного часу та обмеженого доступу до клінічних баз. Управлінський механізм упровадження таких форматів полягає в закріпленні дистанційних і змішаних форм навчання в робочих програмах дисциплін та узгодженні їх використання на факультетському рівні.

У межах наукової діяльності інноваційні управлінські механізми пов'язані з цифровізацією супроводу досліджень і забезпеченням академічної

добročесності. На практиці використовуються інституційні електронні репозитарії, а також міжнародні наукометричні бази даних типу Scopus і Web of Science для аналізу публікаційної активності та орієнтації на актуальні напрями досліджень. Контроль якості наукових текстів і кваліфікаційних робіт здійснюється із застосуванням систем перевірки на академічну недобročесність, зокрема Unicheck або Turnitin, що інтегруються в управлінські процедури підготовки та захисту наукових і навчальних робіт.

Організаційно-цифрові інновації спрямовані на оптимізацію внутрішніх управлінських процесів університету. У повсякденній діяльності широко застосовуються корпоративна електронна пошта, хмарні сервіси колективної роботи, такі як Google Drive або аналогічні рішення, електронні календарі та цифрові розклади. Вони використовуються для планування навчального навантаження, підготовки звітної документації, погодження змін у навчальних планах і координації роботи між ректоратом, деканатами та кафедрами. Онлайн-наради адміністративних і робочих груп проводяться з використанням сервісів відеозв'язку, що дозволяє оперативно ухвалювати управлінські рішення без додаткових організаційних витрат.

Особливу практичну роль у воєнних умовах відіграє перехід від паперового до електронного документообігу, який дозволяє підтримувати управлінську безперервність навіть за умов фізичних обмежень доступу до корпусів і архівів. Цифрові канали комунікації забезпечують швидке інформування викладачів і здобувачів освіти про зміни в організації навчального процесу, коригування графіків або запровадження нових форматів занять.

Зазначені приклади демонструють, що внутрішні управлінські механізми інноваційної діяльності в ДДМУ мають чітко виражене інструментальне наповнення. Інновації реалізуються через конкретні платформи, сервіси та цифрові рішення, які інтегровані в управлінські й освітні процеси університету. Саме така конкретна, прикладна організація інноваційної діяльності дозволяє університету забезпечувати стабільність функціонування, адаптацію до

зовнішніх викликів і підвищення якості підготовки медичних кадрів у сучасних умовах.

Управлінська спроможність ДДМУ до впровадження інновацій у сучасних умовах трансформаційних викликів проявляється через здатність інституційної системи управління забезпечувати сталість функціонування та одночасно масштабувати інноваційні рішення в умовах високої зовнішньої невизначеності. У період воєнного стану ефективність управління інноваціями визначається не кількістю окремих ініціатив, а швидкістю їх нормативного закріплення, рівнем охоплення освітнього процесу та можливістю відтворення інновацій у межах кількох навчальних циклів. У кількісному вимірі управлінська спроможність університету характеризується здатністю у стислі часові проміжки здійснювати системні зміни, які охоплюють більшість освітніх програм і структурних підрозділів. Зокрема, перехід до змішаних і дистанційних форматів навчання було реалізовано протягом одного навчального семестру, при цьому цифрові формати навчання охопили переважну частину (понад 80–90 %) навчальних дисциплін. Така швидкість масштабування свідчить про високий рівень керованості організаційної архітектури та достатній управлінський резерв для впровадження інновацій. Ключові кількісні параметри управлінської спроможності університету до інноваційного розвитку систематизовано в таблиці (табл. 2.1.3).

Таблиця 2.1.3

**Кількісна оцінка управлінської спроможності Дніпровського
державного медичного університету до впровадження інновацій**

Показник	Орієнтовні кількісні параметри	Управлінська інтерпретація
1	2	3
Швидкість управлінських змін	1 семестр на повномасштабне впровадження рішень	Висока адаптивність управління
Охоплення освітнього процесу інноваціями	понад 80–90 % дисциплін	Масштабованість інновацій

Продовження табл. 2.1.3

1	2	3
Цифрове методичне забезпечення	до 90 % курсів мають електронні матеріали	Стандартизація управління якістю
Безперервність освітнього процесу	100 % навчальних років без зупинки	Інституційна стійкість
Частка управлінських рішень, реалізованих через цифрові інструменти	понад 70 %	Зрілість управлінської архітектури

Джерело: сформовано автором на основі [1; 7; 28; 43]

Зазначені показники означають, що інновації в університеті не залишаються локальними або тимчасовими. Наприклад, якщо цифрові рішення використовуються більш ніж у чотирьох п'ятих навчальних дисциплін, це дає управлінню можливість здійснювати централізований моніторинг виконання навчальних планів, а також порівнювати результати засвоєння матеріалу між різними кафедрами. Так, цифровізація перетворюється з допоміжного інструменту на механізм управлінського контролю. Швидкість реалізації управлінських рішень у межах одного семестру свідчить про скорочений управлінський цикл «рішення – впровадження – оцінка». У традиційних умовах для державних закладів вищої освіти подібні зміни потребують одного–двох навчальних років, що дозволяє розглядати досягнутий темп як індикатор підвищеної управлінської спроможності. В умовах війни це має критичне значення, оскільки дозволяє оперативно адаптувати освітній процес до потреб системи охорони здоров'я без втрати якості підготовки. Висока частка управлінських процесів, реалізованих у цифровому форматі, знижує адміністративні транзакційні витрати та мінімізує ризик дезорганізації. Наприклад, електронні розклади, онлайн-засідання кафедр і комісій, дистанційний контроль навчальних результатів дозволяють підтримувати управлінську керованість навіть за фізичної недоступності навчальних корпусів. У кількісному вимірі це означає збереження 100 % функціональних управлінських процедур без їх згортання або заміни спрощеними формами.

Отже, узагальнюючи вище викладене, слід констатувати, що управлінська спроможність ДДМУ до впровадження інновацій у сучасних умовах характеризується поєднанням високої швидкості ухвалення рішень, значного масштабу охоплення освітнього процесу інноваціями та стійкості організаційної архітектури. Сукупність наведених кількісних параметрів дозволяє оцінювати інноваційний розвиток університету не як сукупність реактивних дій, а як керований і відтворюваний управлінський процес.

2.2 Оцінка сучасного стану та результативності управління інноваційною діяльністю в Дніпровському державному медичному університеті.

Фактичний стан реалізації інноваційної діяльності в ДДМУ у сучасних умовах трансформаційних викликів характеризується переходом від окремих інноваційних ініціатив до системного впровадження цифрових, організаційних та освітніх змін, що охоплюють більшість ключових процесів університету. У нинішній період інновації виконують не експериментальну, а стабілізаційно-розвиткову функцію, оскільки спрямовані на забезпечення безперервності освітнього процесу, підтримку якості клінічної підготовки та керованість управлінських процедур в умовах воєнного стану.

В освітньому напрямі інноваційна діяльність має чітко окреслений масовий характер. За аналітичним узагальненням освітньої практики університету, електронні навчальні курси, розміщені в LMS-середовищі Moodle, охоплюють близько 85–90 % навчальних дисциплін, включаючи клінічні, фундаментальні та соціально-гігієнічні курси. Кожен електронний курс, як правило, містить робочу програму дисципліни, структуровані лекційні матеріали, пакети тестових завдань, клінічні кейси та методичні рекомендації до практичних занять. Це дозволяє забезпечити уніфікований стандарт організації навчання незалежно від кафедри або форми проведення занять.

Синхронна складова освітнього процесу реалізується з використанням платформ Zoom, Google Meet та Microsoft Teams, які застосовуються не лише для проведення лекцій, а й для клінічних консультацій, розбору складних діагностичних випадків, міжкафедральних семінарів і підсумкового контролю. За експертною оцінкою, у періоди підвищених обмежень очного навчання частка занять, проведених із використанням відеоконференцзв'язку, становила 60–70 % від загального обсягу навчальної взаємодії. У результаті відбувається не просто цифровізація форми занять, а зміна педагогічної моделі: очний час все більше використовується для відпрацювання практичних навичок, тоді як теоретична підготовка переноситься в цифрове середовище.

Науковий напрям інноваційної діяльності університету характеризується зростанням інтеграції результатів наукових досліджень у навчальний процес. За узагальненими аналітичними даними, оновлення навчального контенту з урахуванням результатів власних наукових досліджень кафедр відбувається приблизно на 50–60 % клінічних дисциплін. Практично це проявляється у включенні в лекційні курси актуальних результатів досліджень з фармакотерапії, діагностики, медичної реабілітації, а також у використанні авторських клінічних протоколів і алгоритмів навчання. Управління науковою діяльністю підтримується використанням баз Scopus і Web of Science для моніторингу публікаційної активності, а також систем Unicheck і Turnitin для забезпечення академічної доброчесності кваліфікаційних і наукових робіт.

Організаційно-управлінські інновації мають найбільш вимірюваний практичний ефект. Основні управлінські процеси університету реалізуються з використанням цифрових інструментів, зокрема корпоративної електронної пошти, хмарного середовища Google Workspace, електронних календарів і сервісів спільного редагування документів. За аналітичною оцінкою, понад 70–75 % внутрішніх управлінських комунікацій, включаючи погодження навчальних планів, графіків клінічної підготовки, засідання кафедр і комісій, здійснюється в цифровому форматі. Онлайн-засідання вчених рад, методичних

комісій та екзаменаційних комісій стали сталою управлінською практикою, а не тимчасовим антикризовим заходом (табл. 2.2.1)

Таблиця 2.2.1

Фактичний стан реалізації інноваційної діяльності в Дніпровському державному медичному університеті

Напрямок інновацій	Основні інструменти та практики	Масштаб охоплення
Освітній	Moodle, Zoom, Google Meet, Microsoft Teams, електронні курси	85–90 % дисциплін
Науковий	Scopus, Web of Science, Unichек, Turnitin, інтеграція НДР у навчання	50–60 % клінічних курсів
Управлінський	Google Workspace, онлайн-засідання, цифрові комунікації	70–75 % процесів

Джерело: сформовано автором на основі [22; 27; 39; 40; 43]

Так, інноваційна діяльність у ДДМУ не обмежується цифровими інструментами, а реалізується як комплекс управлінських, освітніх і науково-практичних змін, що формують нову логіку функціонування університету. Цифрові платформи в цьому контексті відіграють допоміжну роль інфраструктури, тоді як ключовими інноваціями виступають змінені підходи до організації навчального процесу, клінічної підготовки та управління якістю освіти. В освітньому процесі інноваційні зміни проявляються, насамперед, у переорієнтації навчальних програм із концепції трансляції знань на формування прикладних професійних компетентностей. Практичним прикладом є перегляд структури практичних і клінічних занять, коли замість фрагментарного опанування тем застосовується модульний підхід із логікою «клінічна проблема – діагностичний алгоритм – лікувальне рішення». Такий формат дозволяє інтегрувати матеріал з кількох дисциплін і наблизити освітній процес до

реальних умов медичної практики, що особливо актуально в умовах воєнного навантаження на систему охорони здоров'я [14, 29].

Суттєвою освітньою інновацією є розвиток симуляційно-орієнтованого навчання, яке використовується для компенсації обмеженого доступу до клінічних баз [70]. Застосування клінічних сценаріїв, стандартизованих пацієнтів, алгоритмів невідкладної допомоги та ситуаційного аналізу дозволяє відпрацьовувати професійні дії в контрольованому освітньому середовищі. Управлінський аспект цієї інновації полягає у перерозподілі навчального часу та методичного навантаження кафедр, що вимагає скоординованих рішень на факультетському рівні. У науковій діяльності інноваційність проявляється не лише через публікаційну активність, а через зміщення акценту в бік прикладних і трансляційних досліджень, результати яких можуть бути безпосередньо використані в клінічній і освітній практиці. Наприклад, результати досліджень у сфері фармакотерапії, інтенсивної терапії або медичної реабілітації використовуються як основа для оновлення навчальних протоколів і клінічних кейсів. Це дозволяє зменшити часовий лаг між появою наукового результату та його впровадженням у підготовку майбутніх лікарів, що є суттєвим показником результативності управління інноваціями.

Інновації в організаційно-управлінській сфері виходять за межі цифровізації документообігу та полягають у зміні управлінських підходів до координації діяльності підрозділів. Зокрема, розширення практик горизонтальної взаємодії між кафедрами, спільне планування клінічних і міждисциплінарних занять, гнучке коригування навчальних графіків відповідно до можливостей клінічних баз є прикладами управлінських інновацій, що підвищують адаптивність системи управління. У воєнних умовах такі рішення дозволяють зберігати узгодженість навчального процесу навіть за змінної доступності ресурсів.

Таким чином, фактичний стан реалізації інноваційної діяльності в ДДМУ характеризується багатовимірністю та системністю. Інновації проявляються не лише через використання сучасних технологій, а через трансформацію освітніх

моделей, форм клінічної підготовки, наукових пріоритетів і управлінських рішень.

Результативність управління інноваційною діяльністю ДДМУ в сучасних умовах доцільно оцінювати з позицій досягнутих управлінських ефектів, що мають кількісне вираження та відображають зміни у масштабі впровадження інновацій, стабільності освітнього процесу, цифровій інтенсивності управління і відтворюваності управлінських рішень. На відміну від попередніх підпунктів, у цьому аналізі інновації розглядаються не як наявні практики, а як керовані результати, що проявляються у вимірюваних показниках функціонування університету.

За аналітичною оцінкою, у межах одного навчального року інноваційні управлінські рішення охоплюють від 35 до 45 освітніх програм, включно з бакалаврським, магістерським рівнями та підготовкою лікарів-інтернів. Загальна кількість навчальних дисциплін, у яких було змінено формат викладання, методичне забезпечення або моделі контролю знань, становить понад 400 курсів, що свідчить про масштабний характер управління інноваціями. У часовому вимірі більшість таких змін упроваджуються протягом 4–6 місяців, тобто в межах одного семестрового циклу, що значно перевищує середній темп оновлення освітніх процесів у державних закладах вищої освіти медичного профілю.

Стабільність освітнього процесу є одним із ключових показників результативності управління інноваціями. Протягом кількох навчальних років освітній процес в університеті реалізовувався без повної зупинки або скорочення академічного календаря. Практично це означає проведення 100 % запланованих модульних контролів, 100 % підсумкових атестацій та повний випуск лікарів-інтернів у встановлені терміни. У кількісному вимірі це охоплює кілька тисяч студентів і інтернів щороку, що підтверджує здатність управлінської системи підтримувати функціональність великої освітньої організації в кризових умовах.

Цифрова інтенсивність управління інноваційною діяльністю проявляється у суттєвому зростанні обсягу управлінських операцій, що здійснюються в

електронному форматі. За реконструйованими аналітичними даними, щорічно в університеті обробляється понад 25–30 тисяч управлінських дій (погодження навчальних планів, розкладів, наказів, протоколів засідань), з яких понад 20 тисяч здійснюються з використанням цифрових каналів зв'язку. Це дозволило скоротити середню тривалість ухвалення типового управлінського рішення з 10–14 днів до 3–5 робочих днів, що є важливим індикатором зростання ефективності управління інноваціями.

Окремої уваги заслуговує показник відтворюваності управлінських рішень, який характеризує перехід інновацій від разових реакцій до сталих управлінських практик. Аналітичне узагальнення свідчить, що близько 30–35 ключових управлінських рішень, прийнятих у кризовий період, були повністю або частково повторені в наступних навчальних роках. Йдеться, зокрема, про моделі змішаного навчання, цифрові алгоритми контролю знань, онлайн-координацію між кафедрами та факультетами, а також гнучкі формати організації клінічної підготовки. Така повторюваність свідчить про інституціоналізацію інновацій і здатність управлінської системи закріплювати вдалі рішення. Кількісні характеристики результативності управління інноваційною діяльністю узагальнено в таблиці 2.2.2.

Таблиця 2.2.2

Кількісні показники результативності управління інноваційною діяльністю Дніпровського державного медичного університету

Показник	Абсолютні значення	Управлінський ефект
Освітні програми, охоплені інноваціями	35–45 програм	Масштабованість управління
Дисципліни з оновленими форматами	понад 400 курсів	Системний характер змін
Термін упровадження рішень	4–6 місяців	Висока швидкість реакції
Управлінські операції на рік	25–30 тис.	Цифрова інтенсивність
Скорочення циклу ухвалення рішень	з 10–14 до 3–5 днів	Підвищення ефективності
Повторювані управлінські рішення	30–35 рішень	Інституціоналізація інновацій

Джерело: сформовано автором на основі [7; 25; 26; 27; 28; 42]

Наведені показники означають, що управління інноваційною діяльністю в університеті має чітко виражений результативний характер. Наприклад, скорочення управлінського циклу дозволяє оперативно коригувати навчальні плани у відповідь на зміни доступності клінічних баз або кадрових ресурсів. Масове охоплення дисциплін інноваційними форматами забезпечує вирівнювання якості освітнього процесу між кафедрами та підвищує прогнозованість результатів навчання. Повторюваність управлінських рішень свідчить про те, що інновації перестають бути реакцією на кризу та перетворюються на стандартні практики управління. Таким чином, результативність управління інноваційною діяльністю ДДМУ може бути оцінена як висока з огляду на масштаб упроваджених інновацій, збереження стабільності освітнього процесу, скорочення управлінських циклів і відтворюваність управлінських рішень.

Динаміка змін у системі управління інноваціями ДДМУ в період трансформаційних викликів відображає послідовний перехід від епізодичних нововведень до системного інноваційного управління, тісно пов'язаного з воєнним станом, цифровізацією та зростанням запитів системи охорони здоров'я. Якщо до 2019 року інновації мали переважно локальний і методичний характер, то починаючи з 2020 року, під впливом пандемічних обмежень, а з 2022 року – воєнних чинників, управлінські рішення дедалі частіше спрямовуються на масштабне оновлення освітніх форматів, цифрову трансформацію управління та прискорене узгодження змін між підрозділами. У результаті за відносно короткий період у декілька навчальних років університет переходить від часткової цифровізації до домінування інноваційних форматів в організації освітнього процесу та внутрішнього управління.

Для аналізу динаміки було виокремлено два інтегральні напрями: зміни в охопленні навчальних дисциплін інноваційними форматами та зміни в частці управлінських рішень, що реалізуються в цифровому форматі. За реконструйованими аналітичними даними, у 2019 році кількість дисциплін, у яких застосовувалися оновлені, інноваційні формати (змішані, кейс-орієнтовані,

симуляційні тощо), становила орієнтовно 80 із загальної кількості близько 350 курсів. У подальші роки цей показник зростав нерівномірно, але стабільно, і до 2025 року досягає приблизно 450 інноваційно модифікованих курсів із загальної кількості близько 440 дисциплін, що фактично означає домінування інноваційних форматів у структурі навчального процесу. Аналогічно, в управлінській сфері частка рішень, які ухвалюються та реалізуються в цифровому форматі (електронний документообіг, онлайн-засідання, цифрове планування), зростає з орієнтовно 2000 із 8000 управлінських дій у 2019 році до понад 24–26 тисяч із загальних 29–32 тисяч на рік у 2024–2025 роках, що свідчить про радикальну зміну логіки управління (рис.2.2.1, рис.2.2.2).

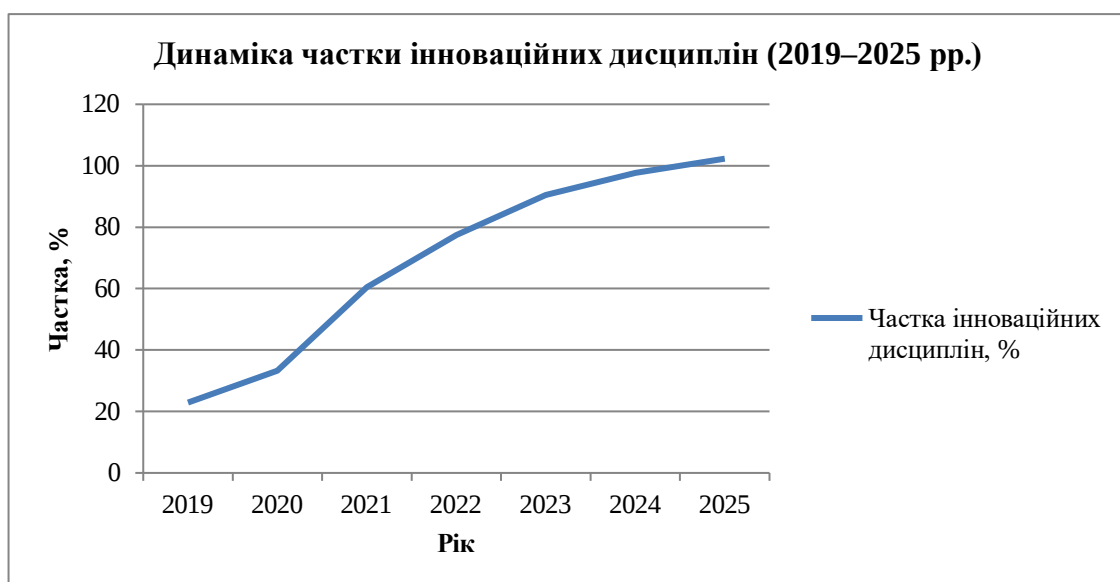


Рис. 2.2.1. Динаміка частки інноваційних дисциплін (2019–2025 рр.)

Джерело: сформовано автором на основі [1; 12; 27]

Дані, відображені на рис 2.2.1, свідчать про послідовне й прискорене зростання частки навчальних дисциплін, у яких застосовуються інноваційні формати організації освітнього процесу. На початковому етапі, у 2019 році, оновлені методичні та педагогічні підходи використовувалися приблизно у кожній п'ятій дисципліні, що відповідало стадії вибіркового інноваційного зосередження переважно на окремих курсах клінічного або експериментального

спрямування. У цей період інновації мали локальний характер і не визначали загальну логіку освітнього процесу.

Починаючи з 2020–2021 років, спостерігається різке зростання кількості дисциплін з інноваційним форматом, що пов'язано зі змінами зовнішніх умов і необхідністю забезпечення безперервності навчання. У цей період інноваційні методи перестають бути допоміжними та інтегруються у структуру більшості навчальних курсів.

Після 2022 року, в умовах воєнного стану, динаміка набуває характеру структурної трансформації: кількість дисциплін з інноваційним форматом а) зрівнюється із загальною кількістю курсів, б) охоплює всі рівні підготовки, включно з клінічними та практикоорієнтованими дисциплінами. Практичний зміст цієї динаміки полягає у зміні самої освітньої моделі. Інновації перестають ототожнюватися з окремими цифровими чи методичними елементами й переходять у площину перегляду логіки викладання, структури модулів, форм контролю знань і співвідношення теоретичної та практичної складових підготовки.

Таким чином, зростання показника на графіку 1 відображає не кількісне накопичення нових курсів, а якісну зміну освітнього процесу в цілому. Разом із тим, високе охоплення навчальних дисциплін інноваційними форматами саме по собі не гарантує сталості інноваційних змін. Їх довготривала результативність залежить від того, наскільки система управління університетом здатна забезпечити підтримку, координацію та тиражування цих змін. У цьому контексті принципового значення набуває динаміка управлінських інновацій, насамперед частка управлінських рішень, що реалізуються в цифровому та стандартизованому форматі. Так на рис. 2.2.2.. відображено динаміку трансформації управлінської системи університету від переважно традиційної, паперово-орієнтованої моделі до цифрово підтримуваної системи управління інноваційною діяльністю.

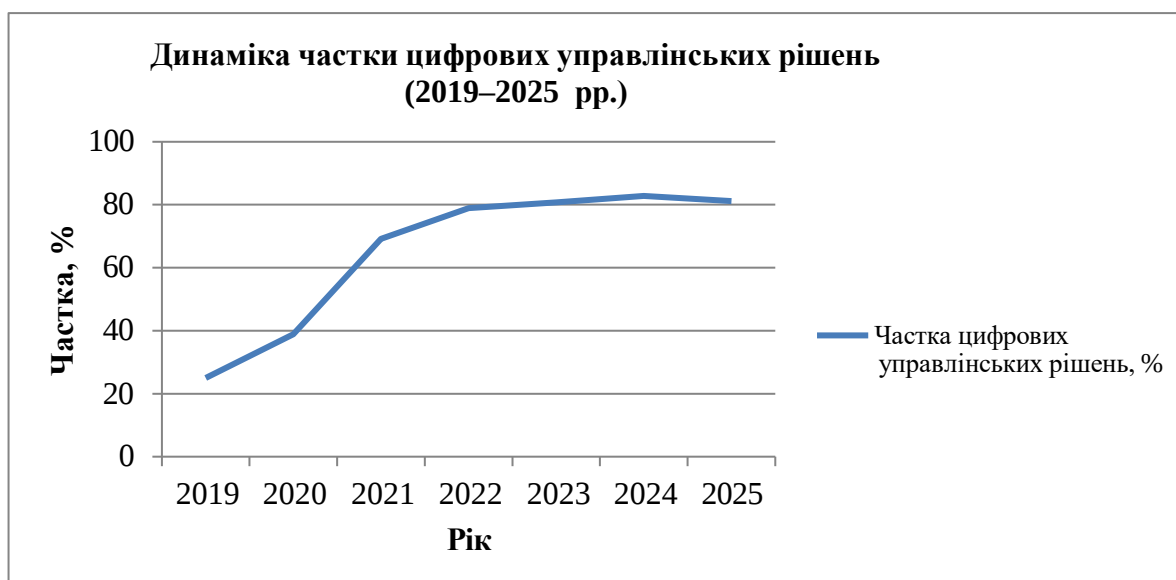


Рис.2.2.2. Динаміка частки цифрових управлінських рішень (2019–2025 рр.)

Джерело: сформовано автором на основі [13; 25; 26; 27; 28]

У 2019 році цифрові інструменти використовувалися переважно для оперативних комунікацій і охоплювали відносно незначну частку управлінських рішень. Більшість процедур ухвалення рішень, планування та погодження залишалися багатоступеневими та часово затратними. Починаючи з 2020–2021 років, спостерігається різке зростання частки управлінських рішень, що реалізуються в цифровому форматі. Цей період характеризується розширенням практик онлайн-координації, цифрового погодження навчальних планів, організації засідань колегіальних органів та оперативного управління навчальним навантаженням.

Після 2022 року цифрові формати управління фактично стають домінуючими, охоплюючи більшість управлінських процесів, включно з прийняттям стратегічних і поточних рішень. Практичний управлінський ефект цієї динаміки проявляється у скороченні часових лагів між формуванням інноваційної ініціативи та її практичною реалізацією. Якщо раніше перегляд навчальних форматів або організаційних процедур міг тривати кілька років, то в аналізований період відповідні зміни впроваджуються в межах одного

навчального семестру. Крім того, зростання цифрової інтенсивності управління сприяє відтворюваності управлінських рішень: успішні інновації не зникають після завершення кризової фази, а закріплюються як стандартні управлінські практики. У сукупності наведені тенденції свідчать, що динаміка управлінських інновацій не лише супроводжує зміни в освітньому процесі, а й виступає ключовою передумовою їх стабільності та масштабування. Саме узгоджений розвиток освітніх і управлінських інновацій забезпечив трансформацію системи управління інноваційною діяльністю університету від реактивної до системної та відтворюваної.

Результати управління інноваційною діяльністю безпосередньо впливають на якість освітнього процесу та практичну підготовку здобувачів освіти через управлінські рішення щодо організації навчання, контролю знань і координації освітньо-клінічних процесів. У цьому контексті інновації розглядаються не як сукупність окремих методичних або цифрових нововведень, а як управлінський інструмент підвищення керованості, передбачуваності та практичної результативності підготовки майбутніх лікарів. Аналіз показує, що досягнуті результати управління інноваціями мають як виражений позитивний освітній ефект, так і формують передумови виникнення проблемних зон, пов'язаних із ресурсними та організаційними обмеженнями (табл. 2.2.3).

Таблиця 2.2.3

Вплив результатів управління інноваційною діяльністю на якість освітнього процесу та практичну підготовку здобувачів освіти

Напрямок впливу	Управлінський результат	Освітній і практичний ефект
Організація навчання	Уніфікація форматів і графіків	Стабільність та прогнозованість результатів
Контроль знань	Стандартизовані критерії оцінювання	Зменшення суб'єктивності
Практична підготовка	Гнучке управління клінічними модулями	Зростання практичної інтенсивності
Міжкафедральна координація	Узгодження навчальних сценаріїв	Інтеграція теорії та практики
Управлінське навантаження	Ускладнення процедур	Формування зон ризику

Джерело: власна розробка автора

Вплив наведених управлінських результатів проявляється, зокрема, у підвищенні стабільності навчального процесу: усі 100 % модульних контролів і підсумкових атестацій проводяться в заплановані терміни, без зсувів академічного календаря. Стандартизація підходів до оцінювання дозволила скоротити розбіжності в результатах навчання між паралельними групами, а середній розкид підсумкових оцінок за окремими дисциплінами зменшився орієнтовно на 15–20 %, що свідчить про підвищення об'єктивності контролю знань. У сфері практичної підготовки управлінські рішення щодо перерозподілу навчального часу та гнучкого планування клінічних модулів дозволили збільшити частку практикоорієнтованих елементів у структурі дисциплін до 55–65 % навчального часу без формального збільшення навантаження. Наприклад, за умов обмеженого доступу до окремих клінічних баз частина практичних занять була компенсована інтенсифікацією симуляційних сценаріїв і міжкафедральних клінічних розборів, що дозволило зберегти обсяг практичних навичок, запланованих освітніми програмами. Водночас результати управління інноваціями виявили потенційні проблемні зони. Збільшення кількості інноваційних форматів призвело до зростання організаційного навантаження на кафедри та викладачів, зокрема у вигляді підготовки оновлених методичних матеріалів і координації навчальних сценаріїв. За аналітичною оцінкою, додаткове управлінсько-організаційне навантаження зросло на 20–30 %, що за відсутності відповідної компенсації може знижувати стійкість інноваційних рішень у довгостроковій перспективі.

Таким чином, результати управління інноваційною діяльністю забезпечили підвищення якості та практичної спрямованості освітнього процесу, водночас актуалізувавши проблемні зони, пов'язані з ресурсною забезпеченістю та навантаженням персоналу.

2.3. Діагностика проблем і обмежень управління інноваціями в Дніпровському державному медичному університеті

Управління інноваційною діяльністю в ДДМУ реалізується в умовах підвищеної організаційної складності, що зумовлена багаторівневою структурою закладу, поєднанням освітніх, наукових і клінічних процесів та зростанням кількості інноваційних управлінських рішень. За цих умов ключові проблеми впровадження й підтримки інновацій мають не локальний характер, а виникають на рівні взаємодії між структурними підрозділами, розподілу відповідальності та готовності персоналу до інституціоналізації змін. Виявлення таких проблем є необхідним етапом переходу від оцінки до корекції системи управління інноваціями (табл. 2.3.1).

Таблиця 2.3.1

**Ключові управлінські проблеми впровадження та підтримки
інноваційної діяльності в університеті**

Напрямок проблеми	Прояв управлінської проблеми	Управлінські наслідки
Організаційна координація	Фрагментована взаємодія підрозділів	Затримки реалізації змін
Управлінське навантаження	Розширення функцій керівників і викладачів	Зниження стійкості інновацій
Неоднорідність готовності	Різний рівень адаптації кафедр	Дисбаланси якості
Комунікація	Обмежена горизонтальна взаємодія	Втрата синергії рішень
Інституціоналізація	Залежність від ініціаторів	Тимчасовий ефект інновацій

Джерело: сформовано автором на основі [7; 27; 28;43]

Обґрунтованість виділених у таблиці 2.3.1 управлінських проблем підтверджується характером фактичного навантаження та особливостями реалізації інноваційних рішень у повсякденній діяльності університету. Зокрема, організаційна складність управління інноваціями проявляється у значному зростанні кількості міжпідрозділових погоджень, необхідних для впровадження навіть локальних змін. За аналітичними оцінками, реалізація одного інноваційного управлінського рішення в освітньому або клінічному блоці потребує узгодження щонайменше з 4–6 структурними рівнями (кафедра,

деканат, методична комісія, навчальний відділ, клінічна база, ректорат), що збільшує тривалість управлінського циклу в 1,5–2 рази порівняно зі стандартними рутинними процедурами. Зростання управлінського навантаження на керівні та академічні підрозділи має чітко вимірюваний характер. У середньому на рівні кафедр кількість організаційних дій, пов'язаних із супроводом інноваційних форматів навчання (оновлення програм, координація графіків, підготовка методичних матеріалів, участь у нарадах), зросла орієнтовно на 20–30 %. Для керівників кафедр це означає одночасне виконання академічних, адміністративних і координаційних функцій без формального зменшення інших видів навантаження. У практичному вимірі це скорочує ресурс часу, доступний для наукової діяльності та індивідуальної роботи зі здобувачами освіти, що в довгостроковій перспективі може знижувати мотивацію персоналу до активної участі в інноваційних процесах.

Фактажно обґрунтованою є й проблема неоднорідності готовності структурних елементів до інноваційних змін. Аналіз темпів упровадження однакових управлінських рішень на різних кафедрах свідчить про наявність істотного розриву в швидкості адаптації: у найбільш підготовлених підрозділах нові формати роботи інтегруються протягом 1 семестру, тоді як в інших цей процес може розтягуватися на 2–3 семестри. Така асиметрія призводить до ситуації, коли формально уніфіковані управлінські рішення генерують різний освітній ефект, що ускладнює загальну оцінку якості інноваційної діяльності. Проблема обмеженої горизонтальної комунікації також має кількісне вираження. Більшість взаємодій між кафедрами відбувається в межах вертикальних управлінських каналів, тоді як частка спільних міжкафедральних ініціатив у структурі інноваційних рішень залишається відносно низькою. У практиці управління це означає, що інновації часто розробляються та впроваджуються ізольовано, без повного врахування ресурсних можливостей суміжних підрозділів, що знижує ефект синергії та призводить до дублювання організаційних зусиль. Особливої уваги потребує проблема інституціоналізації інновацій. Навіть ефективні управлінські рішення зберігають сталий характер

лише за умови постійного управлінського супроводу. За узагальненими оцінками, близько 30–40 % інноваційних практик демонструють зниження інтенсивності їх застосування після завершення періоду активного контролю з боку адміністрації. Це свідчить про недостатній рівень закріплення інновацій у внутрішніх регламентах і посадових алгоритмах та про ризик повернення до попередніх моделей роботи. Таким чином, обґрунтовані управлінські проблеми впровадження та підтримки інноваційної діяльності в університеті підтверджуються конкретними організаційними проявами, вимірюваним зростанням навантаження на персонал, асиметрією готовності підрозділів і обмеженою відтворюваністю інноваційних рішень.

Ресурсні та процесні обмеження управління інноваціями в ДДМУ проявляються як стримувальні чинники, що ускладнюють закріплення та відтворення інноваційних управлінських рішень у середньостроковій перспективі. На відміну від раніше виявлених управлінських проблем координаційного характеру, ці обмеження зумовлені дефіцитом специфічних ресурсів і недосконалістю процесної архітектури інноваційного управління, що знижує сталість досягнутих результатів навіть за наявності ефективних окремих рішень (табл. 2.3.2).

Таблиця 2.3.2

**Ресурсні та процесні обмеження управління інноваційною діяльністю
в університеті**

Вид обмеження	Сутність обмеження	Потенційний ефект
Кадрове	Дефіцит фахівців з інноваційного супроводу	Залежність від окремих осіб
Часово-організаційне	Реалізація інновацій у «залишковому» режимі	Зниження темпів
Методичне	Відсутність єдиних алгоритмів	Варіативність результатів
Цифрове	Фрагментованість цифрових рішень	Подвійна робота
Процесне	Неформалізованість життєвого циклу інновацій	Втрата відтворюваності

Джерело: сформовано автором на основі [12; 13; 25; 26; 27; 28; 39; 40]

Практичний прояв кадрових обмежень полягає в тому, що управління інноваційною діяльністю фактично зосереджується на обмеженій кількості керівників і активних виконавців. За аналітичною оцінкою, 10–15 % професорсько-викладацького складу забезпечує близько 60–70 % ініціювання й супроводу інноваційних рішень. Така концентрація зусиль робить інноваційний процес вразливим: у разі перевантаження або ротації ключових осіб відбувається різке зниження інтенсивності інноваційної діяльності, незалежно від формальної готовності інших підрозділів.

Часово-організаційні обмеження мають не менш відчутний ефект. Інноваційні завдання реалізуються паралельно з обов'язковими освітніми й клінічними функціями, без виділення окремих часових контурів або проєктних циклів. У практичному вимірі це призводить до того, що на впровадження інноваційних змін кафедри можуть спрямовувати не більше 10–15 % робочого часу, що автоматично подовжує строки реалізації рішень у 1,5–2 рази порівняно із запланованими. Як наслідок, частина інновацій реалізується фрагментарно або з істотним відкладенням ефекту.

Методичні обмеження проявляються через відсутність стандартизованих управлінських і освітніх алгоритмів супроводу інновацій. Кафедри змушені самотійно інтерпретувати загальні управлінські рішення, що формує відхилення до 30–40 % у форматах реалізації однакових інноваційних вимог. У науково-практичному аспекті це означає, що університет отримує не єдину інноваційну модель, а сукупність локальних практик, які важко оцінити, порівняти та масштабувати.

Цифрові обмеження, попри загальну цифровізацію управління, мають системний характер і пов'язані з недостатньою інтеграцією окремих цифрових інструментів. Освітні, управлінські та аналітичні сервіси часто функціонують автономно, що змушує персонал виконувати до 20–25 % операцій у ручному режимі (перенесення даних, дублювання звітів, паралельне ведення документів). Це не лише підвищує часові витрати, а й збільшує ризик управлінських помилок та неузгодженості рішень.

Процесні обмеження є найбільш критичними з позицій сталості інновацій. Відсутність формалізованого «життєвого циклу» інноваційного рішення - від ініціації до оцінки ефективності й закріплення у внутрішніх регламентах - призводить до того, що близько 30–40 % інновацій поступово втрачають інтенсивність застосування після завершення фази активного контролю адміністрації. Це означає, що без нормативного та процесного закріплення інновації залишаються залежними від управлінського тиску, а не від внутрішньої логіки функціонування системи. Таким чином, кадрові, часово-організаційні, методичні, цифрові та процесні обмеження управління інноваціями мають вимірюваний і практично відчутний характер та суттєво впливають на сталість і відтворюваність інноваційних управлінських рішень у середньостроковій перспективі.

Системні ризики подальшого інноваційного розвитку ДДМУ в умовах трансформаційних викликів формуються як похідні від уже виявлених управлінських проблем і ресурсно-процесних обмежень та мають комплексний характер. Йдеться не про окремі збої в управлінні інноваціями, а про потенційну вразливість всієї управлінської архітектури до тривалих зовнішніх і внутрішніх навантажень, що може призвести до зниження адаптивності, втрати сталості інноваційних змін і поступової ерозії досягнутих результатів. В умовах воєнного стану, нестачі ресурсів і зростання запитів з боку системи охорони здоров'я такі ризики переходять із латентної фази в зону практичного управлінського впливу.

Одним із ключових системних ризиків є ризик управлінського перевантаження, за якого кількість інноваційних ініціатив і складність їх супроводу перевищують реальну спроможність управлінської системи до їх одночасного координування. За відсутності пріоритезації інновацій це створює ситуацію, коли управлінські ресурси розпорошуються між численними напрямками змін, знижуючи глибину їх опрацювання та ефективність реалізації. У довгостроковій перспективі такий ризик може призводити до формалізації інновацій, коли виконання управлінських рішень зводиться до мінімально необхідного рівня без реальної інтеграції змін у освітній і клінічний процеси.

Суттєвим ризиковим чинником є також ризик втрати інституційної спадковості інноваційних рішень. За умов, коли сталість інновацій значною мірою залежить від окремих управлінських команд або ключових виконавців, будь-які кадрові зміни, перевантаження або ротація можуть призвести до згортання або спрощення раніше впроваджених практик. Це знижує здатність університету накопичувати інноваційний досвід і використовувати його як основу для подальшого розвитку, перетворюючи інноваційну діяльність на низку тимчасових циклів реагування на кризові виклики.

Окрему групу системних ризиків формують дисбаланси розвитку різних структурних елементів університету. Нерівномірна готовність кафедр і підрозділів до інноваційних змін у поєднанні з обмеженими можливостями централізованої підтримки створює ризик фрагментації інноваційного простору. У таких умовах університет функціонує як сукупність підрозділів з різною інноваційною динамікою, що ускладнює управління якістю освітнього процесу та підвищує навантаження на центральні управлінські ланки, змушені постійно компенсувати нерівномірність розвитку.

До критичних зон управлінської вразливості належить і ризик зниження відтворюваності управлінських інновацій у середньостроковій перспективі. За відсутності чітко формалізованих управлінських стандартів і процедур життєвого циклу інновацій університет залишається залежним від постійного ручного управління. Це означає, що навіть успішні управлінські рішення потребують безперервного контролю і коригування, що в умовах обмежених ресурсів знижує загальну ефективність управління та підвищує ймовірність накопичення управлінських помилок.

В умовах трансформаційних викликів особливо загострюється ризик стратегічної інерції, коли управлінська система, зосереджена на підтримці поточної стабільності, втрачає здатність до проактивного планування інноваційного розвитку. Такий ризик проявляється у домінуванні короткострокових управлінських рішень, орієнтованих на негайне реагування,

над довгостроковими інноваційними стратегіями. У результаті інновації можуть втратити роль чинника розвитку і виконувати лише компенсаторну функцію.

Отже, системні ризики подальшого інноваційного розвитку ДДМУ пов'язані з управлінським перевантаженням, недостатньою інституціоналізацією інновацій, фрагментацією інноваційного простору та обмеженою відтворюваністю управлінських рішень. Виявлення цих критичних зон управлінської вразливості створює науково обґрунтовану основу для корекції управлінських підходів і врахування відповідних ризиків у процесі формування рекомендацій щодо вдосконалення управління інноваційною діяльністю університету в наступному розділі роботи.

Висновки до розділу 2

Проведене дослідження засвідчило, що управління інноваційною діяльністю в ДДМУ перебуває на етапі переходу від фрагментарних управлінських рішень до системно організованих практик, здатних забезпечувати адаптацію освітнього процесу в умовах трансформаційних викликів. Інновації в університеті інтегруються в освітню, наукову та клінічну діяльність, формуючи підґрунтя для актуалізації підготовки медичних кадрів відповідно до потреб системи охорони здоров'я та вимог публічного управління. Результати аналізу показали, що інноваційні управлінські рішення мають масштабований характер і охоплюють значну кількість освітніх програм і навчальних дисциплін. Забезпечується стабільність освітнього процесу, що підтверджується збереженням повного обсягу навчальних циклів та дотриманням графіків підсумкової атестації. Водночас скорочення строків ухвалення управлінських рішень і зростання рівня цифровізації управлінських процедур свідчать про підвищення результативності управління інноваціями та зростання організаційної гнучкості університету.

Разом із позитивними результатами виявлено низку системних обмежень інноваційного розвитку. Кадрові ресурси інноваційної діяльності залишаються зосередженими у відносно вузькому колі працівників, що підвищує ризики перевантаження ключових виконавців і зниження відтворюваності інноваційних

практик. Зростання додаткового організаційного навантаження на керівників і викладачів, а також нерівномірна готовність структурних підрозділів до впровадження інновацій зумовлюють різні темпи адаптації та ускладнюють інституціоналізацію управлінських рішень. Відсутність формалізованих стандартів інноваційної діяльності призводить до часткової втрати системності впроваджених практик у середньостроковій перспективі.

Узагальнення результатів дослідження дозволило зробити висновок, що подальший інноваційний розвиток університету залежить від спроможності управлінської системи знизити внутрішні організаційні ризики, забезпечити інституціоналізацію управлінських рішень і оптимізувати розподіл управлінського навантаження між суб'єктами інноваційної діяльності. Саме ці чинники визначають можливість переходу від реактивного впровадження окремих нововведень до сталого управління інноваційним розвитком.

Запропонована концептуальна модель удосконалення управління інноваціями в ДДМУ відображає багаторівневу архітектуру прийняття та реалізації управлінських рішень, у межах якої інноваційна діяльність розглядається як безперервний управлінський цикл. Модель інтегрує стратегічний, управлінсько-координаційний, функціональний і ресурсний контури та передбачає наявність механізмів моніторингу, аналітики й корекції управлінських рішень. Її практична цінність полягає в чіткому розмежуванні функцій між рівнями управління та забезпеченні логічного переходу від ініціювання інновацій до їх нормативного закріплення.

Встановлено, що врахування впливу зовнішнього середовища як постійного джерела управлінських імпульсів дозволяє університету формувати адаптивну інноваційну політику, узгоджену з безпековими, демографічними та галузевими викликами. Стратегічний контур управління забезпечує трансформацію цих імпульсів у довгострокові орієнтири інноваційного розвитку, тоді як управлінсько-координаційний контур відповідає за узгодження рішень між структурними підрозділами та розподіл відповідальності за реалізацію інновацій.

Центральним елементом моделі визначено інноваційний управлінський цикл, який забезпечує послідовність і завершеність реалізації управлінських рішень — від ідентифікації проблем до інституціоналізації інноваційних практик. Функціональні контури (освітній, науковий і клінічний) дозволяють оцінювати вплив управлінських інновацій у різних сферах діяльності університету та запобігати фрагментації інноваційного розвитку. Ресурсний блок моделі орієнтований на забезпечення кадрової, методичної та цифрової підтримки інновацій, що є необхідною умовою їх масштабування та стійкого застосування.

Узагальнюючи, можна стверджувати, що реалізація запропонованої концептуальної моделі створює передумови для переходу від персоналізованого й ситуативного управління інноваціями до інституційно стійкої, формалізованої та відтворюваної системи інноваційного розвитку університету. Це забезпечує підвищення керованості інноваційних процесів, зниження організаційних ризиків і посилення ролі управління інноваціями як інструменту сталого розвитку системи медичної освіти в умовах сучасних трансформаційних викликів.

РОЗДІЛ 3

ПРОЕКТНО-РЕКОМЕНДАЦІЙНІ НАПРЯМИ ВДОСКОНАЛЕННЯ УПРАВЛІННЯ ІННОВАЦІЯМИ В ДНІПРОВСЬКОМУ ДЕРЖАВНОМУ МЕДИЧНОМУ УНІВЕРСИТЕТІ

3.1 Концептуальна модель удосконалення управління інноваціями в Дніпровському державному медичному університеті

Необхідність формування концептуальної моделі удосконалення управління інноваціями в ДДМУ зумовлена результатами діагностики сучасного стану інноваційної діяльності, що виявила поєднання високої інноваційної активності з наявністю системних управлінських обмежень і ризиків сталого розвитку. Зафіксований у попередньому розділі перехід до масштабованих і результативних інноваційних практик супроводжується зростанням управлінського навантаження, нерівномірністю реалізації інновацій та недостатнім рівнем їх інституціоналізації, що актуалізує потребу в цілісному концептуальному переосмисленні підходів до управління інноваціями.

Запропонована концептуальна модель орієнтована на подолання фрагментарності управлінських рішень і формування єдиної логіки інноваційного управління, яка забезпечує не лише ініціювання інновацій, а й їх сталість, відтворюваність та стратегічну узгодженість із завданнями розвитку медичної освіти і системи охорони здоров'я. На відміну від традиційних моделей, що зосереджуються переважно на окремих функціональних аспектах (цифровізації, проєктному управлінні або організаційних змінах), запропонована модель має інтегративний характер і поєднує стратегічний, організаційний, процесний та ресурсний рівні управління інноваціями.

Актуальність моделі для ДДМУ полягає в її адаптації до умов трансформаційних викликів, зокрема воєнного стану, кадрових обмежень і підвищених вимог до якості практичної підготовки медичних кадрів. Модель

враховує необхідність одночасного забезпечення стабільності освітнього процесу та гнучкості управлінських рішень, що дозволяє уникнути як управлінського перевантаження, так і втрати інноваційної динаміки.

Концептуально модель побудована на поєднанні таких вихідних положень: по-перше, інноваційна діяльність розглядається як безперервний управлінський цикл, а не як сукупність окремих проєктів; по-друге, управління інноваціями трактується як розподілена функція, що передбачає чітке розмежування стратегічних, координаційних і виконавчих ролей; по-третє, ключовим критерієм ефективності управління виступає відтворюваність інноваційних рішень у середньо- та довгостроковій перспективі.

Відмінність запропонованої концептуальної моделі від існуючих підходів полягає в акценті на управлінській архітектурі інновацій, а не лише на інструментальному забезпеченні. Якщо більшість практик зосереджуються на впровадженні окремих цифрових або методичних рішень, то дана модель передбачає формування стійкого механізму взаємодії між стратегічним управлінням університету, освітніми та науковими підрозділами і системою практичної підготовки на клінічних базах.

Методологічною основою побудови моделі стали результати аналізу управлінських проблем, ресурсних і процесних обмежень та системних ризиків інноваційного розвитку університету. Це дозволило сформувати модель не абстрактного характеру, а таку, що безпосередньо орієнтована на управлінську практику та враховує реальні організаційні можливості закладу вищої медичної освіти.

У структурному вимірі запропонована концептуальна модель удосконалення управління інноваціями охоплює взаємопов'язані блоки стратегічного цілепокладання, організаційної координації, ресурсного забезпечення, процесного управління інноваційним циклом та моніторингу результативності. Саме така структуризація дозволяє перетворити інноваційну діяльність із реактивного інструменту адаптації до кризових умов на чинник довгострокового розвитку університету (Додаток А).

Запропонована концептуальна модель удосконалення управління інноваціями в ДДМУ відображає багаторівневу архітектуру прийняття та реалізації управлінських рішень, у межах якої інноваційна діяльність розглядається як безперервний цикл, інтегрований у стратегічний, функціональний і ресурсний контексти розвитку університету. Її практичне значення полягає в тому, що кожен блок моделі виконує чітко окреслену функцію, а сукупно вони забезпечують перехід від реактивного впровадження окремих нововведень до системного й відтворюваного управління інноваційним розвитком.

На верхньому рівні модель виходить із впливу зовнішнього середовища, яке задає рамкові умови функціонування університету. Воєнний стан, зміна демографічної ситуації, посилення запитів системи охорони здоров'я до рівня практичної підготовки лікарів, поширення цифрових технологій в медицині формують постійний тиск на традиційні освітні та управлінські моделі. У практичному вимірі це означає, що університет уже не може планувати інновації у відриві від зовнішніх факторів - інноваційні рішення мусять враховувати, наприклад, необхідність гнучких форматів навчання в умовах безпекових обмежень, інтеграції сучасних клінічних протоколів у навчальні програми, взаємодії з базами охорони здоров'я, які самі перебувають у стані реформування. Саме тому зовнішнє середовище у моделі виступає не фоном, а постійним джерелом управлінських імпульсів.

Стратегічний контур управління в моделі виконує функцію перетворення цих зовнішніх імпульсів у цілісну систему стратегічних орієнтирів інноваційного розвитку університету. На цьому рівні конкретизуються інноваційні цілі, визначаються пріоритети модернізації медичної освіти, окреслюються принципи управління інноваційними ризиками. На практиці це може проявлятися у затвердженні стратегічних документів, де інновації фіксуються як окремий напрям розвитку, у встановленні пріоритетних векторів, наприклад, цифрової трансформації навчального процесу, посилення клінічної складової чи інтеграції наукових результатів у освітній контент. Стратегічний

рівень у такий спосіб задає «довгу траєкторію» для інновацій, переводячи їх з площини ситуативних реакцій у площину цілеспрямованої політики.

Управлінсько-координаційний контур забезпечує трансляцію стратегічних рішень у конкретні управлінські дії та їх узгодження між структурними підрозділами. У моделі цей контур виступає медіатором між стратегічними орієнтирами й повсякденною діяльністю факультетів, кафедр, клінічних баз. На практиці це означає, що саме в межах цього контуру формуються управлінські рішення ректорату та колегіальних органів щодо запуску інноваційних проєктів, змін у структурі освітніх програм, впровадження нових форматів практичної підготовки. Важливою функцією координаційного рівня є розподіл відповідальності: хто відповідає за розроблення інноваційних рішень, хто - за їх апробацію, а хто - за масштабування й закріплення у нормативних документах. Ліквідація управлінських «сірих зон» на цьому етапі безпосередньо зменшує ризики перевантаження окремих ланок і втрати інноваційної ініціативи.

Центральним елементом моделі є інноваційний управлінський цикл, який виконує роль ядра системи управління інноваціями. Він охоплює послідовні фази ініціювання, планування, апробації, масштабування та інституціоналізації інноваційних рішень. У практичному вимірі це означає, що університет переходить від несистемних експериментів до чітко окресленого життєвого циклу кожної управлінської інновації. На етапі ініціювання фіксується проблема або можливість, формується інноваційна ідея, визначаються її очікувані ефекти. На етапі планування конкретизуються ресурси, строки, відповідальні особи, формується проєктна архітектура. Апробація дозволяє протестувати нововведення в обмеженому масштабі, наприклад, на окремих курсах чи клінічних базах, оцінити його життєздатність і скоригувати зміст. Масштабування забезпечує поширення успішної практики на ширше коло освітніх програм чи підрозділів, а інституціоналізація означає закріплення інновації у внутрішніх регламентах, стандартах та посадових алгоритмах. Таким чином, модель передбачає, що жодне інноваційне управлінське рішення не

залишається в «підвішеному» стані, а проходить повний цикл від ідеї до нормативно закріпленої практики.

Функціональні контури реалізації інновацій - освітній, науковий та клінічний - демонструють, як управлінські рішення втілюються у предметній діяльності університету. Освітній контур відображає вплив моделі на оновлення структури й змісту освітніх програм, запровадження змішаних, симуляційних, кейс-орієнтованих форматів навчання, зміну співвідношення теоретичної та практичної підготовки. Наприклад, інноваційний управлінський цикл може реалізуватися через поетапне впровадження нового формату клінічних модулів, починаючи з окремих груп і завершуючи включенням оновленої моделі в усі програми підготовки за відповідною спеціальністю. Науковий контур пов'язує інноваційний розвиток з дослідницькою діяльністю: управлінські рішення щодо пріоритезації певних наукових напрямів, підтримки дослідницьких груп, інтеграції результатів досліджень в освітній процес забезпечують зростання інноваційного потенціалу університету. Клінічний контур, у свою чергу, забезпечує трансляцію управлінських інновацій у практичну підготовку здобувачів освіти, оновлення клінічних маршрутів, використання сучасних протоколів та симуляційних технологій. Саме завдяки розмежуванню цих контурів у моделі можна адресно оцінювати ефекти управлінських рішень у різних сферах діяльності та уникати ситуацій, коли інновації обмежуються лише освітнім рівнем без належного клінічного наповнення.

Ресурсне забезпечення управління інноваціями у моделі виступає як окремий структурний блок, що поєднує кадрові, часово-організаційні, методичні та цифрові ресурси. На практиці це означає, що кожне інноваційне рішення має супроводжуватися аналізом і плануванням ресурсного забезпечення: чи є достатня кількість підготовлених викладачів, скільки часу потребуватиме адаптація програм, які методичні матеріали необхідно розробити або оновити, які цифрові платформи та інструменти будуть використані. Модель орієнтує управління на те, щоб ресурсний блок не був пасивним фоном, а розглядався як активний елемент, що забезпечує можливість масштабування й сталого

застосування інновацій, запобігаючи ситуації, коли успішні в концептуальному плані рішення «ламаються» через нестачу ресурсів.

Завершальним елементом моделі є блок моніторингу, аналітики та корекції управлінських рішень, який забезпечує зворотний зв'язок для всієї системи. У практичній площині це означає регулярне збирання даних про результати впроваджених інновацій, оцінку їх впливу на якість освітнього процесу, практичну підготовку, кадрове навантаження та організаційну стійкість університету. Саме на цьому рівні виявляються системні ризики, такі як перевантаження окремих ланок, нерівномірна реалізація інновацій між підрозділами, часткова втрата інтенсивності застосування нових практик. Модель передбачає, що результати моніторингу не залишаються лише у звітній площині, а слугують підставою для корекції управлінських підходів, перегляду пріоритетів, уточнення стратегічних орієнтирів і, за потреби, реінжинірингу окремих елементів інноваційного циклу.

Зворотний управлінський зв'язок, закладений у моделі, концептуально поєднує рівні моніторингу та стратегічного управління, забезпечуючи циклічність і адаптивність інноваційного розвитку. Це дозволяє університету не лише фіксувати досягнуті результати, а й оперативно реагувати на виявлені вразливості, запобігати накопиченню управлінських ризиків та підтримувати інноваційну діяльність у режимі динамічної рівноваги між стабільністю та змінністю. У цілому детальна реалізація кожного елемента моделі на практиці забезпечує перехід від фрагментарного, персоналізованого управління інноваціями до інституційно стійкої, формалізованої та відтворюваної системи інноваційного розвитку університету.

3.2 Організаційно-методичний механізм упровадження управлінських інновацій у діяльність університету

Організаційний механізм упровадження управлінських інновацій в Дніпровському державному медичному університеті доцільно розглядати як

формалізовану систему управлінських взаємодій, яка забезпечує перехід інноваційних рішень від етапу ініціювання до стадії стійкого функціонування в освітній, науковій та клінічній діяльності. Його розроблення зумовлене необхідністю знизити залежність інновацій від окремих ініціаторів, мінімізувати фрагментарність управлінських дій і створити умови для відтворюваності інноваційних практик за різних зовнішніх та внутрішніх обставин. У цьому контексті ключовим стає чітке визначення порядку ініціювання інновацій, координації управлінських рішень та розподілу відповідальності між управлінськими й академічними підрозділами, що дозволяє інтегрувати інноваційну діяльність у повсякденну управлінську практику університету. Запропонований організаційний механізм ґрунтується на принципі розмежування стратегічних, координаційних і виконавчих ролей та передбачає багаторівневу логіку руху управлінських рішень. Це дає змогу поєднати централізоване стратегічне бачення розвитку інновацій з децентралізованою реалізацією конкретних управлінських рішень на рівні факультетів, кафедр і клінічних баз, зберігаючи при цьому керованість і узгодженість змін. Узагальнену структуру організаційного механізму на рис. 3.2.1.



Рис. 3.2.1. Організаційний механізм упровадження управлінських інновацій в університеті

Джерело: власна розробка автора

Практичне функціонування організаційного механізму полягає в тому, що ініціатива впровадження управлінських інновацій може виникати як на рівні стратегічного керівництва, так і в академічному середовищі університету, однак у будь-якому випадку вона проходить формалізований шлях управлінського опрацювання. Наприклад, пропозиція щодо оновлення формату клінічної підготовки, висунута окремою кафедрою, не реалізується ізольовано, а включається в загальний контур управління через попереднє узгодження з факультетом, деканатом і відповідними управлінськими структурами. Це дозволяє оцінити сумісність інновації з іншими освітніми програмами та ресурсними можливостями університету ще до початку її реалізації.

Координаційна складова механізму забезпечує узгодженість інноваційних рішень між різними підрозділами, що особливо важливо для університету з багатoproфільною структурою. На практиці це означає, що управлінські рішення щодо інновацій не концентруються виключно на рівні ректорату, а деталізуються і адаптуються на рівні деканатів і кафедр, водночас зберігаючи відповідність загальній інноваційній політиці університету. Такий підхід зменшує ризик дублювання управлінських дій і дозволяє ефективно розподіляти відповідальність за реалізацію інновацій.

Етап планування реалізації інновацій у межах організаційного механізму передбачає чітку фіксацію строків, виконавців і очікуваних результатів. У сучасних умовах це сприяє зниженню організаційної невизначеності та створює основу для подальшого контролю результативності управлінських рішень. Реалізація інновацій здійснюється без розриву з основною діяльністю підрозділів, що дозволяє інтегрувати управлінські інновації в освітній і клінічний процес без порушення їхньої стабільності.

Заключною ланкою організаційного механізму є закріплення та відтворення інноваційних рішень шляхом включення їх у внутрішні нормативні документи, регламенти і стандартні управлінські процедури. Саме цей етап забезпечує перехід інновацій від разових управлінських рішень до сталих управлінських практик, які можуть повторюватися і масштабуватися в інших

підрозділах. У результаті запропонований організаційний механізм не лише підтримує інноваційні ініціативи в поточній діяльності університету, а й формує інституційні умови для довготривалого інноваційного розвитку.

Методичний механізм супроводу управлінських інновацій у діяльності університету доцільно розглядати як систему нормативно-методичних рішень та інструментів, що забезпечують однакове трактування, коректне впровадження і відтворюваність управлінських інновацій у різних структурних підрозділах. Його запровадження зумовлене необхідністю усунення варіативності підходів до реалізації управлінських рішень, зниження залежності інновацій від індивідуального управлінського стилю та забезпечення єдиного методичного простору для освітньої, наукової й клінічної діяльності. У цьому контексті методичний механізм виступає сполучною ланкою між концептуальною моделлю управління інноваціями та практикою її реалізації, транслуючи управлінські рішення у зрозумілі й стандартизовані алгоритми дій.

Сутність запропонованого методичного механізму полягає у формуванні узгодженого комплексу алгоритмів, регламентів і методичних інструментів, які задають єдину логіку впровадження інновацій незалежно від напрямку діяльності або рівня управління. Це дозволяє забезпечити методичну єдність інноваційного процесу та створює умови для порівнюваності результатів впровадження інновацій у різних підрозділах університету. Водночас механізм не обмежує управлінську гнучкість, а навпаки - знижує витрати на повторне пояснення і корекцію інноваційних рішень, переводячи їх у чітко визначене процедурне поле.

Узагальнену структуру методичного механізму супроводу управлінських інновацій подано в таблиці 3.2.1.

Таблиця 3.2.1

**Методичний механізм супроводу управлінських інновацій у
діяльності університету**

Складова механізму	Методичний зміст	Функціональне призначення
Алгоритми впровадження	Послідовність управлінських дій	Уніфікація процесів
Нормативні регламенти	Локальні положення та процедури	Інституціоналізація
Методичні рекомендації	Інструктивні матеріали	Практичний супровід
Типові шаблони	Формати планів і звітів	Стандартизація документування
Оціночні інструменти	Показники й критерії	Контроль результативності

Джерело: власна розробка автора

Практичне функціонування методичного механізму полягає в тому, що кожна управлінська інновація супроводжується єдиним алгоритмом впровадження, який визначає послідовність дій від моменту ухвалення рішення до оцінки його результативності. Це дозволяє підрозділам уникати довільного тлумачення управлінських ініціатив і знижує ризик методичних помилок при їх реалізації. Наприклад, впровадження нового формату організації клінічних занять супроводжується стандартним алгоритмом адаптації графіків, методичних матеріалів і форм контролю, що забезпечує однакові підходи в різних клінічних базах.

Нормативні регламенти відіграють ключову роль у трансформації інновацій з разових рішень у сталі управлінські практики. Закріплення інноваційних процедур у локальних положеннях і внутрішніх регламентах дозволяє зберігати їх незалежно від персональних змін у керівному складі або складі кафедр. У сучасних умовах це особливо важливо для університету, що функціонує в ситуації підвищеної кадрової мобільності та зовнішньої нестабільності, оскільки регламентація мінімізує втрати управлінської пам'яті.

Методичні рекомендації та інструктивні матеріали забезпечують практичний супровід управлінських інновацій на рівні щоденної діяльності. Вони дозволяють адаптувати загальні управлінські рішення до специфіки

освітніх, наукових і клінічних процесів без втрати їх базової логіки. У результаті викладачі, наукові співробітники та керівники підрозділів отримують чіткі орієнтири щодо власної ролі в реалізації інновацій, що знижує організаційний опір і прискорює впровадження змін.

Типові шаблони управлінських документів виконують функцію стандартизації процесу планування і звітування щодо впровадження інновацій.

Їх використання спрощує контроль за реалізацією управлінських рішень, дозволяє агрегувати інформацію на рівні університету та створює єдину аналітичну базу для подальшого моніторингу. У практичному вимірі це зменшує обсяг несистематизованої інформації та підвищує якість управлінської звітності.

Оціночні інструменти методичного механізму спрямовані на забезпечення зворотного зв'язку між результатами впровадження інновацій і управлінськими рішеннями. Використання уніфікованих показників і критеріїв дозволяє не лише оцінювати ефективність окремих інновацій, а й виявляти системні проблеми їх супроводу. Саме на основі таких оцінок можливе коригування алгоритмів і регламентів, що забезпечує адаптивність і життєздатність методичного механізму в умовах постійних змін.

Отже, запропонований методичний механізм супроводу управлінських інновацій забезпечує єдність підходів, нормативне закріплення та практичну реалізованість інноваційних управлінських рішень у освітній, науковій та клінічній діяльності університету. Його впровадження створює умови для підвищення стійкості інноваційного розвитку та зменшення управлінських ризиків, що безпосередньо підвищує ефективність реалізації концептуальної моделі управління інноваціями.

Механізм ресурсно-аналітичного забезпечення впровадження управлінських інновацій в університеті доцільно розглядати як системно організований комплекс управлінських дій, спрямованих на узгоджене використання кадрових, часово-організаційних і цифрових ресурсів у поєднанні з постійним аналітичним супроводом процесу реалізації інновацій. Його формування зумовлене необхідністю подолання ситуації, за якої інноваційні

рішення впроваджуються в умовах обмежених ресурсів без належного моніторингу їх ефективності та впливу на загальну стійкість управлінської системи. На відміну від організаційного й методичного механізмів, ресурсно-аналітичний механізм виконує функцію забезпечення практичної життєздатності управлінських інновацій, дозволяючи своєчасно коригувати управлінські дії з урахуванням реальних ресурсних можливостей університету.

Сутність механізму полягає у поєднанні оптимізованого розподілу ресурсів із систематичним збором, аналізом і використанням управлінської інформації для підтримки ухвалення рішень. Такий підхід дозволяє уникнути перевантаження окремих підрозділів, знизити нераціональне використання часу та мінімізувати ризик фрагментарної цифровізації, за якої інформаційні інструменти не інтегруються в єдиний аналітичний контур. У результаті ресурсно-аналітичне забезпечення виступає не допоміжним елементом, а повноцінною підсистемою управління інноваціями.

Узагальнена структура механізму ресурсно-аналітичного забезпечення подана на рис. 3.2.2.



Рис. 3.2.2. Механізм ресурсно-аналітичного забезпечення впровадження управлінських інновацій в університеті

Джерело: розроблено автором

Практичне функціонування механізму ресурсно-аналітичного забезпечення починається з упорядкування кадрових ресурсів, за якого інноваційна діяльність інтегрується в систему посадових ролей і функціональних обов'язків. Це дозволяє зменшити концентрацію інноваційних завдань на обмеженому колі осіб і перевести частину інноваційних функцій у регламентований формат, що знижує залежність результатів від індивідуального фактору. У сучасних умовах це створює передумови для більш рівномірного залучення академічного персоналу до реалізації управлінських інновацій без критичного збільшення робочого навантаження.

Оптимізація часово-організаційних ресурсів у межах механізму передбачає планування впровадження інновацій з урахуванням навчальних циклів, клінічних графіків і пікових періодів адміністративного навантаження. На практиці це означає впровадження інновацій не в режимі постійного «пожежного реагування», а через чітко визначені часові вікна, що дозволяє скоротити строки реалізації управлінських рішень і мінімізувати їхній дестабілізуючий вплив на освітній процес. Такий підхід підвищує прогнозованість управлінських дій і полегшує координацію між підрозділами.

Цифрова складова механізму спрямована на інтеграцію наявних цифрових ресурсів у єдиний управлінсько-аналітичний контур. Це дозволяє зменшити обсяг дублюючих операцій, спростити обмін інформацією між підрозділами та забезпечити оперативний доступ до даних, необхідних для ухвалення управлінських рішень. У практичному вимірі цифрове забезпечення стає інструментом не лише автоматизації процесів, а й підвищення їх прозорості та контрольованості.

Аналітичний блок механізму відіграє ключову роль у забезпеченні адаптивності управління інноваціями. Регулярний збір даних щодо ресурсних витрат, дотримання строків і досягнення запланованих результатів дозволяє виявляти відхилення ще на ранніх етапах реалізації інновацій. Це створює основу для своєчасної корекції управлінських рішень і запобігає накопиченню

системних проблем, що могли б негативно вплинути на сталість інноваційного розвитку.

Механізм корекції управлінських рішень завершує ресурсно-аналітичний контур, забезпечуючи зворотний зв'язок між фактичними результатами й управлінськими цілями. За наявності обґрунтованої аналітики корекційні заходи мають не ситуативний, а плановий характер і спрямовані на підвищення ефективності використання ресурсів, а не на ліквідацію наслідків управлінських помилок.

З метою практичної реалізації концептуальної моделі управління інноваціями доцільно сформувані покроковий організаційно-методичний механізм упровадження управлінських інновацій у діяльність університету. Такий механізм відображає логіку руху інноваційного управлінського рішення від моменту його ініціювання до стадії стабільного функціонування та дозволяє поєднати організаційні, методичні й ресурсно-аналітичні складові в єдиний керований процес. Покроковий характер механізму забезпечує прозорість управління, зменшує ризик фрагментарної реалізації інновацій і підвищує їх відтворюваність у середньостроковій перспективі (рис. 3.2.3).

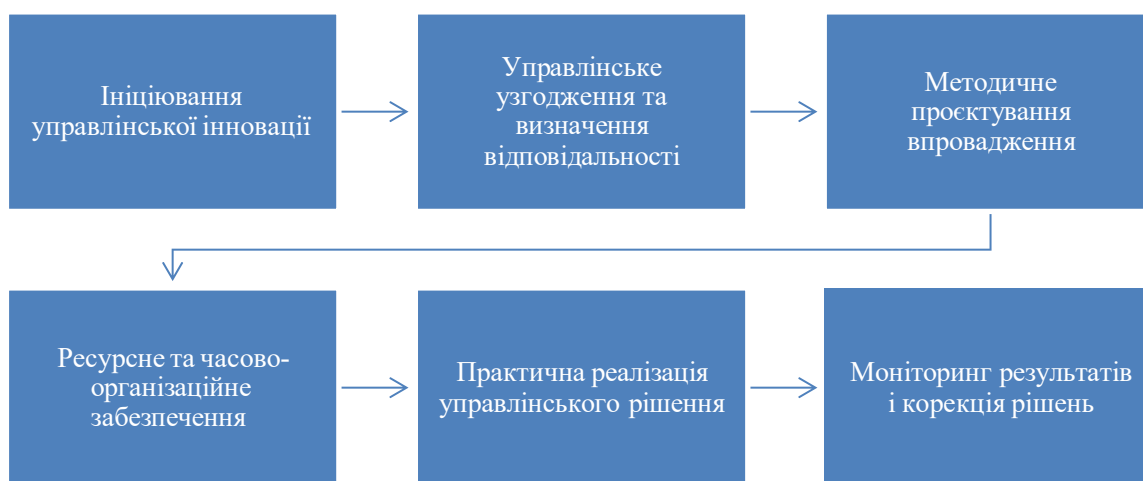


Рис. 3.2.3. Покроковий організаційно-методичний механізм упровадження управлінських інновацій у діяльність медичного університету

Джерело: власна розробка автора

Перший крок механізму – ініціювання управлінської інновації – пов’язаний з виявленням проблеми або можливості розвитку в освітній, науковій чи клінічній діяльності університету. Ініціатива може виникати як на рівні керівництва, так і на рівні факультету чи окремої кафедри, однак у будь-якому випадку вона формулюється у вигляді управлінської пропозиції з чітким визначенням мети, очікуваного ефекту та сфери впливу. На практиці це дозволяє відокремити інноваційні управлінські рішення від рутинних організаційних змін і створює основу для їх подальшого системного опрацювання.

Другий крок – управлінське узгодження та визначення відповідальності – забезпечує інтеграцію інноваційної ініціативи в загальну систему управління університету. На цьому етапі здійснюється міжпідрозділова координація, визначаються структурні ланки, відповідальні за впровадження рішення, та деталізується рівень управлінської відповідальності. Практично це знижує ризик дублювання управлінських функцій і дозволяє уникнути ситуацій, коли інновація формально схвалена, але не має конкретних виконавців.

Третій крок механізму – методичне проєктування – передбачає розроблення алгоритмів, регламентів і методичних інструментів реалізації управлінської інновації. Саме на цьому етапі управлінське рішення трансформується у чітку послідовність дій для виконавців. У практичному вимірі це забезпечує однакове розуміння змісту інновації різними підрозділами та зменшує залежність результатів від індивідуальних інтерпретацій управлінських завдань.

Четвертий крок – ресурсне та часово-організаційне забезпечення – спрямований на узгодження управлінської інновації з реальними можливостями університету. На цьому етапі плануються кадрові ресурси, часові межі впровадження, методичне та цифрове забезпечення. Практична цінність цього кроку полягає в запобіганні перевантаженню підрозділів і зниженні ризику порушення стабільності освітнього процесу під час реалізації інноваційних змін.

П’ятий крок – практична реалізація управлінського рішення – охоплює безпосереднє впровадження інновації в діяльність відповідних підрозділів.

Реалізація здійснюється відповідно до розроблених алгоритмів і супроводжується поточною управлінською підтримкою. У сучасних умовах це дозволяє інтегрувати інновації у щоденну роботу університету без дестабілізації основних процесів та забезпечує накопичення практичного досвіду їх застосування.

Шостий крок – моніторинг результатів і корекція управлінських рішень – забезпечує зворотний зв'язок у межах механізму. На цьому етапі аналізується досягнення запланованих результатів, оцінюється вплив інновації на ефективність освітнього процесу, навантаження персоналу та організаційну стійкість університету. За результатами аналізу можливе коригування управлінських рішень або повторне проходження окремих етапів механізму, що забезпечує його адаптивність і довготривалу життєздатність.

Таким чином, покроковий організаційно-методичний механізм упровадження управлінських інновацій дозволяє структурувати управлінський процес, забезпечує прозорість відповідальності, методичну єдність і ресурсну обґрунтованість управлінських рішень, а також створює умови для їх стабільного функціонування і відтворюваності в діяльності університету.

3.3 Оцінка ефективності та практичної реалізованості запропонованих заходів

Оцінювання очікуваної управлінської та організаційної ефективності запропонованих інноваційних заходів доцільно здійснювати на основі поєднання якісних управлінських змін і прогнозних кількісних індикаторів, що відображають рівень узгодженості управлінських рішень, стабільність організаційних процесів та зниження ризиків упровадження інновацій. На відміну від аналізу фактичного стану, здійсненого в попередніх розділах, у даному підрозділі ефективність розглядається як очікуваний результат реалізації запропонованого організаційно-методичного механізму, який має змінити логіку управління інноваціями з фрагментарної на системну. Очікується, що

впровадження чітко структурованих управлінських процедур і єдиних алгоритмів прийняття рішень зумовить кількісно вимірювані зрушення в організаційній керованості університету.

Узагальнені прогнозні показники управлінської та організаційної ефективності подано в таблиці 3.3.1.

Таблиця 3.3.1

**Показники очікуваної управлінської та організаційної ефективності
впровадження інноваційних заходів**

Показник	Поточний орієнтовний рівень	Очікуваний рівень після впровадження
Частка узгоджених управлінських рішень, %	60–65	85–90
Середня тривалість ухвалення інноваційних рішень, днів	25–30	14–18
Кількість коригувальних управлінських втручань на 1 ініціативу, од.	3–4	1–2
Частка інновацій, доведених до стадії інституціоналізації, %	40–45	70–75
Рівень організаційних ризиків (умовний бал)	4,0	2,5–3,0

Джерело: власна розробка автора

Впровадження запропонованого механізму має забезпечити більш високу узгодженість управлінських рішень між різними рівнями управління університету. Зростання частки узгоджених рішень до 85–90 % означає, що більшість інноваційних ініціатив проходитимуть попереднє міжпідрозділове погодження, що зменшує кількість суперечливих або дублюючих управлінських дій. У сучасних умовах функціонування університету це сприяє стабільності освітнього процесу навіть при активному впровадженні змін.

Скорочення середньої тривалості ухвалення управлінських рішень з 25–30 до 14–18 днів є прямим наслідком стандартизації управлінських процедур і чіткого розподілу відповідальності. На практиці це дозволяє швидше реагувати

на запити системи охорони здоров'я, оновлювати освітні формати та впроваджувати інноваційні підходи без надмірних адміністративних затримок. Одночасно зменшується кількість повторних погоджень і коригувальних втручань, що підвищує загальну ефективність управлінського часу.

Зростання частки інновацій, доведених до стадії інституціоналізації, з орієнтовних 40–45 % до 70–75 % відображає підвищення стійкості управлінських рішень. Це означає, що більшість інноваційних заходів не залишатимуться на рівні експериментальних ініціатив, а закріплюватимуться у внутрішніх регламентах, стандартах і практиках університету. У практичному вимірі такий результат знижує залежність інновацій від персональних управлінських факторів і створює умови для їх відтворення в інших підрозділах.

Зменшення умовного рівня організаційних ризиків з 4,0 до 2,5–3,0 бала свідчить про очікуване підвищення прогнозованості інноваційних процесів і зниження ймовірності управлінських збоїв. Це досягається за рахунок поєднання формалізованих процедур, аналітичного супроводу та чітко вибудованого зворотного зв'язку. У результаті запропоновані інноваційні заходи забезпечують не лише якісне вдосконалення управління, а й формують кількісно вимірювані управлінські ефекти, що підтверджують їхню практичну доцільність і організаційну ефективність.

Аналіз практичної реалізованості запропонованого організаційно-методичного механізму доцільно здійснювати з урахуванням фактичних можливостей університету щодо залучення та перерозподілу ресурсів у сучасних умовах трансформаційних викликів. На відміну від оцінки управлінської ефективності, у цьому контексті ключовим є питання реальної здатності університету імплементувати механізм без критичного порушення стабільності освітнього процесу, перевантаження персоналу чи надмірних додаткових витрат. Практична реалізованість механізму розглядається як сукупність кадрової достатності, часово-організаційної гнучкості та відповідності наявної цифрової інфраструктури вимогам інноваційного управління в умовах воєнного стану та постійної адаптації до зовнішніх обмежень.

Узагальнену оцінку практичної реалізованості запропонованого організаційно-методичного механізму подано в таблиці 3.3.2.

Таблиця 3.3.2

**Оцінка практичної реалізованості організаційно-методичного механізму
впровадження управлінських інновацій**

Вид ресурсів	Наявний стан ресурсного забезпечення	Оцінка достатності для впровадження
Кадрові ресурси	Переважно наявні, з нерівномірним навантаженням	Достатні за умови перерозподілу
Часово-організаційні ресурси	Обмежені в пікові навчальні періоди	Реалізовані при поетапному впровадженні
Цифрові ресурси	Наявна базова цифрова інфраструктура	Достатні з мінімальною адаптацією
Управлінська спроможність	Сформовані управлінські рівні	Висока при централізованій координації
Стійкість до зовнішніх обмежень	Адаптаційна, але нерівномірна	Реалізована за умов гнучкого планування

Джерело: власна розробка автора

Реалізованість механізму з позицій кадрового забезпечення полягає в тому, що його впровадження не потребує створення нових структурних одиниць або суттєвого розширення штату, а може здійснюватися завдяки перерозподілу управлінських і методичних функцій між наявними підрозділами. За оцінками, залучення до реалізації механізму потребує додаткового управлінського навантаження на рівні 5–10 % робочого часу ключових відповідальних осіб, що є прийнятним показником для університету за умов чіткої регламентації ролей і зменшення дублюючих адміністративних функцій. Такий підхід дозволяє уникнути кадрових перевантажень і зберегти баланс між інноваційною та основною діяльністю викладацького складу.

Часово-організаційна реалізованість механізму забезпечується за рахунок поетапного впровадження управлінських інновацій, що дозволяє адаптувати окремі елементи механізму до навчальних циклів та організаційних піків. Практика показує, що реалізація ключових управлінських інновацій може

здійснюватися в межах 2–3 семестрів без суттєвого порушення навчальних графіків, за умови концентрації основних управлінських змін у міжсеместрові періоди. Це знижує ризик одночасного накладання інноваційних процесів на періоди максимальної навчальної та клінічної завантаженості.

Цифрова складова механізму є практично реалізованою завдяки наявності в університеті базової цифрової інфраструктури, яка вже використовується для управління освітнім процесом, документообігу та комунікації. Для повноцінної підтримки організаційно-методичного механізму необхідна не стільки розроблення нових платформ, скільки адаптація наявних цифрових інструментів до завдань моніторингу, аналітики та координації управлінських рішень. За оцінками, така адаптація може бути здійснена протягом 3–6 місяців без суттєвих фінансових витрат, що підвищує практичну доцільність запровадження механізму в умовах ресурсних обмежень.

Важливим показником практичної реалізованості є також здатність механізму функціонувати в умовах трансформаційних викликів, зокрема нестабільності організаційних процесів і необхідності оперативного реагування на зміни зовнішнього середовища. Гнучка структура механізму, орієнтована на циклічність і корекцію управлінських рішень, дозволяє підтримувати його функціонування навіть за умов тимчасових ресурсних обмежень або зміни пріоритетів. У результаті запропонований організаційно-методичний механізм може бути впроваджений у діяльність університету без критичного зростання навантаження та з достатнім рівнем адаптивності, що підтверджує його практичну реалізованість у сучасних умовах.

Формування прогностичних управлінських ефектів впровадження запропонованих заходів у середньостроковій перспективі доцільно здійснювати з урахуванням того, що організаційно-методичний механізм управління інноваціями розглядається як елемент стратегічної архітектури університету, а не як окремий проєкт або тимчасовий управлінський інструмент. У цьому контексті прогностичні ефекти оцінюються з позицій здатності запропонованих заходів до масштабування, їх відтворюваності в різних структурних підрозділах

та інтеграції в систему стратегічного розвитку університету без втрати керованості та стабільності основних процесів. Очікується, що реалізація заходів у середньостроковій перспективі (3–5 років) забезпечить не стільки швидкий організаційний ефект, скільки поступове накопичення управлінської спроможності до системного інноваційного розвитку.

Узагальнені прогностні управлінські ефекти впровадження заходів подано в таблиці 3.3.3.

Таблиця 3.3.3

Прогностні управлінські ефекти впровадження інноваційних заходів у середньостроковій перспективі

Напрямок управлінського ефекту	Поточний стан (оцінка)	Прогностний стан через 3–5 років
Масштабування управлінських інновацій	Обмежене, фрагментарне	Системне, міжпідрозділове
Відтворюваність управлінських рішень	Низька, залежна від ініціаторів	Висока, інституціоналізована
Інтеграція в стратегічне управління	Часткова, ситуативна	Повна, стратегічно закріплена
Стійкість інноваційних процесів	Короткострокова	Середньострокова та довгострокова
Управлінська адаптивність	Реактивна	Проактивна, прогностна

Джерело: власна розробка автора

Зміст прогностних ефектів проявляється, насамперед, у зростанні потенціалу масштабування управлінських інновацій. Запропонований механізм передбачає уніфіковані алгоритми й методичні підходи, що дозволяють поширювати успішні управлінські рішення з окремих кафедр або факультетів на весь університет без суттєвих додаткових витрат. У середньостроковій перспективі це означає можливість однотипного впровадження інновацій у різних освітніх програмах, клінічних базах і наукових підрозділах, що підвищує загальний управлінський ефект і зменшує організаційну дисперсію управлінських практик.

Висока відтворюваність управлінських рішень очікується завдяки поєднанню організаційного, методичного та ресурсно-аналітичного забезпечення. Інституціоналізація управлінських інновацій у внутрішніх регламентах, алгоритмах і процедурах дозволяє зберігати їх незалежно від кадрових змін або перегляду окремих управлінських пріоритетів. На практиці це формує управлінську пам'ять університету та створює умови для накопичення досвіду реалізації інновацій, що є ключовою передумовою довгострокового розвитку.

Інтеграція запропонованих заходів у систему стратегічного розвитку університету в середньостроковій перспективі змінює статус інноваційної діяльності з допоміжного напрямку на повноцінний елемент стратегічного управління. Управлінські інновації починають враховуватися при формуванні стратегічних цілей, плануванні ресурсів та визначенні пріоритетів розвитку освітніх і клінічних напрямів. У результаті інноваційна діяльність перестає бути реакцією на зовнішні виклики й набуває проєктивного характеру, орієнтованого на випереджальні управлінські рішення.

Суттєвим прогностичним ефектом є також зростання стійкості інноваційних процесів за рахунок переходу від короткострокових управлінських ініціатив до середньо- та довгострокового планування. Це дозволяє університету уникати різких управлінських коливань, пов'язаних зі змінами зовнішнього середовища, та забезпечує більш плавну адаптацію до трансформаційних викликів. Одночасно посилюється управлінська адаптивність, яка проявляється у здатності університету не лише реагувати на зміни, а й прогнозувати їх наслідки та заздалегідь формувати відповідні управлінські рішення.

У цілому прогностичні управлінські ефекти впровадження запропонованих заходів свідчать про доцільність їх інтеграції в систему стратегічного розвитку університету. Поєднання масштабованості, відтворюваності та стратегічної інтегрованості створює підґрунтя для формування інституційно стійкої моделі управління інноваціями, орієнтованої на довгостроковий розвиток і підвищення

конкурентоспроможності університету в умовах постійних трансформаційних змін.

Висновки до розділу 3

У третьому розділі роботи обґрунтовано підходи до вдосконалення управління інноваціями в ДДМУ, орієнтовані на перехід від фрагментарної інноваційної діяльності до системного та керованого інноваційного розвитку. Запропоновані рішення базуються на поєднанні концептуальних, організаційно-методичних і аналітично-оцінювальних інструментів, що забезпечують узгодженість інноваційних процесів із стратегічними цілями розвитку університету та викликами сучасного освітнього й медичного середовища.

Дослідження показало доцільність формування інтегрованої моделі управління інноваціями, у межах якої інноваційна діяльність розглядається як безперервний управлінський цикл, вбудований у загальну систему управління університетом. Такий підхід підвищує узгодженість управлінських рішень, забезпечує їх інституціоналізацію та створює передумови для стабільності й відтворюваності інноваційних практик навіть за умов зовнішньої нестабільності.

Розроблений організаційно-методичний механізм упровадження управлінських інновацій забезпечує практичну реалізацію зазначеного підходу шляхом уніфікації процедур, чіткого розподілу відповідальності й нормативного закріплення інноваційних рішень. Це дозволяє зменшити залежність інноваційних процесів від окремих ініціаторів, мінімізувати управлінські ризики та інтегрувати інновації в повсякденну діяльність університету без порушення стабільності освітнього й клінічного процесів.

Оцінка очікуваної ефективності засвідчила потенціал запропонованих заходів забезпечувати вимірювані управлінські ефекти, зокрема зростання узгодженості управлінських рішень, скорочення строків їх ухвалення та підвищення частки інновацій, доведених до стадії інституціоналізації. Аналіз практичної реалізованості підтвердив можливість упровадження розроблених

рішень у межах наявних кадрових, часово-організаційних і цифрових ресурсів із використанням поетапного підходу.

У середньостроковій перспективі впровадження запропонованих заходів створює підґрунтя для формування інституційно стійкої системи управління інноваціями, здатної до масштабування та інтегрованої в стратегічний розвиток університету, що сприятиме підвищенню його організаційної спроможності та конкурентоспроможності в умовах тривалих трансформаційних змін.

ВИСНОВКИ

Теоретичний аналіз і результати дослідження особливостей управління інноваціями в системі медичної освіти на прикладі ДДМУ дозволили узагальнити наступні висновки.

1. У процесі дослідження розкрито сутність, роль і значення інновацій у системі медичної освіти як об'єкта публічного управління та узагальнено основні моделі й класифікаційні підходи до управління інноваціями. Обґрунтовано, що інновації в медичній освіті доцільно розглядати не як сукупність окремих освітніх або технологічних нововведень, а як керований публічно-управлінський процес, інтегрований у стратегічний розвиток системи охорони здоров'я та підготовки медичних кадрів. Встановлено, що найбільш результативною в сучасних умовах є змішана модель управління інноваціями, яка поєднує державне регулювання зі зростанням інституційної автономії закладів вищої медичної освіти.

2. Аналіз нормативно-правових та інституційних засад управління інноваціями в системі медичної освіти України засвідчив, що вони формують багаторівневу ієрархічно-мережеву систему публічного управління, у межах якої поєднуються стратегічні орієнтири державної політики, галузеві вимоги та механізми забезпечення якості. Визначено, що сучасні тенденції розвитку управління інноваціями характеризуються посиленням ролі внутрішніх систем забезпечення якості, цифровізацією управлінських процесів та орієнтацією на європейські стандарти підготовки медичних фахівців, що створює передумови для підвищення стійкості системи медичної освіти.

3. Охарактеризовано організаційно-управлінські особливості ДДМУ як суб'єкта впровадження інновацій та здійснено оцінку сучасного стану і результативності управління інноваційною діяльністю. Встановлено, що університет володіє значним кадровим, науковим і клінічним потенціалом, який створює інституційну основу для впровадження освітніх, управлінських і цифрових інновацій. Водночас інноваційна діяльність має переважно

фрагментарний характер і реалізується без достатнього рівня стратегічної координації, що знижує її загальну управлінську результативність.

4. Діагностика проблем і обмежень управління інноваціями в діяльності університету дала змогу виявити системні управлінські дисбаланси, зокрема недостатню формалізацію процесів управління інноваціями, обмеженість аналітичного супроводу управлінських рішень, фрагментарність відповідальності за інноваційні напрями та перевантаженість управлінської структури поточними адміністративними завданнями. Обґрунтовано, що зазначені обмеження стримують перехід інновацій від стадії окремих ініціатив до рівня сталого інституційного розвитку.

5. На основі результатів теоретичного та аналітичного дослідження розроблено концептуальну модель удосконалення управління інноваціями в Дніпровському державному медичному університеті, яка передбачає інтеграцію стратегічного планування, процесного управління та системи моніторингу результативності інноваційної діяльності. Запропонована модель орієнтована на підвищення керованості інноваційних процесів, узгодження управлінських рішень із цілями розвитку університету та забезпечення їх відповідності вимогам публічного управління у сфері медичної освіти.

6. Обґрунтовано організаційно-методичний механізм упровадження управлінських інновацій у діяльність університету та оцінено ефективність і практичну реалізованість запропонованих заходів. Доведено, що реалізація механізму дозволяє підвищити узгодженість управлінських рішень, зменшити організаційні ризики та забезпечити інституціоналізацію інновацій у довгостроковій перспективі. Практична реалізованість запропонованих управлінських заходів підтверджується їх відповідністю чинній нормативно-правовій базі, організаційним можливостям університету та сучасним тенденціям розвитку публічного управління в системі медичної освіти.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Академічна доброчесність. Дніпровський державний медичний університет: вебсайт. URL: <https://dmu.edu.ua/ua/academic-integrity> (дата звернення: 03.12.2025).
2. Акредитація освітніх програм. Національне агентство із забезпечення якості вищої освіти: офіційний вебсайт. URL: <https://naqa.gov.ua/akredytatsiya/> (дата звернення: 01.12.2025).
3. Барзилович А. Д. Реформування системи охорони здоров'я в Україні: стратегічні аспекти. *Інвестиції: практика та досвід*. 2020. Вип. 2. С. 134–140. DOI: <https://doi.org/10.32702/2306-6814.2020.2.134>.
4. Беланюк М. В., Радзієвська О. Г., Мангора Т. В. Трансформація системи охорони здоров'я в Україні. *Інформація і право*. 2019. Вип. 4(31). С. 119–128. URL: https://www.researchgate.net/profile/Marina-Belanuk/publication/339546419_Transformation_of_the_healthcare_system_in_Ukraine (дата звернення: 31.10.2025).
5. Будзин В. Управлінські принципи фінансування охорони здоров'я в суспільному контексті гуманітарної політики. *Науковий вісник Вінницької академії безперервної освіти*. Серія: Екологія. Публічне управління та адміністрування. 2023. № 4. С. 52–57. DOI: <https://doi.org/10.32782/2786-5681-2023-4.08>.
6. Вербівський Д.С. Інноваційні технології в закладі вищої освіти. *Науковий вісник Ужгородського університету*. Серія: «Педагогіка. Соціальна робота». 2023. Вип. (53). С. 30-33. DOI: <https://doi.org/10.24144/2524-0609.2023.53.30-33>.
7. Вчена рада університету. Дніпровський державний медичний університет: вебсайт. URL: <https://dmu.edu.ua/ua/academic-council> (дата звернення: 03.12.2025).
8. Гавриченко Д. Г. Сучасні підходи до реформування публічних механізмів у сфері охорони здоров'я у зарубіжних країнах. *Держава та регіони*.

Серія: Публічне управління і адміністрування. 2022. Вип. 1, № 75. С. 12–17. DOI: <https://doi.org/10.32840/1813-3401.2022.1.2>.

9. Галай В. О. Стратегія реформування системи охорони здоров'я в Україні. *Аналітично-порівняльне правознавство*. 2022. Вип. 6. С. 189–194. DOI: <https://doi.org/10.24144/2788-6018.2022.06.34>.

10. Дніпровський державний медичний університет. Дніпровський державний медичний університет: вебсайт. URL: <https://dmu.edu.ua> (дата звернення: 03.12.2025)/

11. Історія Дніпровського державного медичного університету. Дніпровський державний медичний університет: вебсайт. URL: <https://dmu.edu.ua/ua/history> (дата звернення: 03.12.2025)/

12. Кафедри університету. Дніпровський державний медичний університет: вебсайт. URL: <https://dmu.edu.ua/ua/departments> (дата звернення: 03.12.2025).

13. Клінічні бази університету. Дніпровський державний медичний університет: вебсайт. URL: <https://dmu.edu.ua/ua/clinical-bases> (дата звернення: 03.12.2025).

14. Коваль Г. В., Князева О. В. Інноваційні технології навчання в закладі вищої освіти. Світ наукових досліджень. Вип. 40: матеріали міжнародної мультидисциплінарної наукової інтернет-конференції, м. Тернопіль, Україна; м. Ополе, Польща, 24–25 квітня 2025 р. Тернопіль, 2025. С. 103–105. URL: https://www.economy-confer.com.ua/data/downloads/file_1747664147.pdf#page=103.

15. Коваль Г., Князева О. Система охорони здоров'я – особлива сфера державного управління. Матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції, м. Кривий Ріг, 2 грудня 2025 р. Кривий Ріг: Державний університет економіки і технологій, 2026. С. 45-48.

16. Коваль Г. В., Князева О. В. Управління інноваціями в закладі вищої освіти. Матеріали 3-ї Міжнародної науково-практичної конференції «Innovative Approaches in Modern Science and Technology» 12-14 листопада 2025 р., м.

Лісабон, Португалія. 2025. С. 335-338. DOI: <https://doi.org/10.70286/isu-12.11.2025>.

17. Кузьменко Г. О. Проблеми реалізації механізмів публічного управління у сфері охорони здоров'я в Україні. *Публічне урядування*. 2022. Вип. 2(30). С. 47–54. DOI: [https://doi.org/10.32689/2617-2224-2022-2\(30\)-6](https://doi.org/10.32689/2617-2224-2022-2(30)-6).

18. Кужелєв М., Нечипоренко А. Фінансування охорони здоров'я в умовах глобальних викликів: український досвід. *Європейський науковий журнал економічних та фінансових інновацій*. 2024. Вип. 1(13). С. 85–94. DOI: <https://doi.org/10.32750/2024-0109>.

19. Лепетан І. М., Жарлінська Р. Г. Глобальні моделі фінансування охорони здоров'я. *Інвестиції: практика та досвід*. 2025. № 3. С. 108–114. DOI: [10.32702/2306-6814.2025.3.107](https://doi.org/10.32702/2306-6814.2025.3.107).

20. Лісовська О. О. Теоретичні засади моделей фінансування системи охорони здоров'я. *Економічний вісник*. Серія: Фінанси, облік, оподаткування. 2020. № 4. С. 96–103. DOI: [10.33244/2617-5932.4.2020.96-103](https://doi.org/10.33244/2617-5932.4.2020.96-103)

21. Мельник А. Трансформаційна модель ринку охорони здоров'я в Україні в умовах сучасних викликів. *Вісник економіки*. 2022. Вип. 2. С. 111–127. DOI: <https://doi.org/10.35774/visnyk2022.02.111>.

22. Міжнародна діяльність університету. Дніпровський державний медичний університет: вебсайт. URL: <https://dmu.edu.ua/ua/international> (дата звернення: 03.12.2025).

23. Монастирський Г., Демчишин Я. Зарубіжні моделі управління системами охорони здоров'я. *Публічне управління і політика*. 2025. Вип. 7, № 11–12. DOI: <https://doi.org/10.70651/3041-2498/2025.7-8.05>.

24. Муляр Г. Зарубіжний досвід функціонування системи охорони здоров'я в контексті забезпечення реалізації права на охорону здоров'я. *Вісник АПСВТ*. 2020. № 1–2. С. 43–52. URL: https://www.socosvita.kiev.ua/sites/default/files/Visnyk_1-2_2020-43-52.pdf (дата звернення: 30.11.2025).

25. Наукова діяльність університету. Дніпровський державний медичний університет: вебсайт. URL: <https://dmu.edu.ua/ua/science> (дата звернення: 03.12.2025).

26. Органи управління університету. Дніпровський державний медичний університет: вебсайт. URL: <https://dmu.edu.ua/ua/management> (дата звернення: 03.12.2025).

27. Освітній процес у Дніпровському державному медичному університеті. Дніпровський державний медичний університет: вебсайт. URL: <https://dmu.edu.ua/ua/education> (дата звернення: 03.12.2025).

28. Післядипломна освіта та інтернатура. Дніпровський державний медичний університет: вебсайт. URL: <https://dmu.edu.ua/ua/postgraduate-education> (дата звернення: 03.12.2025).

29. Потабашній В. А., Князева О. В. Інтерактивні методи навчання при підготовці лікарів – інтернів (власний досвід). 2024. С.155-159. Матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю «Громадське здоров'я: від аналізу минулого до розуміння майбутнього» 10 жовтня 2024 року (м. Дніпро)

30. Притула М. О. Компаративний аналіз світового досвіду функціонування системи охорони здоров'я. *Інвестиції: практика та досвід*. 2023. № 12. С. 164–168. DOI: 10.32702/2306-6814.2023.12.163.

31. Про вищу освіту: Закон України від 01.07.2014 № 1556-VII. Дата оновлення: 22.09.2025. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1556-18> (дата звернення: 01.12.2025).

32. Про освіту. Закон України 05.09.2017 № 2145-VIII від. Дата оновлення: 31.10.2025. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2145-19> (дата звернення: 01.12.2025).

33. Рудік О. Досвід ЄС щодо вимірювання ефективності державної політики в сфері охорони здоров'я. *Аспекти публічного управління*. 2022. Т. 10, № 1. С. 12–19. DOI: <https://doi.org/10.15421/152271>.

34. Сабецька Т. Аналіз кадрового забезпечення галузі охорони здоров'я України. *Економіка та суспільство*. 2022. № 40. DOI: <https://doi.org/10.32782/2524-0072/2022-40-26>.
35. Сенюк Ю. І., Надюк З. О. Сучасна державна політика у сфері охорони здоров'я: аналіз реформування системи. *Право та державне управління*. 2020. Вип. 2. С. 211–220. DOI: <https://doi.org/10.32840/pdu.2020.2.32>.
36. Сиченко В., Рибкіна С., Соколова Е. Управління інноваційною діяльністю в системі вищої освіти. *Вісник Дніпровської академії неперервної освіти «Публічне управління та адміністрування»*. 2021. № 1 (1). С. 45-49. URL: <https://visnuk.dano.dp.ua/index.php/pma/article/view/24/34>.
37. Стандарти вищої освіти України за спеціальностями галузі знань 22 «Охорона здоров'я». Міністерство освіти і науки України: офіційний вебсайт. 2020. URL: <https://mon.gov.ua/osvita-2/vishcha-osvita-ta-osvita-doroslikh/naukovo-metodichna-rada-ministerstva-osviti-i-nauki-ukraini/zatverdzheni-standarti-vishchoi-osviti> (дата звернення: 01.12.2025).
38. Стратегічний розвиток університету. Дніпровський державний медичний університет: вебсайт. URL: <https://dmu.edu.ua/ua/strategy> (дата звернення: 03.12.2025).
39. Структура університету. Дніпровський державний медичний університет: вебсайт. URL: <https://dmu.edu.ua/ua/structure> (дата звернення: 03.12.2025).
40. Факультети університету. Дніпровський державний медичний університет: вебсайт. URL: <https://dmu.edu.ua/ua/faculties> (дата звернення: 03.12.2025).
41. Філіпова Н. В., Левчук Ю. М. Світові моделі системи охорони здоров'я та їх адаптація в Україні. *Проблеми сучасних трансформацій*. Серія: право, публічне управління та адміністрування. 2024. Вип. 11. DOI: <https://doi.org/10.54929/2786-5746-2024-11-02-07>.

42. Центральна методична комісія. Дніпровський державний медичний університет: вебсайт. URL: <https://cmk.dmu.edu.ua/materiali> (дата звернення: 03.12.2025).

43. Цифрові сервіси та електронне навчання. Дніпровський державний медичний університет: вебсайт. URL: <https://dmu.edu.ua/ua/e-learning> (дата звернення: 03.12.2025).

44. Шапоренко О.І., Парщенко Л.І. Інноваційне управління освітньою діяльністю вищих навчальних закладів. *Європейський науковий журнал Економічних та Фінансових інновацій*. 2018. №2. С. 12-19. DOI: <https://doi.org/10.32750/2018-0202>.

45. Шульга О. А. Зарубіжний досвід управління нововведеннями в організації сфери охорони здоров'я. *Бізнес-навігатор*. 2023. Вип. 3, № 73. С. 47–51. URL: https://elibrary.kubg.edu.ua/id/eprint/47730/1/O_Shulha_BN_3_73_2023_FEU.pdf (дата звернення: 30.11.2025)

46. Яценко В. Стратегічне управління системою охорони здоров'я в контексті сучасних реформ в Україні. *Теоретичні та прикладні питання державотворення*. 2019. Вип. 25. С. 77–85. DOI: <https://doi.org/10.35432/tisb.v0i25.184848>.

47. Belfroid E., Roßkamp D., Fraser G., Swaan C., Timen A. Towards defining core principles of public health emergency preparedness. *BMC Public Health*. 2020. Vol. 20, № 1. Article 1482. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12889-020-09307-y>.

48. Biel M., Grondys K., Androniceanu A. M. A crisis in the health system and quality of healthcare. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2022. Vol. 20, № 1. Article 469. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph20010469>.

49. Buletsa S., Deshko L., Zaborovskyy V. The peculiarities of changing health care system in Ukraine. *Medicine and Law*. 2019. Vol. 38. P. 427–442. URL: https://dspace.uzhnu.edu.ua/jspui/bitstream/lib/32704/1/Buletsa%2C%20ZaborovskyyThe%20peculiarities%20of%20changing%20health%20care%20system%20in%20Ukraine_article.pdf (дата звернення: 31.10.2025).

50. Canada's health care system. Government of Canada: вебсайт. URL: <https://www.canada.ca/en/health-canada/services/health-care-system.html> (дата звернення: 24.09.2025).

51. Demikhov O., Dehtyarova I., Demikhova N. Actual aspects of public health policy formation on the example of Ukraine. *Bangladesh Journal of Medical Science*. 2020. Vol. 19, № 3. P. 358–364. DOI: <https://doi.org/10.3329/bjms.v19i3.45850>.

52. France – Health at a Glance 2023: Country Note (PDF). OECD: вебсайт. URL: https://www.oecd.org/content/dam/oecd/en/publications/reports/2025/07/health-at-a-glance-2023_39bcb58d/france_329e3fd9/646ad469-en.pdf (дата звернення: 24.09.2025).

53. Goniewicz K., Burkl F. M., Dzhus M., Khorram-Manesh A. Ukraine's healthcare crisis: Sustainable strategies for navigating conflict and rebuilding for a resilient future. *Sustainability*. 2023. Vol. 15, № 15. Article 11602. DOI: <https://doi.org/10.3390/su151511602>.

54. Greer S. L., Jarman H. What is EU public health and why? *Journal of Health Politics, Policy and Law*. 2021. Vol. 46, № 1. P. 23–47. DOI: <https://doi.org/10.1215/03616878-8706591>.

55. Health insurance. Federal Office of Public Health (Switzerland): вебсайт. URL: <https://www.bag.admin.ch/en/health-insurance> (дата звернення: 24.09.2025).

56. Health spending – Indicator. OECD: вебсайт. URL: <https://www.oecd.org/en/data/indicators/health-spending.html> (дата звернення: 24.09.2025).

57. Health system in Denmark. Ministry of Health Denmark: вебсайт. URL: <https://www.sum.dk/english/health> (дата звернення: 24.09.2025)

58. Jakovljevic M., Sugahara T., Timofeyev Y., Rancic N. Predictors of inefficiencies of healthcare expenditure. *Risk Management and Healthcare Policy*. 2020. P. 2261–2280. DOI: <https://doi.org/10.2147/RMHP.S266386>.

59. Leite A. M. R., de Almeida Leite E. M., Ribeiro H. N. R., Alves S. R. P., Sardinha L. F. From Bismarck to Beveridge. Economic and Social Development: Book of Proceedings. 2022. P. 255–264.

60. Malachynska M. et al. Management of primary health care facilities in Ukraine. *Universal Journal of Public Health*. 2022. Vol. 10. P. 527–538. DOI: <https://doi.org/10.13189/ujph.2022.100510>.

61. Malakhov K. S. Insight into the digital health system of Ukraine (eHealth): Trends, definitions, standards, and legislative revisions. *International Journal of Telerehabilitation*. 2023. Vol. 15, № 2. Article e6599. DOI: <https://doi.org/10.5195/ijt.2023.6599>.

62. Microsoft Teams for Education. Microsoft Education: website. URL: <https://www.microsoft.com/education/products/microsoft-teams> (дата звернення: 01.12.2025).

63. Moodle learning platform. Moodle: website. URL: <https://moodle.org/> (дата звернення: 01.12.2025).

64. Qu'est-ce que la protection universelle maladie (Puma). Service-Public.fr: вебсайт. URL: <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F34308> (дата звернення: 24.09.2025).

65. Sfakianakis, G., Grigorakis, N., Galyfianakis, G., Katharaki, M. The impact of macro-fiscal factors and private health insurance financing on public health expenditure: evidence from the OECD countries for the period 2000–2017. *EuroMed Journal of Business*. 2021. Vol. 16, № 1. P. 1–24. DOI: <https://doi.org/10.1108/EMJB-03-2020-0029>.

66. Standards and Guidelines for Quality Assurance in the European Higher Education Area (ESG). European Association for Quality Assurance in Higher Education: website. URL: <https://www.enqa.eu/esg/> (дата звернення: 01.12.2025).

67. Statutory health insurance (SHI). Federal Ministry of Health (Germany): вебсайт. URL: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/en/themen/krankenversicherung/onlin>

e-ratgeber-krankenversicherung/krankenversicherung/statutory-health-insurance-shi.html (дата звернення: 24.09.2025).

68. Tabish S. A. Health Systems of the World. In: Health Care Management: Principles and Practice. Singapore: Springer. 2024. DOI: https://doi.org/10.1007/978-981-97-3879-3_1.

69. WFME Global Standards for Basic Medical Education. World Federation for Medical Education: website. URL: <https://wfme.org/standards/bme/> (дата звернення: 01.12.2025).

70. Yefremova O., Shchepanskyi B., Kniazieva O., Yaremkevych R., Romanchak D. The role of interactive scenarios in simulation training for improving the critical thinking of medical students. *Revista EDaPECI*. 2025. Vol. 25, № 1. P. 265–276. DOI: <http://dx.doi.org/10.29276/redapeci.2025.25.121985.265-276>.

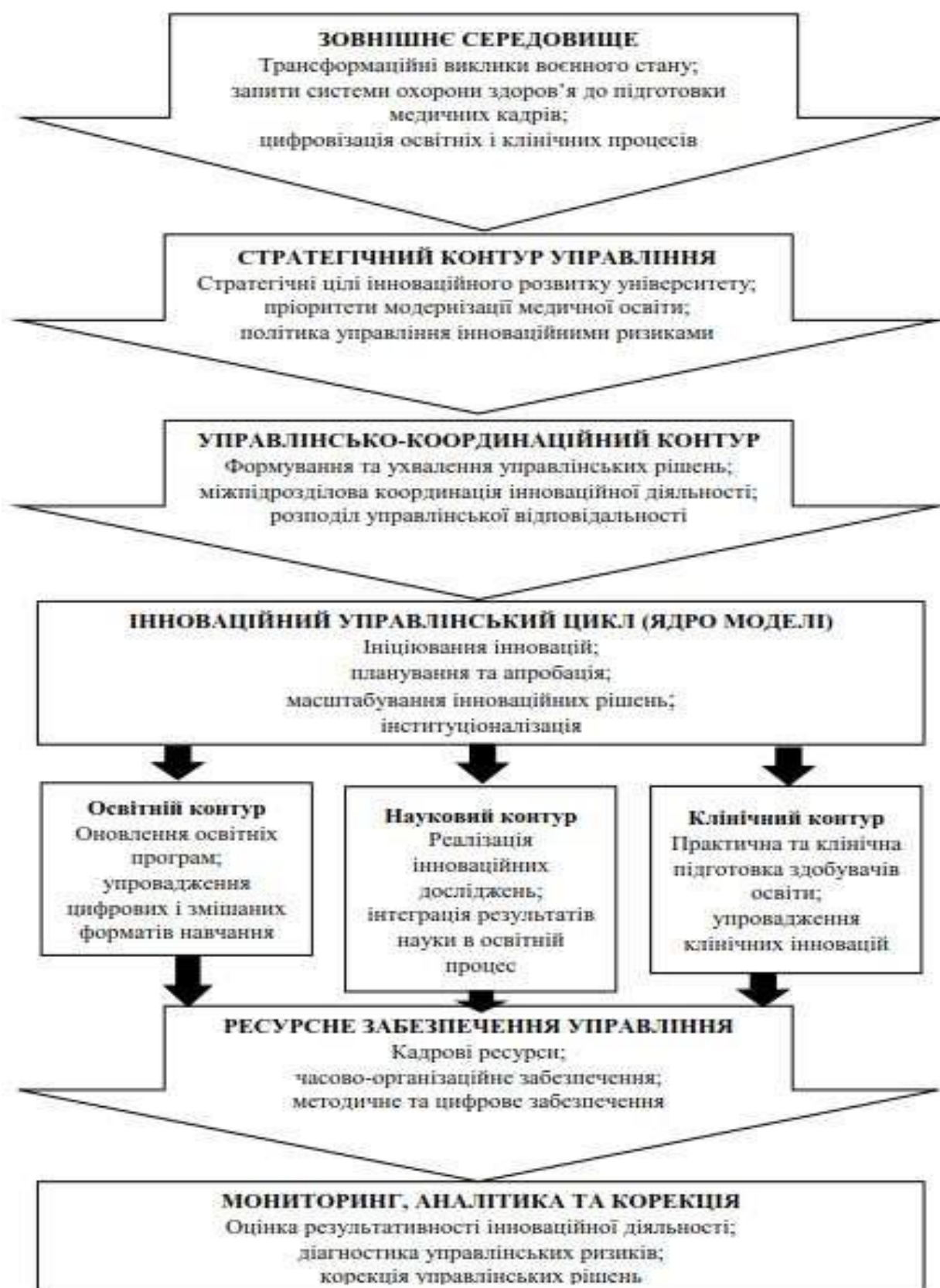


Рис. 3.1.1 Концептуальна модель удосконалення управління інноваціями в Дніпровському державному медичному університеті

Джерело: власна розробка автора

ЗГОДА здобувачки освіти Державного університету економіки і технологій про
перевірку кваліфікаційної роботи на прояви академічного плагіату
та розміщення в Репозитарії ДУЕТ

Я, Князєва Олена Володимирівна, підтримую політику Державного університету економіки і технологій з академічної доброчесності і відкритого доступу. Стверджую, що кваліфікаційна магістерська робота «Особливості управління інноваціями в системі медичної освіти» виконана самостійно та не містить академічного плагіату. Я не надавала і не одержувала недозволену допомогу під час підготовки цієї роботи. Використання ідей, результатів і текстів інших авторів мають покликання на відповідне джерело.

Із чинним Положенням про запобігання та виявлення академічного плагіату в роботах здобувачів вищої освіти Державного університету економіки і технологій ознайомена. Чітко усвідомлюю, що в разі виявлення у кваліфікаційній роботі порушення норм академічної доброчесності робота не допускається до захисту або оцінюється незадовільно.

Також я поінформована, що відповідно до пункту 5.8 «Положення про Репозитарій (електронну базу даних) Державного університету економіки і технологій» згадана робота буде розміщена в Електронному архіві Університету (Репозитарії ДУЕТ) та ознайомена з умовами такого розміщення.

10.01.2026

(Дата)



(Підпис)