

УДК 330341

О. А. Толкач,

*провідний спеціаліст консалтингового центру ІЕФ КНУТД, каф. менеджменту,
Київський національний університет технологій та дизайну*

О. А. Виноградов,

к. е. н., доцент каф. маркетингу, Київський національний університет технологій та дизайну

ВПРОВАДЖЕННЯ ІННОВАЦІЙНИХ ТОВАРІВ У РЕАЛІЗАЦІЮ СОЦІАЛЬНИХ ПРОЕКТІВ

У статті обґрунтовано необхідність активізації інноваційної діяльності в легкій промисловості України. Особлива увага приділена проблемі здоров'ю населення країни, зокрема дітей дошкільного віку, що є запорукою реалізації маркетингової концепції нового товару. Викладено пропозицію щодо профілактики здоров'я дітей з метою збереження генофонду нації — вирішення соціальної проблеми.

ОБ'ЄКТ ДОСЛІДЖЕННЯ

Ринок інновації в сучасному економічному просторі України.

ПРЕДМЕТ ДОСЛІДЖЕННЯ

Інноваційні технології виготовлення спеціального одягу для дітей з вадами опорно-рухового апарату.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

У сучасному економічному просторі інновація є єдиною реальною перспективою розвитку України.

Відповідно до концепції економічної стабілізації і росту в Україні основою забезпечення економічної безпеки, переходу економіки країни до фаз пожвавлення і росту мають стати інновації, а інноваційний шлях розвитку визначено у числі основних пріоритетів. Тому удосконалення існуючих і розвиток нових механізмів забезпечення ефективною інноваційною діяльністю є актуальною проблемою сьогодення [1].

Продуктові інновації охоплюють упровадження нових або удосконалених продуктів. Упровадження нового продукту визначається як базисна продуктова інновація, якщо йдеться про продукт, можлива сфера застосування якого, а також функціональні характеристики, властивості, конструктивні або використані матеріали і компоненти істотно відрізняють його від продуктів, що раніше випускалися. Такі інновації спрямовані на освоєння нових поколінь машин і матеріалів і засновані на принципово нових технологіях або на поєднанні існуючих технологій в новому застосуванні їх.

Товарна інновація — це процес освоєння і виробництва нової або значно вдосконаленої продукції. Випуск такої продукції неможливий при використанні наявного устаткування або вживаних методів виробництва. Під інновацією розуміють комплексний процес, який включає розробку, впровадження у виробництво і комерціалізацію нових спо-

живчих цінностей — товарів, техніки, технології, організаційних форм тощо.

Методологія системного опису інновацій в умовах ринкової економіки ґрунтується на міжнародних стандартах, рекомендації по яким прийняті в м. Осло (Норвегія) в 1992 р. і отримали назву "Керівництво Осло". Вони розроблені стосовно технологічних інновацій і охоплюють нові продукти і процеси, а також їхні значні технологічні зміни. Інновація вважається здійсненою в тому випадку, якщо вона упроваджена на ринку або у виробничому процесі. При цьому найважливішою ознакою інновації в умовах ринкового господарювання є новизна споживчих властивостей.

Але технологічна відсталість на більшості підприємств України, у тому числі й у галузях легкої промисловості, не дає можливості упроваджувати й виробляти конкурентоспроможну продукцію. Поглиблюють технологічну відсталість незначні обсяги та низькі темпи інноваційної діяльності підприємств промисловості України. Так, протягом 2000—2005 рр. частка інноваційно-активних підприємств в загальній їх кількості коливалася в межах 15—18%, а частка таких, що упроваджували інновації, була ще меншою. У 2003 р. цей показник становив усього 11,5%, що значно менше його рівня на початок і навіть середину 90-х років минулого століття. У 2005 р. в порівнянні з 1995 р., наприклад, на 254 одиниці або майже на 35% зменшилась кількість промислових підприємств, які упроваджували прогресивні технологічні процеси, їхня частка в загальній кількості за цей період скоротилася більш ніж у 1,7 рази [1].

Інноваційний процес націлений на створення нових необхідних ринків продуктів, технологій або послуг і здійснюється в тісній єдності із зовнішнім середовищем: його спрямованість, темпи та цілі залежать від соціально-економічного середовища, в якому він функціонує і розвивається шляхом розподілу виробленої продукції.

На нашу думку, маркетинг інноваційної діяльності — це комплексна система досліджень, яка включає аналіз ринків новацій та інновацій, визначення чинників внутрішнього і зовнішнього середовища підприємства, формування на засадах маркетингу стратегії і тактики поведінки підприємства, формування на засадах маркетингу стратегії і тактики поведінки підприємства у сферах інноваційної діяльності, котрі в сукупності і відповідно до інноваційного потенціалу підприємства забезпечують ефективне проведення НДДКР, виробництво і збут інноваційної продукції на певних ринках з метою задоволення потреб споживачів та отримання прибутку.

За таких умов маркетинг стає фундаментом для довгострокового і оперативного планування інноваційної й виробничо-комерційної діяльності підприємства корпоративного типу, формування програм виробництва, організації науково-технічної, технологічної, інвестиційної та виробничо-збутової роботи підприємства, а маркетинг при цьому є основою системи організації інноваційної діяльності на підприємстві.

Підприємства випускають різноманітну продукцію, яка повинна давати сталий прибуток. Але є інноваційні товари, створення та розробка яких відповідають виконанню соціальних проектів. Одним з таких проектів є забезпечення стабільності здоров'я дітей, його профілактика [2].

Внаслідок несприятливих змін у процесах народжуваності на мікрорівні не задовольняється потреба в дітях, а на макрорівні — відбувається деформація вікового складу населення, зменшення його демографічного і трудового потенціалу.

Серед основних стратегій діяльності Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) пріоритетними є питання забезпечення здоров'я дітей.

Здоров'я нації розглядається ВООЗ як показник цивілізованості держави, що відбиває соціально-економічне становище суспільства. Згідно із резолюцією ООН №38/54 від 1997 року здоров'я населення вважається головним критерієм доцільності і ефективності всіх без винятку сфер господарської діяльності. Причому, фахівці вважають, що близько 75% хвороб у дорослих є наслідком умов життя у дитячі та молоді роки.

Але захворюваність та поширення захворювань серед дитячого населення в Україні є найвищою за останні п'ять років, причому за всіма основними класами хвороб.

Спостерігається негативна тенденція — при загальному поступовому зменшенні кількості дитячого населення відбувається значне зростання кількості дітей-інвалідів і показників захворюваності (рис. 1) [3].

Цього курсу дотримується й Україна, адже період трансформації, який переживає наша країна, супроводжується не лише соціально-економічним спадом, але й

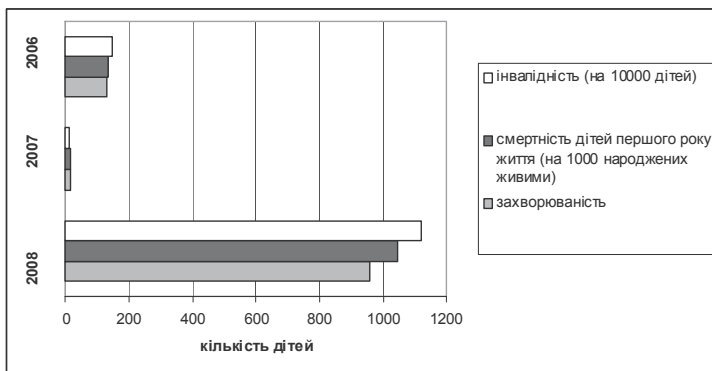


Рис. 1. Деякі показники стану здоров'я дітей України у 2006—2008 рр.

погіршенням здоров'я населення як дорослого, так і дитячого віку. Це підтверджують високі рівні поширеності захворювань, тимчасової втрати працездатності, інвалідності та смертності. Однак, за даними вітчизняних і зарубіжних авторів, найбільш вразливим щодо захворюваності є підлітковий вік. Аналіз стану соматичного здоров'я підлітків свідчить про його негативні тенденції. Вивчаючи структуру дитячої смертності, за статистичними даними та даними спеціальних реєстрів, дійшли висновку, що за останні 25—30 років вона суттєво змінилася. Якщо чверть століття тому діти першого року життя помирали, головним чином, від хвороб органів дихання та інфекційних захворювань, то на даний час переважають втрати від станів, що виникли в перинатальний період та внаслідок вроджених вад.

Ще однією з особливостей стану здоров'я дітей є те, що його незадовільний рівень нашаровується на вкрай несприятливу демографічну ситуацію, яку демографи вважають кризовою. І це підтверджується тим, що сучасний історичний період розвитку України характеризується низьким рівнем народжуваності.

Незважаючи на певне підвищення народжуваності у 2007—2008 рр., темпи відтворення населення залишаються критичними. Сумарний коефіцієнт народжуваності становить 1,2, тоді як навіть для простого відтворення населення необхідно, аби він був не меншим 2,4 дитини на 1 жінку. На Європейському континенті нижчий, ніж в Україні, коефіцієнт сумарної народжуваності реєструється в Чехії та Болгарії. Але в Україні внесок молодих матерів (до 25 років) у величину сумарної народжуваності становить 55% і є одним із найвищих у Європі [4].

Тому для подальшого покращення стану здоров'я дітей необхідні значні інвестиції, раціональне використання наявних ресурсів та приведення якості надання медичних послуг у відповідності до стандартів ВООЗ.

У 2008 році група американських вчених провела дослідження, у якому підрахувала кількість восьмирічних дітей з діагнозом ДЦП, що проживали у північній Алабамі, південно-східному Вісконсині та столиці штату Джорджія Атланті. Усього обстежено 114897 дітей [4].

Так, за даними вчених, середня поширеність ДЦП у цих трьох штатах склала 3,6 випадків на 1000 дітей дошкільного віку (3,3 — у Вісконсині, 3,7 — в Алабамі, 3,8 — в Джорджії).

В результаті досліджень встановлено, що хлопчиків, хворих на ДЦП, більше, ніж дівчаток (співвідношення приблизно 1,4:1). Порівняльний аналіз кількості хворих дітей України з іншими країнами представлено на рис. 2.

Аналіз видів захворювань дітей України, Франції, США графічно представлено на рис. 3.

На сьогоднішній день, за останніми даними Центру статистики дитячих захворювань, в Україні зареєстровано 27 000 дітей, хворих на різні форми дитячого церебрального паралічу (ДЦП).

За результатами досліджень в останній час на кожну тисячу дорослих в Україні припадає в середньому 2—3 дитини в віці до трьох років, хворих на ДЦП.

В Україні з 27 000 хворих дітей на ДЦП 10—20% — становлять діти з хворобою дискінетичний параліч; 5—10% — ататичний ДЦП; до 70% — інші види ДЦП [5].

Окрема соціальна проблема — інвалідність серед молодого населення України.

На думку спеціалістів, різкі соціально-економічні зміни, що здебільшого мали деструктивний характер стосовно здоров'я населення, наслідки Чорнобильської катастрофи, спричинили до

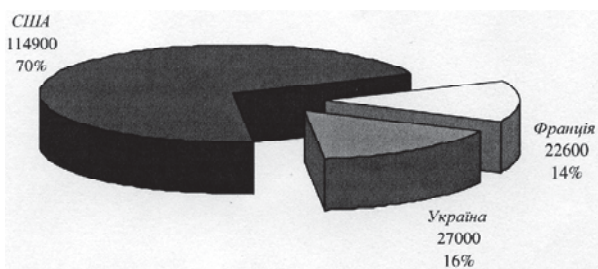


Рис. 2. Порівняльний аналіз кількості хворих дітей України, США, Франції

збільшення кількості інвалідів, в тому числі серед підлітків і молоді.

Привертає увагу значна кількість первинно визнаних інвалідами у віці до 39 років за класом "психічні розлади" — 62,9%.

Травми опорно-рухового апарату є однією з основних причин первинного виходу на інвалідність серед осіб молодого віку (16—29 років), здебільшого юнаків. Кожний третій, кому встановлюється інвалідність внаслідок травм опорно-рухового апарату, — віком до 30 років. Частота первинної інвалідності у юнаків (16—19 років) вище, ніж у дівчат у 3 рази, і становить 35,4 і 12,0 на 100 000 населення відповідно. Половина випадків травм, що стали причиною інвалідності у цьому віці, сталися в дитинстві.

У молодому працездатному віці (20—29 років) рівень первинної інвалідності внаслідок травм ще вище і становить 44,9 — у чоловіків і 12,6 — у жінок. Травми, що спричинили інвалідність у цьому віці, у більшості випадках побутові.

Однією з найбільш гострих соціальних проблем є стан здоров'я дітей. На сьогодні спостерігається тенденція до збільшення захворюваності дітей дошкільного віку. Тому для задоволення освітніх потреб такої категорії дітей збільшується та вдосконалюється мережа дошкільних навчальних закладів компенсуючого типу, тобто санаторних та спеціальних закладів.

Як показано на рис. 4, серед загальної кількості дітей 52,8 % дітей із порушеннями мовлення; 20,8% — з порушеннями опорно-рухового апарату; 14,6% — з порушеннями зору; 6,3% дітей — із затримкою психічного розвитку; 2,4% — з розумовою відсталістю; 0,9% дітей з порушеннями слуху; 2,2% з іншими захворюваннями [6].

Найбільше груп компенсуючого типу на сьогодні функціонують у Донецькій, Дніпропетровській, Львівській, Луганській областях, м. Києві, найменше — у Закарпатській, Волинській, Чернівецькій областях.

Оскільки загальна кількість дітей з порушенням опор-

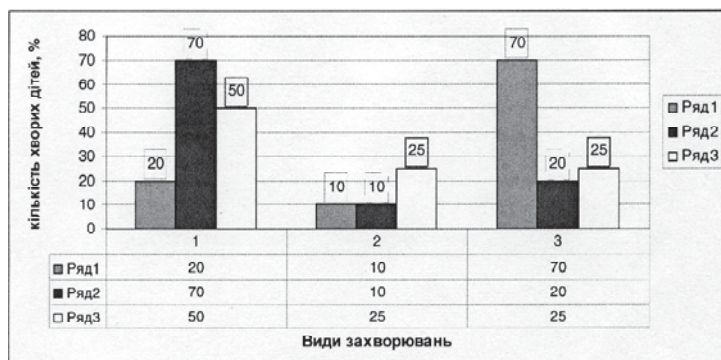


Рис. 3. Аналіз кількості хворих дітей України, США, Франції в залежності від виду захворювань:

1 — спастична диплегія, %; 2 — ататична диплегія, %; 3 — інші види, %.
Ряд 1 — Україна; ряд 2 — США; ряд 3 — Франція

но-рухового апарату становить 20,8%, цій проблемі потрібно приділяти особливу увагу. Адже в подальшому розвитку людства це може привести до геноциду і каліцтва нації.

За результатами моніторингу стану фізичного здоров'я, який проводився відповідно до вимог комплексу тестування школярів "Крок до здоров'я", кращі показники щодо стану здоров'я учнів було виявлено в Кіровоградській, Вінницькій та Харківській областях; гірші — у Сумській, Хмельницькій та Київській [3]. Дані представлені на рис. 5.

У країні працює 25 дитячо-юнацьких спортивних шкіл інвалідів. У них займається 7055 дітей, з яких найбільшу кількість становлять діти з вадами слуху — 2930; з ураженням опорно-рухового апарату — 1847; з вадами інтелекту — 1324; з вадами зору — 954. Тобто діти з вадами опорно-рухового апарату від загальної кількості складають 26,2%, що є майже четвертою частиною.

Для забезпечення щоденного обсягу рухової активності учнів, окрім уроків фізичної культури, застосовується певний комплекс позаурочних занять: години здоров'я, спортивні ігри, змагання й конкурси, фізкультпаузи під час самопідготовки, походи по рідному краю та інші.

У 2008 році, порівняно з 2000 роком, поширеність захворювань серед дітей від 0 до 14 років зросла на 14,3 %, а серед дітей 15—17 років — на 26,1 %. При цьому, у структурі поширеності захворювань дітей всіх вікових груп на першому місці знаходяться хвороби органів дихання (0—14 років — 52,7% та 15—17 років — 33,6%), другому — травлення (7,3 і 10,0 відповідно). Третє, четверте і п'яте місця у дітей 0—14 років припадає на хвороби ендокринної системи, шкіри та підшкірної клітковини, інфекційні та паразитарні хвороби (4,7, 5,0 і 3,7 % відповідно), а у дітей 15—17 років — хвороби кістково-м'язової, ендокринної та нервової систем (8,6, 7,6 і 5,8 %) [3].

Так, першою потребою в попередженні захворювань опорно-рухового апарату дітей дошкільного віку є розвиток системи плавання, а для цього розробка інноваційного товару — спеціальних гідрокостюмів (ГК), які будуть фіксувати положення хребта на певний час у дитині у акваторії.

Проаналізувавши статистичні дані, визначено, що найбільшу потребу у розробках ГК мають північні та центральні регіони України.

Одним з критеріїв попиту на даний товар є вибір інноваційних технологій виготовлення. Клейове з'єднання деталей виробів по фізико-механічним властивостям (міцності та жорсткості швів) не поступається комбінованому методу, який в свою чергу підвищує вартість виробу (вартість ниток, затрати при роботі з обладнанням) [7].

Оскільки ГК для дітей хворих церебральним паралічем використовується протягом малого проміжку часу, клейовий метод з'єднань деталей задовольняє технологічні вимоги виготовлення.

Так, вдосконалення цих методів мають значний вплив на розвиток та становлення інноваційного товару.

На рис. 6 надано вигляд ГК для дітей з пошкодженням ОРА.

Вибір ГК є дуже важливим і відповідальним кроком. Він не повинен натирати, пережимати окремі частини тіла. Разом з тим не повинен бути великим, оскільки це створить ускладнення при плаванні, а також знизить теплову ефективність вибраного типу ГК. Костюм має забезпечувати комфортний стан дитини при обраних умовах лікування.

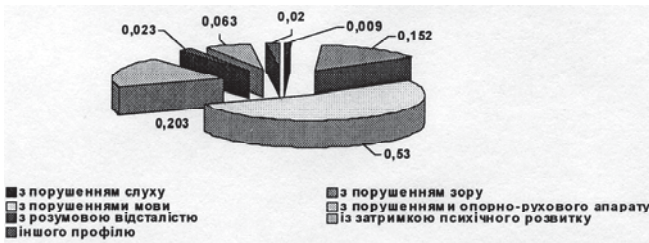


Рис. 4. Розподіл дітей, які потребують корекції фізичного та (або) розумового розвитку за видами захворювань на початок 2007 року

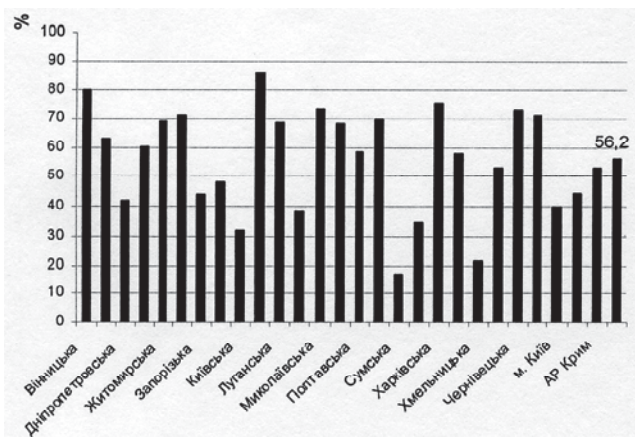


Рис. 5. Відсоток учнів, які мають належний рівень здоров'я відповідно до тестових випробувань "Крок до здоров'я"

При розміщенні застібок потрібно вивчати індивідуальність пошкоджень ОРА кожної дитини.

Лінії членування в ГК доцільно поділити на основні лінії, що створюють об'ємно-просторову форму виробу; додаткові лінії, які використовуються для надання ергономічності виробу, за допомогою яких створюється зручність у використанні виробу (наприклад, лінії членування, що дозволяють комбінувати матеріали різної товщини) та декоративні лінії членування, що мають на меті створити завершений вигляд виробу за рахунок використання інших за фактурою чи кольором матеріалів.

Для кращої фіксації тіла дитини та з метою підвищення функціональності ГК запропоновано створити на базі існуючої моделі нову, яку представлено на рис. 7.

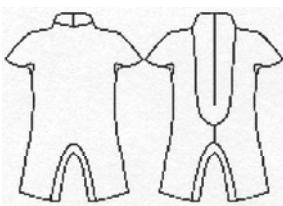


Рис. 6. Модель ГК-1

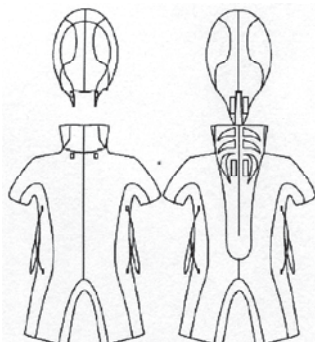


Рис. 7. Модель ГК-2

Для кращої підтримки голови хворого є ребра жорсткості на комірці-стояку. Для більшої фіксації хребта дитини розроблено з'ємний капюшон з двох частин, які з'єднано між собою застіркою-блискавкою, при чому застібається вона знизу до верху. Також доцільно використовувати паски для підтримки дитини у водному середовищі, за допомогою яких тренер або методист направлятиме хворого при виконанні лікувальної гімнастики. З допомогою спеціальних пасків дитину можна вчити ходити.

При розробці ГК для дитини з захворюванням ОРА необхідно звертати особливу увагу на психофізіологічні фактори — індивідуальні особливості дитини та хімічні (властивість води, її колір). Колір, в свою чергу, є своєрідним доповненням для психічного одужання дитини [8].

Для виготовлення ГК необхідно використовувати матеріал, який щільно прилягає до тіла людини, має еластичні властивості та не сковує рухів користувача при експлуатації виробу. Таким матеріалом є неопрен різної товщини.

Отже, аналіз сутності інновації сприяв визначенню необхідності створення нових виробів з використанням новітніх технологій для забезпечення здоров'я дітей. Оскільки задачею держави є збереження генофонду нації, даний товар може використовуватись як соціальний проект для задоволення споживчих вимог дітей з особливими потребами.

ВИСНОВКИ

Модель маркетингу інноваційного циклу розробки, виробництва й упровадження інноваційної продукції у маркетингових дослідженнях забезпечує стратегічний і багатокритеріальний аналіз ринкових потреб та етапів інноваційного циклу. А зворотні зв'язки, що діють на рівні пробного маркетингу і реалізації інноваційної продукції, забезпечують оптимізацію інновацій шляхом надання маркетингової інформації на відповідні рівні економічного аналізу.

Література:

1. Виноградов О.А. Маркетинг в інноваційній діяльності підприємств корпоративного типу: Автореферат дис. на здобуття наук.ступеня кандидата екон.наук. — К., 2006. — 21 с.
2. Маркетинг /В.Руделіус, О.М.Азарян, О.А.Виноградов та ін: Ред.-упор.О.І. Сидоренко, П.С. Редько. — К.: Навчально-методичний центр "Консорціум із удосконалення менеджмент-освіти в Україні", 2005. — 422 с.
3. Київ може не допустити демографічної кризи [електронний ресурс] <http://ua.ua.info/content/articles/2133.html>
4. Лише у 7% українських школярів задовільний стан здоров'я [електронний ресурс] <http://www.expres.ua/articles/2008/12/05/30275/>
5. Аналіз стану здоров'я дітей та жінок в Україні [електронний ресурс] <http://www.dslz.gov.ua/>
6. Толкач О.Л., Литвиненко Г.Є. Визначення необхідності захисту дитини дошкільного віку з вадами опорно-рухового апарату // Вісник КНУТД, К. — 2008 — № 1 (38). — С.169 — 171.
7. Толкач О.Л., Литвиненко Г.Є., Єременко А.І. Розробка конструкції гідрокостюму для хлопчика віком до трьох років з вадами опорно-рухового апарату // Вісник КНУТД, К. — 2008. — №3 (41). — С. 86 — 91.
8. Толкач О.Л., Колосніченко М.В., Литвиненко Г.Є. Характеристика матеріалів для гідрокостюмів мокрого та сухого типів // Вісник КНУТД, К. — 2008. — №5 (43). — С. 76 — 81.

Стаття надійшла до редакції 16.01.2009 р.