Таким образом, можно заключить, что инновации и импортозамещение представляют собой комплексную систему взаимосвязи и взаимообусловленности, которая базируется на организации полного цикла производства, которым управляет проектный инновационный менеджер с функциями эффективного управления инновационным процессом.

Наращивание программы «Импортозамещение» содействует обеспечению национальной безопасности за счет развития отечественного производства конкурентоспособного производственного оборудования, электрического оборудования и компонентов.

Предприятия производители производственного оборудования, электрического оборудования и компонентов могут занять прочные позиции в инновационном кластере «Умное оборудование», формируемом в Республике Татарстан согласно «Стратегии 2030», проектируя цели и задачи своего участия в тесном сотрудничестве с ключевыми предприятиями промышленных кластеров, отраслевой наукой и региональной властью, разрабатывая программы и проекты создания новой продукции, комплектующих с готовыми потребительскими свойствами и технологий, в области разработки и производства широкого спектра электронного и технологического оборудования. [5]

1. Долинская А.Ю. Управление инновационным развитием предприятия на основе стратегий развития инновационного потенциала. /А.Ю. Долинская // Вестник ЮУрГУ. —2019. —Т. 13. — № 2. — С. 87–95.
2. Землякова А.А. Республика Татарстан -Промышленный центр и условие социально-экономического развития региона / А.А. Землякова, А.А. Кадаш, Г.Р. Стрекалова //В сб. Межд. научно-прак. конф. «Новые вызовы и перспективы развития российской экономики». - Казань. - КНИТУ. - 2017. - С. 186-192.
3. Рейтинг инновационного развития субъектов Российской Федерации. Выпуск 5 / Г.И. Абдрахманова, П.Д. Бахтин, Л.М. Гохберг и др.; под ред. Л.М. Гохберга; Нац. исслед. ун-т «Высшая школа экономики». – М.: НИУ ВШЭ, 2017. – 260 с.
4. Основополагающие и поясняющие материала к проекту стратегии социально-экономического развития республики Татарстан до 2030 года. Серия «Экономика», том 4 «Промышленность Республики Татарстан: перспективы и риски». – М: 2015. – 205 с. <https://msu.tatarstan.ru/file/File/>
5. Стратегия социально-экономического развития Республики Татарстан до 2030 года. -URL: <http://mert.tatarstan.ru/strategiya-sotsialno-ekonomicheskogo-razvitiya.htm>

Ушаков Е.В.

Управление качеством медицинской помощи: традиционные и новые методы

*Российская академия народного хозяйства и государственной службы при
Президенте Российской Федерации (Северо-Западный институт управления
РАНХиГС)*

(Россия, Санкт-Петербург)

doi: 10.18411/lj-07-2020-104

idsp: ljjournal-07-2020-104

Аннотация

В статье рассматривается эволюция методов управления качеством медицинской помощи: от традиционных, основанных на измерении качества по А. Донабедиану, до современных, широко заимствующих техники общего менеджмента. Отмечается, что еще есть ряд проблем по применению современных методов к сфере медицинской помощи, поэтому нужны более специализированные подходы по управлению медицинским качеством.

Ключевые слова: медицинская помощь, качество медицинской помощи, управление качеством, подход А. Донабедиана, современные подходы к качеству медицинской помощи

Abstract

The article discusses the evolution of medical care quality management methods: from traditional, based on A. Donabedian's quality measurement, to modern, widely borrowing general management techniques. It is noted that there are still a number of problems in applying current methods to the field of medical care, therefore more specialized approaches for managing medical quality are needed.

Keywords: medical care, medical care quality, quality management, A. Donabedian's approach, modern approaches to medical care quality

Управление качеством медицинской помощи как самостоятельное научно-практическое направление стало формироваться во второй половине XX века. В 60-е годы качество медицинской помощи понималось преимущественно как доступность медицинского обслуживания для нуждающихся групп населения, а в 80-х годах появилось такое важное понятие, как *обеспечение качества* (quality assurance) [1].

В это же время разрабатывается подход к управлению медицинским качеством, который используется до сегодняшнего дня, и который стал уже традиционным. Он основан на техниках измерения качества, которые разработал американский ученый и практикующий врач Аведис Донабедиан. Свои идеи А. Донабедиан выдвинул еще в 60-е годы XX века, однако широкую известность они завоевали пару десятилетий позже [2, 3].

Так называемая «триада Донабедиана» определяет три основных подхода к оценке и измерению медицинского качества: *структура, процесс, исходы*.

Под структурой понимается совокупность ресурсов, необходимых для выполнения задач здравоохранения и медицинской помощи (персонал, оборудование, медикаменты и т.п.). Оценка структуры означает изучение того, какова степень готовности системы к оказанию медицинской помощи.

Процесс - это совокупность действий, выполняемых поставщиком медицинской помощи по отношению к потребителю. Процесс включает мероприятия по приему больного, диагностике его состояния, лечению, уходу, реабилитации и т.п. Оценка процесса означает изучение того, насколько совершенно функционировала система в ходе оказания помощи пациенту.

Оценка клинических исходов – это изучение и измерение того, какими объективными результатами (выздоровление, существенное улучшение, осложнения и т.п.) завершился процесс оказания медицинской помощи. Применяются как индивидуально-ориентированные, так и популяционно-ориентированные оценки, которые базируются на эпидемиологических показателях (смертность, выживаемость, заболеваемость и др.).

Сегодня триада Донабедиана широко используется для оценки качества и в других отраслях: в социальной работе, образовании, разнообразных видах бизнеса услуг и др.

С начала 90-х гг. наступил новый этап управления качеством медицинской помощи, который характеризуется активным привлечением управленческих техник, в основном происходящих из «общего» менеджмента (из сферы индустрии и из сектора услуг), а также разрабатываемых внутри самой медицинской сферы.

Для примера можно назвать такие подходы, как всеобщее управление качеством (TQM) и непрерывное улучшение качества (CQI), цикл Деминга, статистический контроль процесса (SPC) и контрольные карты, философию «шести сигм» (six sigma), подход «бережливого», или «экономного» мышления (lean thinking), формирование обучающихся организаций, клинический аудит и другие методы.

Отличительной чертой современных подходов к качеству является то, что они вводят *системный* взгляд на проблемы и процессы медицинской помощи. Современная парадигма исходит из той предпосылки, что медицинская помощь осуществляется в

системных условиях и поэтому качество выходного продукта является результатом работы всей системы.

Таким образом, общая эволюция управления качеством медицинской помощи шла от классических работ А. Донабедиана, посвященных компонентам качества и техникам его измерения, к современной парадигме качества как системного продукта, которая предоставляет широкий выбор инструментов для управления качеством.

Особенно следует отметить важнейшую роль концепции всеобщего управления качеством (TQM), которая была успешно использована правительствами ряда стран в качестве официальной стратегии достижения экономического роста и конкурентоспособности (Япония, Сингапур, Южная Корея и др.). Со временем эта концепция стала применяться и для управления качеством в сфере здравоохранения.

Благодаря концепции TQM сегодня глубоко осознано, что качество медицинской помощи рождается в сложном и обширном контексте взаимодействий множества факторов различной природы. Качество является динамической характеристикой и подлежит постоянному совершенствованию. Всеобщее управление качеством предполагает планирование качества как важнейшую организационную цель, развитие полноценного лидерства, фокусирование организации на нуждах потребителя, введение действующих систем измерения, которые позволяют количественно оценивать работу системы, эффективное управление информацией, привлечение всего персонала к преследованию качества [4].

Кроме того, в качестве позитивного примера следует отметить начатый в нашей стране с 2016 г. эксперимент с применением в здравоохранении концепции «бережливого мышления» (lean thinking). На первом этапе он стартовал (под названием «Бережливая поликлиника») в шести поликлиниках на территории трех субъектов РФ. Так как этот пилотный проект был оценен положительно, в 2017 г. Президиум Совета при Президенте по стратегическому развитию и приоритетным проектам одобрил специальный приоритетный проект «Создание новой модели медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь». Далее территория применения этого подхода значительно расширилась (до 33 регионов), и с 2019 года данный приоритетный проект включен в национальный проект «Здравоохранение» [5, с. 12-15].

Однако нужно заметить, что еще имеется немало трудностей по освоению TQM (и других современных концепций достижения качества) в сфере здравоохранения. Главная из них связана с необходимостью тщательной адаптации современных подходов, их языка и понятий, к специфике здравоохранения. Так, есть утверждения, что заимствование техник индустриального менеджмента должно проводиться в медицинских организациях с известной осторожностью, а альтернативой индустриальным методам «всеобщего управления качеством» мог бы служить так называемый «социотехнический» подход, который истолковывает задачи качества не как создание систем контроля, а, скорее, как рассматриваемую с социальной точки зрения реализацию *ценностей* [6].

Таким образом, современная парадигма медицинского качества продолжает активно развиваться, в том числе появляются идеи о необходимости формирования подходов, не просто применяющих к здравоохранению техники общего менеджмента, а более глубоко учитывающих специфику медицинской деятельности.

1. Blumenthal D. The origins of the quality-of-care debate // NEJM, 1996, 335, 15, p. 1146-1149.
2. Donabedian A. Evaluating the Quality of Medical Care // Milbank Memorial Fund Quarterly 1966, 44, p. 166-203
3. Donabedian A. The Quality of Care: How Can It Be Assessed? // Journal of the American Medical Association. 1988, 260(12), p. 1743-1748

4. Health Care Criteria for Performance Excellence. Baldrige National Quality Program, National Institute of Standards and Technology, Gaithersburg, MD, 1998.
5. Доклад о задачах субъектов Российской Федерации в сфере здравоохранения. Государственный Совет Российской Федерации. – М., 2019.
6. Hartelo P.P.M. Quality systems in health care: a sociotechnical approach // Health Policy, 2003, 64, 3, p. 391-398.

Эсеккуева А.А., Яроменко Н.Н.

**Анализ влияния себестоимости от реализации зерна озимой пшеницы на
финансовые результаты ООО «Айрин»**

*Кубанский государственный аграрный университет имени И.Т. Трубилина
(Россия, Краснодар)*

doi: 10.18411/lj-07-2020-105

idsp: lj-07-2020-105

Аннотация

Произведен анализ темпов роста и прироста выручки от реализации и себестоимости озимой пшеницы, проведен факторный анализ рентабельности зерна озимой пшеницы в ООО «Айрин».

Ключевые слова: Себестоимость, финансовый результат, прибыль от продаж, факторный анализ, индексный метод.

Abstract

The analysis of the growth rate and increase in revenue from the sale and cost of winter wheat, factor of the profitability of winter wheat in the LLC “Irene” is carried out.

Keywords: Cost, financial result, profit from sales, factor analysis, index method.

Каждый руководитель в процессе работы вынужден принимать огромное количество управленческих решений, связанных с затратами организации, объемом и структурой реализации продукции, рыночными ценами на продукт. Именно эти факторы в конечном итоге формируют представление о финансовом результате организации.

Рассмотрим структуру финансовых результатов в ООО «Айрин» на рисунке 1.

Рисунок 1 – Структура выручки от реализации в ООО «Айрин» озимой пшеницы, %