

Алматы Менеджмент Университет



# МЕНЕДЖМЕНТ БИЗНЕС АНАЛИТИКА

Сборник статей  
слушателей программы МВА

ВЫПУСК 2

Алматы, 2015

**НОУ “Алматы Менеджмент Университет”**

# **МЕНЕДЖМЕНТ БИЗНЕС АНАЛИТИКА**

**Сборник научных статей  
слушателей программы MBA**

**Выпуск 2**

**Алматы, 2015**

**УДК 005**  
**ББК 65.290-2**  
**М50**

### **Редакционная коллегия**

*Редактирование, подготовка к сборника к печати:*  
*Шакирова С.М. - к. филос. н., Управление по науке*

*Проверка работ на уникальность текста:*  
*Какенова А.К. – главный специалист офиса программ DBA*

*Работа с авторами:*  
*Акынова Л.К. - старший координатор Департамента программ MBA*  
*Кабулова А.Н. - координатор Департамента программ MBA*  
*Болгов Я.В. - координатор Департамента программ MBA*  
*Анисимова А.Н. - координатор Департамента программ MBA*  
*Кайралапова Д.Б. – старший координатор программ MBA, Представительство Almaty Management University в г. Астана по Центральному и Северному регионам Казахстана*  
*Кабешева Ж.О. - координатор Представительства Almaty Management University в Западно-Казахстанской области, г. Атырау*

Все статьи прошли проверку на уникальность текста в системе Антиплагиат.ру (не ниже 60%).

**Менеджмент. Бизнес. Аналитика.** Сборник научных статей слушателей программы MBA. Выпуск 2 - Алматы: Алматы Менеджмент Университет, 2015. – 332 с.

Настоящий сборник предназначен для студентов, магистрантов, докторантов, представителей бизнеса, руководителей среднего и высшего звена, а также исследователей, интересующихся теорией и практикой современного менеджмента в Республике Казахстан.

**ISBN: 978-601-7021-55-9**

**УДК 005**  
**ББК 65.290-2**  
**М50**

**ISBN: 978-601-7021-55-9**

13	<b>БАРАНОВ</b> <b>Денис Анатольевич</b> МВА-О-13-1(М) г. Алматы	Совершенствование операционной деятельности предприятий горно-обогатительного производства	Байсеркеев О.Н., к.ф.н., доцент	51
14	<b>БЕКТУБАЕВ</b> <b>Руслан Фаризунович</b> МВА-МЗ-1-13 г. Актау	Реструктуризация в учреждениях здравоохранения: теоретические аспекты	Куренкеева Г.Т., к.э.н., доцент	57
15	<b>БЕЛОБОРОДОВА</b> <b>Наталья Александровна</b> МВА-О-13-4 (М) г. Актау	Анализ современного состояния, тенденций развития рынка предприятий нефтесервиса	Новоточина М.В, DBA	60
16	<b>БИТМАНОВ</b> <b>Жайнак Матенакынович</b> МВА-О-13-06 г. Астана	Маркетинговый анализ рынка кирпича в Республике Казахстан	Султанбекова Г.К., к.э.н., доцент	64
17	<b>ВИХЛЯНЦЕВА</b> <b>Наталья Юрьевна</b> МВА-013-7 (ДО) г. Алматы	Методы выбора системы финансового планирования, бюджетирования в компании	Касенова Г. Е., к.э.н, доцент	67
18	<b>ГАВРИЛОВА</b> <b>Ирина Васильевна</b> МВА-В-13-5 (В) г. Алматы	Практика определения потребности и подбора персонала в банке	Кукузова Л.Ж., МВА	70
19	<b>ДЖАЙЛХАНОВА</b> <b>Аманкуль Абдигаликовна</b> МВА-МЗ-1-13 г. Актау	Анализ системы формирования здорового образа жизни Мангистауской области	Куренкеева Г.Т., к.э.н, доцент	72
20	<b>ДЖАЛКИБАЕВ</b> <b>Талгат Маратович</b> МВА-В-13-6 (М) г. Алматы	Оперативное управление производством	Никифорова Н.В., д.э.н., профессор	75
21	<b>ДЖАЛМУРАТОВА</b> <b>Асемгуль Еслямгалиевна</b> МВА-О-11-3 г. Астана	Основные факторы и предпосылки разработки коммерческим банком стратегии увеличения продаж розничных продуктов посредством платежных карт	Леонтьева И.А., MPhil	79
22	<b>ДОНДАГУЛОВА</b> <b>Галия Жаксылыковна</b> МВА-013-7 г. Алматы	Формирование бюджета крупной компании. С чего началось внедрение бюджетного управления в ТОО «Байкен-У»	Султанбекова Г. К., к.э.н., доцент	83
23	<b>ЕРГАЛИЕВ</b> <b>Какимжан</b> <b>Джангирханович</b> МВА-МЗ-1-13 (М) г. Актау	Перспективы развития страховой медицины в Республике Казахстан	Байсеркеева С.С., к.э.н., доцент	86
24	<b>ЕРГЕШБАЕВА</b> <b>Гаухар Такировна</b> МВА-В-13-2 (MSM) г. Астана	Развитие внешнеторговой деятельности Республики Казахстан в современных условиях	Куренкеева Г.Т., к.э.н., доцент	89
25	<b>ЕШЕНХАНОВ</b> <b>Аскар Серикович</b> МВА-В-13-6 (М) г. Алматы	Привлечение иностранных консультантов в управление компанией	Филин С.А., DBA	93

## **ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ СТРАХОВОЙ МЕДИЦИНЫ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН**

В нашей Конституции записано, что мы социальное государство, в котором высшей ценностью является человек, и в этом смысле доступ к медицинским услугам – один из важных моментов государственной политики. Сейчас есть гарантированный минимум медицинской помощи, который оплачивается из бюджета. Есть добровольное медицинское страхование, когда человек сам покупает страховку и может получить дополнительное медицинское обслуживание по своему выбору. Самая дорогая страховка включает медицинские операции за границей. Такой страховой полис может быть частью соцпакета, тогда расходы несет работодатель. И все же для многих добровольное страхование довольно дорогое удовольствие. Так вот, я за то, чтобы был не гарантированный, а необходимый минимум медицинских услуг.

Объясню, в чем разница. Банальный пример, если человеку нужна дорогостоящая операция, а собственных средств ему не хватает, то у него должна быть возможность оплатить ее как раз через систему обязательного медицинского страхования.

Основатель крупнейшей страховой компании англичанин Эдвард Ллойд говорил: «Страхование – это вклад многих в несчастье некоторых». То есть система страхования, в нашем случае обязательное медицинское страхование, как раз обеспечит равный доступ к медицинским услугам для казахстанцев. Нам не нужно изобретать велосипед и придумывать что-то с нуля. Например, в Германии эта система давно работает. Ее участниками являются три стороны – часть обязательных взносов платит работодатель, часть – сам работник, и частично участвует государство. В результате получается нормальная медицинская страховка. Конечно, там действуют определенные ограничения на медицинские услуги, и нет такого, что «все включено», потому что когда есть обязанность, всегда есть границы – тарифы или максимальная сумма на человека в год.

«Кадры решают все» – самый популярный советский лозунг своевременен и в наше время. Ведь люди, человеческий капитал – это самое дорогое. В странах с рыночной экономикой это тем более необходимо. Работодателю лучше и дешевле купить медицинскую страховку, которая позволит работнику регулярно проходить медицинское обследование, то есть осуществлять профилактику заболеваний, а не заниматься продолжительным лечением. Здоровый сотрудник будет стабильно работать, а не давать убытки из-за болезней. Однако, к сожалению, в нашей стране работодатели больше экономят на страховке или думают, что экономят, при этом потери от того, что ценный сотрудник может быть «не в форме», могут быть гораздо больше.

Если говорить прямо, то большинство относится к своему здоровью безответственно (иждивенчески), а ведь это самое дорогое, что есть у человека. Большая разница по гендерному признаку. Мужчины гораздо меньше следят за своим здоровьем. Женщины в целом более внимательны в этом вопросе. Они как раз следят не только за своим здоровьем, но и за здоровьем детей и мужа.

Конечно, на то есть объективные причины. Для большинства людей поход к врачу – довольно дорогое удовольствие, скорее необходимость. Средняя зарплата в стране – примерно 80 000 тенге. В частных клиниках прием, консультации врачей, процедуры стоят недешево. При этом, надо прямо сказать, качество услуг зачастую не выдерживает никакой критики и не зависит от их стоимости. Есть много частных клиник, где средний гражданин вряд ли сможет позволить себе лечиться. При этом уровень обслуживания в них будет примерно на том же уровне, что и у более дешевых медицинских центров.

Торопиться в этом вопросе нельзя. Вводить систему обязательного медицинского страхования и не решать вопрос с качеством оказания медицинских услуг было бы неправильно. По опыту работы добровольного медицинского страхования представляем, что жалоб на страховые компании, которые не оплатили счета, нет, но есть жалобы на обслуживание медработниками.

Есть одно изречение Гиппократа, которое звучит так: «Не лечи бесплатно, ибо тот, кто лечится бесплатно, рано или поздно перестает ценить свое здоровье, а тот, кто лечит бесплатно, рано или поздно перестает ценить результаты своего труда». Многие граждане иждивенчески относятся к своему здоровью, или думают «авось пройдет». В то же время, если медработник не ценит свою работу, по крайней мере у него не будет стимула расти профессионально дальше, и потом пойдут ли люди к нему, лечится. Иногда некоторые врачи неоправданно «грузят» больных, отправляя их покупать лекарства в аптеки, с которыми они договорились на выгодных условиях. Для того, чтобы избежать такие ситуации, государство планирует создать специальный фонд, который будет аккумулировать денежные средства и управлять ими. При этом можно было бы дать возможность и страховым компаниям работать параллельно с фондом.

Уже сейчас региональные ведомства, контролирующие здравоохранение, и страховые компании самостоятельно занимаются селекцией медицинских центров и клиник. Если видят, что на кого-то часто жалуются, с ними разрывают договор. Пусть государственные и частные клиники конкурируют друг с другом, ведь государственные получают дотации из бюджета и, по большому счету, перед ними не стоит вопрос качественного оказания услуг! Поэтому нужно поставить их в равные условия с частными клиниками. В госклинике должен быть экономист, который будет планировать поступления и бюджет, а не только выбирать

государственные деньги. Это крайне важно при введении системы обязательного медицинского страхования, чтобы не содержать тех, кто не умеет работать. Поэтому перед тем как внедрить новую систему, необходимо все взвесить и продумать. Страховые компании готовы начать работать в новых условиях и страховать, но завтра люди пойдут к тому же врачу, будут сидеть в очереди, ведь количество больных не уменьшится. Поэтому сначала нужна реформа системы здравоохранения и оказания медицинских услуг.

И ещё одна немаловажная деталь, даже необходимость – поменять нашу психологию. У нас до сих пор есть много людей, которые считают, что государство обязано напоить, накормить, выучить, вылечить, дать жилье, работу. Необходимо в условиях рыночных отношений воспитать у людей собственную ответственность за свою жизнь, за ее качество, в том числе за здоровье. Можно предъявлять претензию к врачам, на дороговизну лекарств, но нужно понять, что граждане сами в ответе за свое здоровье. Люди скорее готовы заботиться об автомобиле, но при этом не заботиться о себе. Машина со временем стареет, человеческий организм тем более. Значит, начинать нужно со здорового образа жизни.

Необходимо повернуть сознание сотрудников к потребителю, а не к начальнику, к прибыли, а не к расточительству, к инициативности, а не к бездумной исполнительности. Нужно поменять менталитет граждан, искоренить наплевательское отношение к своему здоровью. Здоровье самое ценное богатство в жизни человека. Однако люди обращают на него свое внимание только тогда, когда недуг начинает их беспокоить. Наше государство гарантирует получение необходимой медицинской помощи, которое обеспечивает лишь определенную медицинскую помощь в рамках государственной программы, но это не всегда удовлетворяет потребности наших граждан.

В настоящее время многие страховые организации предлагают услуги добровольного медицинского страхования, которое может обеспечить наиболее подходящий вариант дополнительных медицинских услуг с учетом личных потребностей граждан.

Анализ зарубежного опыта выявил, что в современных казахстанских условиях перехода к новому рубежу медицинского страхования, необходим переход к новому приоритету ценностей. Поэтому сегодня особое значение приобретает изучение социальных, медицинских и экономических оснований перехода к обязательному медицинскому страхованию, разработки его программ на республиканском и региональном уровнях. В связи с этим актуальным является обобщение опыта Казахстана (какой бы горькой она не была) и зарубежных стран, а также России, в использовании принципов медицинского страхования.

Как бы ни развивались взаимоотношения между страховщиком и страховой компанией, какая бы дружественная атмосфера не царилась бы во взаимоотношениях партнеров, в любой сделке всегда существует неочевидный конфликт. Одним необходимо выгодно пополнить клиентов, а другим – выгодно приобрести услуги. При этом у клиента – одни ожидания, часто завышенные, у продавца – другие. Винить в такой ситуации нельзя ни одну из сторон. Каждая сторона имеет свои цели, свои представления о достаточности объемов услуг. И может продолжаться бесконечно... Одной из главных целей в таких ситуациях будет являться, в благоприятной эмоциональной обстановке найти решение, которое удовлетворило бы обе стороны.

При участии третьей стороны – посредника на переговорах, оба участника получают уверенность в том, что все одинаково четко понимают смысл принятых решений и выработанных в ходе переговоров обязательств.

Третью сторону на переговорах называют «Медиатор». Когда речь идет о страховании, используется термин «insurancemediator» - страховой медиатор.

В зависимости от целевых клиентских сегментов, на которых оперирует компания, стратегия делится на: корпоративную, розничную и комбинированную. В данном случае хочется подчеркнуть, что мы говорим о маркетинговой корпоративной стратегии как разновидности маркетинговой стратегии в целом.

Источник страховых платежей по ОМС - собственный взнос работающих граждан. Личный страховой взнос, напрямую удерживаемый из заработной платы застрахованного, в момент ее получения с надлежащей отметкой в ведомости выдачи, и вносимый на лицевой счет застрахованного в виде накопления, как показывает зарубежная практика, увеличивает ответственность застрахованных за состояние собственного здоровья и профилактику болезней. Поэтому в будущем необходимо наверняка использовать такой рычаг, улучшения здоровья граждан. Для улучшения и увеличения потока обслуживаемых клиентов в обязательном медицинском страховании предлагаем внедрить систему бонусов, в виде накопительных пластиковых карт.

Основная функция накопительной пластиковой карты — идентификация клиента в процессе проведения услуги или оплаты, отображения размера существующей скидки, а также суммирование (или вычитание) только что поступившей суммы. Основное внимание при разработке системы накопительного поощрения потребителей нужно уделить, на принцип ее действия. Следовательно, необходимо сформировать оптимальный алгоритм накопления, принцип начисления, срок действия счета.

В случаях, если страховщик не использовал свою карту, не обращался за медицинской помощью в течение года, то можно вернуть примерно 10% страховой суммы на следующий год, что будет положительным аспектом, как для страховщика, так и для страховых компании/клиники. Если в течение года страховщик приносит определенные документы, заверяющий о том, что он занимается профилактикой здоровья (фитнес, плавание, спорт), то также возместить определенный процент на накопительную карту, что улучшит про-

филактику здоровья самого страховщика. Ветеранам Великой Отечественной Войны ежегодно проводить акцию бесплатного медицинского обследования, профилактики.

Поляризация населения, или структурированное неравенство по доходам, не абстрактное понятие. Любое общество в прошлом и настоящем, в той или иной стране всегда было неравным.

Как ни прискорбно, общественное равенство остается мифом. Исходя из этого, роль государства сегодня заключается в предоставлении социальных гарантий населению. Тем более что от этого зависит отказоустойчивость политической и экономической модели, не говоря уже о ее успешности. Поэтому ОМС можно было бы предоставлять с некоторыми дополнениями в страховых программах, как в ДМС, в виде отдельных программ относительно от суммы (как это происходит в некоторых зарубежных странах). Соответственно, нужно внедрить стандартную или базовую программу, бизнес программу и VIP программу.

Нужно изменить стандарты лечения, внедрить новые протоколы. Исходя из этого, нужно рассмотреть оплаты каждого страхового случая.

Стандарты лечения надо составлять на основе проводимого гайдлайнс в каждой области. То есть после каждого приема врачи обязаны протоколировать свои действия (что сделано, как, что они диагностировали, что предприняли). Эти медицинские документы подвергаются аудитам.

Все это позволит четко структурировать всю систему нашего здравоохранения. Мировой опыт показывает, что обязательное медицинское страхование очень распространено в мире и дает хорошие результаты. Граждане, имеющие медицинскую страховку, могут получить гарантированное лечение, так как деньги для этого накоплены.

Нужно возродить фонд в территориальной структуре, на региональном уровне, нужно создать областную казну по типу ФОМС. В будущем, по мере укрепления экономики, следует принять другую модель ОМС, гарантирующую большую свободу выбора, конкуренцию между страховщиками, их выбор со стороны страхователей (работодателей, органов власти на местах).

Введение обязательного медицинского страхования позволит улучшить уровень культуры медицинского обслуживания, воплотить в полной мере возможности негосударственно-го сектора медицины, который сегодня работает в очень непростых условиях.

Основопологающей задачей является разработка и внедрение законодательной базы, лучше всего - специального Закона об обязательном медицинском страховании. И разрабатывать этот закон, обсуждать его положения необходимо обязательно с привлечением лучших специалистов, медицинской общественности, в ходе открытых дискуссий. Это не должно быть бременем только для одних чиновников из Минздрава. Необходимо внести колоссальные изменения в законы о страховой деятельности, другие законы (смягчение налоговой системы и т.д.). Потребуется грандиозная подготовительная работа, для того чтобы создать действительно работающую систему, в которой объединились бы интересы отдельного гражданина, работодателей и государства. Необходимо предварительно посмотреть и разобрать опыт других стран, в том числе России, где при введении ОМС выявилось множество негативных моментов. Необходимо учиться на опыте чужих ошибок, чтобы уменьшить свои ошибки.

**Источники:**

1. Закон Республики Казахстан «О страховой деятельности» от 18 декабря 2000 г. № 126-III
2. Организация финансирования здравоохранения в условиях системы социального страхования Германии. Алматы, 1996, 22с.
3. Pacific Prime, Simplifying Health Insurance, 2006.