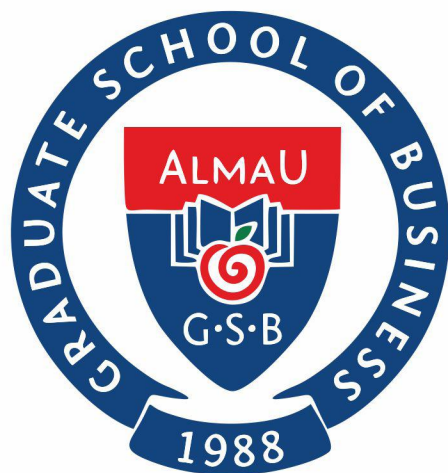


УО «Алматы Менеджмент Университет»



МЕНЕДЖМЕНТ БИЗНЕС АНАЛИТИКА

Выпуск 3

Алматы, 2016

УО «Алматы Менеджмент Университет»
Высшая Школа Бизнеса

МЕНЕДЖМЕНТ.
БИЗНЕС.
АНАЛИТИКА

Сборник статей слушателей программы МВА
Выпуск 3

Алматы, 2016

УДК 005:378
ББК 65.290-2:74.58
М50

Редакционная коллегия:

Шакирова С. М. - главный редактор, к. филос. н., директор Управления науки
Куренкеева Г. Т. – к.э.н., декан Высшей школы бизнеса
Анисимова А.Н. – координатор Департамента программ MBA

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

Менеджмент. Бизнес. Аналитика. Сборник научных статей слушателей программы MBA. - Алматы: Алматы Менеджмент Университет, 2016. – 340 с.

ISBN 978-601-7166-12-0

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.

УДК 005:378
ББК 65.290-2:74.58

ISBN 978-601-7166-12-0

© Алматы Менеджмент Университет, 2016

53	КУРМАШЕВА Назым Ауесбековна	МВА-О14-М	Певнева Е.С.	Бюджетирование как метод регулирования и элемент финансового планирования деятельности фирм	192
54	КЫЛЫШБЕКОВ Нуржан Еркасымович	МВА-В14-В	Тултабаев С.Ч.	Разработка стратегического развития ТОО «Great-Nine»	196
55	МАКЕЕВ Дмитрий Сергеевич	МВА-О14-МАг	Филин С.А.	Выбор моделей для анализа операционного управления производством (на примере ТОО «Атырауский НПЗ»)	198
56	МАКУЛБЕКОВ Тельман Азимханович	ЕМВА-О14-РАНХ	Бижан Б.А.	Способы и методы стратегического планирования	204
57	МАКУЛБЕКОВА Дания Рашидовна	ЕМВА-О14-РАНХ	Козин В.А.	Технология формирования управляющего холдинга (гостиничный бизнес)	209
58	МАХСУТОВ Рашид Инамжанович	МВА-О14-МА	Новоточина М.В.	Приоритетные направления развития подходов к стимулированию персонала	214
59	МОЛДАБАЕВ Азат Сайлауович	ЕМВА-О14-РАНХ	Кукузова Л.Ж.	Развитие проектного менеджмента в Республике Казахстан: состояние и перспективы	217
60	МУЖИКОВ Канат Кенжебаевич	МВА-О14-МА	Певнева Е.С	Разработка бизнес плана компании, инвестиционного проекта	221
61	МЫЛТЫКБАЕВ Куаныш Алексеевич	МВА-О14-М	Досалиев Б.А.	Стратегия развития компании и ее стратегия в финансовых показателях	223
62	НАЗБЕКОВА Гулимай Муратжановна	МВА-В15-МА	Бижан Б.А.	Человеческий капитал в сервисном секторе экономики Казахстана: современные проблемы и возможные решения	226
63	НЕЗГОВОРОВ Денис Андреевич	ЕМВА-О14-РАНХ	Филина Т.В.	Некоторые теоретические аспекты стратегического планирования в условиях казахстанской экономики	228
64	НИЖЕГОРОДЦЕВ Виталий Викторович	МВА-О14-В	Леонтьева И. А.	Управление интернет маркетингом в микрофинансовой организации	231
65	НУРЛАНОВА Маржан Шамиловна	МВА-В14-М	Алталиева А. А.	Организационные изменения в Мангистауской областной больнице	235
66	ОСПАНОВА Жанна Ержановна	МВА-О14-МА	Никифорова Н.В.	Особенности стратегического планирования в сфере банковских услуг	238
67	ПОТАПОВ Александр Владимирович	МВА-О-13-5 (SHU)	Куренкеева Г.Т.	Стратегия международных компаний на местных рынках: теория и казахстанская практика	241
68	РАЙСОВА Тогжан Багдатовна	ЕМВА-О14-РАНХ	Курганбаева Г.А.	Состояние и развитие фондового рынка Республики Казахстан	245
69	САМАТОВ Тимур Маратович	МВА-О14-МА	Султанбекова Г.К.	Интернет площадка как основной инструмент для ведения электронного бизнеса	251
70	САРСЕНБАЕВ Алмас Сарсенбаевич	МВА-В14-М	Куренкеева Г.Т.	Система стратегического планирования на предприятии	255
71	САРТБАЕВ Ерлан Сагвалдиевич	МВА-О14-М	Байсеркеева С.С.	Франчайзинг: управление проектами в топливном бизнесе	259

ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ В МАНГИСТАУСКОЙ ОБЛАСТНОЙ БОЛЬНИЦЕ

Государственное коммунальное предприятие на праве хозяйственного ведения «Мангистауская областная больница» (далее – областная больница) является единственным в области государственным многопрофильным медицинским учреждением, оказывающим квалифицированную, специализированную и высокоспециализированную помощь взрослому населению. Медицинская помощь в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи включает в себя консультативно-диагностическую, круглосуточную стационарную, стационарозамещающую помощь, а также медицинскую реабилитацию.

В 2012 году новая администрация столкнулась с фактом, что организация несет огромную сумму кредиторской задолженности. Кроме того, Территориальный департамент комитета оплаты медицинских услуг (далее - КОМУ), осуществляя регулятивные и реализационные функции в сфере оплаты услуг гарантированного объема бесплатной медицинской помощи, при перевыполнении ежемесячного объема государственного заказа в рамках государственного объема бесплатной медицинской помощи (далее - ГОБМП), применяет линейную шкалу. Таким образом, затраты на оказание медицинской помощи населению не возмещались при превышении помесечной суммы, предусмотренной договором с КОМУ.

Причиной превышения нормативов на оказание специализированной и высокоспециализированной медицинской помощи населению стали отсутствие второго уровня организации медицинской помощи в городе, в связи с чем и возникла растущая потребность населения в медицинских услугах специалистов областной больницы (третьего уровня по регионализации), необходимость обязательного выполнения стандартов оказания медицинской помощи, выбор единственно верной интраоперационной тактики применения высокотехнологичных видов медицинской помощи по жизненным показаниям.

Вследствие этого, с 2012 года руководство областной больницы, с обострением проблемы финансового дефицита лечебной организации, пошло на поиск новых источников финансирования, внутренних резервов роста эффективности, принятия нестандартных управленческих решений.

Чтобы не допустить применение линейной шкалы, администрация больницы должна была инициировать ряд серьезных нововведений: снизить доли больных с весовым коэффициентом клинко-затратных групп (далее – КЗГ) до 1,0 для эффективного использования ресурсов стационара; ввести регулирование объема госпитализации с помощью уменьшения количества плановых госпитализаций с жесткой привязкой к плановым цифрам пролеченных случаев специализированной медицинской помощи в круглосуточном стационаре; приоритет на сложные дорогостоящие случаи; введение штрафных санкций при перевыполнении плана пролеченных случаев; расширение технологий стационарозамещающей терапии при помощи лечения всех пациентов с весовым коэффициентом КЗГ ниже 1,0 на уровне дневного стационара; управление затратами в соответствии с КЗГ по пациентам; создание службы защиты пациента и внутреннего контроля.

В свою очередь, администрация, учитывая, что стационары являются наиболее дорогостоящим компонентом, основной ресурсной характеристикой которого является коечный фонд, выделила в качестве самого значимого направления - повышение эффективности использования коечного фонда и его рациональное использование. Первым этапом повышения эффективности использования коечного фонда стала его реструктуризация и приведение в соответствие с реальными потребностями населения в различных видах стационарной помощи путем объединения некоторых отделений. Первыми подверглись реструктуризации эндокринологические, нефрологические, токсикологические, гастроэнтерологические и урологические койки.

Для проведения изменений нами была использована модель Курта Левина, рассматривающая процесс управления как трехэтапный процесс: «Размораживание», «Движение», «Замораживание».

Этап 1 – Размораживание. На этом этапе необходимо сделать анализ факторов или сил, которые подталкивают и способствуют изменениям или тормозят их, то есть выявление движущих сил и сил сопротивления, представление конечного желаемого состояния.

«Силовое поле» - это инструмент, который был предложен Куртом Левиным еще в 1947 г. По данной модели в любой ситуации изменений действуют две группы сил:

- 1) Движущая сила (способствующая изменениям)
- 2) Сдерживающая сила (противодействующая изменениям).

Эти силы могут быть как внутри, так и вне организации и отражаются в поведении людей, в способе мышления, в системе их ценностей и в процессах, которые происходят в организации.

Ниже представлена карта силовых полей изменений, направленных на оптимизацию деятельности Мангистауской больницы.



Рисунок 1. Левин, К. Анализ поля сил. (1947) «Рубеж в групповой динамике: понятие, метод и реальности в общественной науке; социальное равновесие и социальные изменения», Человеческие отношения, книга 1.

На данной диаграмме (см. рисунок 1) отражено восприятие сил людьми, затрагиваемыми предстоящими изменениями. Прогресс может быть достигнут тогда, когда движущие силы превосходят сдерживающие силы.

Следует отметить, что нами был выбран способ уменьшения сдерживающих сил, а не увеличения движущих сил, так как увеличение давления движущих сил может вызвать противодействие равной силы со стороны сил торможения. При возрастании суммарной величины движущих сил, сдерживающие силы могут реагировать на это аналогичным образом.

Наши действия были направлены на то, чтобы сотрудники признали необходимость предстоящих изменений. В то же время чтобы они чувствовали поддержку со стороны администрации, свою безопасность по стабильности своего места, отсутствие угрозы потери работы. Для этого нужно было провести большую разъяснительную работу среди сотрудников, чтобы они осознали необходимость изменений.

Кроме этого, препятствия внедрению могут наблюдаться и со стороны пациентов. Например, при отсутствии потребности в постоянном наблюдении за состоянием здоровья пациента (например, при КЗГ ниже 0,7-1,0) целесообразно проводить лечение в условиях дневного стационара. Однако, очень часто такое решение медиков воспринималось пациентами крайне негативно, сопровождаясь конфликтами и жалобами. Это требовало одновременно потратить время на управление ожиданиями пациентов и их поддержку в условиях нового процесса. К сожалению, этого оказалось недостаточно из-за занятости врачебного персонала.

На этапе размораживания руководством больницы были предприняты также и следующие шаги:

- С учетом многопрофильности больницы, для улучшения контроля за изменениями была начата реструктуризация, все отделения были сгруппированы по четырем центрам. Это – хирургический центр, соматический центр, нейроинсультный центр и кардиохирургический центр. В структуру штатных единиц были введены должности руководителей центров.
- Одним из методов преодоления сопротивления изменениям стала разъяснительная работа, чтобы помочь людям понять суть изменений. С этой целью организованы общие собрания с целью донесения информации до заведующих отделениями о необходимости проведения реструктуризации, перепрофилизации, бюджетирования и важности внесенных изменений.
- Другой метод ослабления возможного сопротивления – это оказание помощи подчиненным в форме обучения. В данном случае проведено обучение для линейных менеджеров по менеджменту в здравоохранении и методике Кайзена.

Сегодня очевидно, что, несмотря на проведенные мероприятия полностью преодолеть сопротивление персонала и добиться понимания сотрудников удалось не в полной мере. Климат открытости и доверия был создан только на уровне руководителей высшего звена, но ниже уровня заместителей и руководителей центрами не распространился. Осознание необходимости изменений рядовыми сотрудниками больницы не было достигнуто, так как разъяснительная работа проводилась только с заведующими отделениями.

При этом отсутствовал контроль со стороны руководителей по проведению разъяснительной работы заведующими отделениями со своими сотрудниками внутри отделения. Не проводились опросы среди сотрудников касательно результатов изменений, сложностей на пути внедрения и относительно новой структуры больницы.

Соппротивление отмечалось и среди заведующих отделениями. Причиной сопротивления стал страх потерять свое комфортное рабочее место и отсутствие уверенности в возможности успешно работать по новым требованиям. Главной организационной причиной сложившейся ситуации стала, на наш взгляд, несовершенная система организационных коммуникаций.

Этап 2 - Движение. На этом этапе предстояла огромная, не менее важная работа. Необходимо было планировать действие, отслеживать происходящие изменения и вносить некоторые корректировки. Управление изменениями делегировано руководителями центров.

В результате проведенного анализа создана определенная концепция по управлению изменениями в больнице. Первыми подвергли реструктуризации эндокринологические, нефрологические, токсикологические и гастроэнтерологические койки. В последующем – урологические, неврологические койки.

Таким образом, по больнице, за 2012 год были сокращены 27 коек, за 2013 год - 12 коек, 2014 год – 22 коек, в 2015 году – 39 коек, в целом сокращение коек составляет 21% круглосуточного стационара. Кроме того, увеличились койки дневного стационара.

Таблица 1. Весовые коэффициенты круглосуточного стационара по годам 2012-2015гг.

период	Всего случаев	ВК до 0,5		ВК 0,5-1,0		ВК выше 1,0	
		случаи	уд. вес	случаи	уд. вес	случаи	уд. вес
2015год	12433	339	2,7	5528	44,5	6566	52,8
2014 год	12052	244	2,0	5391	44,7	6417	53,2
2013 год	14300	388	2,7	6571	46,0	7341	51,3
2012год	14977	925	6,2	7881	52,6	6171	41,2

Количество пролеченных на уровне круглосуточного стационара уменьшилось на 17% (см. таблицу 1). Количество больных с весовым коэффициентом до 0,5 снизилось на 63,3% (в 2,7 раза), удельный вес пролеченных с ВК КЗГ до 0,5 снизился с 6,2 в 2012 году до 2,7 в 2015 году. Количество больных с весовым коэффициентом 0,5-1,0 уменьшилось на 29,9%; удельный вес пролеченных с ВК 0,5 -1,0 снизился с 52,6 до 44,5. Количество больных пролеченных с весовым коэффициентом выше 1,0, удельный вес пролеченных с весовым коэффициентом выше 1,0, вырос с 41,2 до 52,8, то есть увеличилось на 6,4%.

Таблица 2. Количество пролеченных в условиях стационара дневного пребывания по годам 2012-2015гг.

Период	Количество пролеченных по годам	Средняя длительность пребывания
2015 год	2570	6,2
2014 год	2655	7,1
2013 год	1703	8,0
2012 год	1228	10,4

Количество пролеченных в условиях дневного стационара возросло на 109%, или в 2 раза (см. таблицу 2).

Кроме того, в 2012 году, согласно приказу областного управления здравоохранения, переведены из Республиканского бюджета в местный бюджет 15 коек (3,3%).

Накладывая на практику теорию управления изменениями, можно сделать вывод, что управление изменениями проводилось в целом достаточно эффективно, в то же время были проблемы, которые необходимо учитывать при проведении последующих изменений.

При этом одной из наиболее важных предпосылок успешного осуществления изменений остается создание в организации климата, благоприятствующего изменениям.

Источники:

1. Государственная программа реформирования и развития здравоохранения на 2005-2010 годы
2. Государственная программа развития здравоохранения на 2011-2015 годы «Саламатты Қазақстан»
3. Куцевол Н. Организационное развитие и управление изменениями: Учебное пособие. Казань, 2011 - 103 с.
4. Левин, К. (1947) «Рубеж в групповой динамике: понятие, метод и реальности в общественной науке; социальное равновесие и социальные изменения», Человеческие отношения, книга 1, сс 5 – 41
5. Фрайлингер К., Фишер И. Управление изменениями в организации. Как успешно провести преобразования. Книгописная палата, 2002.