

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

89	ХУСАИНОВ Данияр Кабдуллаевич	МВА-О14- МАт	Кукузова Л.Ж.	Тенденции развития корпоративного обучения и развития персонала	322
90	ЦЗЯН Дуньян	МВА-В14-М	Тултабаев С.Ч.	Реализация стратегических преимуществ для повышения конкурентоспособности нефтедобывающей компании на примере АО «Мангыстаунаыгаз»	324
91	ЦОЙ Игорь Владимирович БЕРДИГУЛОВ Алмат Кудайбергенович	МВА-О-13- 5(SHU)	Карибджанов Б.Б.	Влияние мировой макроэкономической конъюнктуры на ценообразование в уранодобывающей отрасли	327
92	ШАЛГИНБАЕВ Мадияр Залмаханович	МВА-О14- ЗДР	Байсеркеев О. Н.	Маркетинговые исследования поведения потребителя на рынке (Республиканский Диагностический центр)	332
93	ШАМТЕКОВ Иран Маратович	МВА-О14- МА	Тултабаев С.Ч.	Развитие менеджмента в системе здравоохранения Казахстана	335

РАЗВИТИЕ МЕНЕДЖМЕНТА В СИСТЕМЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КАЗАХСТАНА

Здравоохранение является важной отраслью народного хозяйства, определяющей социально-экономическую жизнь населения. С момента обретения независимости Казахстан предпринимал значительные усилия в сфере реформирования постсоветской системы здравоохранения. Изменения в предоставлении услуг в области здравоохранения включали сокращение больничного сектора и усиление акцента на первично-медико-санитарную помощь. В результате нововведений открылись новые перспективы децентрализации, что отчасти меняло и систему управления в здравоохранении.

Система здравоохранения при Советском Союзе была централизована, что создавало немало административных барьеров для развития. Несмотря на неэффективность системы, медицинские услуги для пациентов оказывались качественно, в отличие от существующей системы, которая является неэффективной и дорогостоящей. Во время распада Советского Союза вся система здравоохранения практически разрушилась. Переходный период был отмечен снижением состояния здоровья населения из-за стрессов, депрессии, плохого питания.

Для улучшения качества услуг здравоохранения и уменьшения нагрузки на бюджет страны в Казахстане была внедрена коммерческая система здравоохранения (частные больницы, поликлиники, центры и т.д.), которая требовала свободной рыночной экономики. Однако, правительственные взносы в систему здравоохранения были недостаточными, у пациентов по-прежнему возникали трудности при получении лекарственных средств. Для обеспечения удовлетворительного сервиса в стационарах часто не хватало специализированного оборудования.

Сегодня менеджмент здравоохранения построен на базе сервиса, то есть, оценивается количество и качество предоставляемых государственных услуг. Министерство здравоохранения и социального развития РК отвечает за разработку национальной политики в данной области. Министерство национальной экономики и Министерство финансов регулирует механизмы финансирования и распределения бюджета здравоохранения. Другие крупные участники системы здравоохранения являются поставщиками медицинских услуг (государственные, автономные и частные), профессиональные союзы и ассоциации, а также некоторые НПО. Ядро стратегического планирования в системе здравоохранения происходит на уровне министерства, после одобрения правительства. Основным законодательным документом регулирования структуры, финансирования и предоставления медицинских услуг является Кодекс «О здоровье народа и системе здравоохранения» (№193, от 18.09. 2009 г.).

В системе здравоохранения Казахстана предусмотрены разные виды услуг. Из них автономные государственные организации здравоохранения (например, больницы, крупные поликлиники и центры первичной медико-санитарной помощи) в настоящее время на законных основаниях имеют право стать юридическими лицами, обладающими способностью управлять своими собственными средствами. Это стало возможно после введения закона о самоуправлении в 1995 году.

В настоящее время существует три основных типа государственных медицинских учреждений в стране, с различной степенью управленческой автономии:

- Государственные учреждения являются поставщиками государственных медицинских услуг, финансируемых за счет бюджетных источников. Они не имеют автономии в управлении финансами и не имеют права взимать плату за услуги. Государственные учреждения, как правило, больницы для лечения социально значимых заболеваний (например, туберкулеза) или психиатрические больницы;

- Государственные предприятия являются государственными поставщиками медицинской помощи и финансируются в соответствии с договорами на основе объема услуг (больницы и поликлиники) или в индивидуальном порядке (организации первичной медико-санитарной помощи). Они имеют некоторую автономию в финансовом менеджменте, и им разрешено взимать плату за услуги. К ним относятся государственные предприятия: больницы общего профиля, центры первичной медико-санитарной помощи и диагностические клиники;

- Субъекты квазигосударственного сектора - предоставляют общественные медицинские услуги, финансируемые по договорам на основе объема предоставляемых услуг (больницы и амбулаторные клиники). Однако, в отличие от государственных предприятий, государственных экономических предприятий имеют полную независимость управлять своими внутренними ресурсами, используя более гибкий график управления персоналом по единой заработной плате, утвержденной государством.

Медицинские учреждения, такие как аптека и стоматология, в основном стали частными коммерческими организациями, в то время как больницы, санатории и крупные поликлиники продолжают оставаться в основном государственной собственностью. Тем не менее, в период с 1999 по 2004 год число частных больниц выросло почти в два раза, а количество частных объектов почти в три раза.

В течение советского периода и в первые годы после получения независимости, некоторые министерства и ведомства имели свою собственную сеть лечебно-профилактических учреждений, финансируемую за счет средств республиканского бюджета, как параллельные системы здравоохранения. Они включали

Министерство внутренних дел, Министерство обороны, Администрацию Правительства и Президента, Казахстан темир жолы, а также несколько национальных государственных компаний. Некоторые из этих параллельных систем здравоохранения были закрыты в последние годы. Более подробные данные о инфраструктуре здравоохранения, числе занятых медицинских работников и расходах на здравоохранение этих систем являются недоступными. Параллельные системы здравоохранения являются подведомственными организациями Министерства здравоохранения, где официально обязаны вести учетно-отчетную документацию, но на практике оказалось это сложно осуществить.

К системе здравоохранения относятся и другие организации, такие как объединения, профессиональные ассоциации и НПО.

В 1994 году Законодательство Казахстана позволило свободно регистрировать новые союзы, которые появились в дополнение к предыдущим монополистическим союзам. Федерация профсоюзов Казахстана охватывает около 50 профсоюзов. Она включает в себя Союз работников здравоохранения, один из крупнейших профсоюзов в стране, охватывающих 95% медицинских работников. В 1998 году членство практически стало автоматическим, членские взносы вычитались из заработной платы. Федерация профсоюзов до сих пор владеет значительными активами, такими как гостиницы, офисные здания и оздоровительные центры. Медработники союза поддерживают тесные рабочие отношения с Правительством.

В связи с нововведениями в Казахстане проходила децентрализация системы здравоохранения. В то время как административная установка системы здравоохранения Казахстана является весьма централизованной по сравнению с некоторыми федеральными или децентрализованными системами Западной Европы, однако, она менее централизована, чем у большинства других стран Центральной Азии или СНГ, где местные исполнительные органы имеют большое количество автономии. С момента обретения независимости Казахстана в 1991 году система здравоохранения испытала существенную децентрализацию. Децентрализация в основном достигается за счет приватизации объектов и передачи административных и финансовых обязанностей от национального к областному уровню, а порой вплоть до районного уровня. Отношения между национальным и региональным уровнями часто меняются, с полномочиями, меняющимися в обоих направлениях. Многие государственные промышленные и сельскохозяйственные объекты, такие как заводы и крупные колхозы были приватизированы с 1991 года. В системе здравоохранения приватизация была более ограниченной, как и в соседнем Узбекистане (Ахмедова и др., 2007), где в основном, приватизировались аптеки и стоматологические кабинеты. К 1997 году более 90% аптек было приватизировано (ПРООН, 2007). В октябре 2006 года 95,8% фармацевтические организаций были частными (Министерство здравоохранения, 2007).

С 2004 года в некоторых областях бюджет был централизованным на областном уровне, а в некоторых областях еще регулировался на уровне района. В период с 2005 по 2012 годы, согласно Бюджетному кодексу Республики Казахстан, шла работа по повсеместному объединению бюджета всех уровней области. В итоге бюджет для всех областей стал единым. С этого момента за планирование и оперативное управление здравоохранением несла ответственность каждая область самостоятельно, в соответствии с нормами, установленными законодательством по бюджету на Национальном уровне. Они несли ответственность за: управление системы здравоохранения на уровне области; планирование ресурсов по оказанию медицинских услуг, а также их распределение; начисление заработной платы медицинским работникам.

В 2009 году Правительство наделило Министерство здравоохранения большими полномочиями, сопровождающими усилением централизации системы управления здравоохранения и функции их финансирования. Эти решения были спровоцированы после ряда чрезвычайных ситуаций (например, вспышки ВИЧ / СПИДа в Южно-Казахстанской области в 2006 г.), которые выявили проблемы управления на региональном уровне, что в итоге меняло систему менеджмента в этом направлении. В процессе рецентрализации были сильные региональные различия, как и в финансировании здравоохранения и платежных системах, так и в инфраструктуре здравоохранения. Правительством было принято решение о создании единой национальной системы здравоохранения, со сводным бюджетом здравоохранения на национальном уровне.

В качестве одного из основных элементов новой системы в Министерстве здравоохранения и социального развития создан Комитет оплаты медицинских услуг. Комитет имеет вертикальную структуру с филиалами во всех областях и будет нести ответственность за приобретение всех медицинских услуг в стране. Еще один новый орган, который был создан это - Национальный медицинский холдинг, акционерное общество, который включает шесть национальных медицинских центров и медицинский университет. Кроме этого был внедрен Единый дистрибьютор лекарственных средств, ответственный за закуп всех препаратов для государственных организаций здравоохранения.

Ухудшение здоровья населения и неэффективная медицинская услуга стали главными факторами некачественного менеджмента в области здравоохранения Казахстана. Эти и многие другие факторы стали главной причиной, по которой ситуацию менеджмента здравоохранения можно назвать кризисом, из-за меняющейся финансовой обстановки, нецентрализованного управления здравоохранением и низкой квалификацией специалистов. Кроме того, они продолжают стремительно ухудшаться по причине нехватки ресурсов, квалифицированных кадров и неэффективности принятых мер со стороны Правительства.

Сложившуюся ситуацию менеджмента здравоохранения в Казахстане могут исправить пересмотр и перезагрузка в системе здравоохранения и ряд программ, направленных на улучшение системы здравоохранения.

Таким образом, Правительству и Министерству следует детально изучить основные направления дальнейшего развития менеджмента здравоохранения в Казахстане, а именно:

- улучшение системы подготовки и переподготовки менеджеров здравоохранения;
- внедрение рейтинговой оценки среди медицинских организаций;
- совершенствование нормативных правовых актов в области здравоохранения;
- сертификацию программ подготовки медицинских сотрудников;
- изучение и внедрение международного опыта менеджмента здравоохранения;
- создание автономных механизмов в системе здравоохранения РК.

Зарубежные специалисты полагают, что промедление или бездействие Министерства по реформированию данной области будет иметь катастрофические последствия для экономики, безопасности и качества жизни в Казахстане.

Источники:

1. Ерохина Т.В. Государственное управление здравоохранением. М.: «Плюс», 2010. С.23-27
2. Калашников К.Н. Организационно-экономические факторы управления региональной системой здравоохранения. М: «Глав-Врач», 2012, сс. 35-37
3. Коротков Ю.А., Чуднов В.П. Организация управления здравоохранением в муниципальных системах. Алматы: «МедМедиа Казахстан», 2010, №1, сс. 22-24
4. Сибурина Т.А. Институциональное развитие регионального здравоохранения: понятие, принципы и подходы. М.: «Менеджер здравоохранения», 2009, №6, сс. 25-27.