

Алматы Менеджмент Университет



# МЕНЕДЖМЕНТ БИЗНЕС АНАЛИТИКА

Сборник статей  
слушателей программы MBA

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**

65	<b>СЕРИКТЕГИ Арслан Бейбитулы</b> МВА-В-13-5 (В) г. Алматы	Интернет страхование как перспективный канал продаж	Байсеркеев О.Н., к.ф.н., доцент	241
66	<b>СМАИЛОВ Жаксылык Тулеуович</b> МВА-О-13-9 г. Астана	Направления повышения конкурентоспособности частной медицины инструментами государственно-частного партнерства	Тултабаев С.Ч., к.т.н., доцент	243
67	<b>СУЛЕЙМЕНОВ Марат Смагулович</b> МВА-МЗ-3-13 г. Алматы	Ожидаемый экономический эффект от предупреждения первичной инвалидизации населения РК вследствие офтальмопатологии	Курганбаева Г.А., к.э.н., доцент	248
68	<b>СУЛТАН Нурбек Султанулы</b> МВА-МЗ-1-13 г. Актау	Информатизация медицинских организаций Мангистауской области	Куренкеева Г.Т., к.э.н., доцент; Бижан Б.А.	252
69	<b>СУЛТАНАЕВА Жулдыз Муратовна</b> МВА 0-13-6 г. Астана	Необходимость развития форм обеспечения возвратности кредитов в Казахстане	Байсеркеева С. С., к.э.н., доцент	255
70	<b>СЮЕ Цзюнь</b> МВА-В-13-6 (М) г. Алматы	Особенности моделей корпоративного управления	Никифорова Н.В., д.э.н., профессор	258
71	<b>ТАЗАБЕКОВА Динара Бимухановна</b> МВА-О-13-5 (SHU) г. Алматы	Changes in Hiring and Selection Process towards Online Recruitment	Алталиева А.А., к.э.н.	262
72	<b>ТАШТЕНОВА Шолпанай Оспановна</b> МВА-О-13-3 г. Алматы	Анализ фармацевтического рынка Казахстана	Тултабаев С.Ч., к.т.н., доцент	266
73	<b>ТОЙБАЕВА Назым Кумашевна</b> МВА-В-13-5 (В) г. Алматы	Выбор конкурентной стратегии	Никифорова Н.В., д.э.н., профессор	273
74	<b>ТОРАЛИЕВА Анар Сагынышевна</b> МВА-О-13-4 (М) г. Актау	Разработка стратегии развития предприятия «Центр оценки имущества»	Козин В.А., ст. преп.	276
75	<b>ТОРАЛИЕВА Анар Сагынышевна</b> МВА-О-13-4 (М) г. Актау	Теоретические и методологические основы стратегии развития предприятия	Козин В.А., ст. преп.	279
76	<b>ТУЛЕГАЛИЕВА Ажар</b> МВА-МЗ-2-13 г. Астана	Управленческие аспекты проблемы инвалидности в Казахстане и пути их решения	Куренкеева Г. Т., к.э.н., доцент	283
77	<b>УАЛИЕВА Алтынай Тулегеновна</b> МВА-О-13-6 г. Астана	Перспективы и основные направления развития паромных перевозок в Республике Казахстан	Султанбекова Г.К., к.э.н., доцент	288

## УПРАВЛЕНЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРОБЛЕМЫ ИНВАЛИДНОСТИ В КАЗАХСТАНЕ И ПУТИ ИХ РЕШЕНИЯ

По оперативным данным Министерство здравоохранения и социального развития (далее-МЗСР РК) сегодня в информационной системе ЦБДИ (Центральная база данных инвалидов) более 627,2 тыс. человек (3,6 % от общей численности населения), в том числе детей-инвалидов – 72,6 тыс. (11,6 % от общей численности инвалидов), лица трудоспособного возраста составляют 404,8 тыс. (64,5 %), лица пенсионного возраста 149,8 тыс. (23,9 %).

Удельный вес лиц с инвалидностью среди населения преобладает в Северо-Казахстанской (5 %), Карагандинской (4,5%) и Восточно-Казахстанской (4,1 %) областях.

Вместе с тем, за последние годы с принятием системных мер по улучшению социально-экономического благополучия населения, а также в рамках реализации Государственной программы развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» наблюдается снижение интенсивного показателя (ИП) первичного выхода на инвалидность, который в 2009 г. составил 29,2 на 10 тыс. населения (в сравнении с 2007 годом рост на 5,4%), а в 2014 году 28,1‰ (уменьшение на 3,1%) (таблица 1).

### Динамика первичного выхода на инвалидность в 2009 - 2014 г.г.

Годы	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Первично признанные инвалидами	46575	47067	47823	48007	48468	48919
Интенсивный показатель первичного выхода на инвалидность (на 10 тыс. населения)	29,2	28,7	28,7	28,4	28,3	28,1

При этом в Акмолинской, Атырауской, Карагандинской, Мангистауской, Северо-Казахстанской и Южно-Казахстанской областях данный показатель превышает 30 ‰ (таблица 2).

По итогам 2014 года отделами МСЭ впервые признаны инвалидами 48919 человек (за 2013 год – 48468 человек), из них среди детского населения – 10559 человек (2013 год - 10485 детей). На фоне роста первичной инвалидности в абсолютных цифрах на 451 случай, отмечается снижение ИП до 28,1 (2013 год – 28,3) или на 0,7%.

### Показатели первичного выхода на инвалидность в 2012 -2014 г.г.

Область	Количество первично признанных инвалидов (чел.)			Интенсивный показатель (на 10 тыс. населения)		
	2012 год	2013 год	2014 год	2012 г.	2013 год	2014 год
Акмолинская	2275	2265	2264	31,1	30,8	30,8
Актюбинская	1765	1764	1760	22,2	21,8	21,4
Алматинская	5866	6099	5776	30,2	30,8	28,7
Атырауская	1505	1665	1763	27,2	29,4	30,4
ВКО	3645	3644	3643	26,2	26,1	26,1
Жамбылская	2967	3057	3070	27,8	28,2	28,0
ЗКО	1646	1618	1603	26,7	26,0	25,5
Карагандинская	4591	4481	4380	33,7	32,7	31,8
Кызылординская	2012	1950	2190	25,2	26,4	29,1
Костанайская	2214	2329	2403	27,7	26,4	27,3
Мангистауская	1796	1882	1932	31,7	32,1	31,9
Павлодарская	2427	2221	2098	32,4	29,5	27,8

СКО	1865	1786	1736	32,2	31,0	30,4
ЮКО	8473	8667	8838	31,7	31,7	31,7
г. Алматы	3120	3101	3429	21,2	20,6	22,2
г. Астана	1840	1939	2034	23,7	23,9	23,9
По республике:	48007	48468	48919	28,4	28,3	28,1

Источник: данные ЦБДИ МЗСР РК 2014 г.

Тяжесть первичной инвалидности (удельный вес лиц, которым определена первая и вторая группы инвалидности) имеет тенденцию к увеличению с 68,3% в 2013 года, до 69,4% в 2014 году. При этом, чем старше возраст, тем выше тяжесть инвалидности.

В динамике наблюдается тенденция омоложения инвалидности (таблица 3).

#### Возрастная структура первичной инвалидности в 2009 -2014 гг.

Годы	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Лица трудоспособного возраста	75,7	74,1	74,4	72,5	71,6	70,2
Дети до 18 лет	18,3	19,8	19,9	21,0	21,6	21,7
Лица пенсионного возраста	6,0	6,1	5,7	6,5	6,8	8,1

Источник: Трансмони, 2013 г; ЮНИСЕФ, 2014 г.

Данные первичной инвалидности за 14 лет показывает, что в возрастной структуре наибольшая доля – это лица трудоспособного возраста. Хотя в странах СНГ преобладают лица пожилого возраста (Россия – лица пенсионного возраста составляют более 46% от общей численности впервые признанных или 50,5% от взрослого населения, Белоруссия - 52,6% или 56,2% соответственно).

По итогам 2014 года возрастная структура первичной инвалидности выглядит следующим образом: лица трудоспособного возраста составляют 70,2%, лица пенсионного возраста 8,1 %, а дети до 18 лет – 21,7%, то есть каждый пятый впервые признанный инвалидом – ребенок-инвалид.

Настораживает высокий уровень инвалидности детского населения в Кызылординской области, г. Астана, ЮКО и Мангистауской области (превышает 27% от общего числа впервые признанных инвалидами).

В рамках Программы «Саламатты Қазақстан» совершенствуются методы диагностики, лечения и реабилитации основных социально значимых заболеваний и травм, в соответствии международным стандартам: сердечно-сосудистые заболевания, онкопатологии, туберкулез, ВИЧ, психические болезни, эндокринные заболевания (диабет), это расширение скрининговых исследований, внедрение новых инновационных технологий и ВСМП, создание консультных центров и Республиканской санитарной авиации, принятие отраслевых программ по онкопатологии, туберкулезу и развитие оказания экстренной медицинской помощи.

Вместе с тем анализ показал, на фоне стабилизации нозологической структуры инвалидности, в 10-летней динамике отмечается значительное увеличение ведущих нозологических форм (таблица 4):

первое место продолжают удерживать болезни системы кровообращения, которые увеличились в 2014 году до 25 % по отношению к 2003 году с 23,6 %,

второе место занимают онкологические заболевания, которые увеличились с 18,2 % (2003 г.) до 19,4 % (2014 год),

третье место занимают травмы всех локализаций, где отмечается снижение показателя первичной инвалидности с 12,3 % (2003 год) до 11,7 % (2014 год).

#### Показатели первичного выхода на инвалидность в 2012 -2014 г.г.

	2012 год		2013 год		2014 год	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Болезни системы кровообращения	9479	25,0	9503	25,0	9575	25,0
Онкологические заболевания	6779	17,9	7076	18,6	7449	19,4
Травмы	4794	12,6	4551	12,0	4472	11,7

Источник: Агентство РК по статистике, 2013 г. и ЦБДИ МЗСР РК 2014 г.

Но в региональном аспекте структура первичной инвалидности разная.

На сегодня в структуре смертности населения в Казахстане, как и в развитых странах мира, первое место занимает смертность от болезней системы кровообращения.

На первом месте в структуре инвалидности по сердечно-сосудистым заболеваниям цереброваскулярные заболевания, в том числе ОНМК составляют более 47%, ишемическая болезнь сердца, включая инфаркт миокарда около 37%.

Тяжесть первичной инвалидности по ЦВЗ около 80%, отмечается тенденция увеличения тяжести с возрастом, в структуре преобладают лица от 51 до 60 лет. Как известно одной из основных причин ОНМК является артериальная гипертензия, профилактике и лечению которой уделяется большое внимание в рамках их профилактики, открываются школы профилактики.

Внедрение и расширение высоких технологий, в частности, в области кардиохирургии, неврологии и нейрохирургии, травматологии и т.д. направлены на сохранение трудового потенциала населения.

Целевыми индикаторами реализации Программы «Саламатты Қазақстан» являются увеличение удельного веса злокачественных заболеваний, выявленных на I-II стадии, к 2015 году до 55,1 % и увеличение удельного веса 5-летней выживаемости больных с злокачественных новообразований к 2015 году до 50,6 %.

В региональном аспекте по ЗКО, ВКО, г. Астана, Акмолинской и Актюбинской областях на первом месте злокачественные новообразования.

Среди впервые признанных инвалидами преобладают женщины в возрасте 50 до 54 лет, среди мужского населения преобладают лица в возрасте 55-59 лет (таблица 5).

#### **Первичная инвалидность вследствие злокачественных заболеваний по отдельным возрастным группам**

	Всего	в том числе							
		с 18 до 34 лет	35-99 лет	40-44 лет	45-49 лет	50-54 лет	55-59 лет	60-64 лет	65 лет и старше
мужчины	42,5 %	5,9	3,8	4,7	9,1	18,6	26,4	20,7	10,7
женщины	57,5%	9,2	7,8	11,4	17,3	22,1	15,9	8,4	8,0

В нозологической структуре (таблица 6) превышает 17% от общей численности впервые признанных по онкопатологии среди мужского населения рак легких более 19 % и рак желудка и пищевода более 17 %, среди женского населения рак молочной железы более 36 % и рак женских половых органов более – 25 %.

При этом тяжесть первичного выхода на инвалидность вследствие рака молочной железы очень высока более 88 %.

#### **Первичная инвалидность вследствие злокачественных заболеваний по полу и локализации**

Мужчины		Женщины	
Локализация онкопроцессса	%	Локализация онкопроцессса	%
Легкие	19,9	Молочная железа	36,3
Желудок и пищевод	17,0	Женские половые органы	25,1
Кишечник	13,6	Кишечник	9,3
Почки и мочой пузырь	7,9	Желудок и пищевод	4,6
Гортань	6,1	Головной и спинной мозг	2,6
Мужские половые органы	5,7	Почки	2,4
Носоглотка и ротовая полость	4,6	Лимфоидная ткань	2,3
Головной и спинной мозг	4,3	Щитовидная железа	2,2
Прочие	20,9	Прочие	15,2

Источник: данные ЦБДИ МЗСР РК 2014 г.

Всем известно, что показатели по туберкулезу влияют на рейтинг Глобального индекса конкурентоспособности.

В структуре первичного выхода на инвалидность вследствие туберкулеза преобладает мужское население активного трудоспособного возраста (28-37 лет), вместе с тем, первичная инвалидность вследствие туберкулеза на втором месте по Кызылординской области, на третьем месте в Павлодарской, Костанайской, Мангистауской, Атырауской, Акмолинской, Актюбинской областях и городе Астана.

Необходимо повышать эффективность и обеспечивать системность профилактики и информационной работы с населением в сфере обеспечения безопасности дорожного движения, травм вследствие ДТП занимают около 20%, среди всех впервые признанных инвалидами вследствие травм.

Стоит отметить, что в разных возрастных группах лидирующие заболевания, приведшие к инвалидности, существенно отличаются:

- у молодых инвалидов (18-29 лет) ведущими заболеваниями являются туберкулез, травмы всех локализаций;
- в средней возрастной группе от 30 до 50 лет преобладают травмы всех локализаций, туберкулез, отмечается рост удельного веса злокачественных новообразований;
- в возрастной категории 51-58(63) лет все большее значение приобретают болезни системы кровообращения и злокачественные новообразования.

Таким образом, с возрастом спектр инвалидизирующих заболеваний существенно сужается и в нем постепенно выделяются ведущие заболевания, определяющие всю картину инвалидности.

Следует отметить, что первичная инвалидность среди взрослого населения вследствие психических расстройств относительно не велика около 4,9 %, но в структуре накопленной инвалидности инвалиды вследствие психических расстройств занимают лидирующую позицию, и составляют 18,3% от общего количества инвалидов (114,5 тыс. из 627,2 тыс.), т.е. каждый пятый инвалид с психическим заболеванием.

Учитывая данную ситуацию необходимо развивать сеть школ Психического здоровья - организация групповой тренинговой работы, в которой пациенты являются активными участниками собственного процесса реабилитации. Под профессиональным руководством психолога в групповой работе решаются ряд важных для пациента задач, а именно формирование критичного отношения к заболеванию, позитивного отношения к будущему, адекватного отношения к лечению, к учебе (работе) в связи с заболеванием, повышение уровня принятия поддержки семьи.

Большое значение для пациентов с психическими расстройствами имеет продолжение трудовой или учебной деятельности - это наиболее сложный этап процесса восстановления и реабилитации, поэтому каждая ситуация разрешается индивидуально, в соответствии с состоянием здоровья.

В Казахстане дети, имеющие инвалидность составляют около 1,33%, этот показатель значительно выше по сравнению с другими странами СНГ (Данные Трансмони: Таджикистан -0,8%, Туркменистан -0,55%, Кыргызстан -1,25%, Россия -1,88%).

Несмотря на позитивные сдвиги в демографической ситуации, проведение скринингов на разных этапах сохраняется низкий уровень здоровья детей.

Профилактика детской инвалидности:

- профилактика первого уровня - предупреждение возникновения физических, умственных, психических и сенсорных дефектов;
- профилактика второго уровня - предупреждение перехода дефекта в постоянное функциональное ограничение, декомпенсация хронических заболеваний отсутствие профилактики ведут к детской инвалидности и требуют проведения реабилитационных мероприятий и медико-социальной защиты.

Структура заболеваний по первичному выходу на инвалидность среди детского населения в течение последних лет также не меняется и выглядит следующим образом (таблица 6):

#### **Первичная инвалидность вследствие злокачественных заболеваний по полу и локализации**

	2012 год		2013 год		2014 год	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Врожденные пороки развития, деформации и хромосомные нарушения	3482	34,5	3508	33,5	3665	34,6
Заболевания нервной системы	2573	25,5	2614	24,9	2573	24,3
Психические расстройства и расстройства поведения	1058	10,5	1208	11,5	1100	10,4

Источник: данные ЦБДИ МЗСР РК 2014г и ЮНИСЕФ 2014 г.

На первом месте в 2014 году инвалидность вследствие врожденных заболеваний – 34,6% (2013 г. – 33,5%).

Структура врожденных аномалий и заболеваний отражает возможности и качество диагностики и медицинской реабилитации, преобладают заболевания сердечно-сосудистой системы и ЦНС, диагностика



которых с внедрением новых технологий значительно улучшилась, а также видимые ВПР верхней челюсти.

Необходимо расширять пренатальную диагностику врожденных пороков развития и наследственных болезней обеспечивая внедрение новейших методов УЗИ во внутриутробном периоде, повышение объема медико-генетического консультирования семей до и во время беременности, проведение периконцепционной профилактики (фолиевая кислота, антиоксидантные, витаминные препараты, профилактика йододефицитных заболеваний и др.).

на втором месте вследствие заболеваний нервной системы – 24,3 % (2013 год – 24,9 %), при этом значительную долю занимают ДЦП;

на третьем – психические расстройства – 10,4 % (2013 год – 11,5 %), группа чрезвычайно разнородных состояний, в самой различной степени и по разным причинам нарушающих соответствующую возрасту жизнедеятельность человека в обществе вследствие общего недоразвития психики, в котором центральное место занимает дефект познавательных способностей.

Дальнейшее развитие антенатальной и перинатальной помощи: внедрении высокотехнологичных видов современных рациональных технологий выхаживания недоношенных, внедрение и расширение скринирующих программ в тех возрастных периода, которые являются критическими для той или иной патологии будут способствовать снижению заболеваний, приводящих к детской инвалидности.

Учитывая вышеизложенное, для профилактики инвалидности и совершенствования системы реабилитации инвалидов необходимы:

совершенствование нормативных правовых актов в части разработки и мониторинга выполнения программ реабилитации;

своевременное проведение мер по первичной и вторичной профилактике инвалидности (контроль безопасности среды обитания человека, улучшение условий и охраны труда, формирование здорового образа жизни, т.е. немаловажна солидарная ответственность человека за свое здоровье; повышение доступности и качества медицинского обеспечения населения, качественная диспансеризация и др.);

рассмотреть вопрос проведения социально-бытовой, психологической реабилитации на базе лечебно-профилактических организаций начиная с первых дней лечения заболеваний (травм), социальными работниками и психологами, и в отделениях восстановительного лечения;

развитие реабилитационных центров дневного пребывания на базе амбулаторно-поликлинических организаций;

усиление межведомственного взаимодействия организаций на местном уровне (социальной защиты, здравоохранения, образования) с целью совершенствования системы комплексной реабилитации инвалидов; вовлечение инвалидов в активные меры содействия трудоустройству и занятости.

#### **Источники:**

1. Закон Республики Казахстан от 29 декабря 2008 года «О специальных социальных услугах»
2. Закон Республики Казахстан от 13 апреля 2005 года «О социальной защите инвалидов Республики Казахстан»
3. Постановление Правительства Республики Казахстан от 5 декабря 2011 года № 1462 «Об утверждении Правил оказания медико-социальной помощи, предоставляемой гражданам, страдающим социально значимыми заболеваниями»
4. Отчетные данные Министерств образования, здравоохранения, социальной защиты населения
5. Анализ положения детей с инвалидностью: развитие инклюзивного общества в РК. ЮНИСЕФ. 2014.