

УДК 330:005.2:005.6

Вовк В. М., к.е.н., доцент (Національний університет водного господарства та природокористування, м. Рівне, v.m.vovk@nuwm.edu.ua),

Кістер Агнєшка, PhD, кафедра обліку (Університет Марії Кюрі-Склодовської, м. Люблін, akister@wp.pl)

МОДЕЛЮВАННЯ СТРАТЕГІЇ ФОРМУВАННЯ ВИТРАТ У ПОЛЬСЬКИХ ЛІКАРНЯХ У КОНТЕКСТІ ІНСТИТУЦІОНАЛІЗАЦІЇ

Діяльність медичних закладів підпорядкована інституціональному середовищу, в якому існують певні закони, норми та правила. На державу покладено обов'язок регулювання закономірностей розвитку всіх важливих для країни сфер діяльності; не виключенням є і заклади охорони здоров'я. Дослідження показали, що керівники закладів охорони здоров'я не залежно від форми своєї власності прагнуть надавати населенню якісні медичні послуги. Успішно реалізувати такі прагнення стає можливим за умови дотримання медичними закладами регламентованої системи правил, принципів та настанов, що діють у медичній сфері, а також за умови досягнення високого рівня вдовolenості реальних і потенційних пацієнтів отримуваними послугами. Якщо виконання першої умови можливе через проведення регулярного контролю з боку вищестоящих і контролюючих органів, то реалізація другої умови вимагає неабиякого таланту від керівника, аби мати змогу врегулювати діяльність свого закладу таким чином, щоб для забезпечення належної якості медичних послуг вистачало завжди дефіцитних фінансових ресурсів. Вирішення цієї проблеми можливе при використанні керівниками інструментів стратегічного управління, зокрема стратегії формування витрат.

***Ключові слова:* інституціоналізація, інституційне середовище, стратегія формування витрат, видатки держаного бюджету, державне регулювання, медична сфера.**

Згідно енциклопедії державного наукового видавництва інституціоналізм – це «напрямок економічної думки, який виник у 90-ті роки XIX ст. у США в опозиції до неокласичної школи в економіці; його розквіт припав на 20-ті роки XX ст.» [1]. Він має відношення як до підприємств, так і до установ, у тому числі і до лікарень. Інституціоналізм впливає і на економічну сферу, і на поведінкову. Традиційно він розглядається в трьох напрямках: політичному, ринковому і соціально-культурному. Відповідно до досліджень П. Йоньчика вважається, що процеси інституціоналізації по відношенню до польської служби охорони здоров'я є найбільш затребуваними

в політичній сфері [2, С. 73]. Аналіз поняття інституціоналізації з точки зору економічних та соціологічних наук показав, що норми, цінності та правила поведінки здійснюють вплив на формування організації (лікарні); разом з тим тут простежується і зворотній зв'язок [2, С. 73]. Державні лікарні мають право самостійно приймати економічні рішення, формувати власну стратегію, в тому числі стратегію формування витрат; однак такі рішення в значній мірі мусять бути погоджені з їх власником. Якщо ж мова йде про приватні лікарні, то відповідальність за всі рішення покладається на керівників – менеджерів. В обох випадках економічний аспект, у тому числі раціональність управління, відіграє важливу роль у діяльності лікарень. Проте, основна причина чому ці організації повинні працювати, це – здоров'я людини. Тому інституціоналізм, особливо в політичній сфері, поряд із ринковою і соціально-культурною сферами, здійснює істотний вплив на економічну ситуацію, на формування рівня надходжень, і, передусім, витрат в межах прийнятої стратегії формування витрат.

Мета даної статті полягає у наведенні взаємозв'язку між моделюванням стратегії формування витрат у польських лікарнях з явищем інституціоналізації. Задля виконання поставленої мети було проведено огляд англомовної, польськомовної та російськомовної літератури з позиції з'ясування сутності понять стратегії, стратегії лідерства за витратами та інституціоналізації; вивчення наявних підходів щодо моделювання стратегії формування витрат на макро- та мікрорівнях. Крім того, представлено частину результатів опитування за даними вибірки із 125 польських лікарень, в якому вивчалася володіння ситуацією менеджерами в частині їх обізнаності щодо наявності стратегії формування витрат та ступеня реалізації даної стратегії у власних лікарнях.

З огляду на обсяг статті ми не ставимо собі за мету представити погляди всіх відомих теоретиків, які займалися дослідженнями інституцій та інституціоналізму. Разом з тим ми обмежилися лише тими поглядами, які на нашу думку мають відношення до лікарень. Таким чином, що ж являє собою поняття інституціоналізму? Інституціоналізм – це процес, який "... слугує нагромадженню кращих існуючих практик. Поведінка, яка колись принесла успіх, досить часто запроваджується на постійній основі до діяльності організацій та знаходить своє відображення в системах, структурах і стратегіях такої організації. Характерною особливістю інституціоналізації є здатність до відтворення певної поведінки в певний період" [3, С. 92]. Згідно П. Новака, інституціоналізм має методологічну основу, яка скеровує до вивчення економічних і політичних організацій, політичних перетворень, рівнів та сегментів управління або ж секторів економіки. У своїх твердженнях вчений посилається на думки таких відомих польських дослідників як В. Моравський і Б. Гонцяж [4, С. 10]. Дане твердження дозволяє констатувати, що лікарні є такими суб'єктами господарювання, в яких

на основі застосування методологічного підходу вивченню підлягатимуть і політична трансформація установи, і їх внутрішня організація, і сектори управління, і взаємозв'язки досліджуваного суб'єкта з іншими установами. Теорія інституціоналізації також знаходить своє відображення в соціологічних та економічних науках. Згідно з поглядами Е. Дюркгайма в соціологічних науках державні інститути розглядаються як сукупність узгоджених дій та ідей, яким підпорядковуються установи. Цю думку поділяють також дослідники Хай і Штайнер [5, С. 1010-1011]. Погляди цих авторів є актуальними і до сьогодні, оскільки державні інститути та установи здійснюють на себе взаємний позитивний вплив. Лікарні здійснюють свою діяльність відповідно до потреб пацієнтів (це їх першочергове завдання), однак в тих межах, які їм дозволені державними інститутами; разом з тим державні інститути, формуючи свої інструкції і розпорядження, повинні дослухатися до реальних потреб та проблем, які виникають в медичних закладах.

В економічних науках до провідних науковців відносять Г. Шмоллера. Науковець вважає, що установи, традиції і мотивація піддаються взаємному впливу, при цьому самовдосконалюючись [5, С. 1007-1008]. За словами П. Хмельовського, інституціоналізм характеризується компліментарністю підходу до проблеми вибору і більш високим рівнем співробітництва. Це вказує на поєднання культурних та нормативних аспектів діяльності, які впливають на покращення організаційної ефективності та поведінкового функціонування організації, в тому числі і лікарні [4, С. 61].

Російський вчений В.А. Скалон [6, С. 38-39] при дослідженні існуючих інституціональних підходів вказує на існування поняття „інституціональне середовище”, яке розглядає з позиції обмеженості всіх видів ресурсів. Вчений стверджує, що головною умовою діяльності людини є обмеженість ресурсів; і успіх суспільства завжди буде залежати від системи використання цих обмежених ресурсів. А оскільки людство завжди прагнучим до покращення свого фізичного і/або морального стану, що викликати все більшого використання ресурсів, то проблему обмеженості ресурсів слід вирішувати на державному рівні, бо саме держава в стані сформувати таке інституційне середовище, яке сприятиме ефективному використанню обмежених ресурсів всіма її членами. Введені державою правила і нормативи, які вчений розглядає як інституційне середовище, завжди зможуть допомогти розподілити невистачаючі ресурси з урахуванням всіх сфер людської діяльності як на загальнодержавному рівні, так і на галузевому та місцевому рівнях (в нашому випадку на рівні як медичної сфери в цілому, так і рівні окремих медичних закладів). Таким чином, формуючи певні закони, норми чи правила в медичній сфері, держава встановлює законо-

мірності розвитку цієї сфери. Разом з тим слід пам'ятати, що встановлення певних нормативних обмежень може мати як позитивні, так і негативні наслідки, межа між якими досить умовна. Наприклад, обмежене державою фінансування на окремі обстеження спричиняє черги, що підвищує небажання хворих звертатися до лікаря на початкових стадіях захворювання, а це в кінцевому випадку може призвести до підвищення смертності населення від конкретного виду захворювання. У наведеному прикладі встановлений державою ліміт фінансування з одного боку виступає як стимул розвитку медичної сфери в цілому через об'єктивний розподіл обмежених фінансових ресурсів, а з іншого – виступає адміністративним бар'єром, що стримує виконання основного завдання медичних закладів – оздоровлення населення.

Виникає питання: а як же в цілому регламентується діяльність медичних закладів Польщі та яким є їх інституційне середовище?

На рівні держави основним нормативним документом, який регламентує право кожного громадянина на отримання медичної допомоги є Конституція Республіки Польща [10], де у статті 68 зазначається, що всі громадяни незалежно від їх фінансового становища мають право на рівний доступ до отримання медичних послуг, які фінансуються за рахунок державних коштів. Однак головним документом, який в цілому регламентує функціонування системи охорони здоров'я є Закон про послуги в сфері охорони здоров'я, що фінансуються за рахунок державних коштів [11]. Близько 98% населення Польщі є платниками обов'язкових страхових внесків. Державним страховим органом виступає Національний Фонд охорони здоров'я (NFZ), порядок розподілу коштів якого здійснюється на підставі розпорядження Міністра охорони здоров'я «Про деталізований порядок та критерії розподілу ресурсів між центральним управлінням і воєводськими відділами Національного Фонду охорони здоров'я, які призначаються для фінансування медичних послуг застрахованим особам» [12]. Окрім вищенаведених нормативів, є ще ряд нормативно-правових актів, котрі визначають безпосереднє здійснення медичної практики окремо державними та недержавними установами, так як громадяни мають можливість на свій розсуд обирати установу, в якій можуть отримувати необхідні для них послуги (рис. 1).

Загалом функціонування медичної сфери має двосторонній контроль: з одного боку якість системи охорони здоров'я оцінюється через ступінь задоволення пацієнтами отримуваними послугами, а з іншого – через оцінку відповідності дотримання медичними закладами регламентованої системи правил, принципів та настанов, котрі регулярно оцінюються індикативними показниками.

Медична сфера

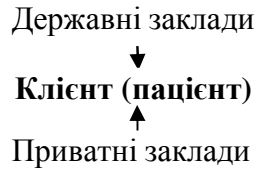


Рис. 1. Сфера медичного обслуговування

Якість надання медичних послуг не залежно від форми власності обмежена насамперед фінансовими ресурсами [7; 8]. Саме обсяг витрачених ресурсів дозволяє медичній установі здійснити належне забезпечення матеріальними та нематеріальними благами (лікувально-діагностичним обладнанням та програмним забезпеченням до нього, інструментами, реактивами, медикаментами, спеціальними та спеціалізованими транспортними засобами, кваліфікованими і досвідченими кадрами тощо).

Рівень піклування країн про здоров'я населення в межах наявних ресурсів відображено у табл. 1.

Не дивлячись на те, що різниця між розміром витрат на охорону здоров'я у Сполучених Штатах і Туреччиною (як представників країн з найвищим та найнижчим рівнем витрат) складає 11,5% від ВВП, що є досить суттєвим, формування витрат в середині кожної країни є чітко регламентоване відповідно до реальних потреб населення та економічних можливостей країни, що визначається завдяки розробці стратегічного плану (бюджету) країни. Основним документом, який представляє довготривалу стратегію розвитку системи охорони здоров'я у Польщі є Директива щодо охорони здоров'я на 2014-2020 роки: національні стратегічні обмеження [13]. Даний документ визначає стратегічні цілі та способи їх реалізації, базуючись на критичній оцінці існуючого стану системи охорони здоров'я та представленні сильних і слабких сторін, а також шансів та загроз, з якими стикається існуюча система.

Таблиця 1

Загальні витрати на охорону здоров'я у деяких країнах світу
(у відсотках від валового внутрішнього продукту)

Країни	Роки						
	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Сполучені Штати	15,3	15,6	16,1	17,1	17,0	17,0	16,9
Франція	10,9	10,8	10,9	11,6	11,6	11,5	11,6
Німеччина	10,6	10,5	10,7	11,8	11,6	11,2	11,3
Австрія	10,2	10,3	10,5	11,2	11,1	10,9	11,1
Данія	9,9	10,0	10,2	11,5	11,1	10,9	11,0
Японія	8,2	8,2	8,6	9,5	9,6	10,1	10,3*
Греція	9,7	9,8	10,1	10,2	9,5	9,8	9,3
Велика Британія	8,3	8,4	8,8	9,7	9,4	9,2	9,3
Італія	8,8	8,5	8,9	9,4	9,4	9,2	9,2
Чеська Республіка	6,7	6,5	6,8	7,8	7,4	7,5	7,5
Польща	6,2	6,3	6,9	7,2	7,0	6,9	6,8
Естонія	5,0	5,2	6,1	6,9	6,3	5,8	5,9
Туреччина	5,8	6,0	6,1	6,1	5,6	5,3	5,4

* розрахункова вартість

Джерело: сформовано за даними Організації економічної співпраці та розвитку (OECD), http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/total-expenditure-on-health_20758480-table1

В економічній літературі SWOT-аналіз вважається класичним інструментом стратегічного управління, оскільки дозволяє проводити об'єктивну оцінку конкурентної позиції підприємства чи установи в притаманній для нього галузі чи сфері. Тому попередня оцінка стану системи охорони здоров'я країни є нічим іншим як всебічним вивченням реальної ситуації в державі з метою встановлення довгострокової стратегії розвитку оцінюваної системи в рамках існуючих обмежень та загроз.

Основними напрямками, що піддавалися SWOT-аналізу у вищезгаданій Директиві були:

- вивчення демографічних процесів та епідеміологічної ситуації;
- профілактика і пропаганда здорового способу життя;
- організація і фінансування медичних послуг;
- кадровий склад та інфраструктура;
- якість системи, дослідження – розробки – інновації, електронна охорона здоров'я.

Розглянемо детальніше, яких висновків було отримано внаслідок вивчення системи фінансування медичних послуг у цілій країні (табл. 2). Упро-

довж останніх 5 років видатки держаного бюджету на охорону здоров'я та показник ВВП мали стійку тенденцію до зростання, що безперечно є схвальним. Однак, темпи цього зростання за обома показниками не носили системного характеру. Більше того, перерахунок досліджуваних показників після усунення впливу на них інфляційних процесів показав, що у порівнянні до попереднього періоду реально видатки на охорону здоров'я зростали лише у 2010, 2013 та 2014 роках. При цьому зростання ВВП було лише у 2010 та 2014 роках. При цьому частка видатків держаного бюджету на охорону здоров'я у ВВП впродовж останніх 5 років в середньому складала 4,7%, що є не достатньо високим показником в масштабах світу.

Таблиця 2

Видатки держаного бюджету Польщі на охорону здоров'я у ВВП
у 2010-2014 рр.

Показники	2010	2011	2012	2013	2014
1. Видатки держаного бюджету на охорону здоров'я, млрд зл.	70,9	73,4	74,1	77,5	78,8
2. Темп росту видатків на охорону здоров'я у порівнянні до попереднього року, %	102,1	103,5	101,0	104,6	101,7
3. ВВП, млрд зл.	1412,1	1524,7	1595,3	1635,7	1728,7
4. Темп росту ВВП, %	103,0	104,3	101,9	101,6	103,4
5. Рівень інфляції, %	102,0	104,3	103,7	101,6	100,0
6. Частка видатків держаного бюджету на охорону здоров'я у ВВП, %	5,0	4,8	4,6	4,7	4,6
Перерахунок показників після усунення впливу на них індексу цін					
1. Темп росту видатків на охорону здоров'я у порівнянні до попереднього року, %	100,1	99,2	97,3	103	101,7
2. Темп росту ВВП, %	101	100	98,2	100	103,4

Джерело: сформовано за даними Директиви щодо охорони здоров'я на 2014-2020 роки: національні стратегічні обмеження [13]

Загальна сума видатків держаного бюджету на охорону здоров'я у 2010–2014 роках мала практично незмінну структуру – найбільша частина видатків фінансувалася за рахунок Національного Фонду охорони здоров'я і у значно менших розмірах – за рахунок державного та місцевого бюджетів (рис. 2).

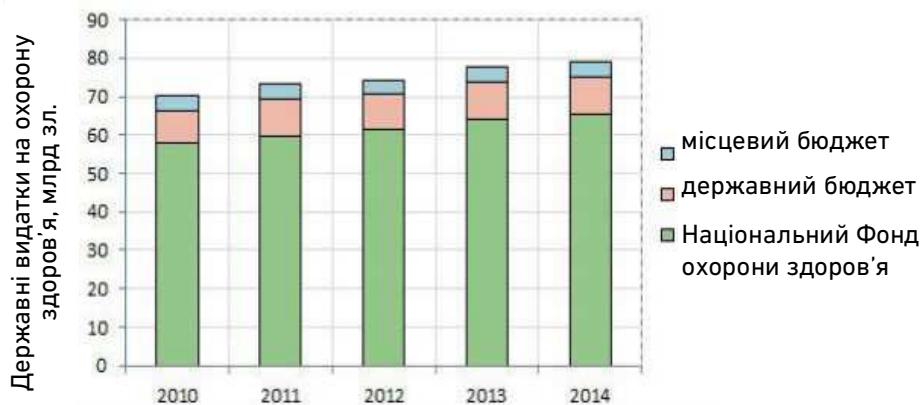


Рис. 2. Структура видатків держаного бюджету Польщі на охорону здоров'я

Джерело: за даними Директиви щодо охорони здоров'я на 2014-2020 роки: національні стратегічні обмеження [13]

Як результат, на плановий період до 2020 року було розраховано такі дані у розрізі ключових показників (табл. 3).

Таблиця 3

Видатки держаного бюджету Польщі на охорону здоров'я у ВВП в 2015-2020 рр.

Показники	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Прогнозований рівень видатків держаного бюджету на охорону здоров'я, млрд зл.	86,2	90,6	95,8	102	111,7	118,1
ВВП, млрд зл.	1796,5	1888,3	1995,0	2125,3	*	*
Темп росту видатків на охорону здоров'я у порівнянні до попереднього року, %	109,4	105,1	105,7	106,5	109,5	105,7
Темп росту ВВП, %	103,9	105,1	105,7	106,5	*	*
Рівень інфляції, %	99,8	101,7	101,8	102,5	102,5	102,5

* інформація відсутня

Джерело: сформовано за даними Директиви щодо охорони здоров'я на 2014-2020 роки: національні стратегічні обмеження [13].

На підставі встановлення ключових прогнозних фінансових показників та оцінки джерел покриття цих видатків було розподілено кошти за пріоритетними напрямками. Зокрема, фінансування передусім буде виділено під 8 довгострокових програм, ухвалених Радою Міністрів на 2014-

2020 рр. та 26 цільових державних програм у сфері охорони здоров'я, які виконуватимуться відповідно до деталізованих стратегій регіонів та воєводств.

Стратегія формування витрат на рівні окремих лікарень також має свої особливості. На сьогоднішній день медичні заклади не залежно від форм власності змушені організовувати ефективну управлінську та фінансово-економічну діяльність [9]. І якщо приватні лікарні завжди дбали про пошук альтернативних джерел фінансування, то тепер і бюджетні установи повинні шукати додаткові джерела фінансування аби піклуватися про своє матеріально-технічне та кадрове забезпечення. Для виконання даної мети керівники медичних закладів змушені вдаватися до різноманітних методів стратегічного планування і передусім – до планування власних витрат. Від них вимагається моніторинг їх поточної діяльності, регулярний аналіз наявної фінансово-господарської ситуації (для бюджетної сфери – аналіз рівня ефективного розподілу і використання отриманих ресурсів), планування діяльності на близьку і далеку перспективу та прийняття дієвих управлінських рішень.

Стратегія витрат приватного медичного закладу здебільшого зводиться до наступних дій:

1. Постановка завдань на наступний період.
2. Прогнозування обсягів витрат під поставлені завдання.
3. Прогнозування розміру доходів на наступний період.
4. Формування балансу доходів і витрат під заплановані завдання.
5. Коригування розміру доходів та/або розміру витрат.
6. Затвердження плану діяльності медичного закладу на наступний період.

Зважаючи на те, що державні медичні заклади мають певну специфіку у здійсненні своєї діяльності, вважаємо за доцільне розглянути стратегію формування видатків бюджетної установи у вигляді окремої схеми (рис. 3).

Використання стратегії формування витрат дозволяє керівникам медичних закладів не лише бути поінформованими щодо наявного поточного рівня витрат в їх закладах на підставі попередньо проведеного аналізу, а й завжди наперед спрогнозувати діяльність установи, проаналізувати реальність загроз, своєчасно розробити шляхи нейтралізації негативних сценаріїв подій через вжиття серії контрзаходів або взагалі утриматись від виконання занадто ризикованих операцій, а також завжди бути готовими до максимального використання власних можливостей, які можуть відкритись у будь-який момент.

Представлена концепція фактично є різновидом стратегії лідерства за витратами. Виникає питання, чи по відношенню до лікарень можна говорити про існування конкуренції в частині, наприклад низьких витрат, а в кінцевому результаті і конкурентоспроможних цін на пропоновані послуги? В цілому можна констатувати, що проблема конкуренції існує, однак у ситуації з лікарнями слід вести мову про певну модифікацію стратегії формування витрат, яка не має жодного зв'язку з реальною конкуренцією, однак яка здатна визначати напрямок та правила діяльності, спрямовані на реалізацію довгострокових цілей медичного закладу в мінливому середовищі. Зниження витрат, пов'язаних із забезпеченням функціонуванням лікарень, при дотриманні лікарнею обраного напрямку і правил діяльності повинні в кінцевому підсумку привести до зниження цін. Проте це не єдиний чинник, який здатний ідентифікувати наявність конкурентної переваги. Така перевага перш за все може мати місце лише завдяки поєднанню таких чинників як: низькі витрати, диверсифікація послуг, висока якість, низькі ціни, віддаленість пацієнта від закладу охорони здоров'я тощо [14, С. 104].

Задля вивчення питання чи в польських медичних закладах на практиці існує використання стратегії формування витрат та на скільки керівники установи є обізнані з нею, у 2013 році авторами статті було проведене відповідне дослідження. Для вибіркового дослідження було відібрано 125 польських медичних закладів. Опитуванню підлягали керівники медичних закладів. При опитуванні до уваги не брався якийсь конкретний вид стратегії формування витрат; мова йшла про будь-який прояв (елементи прояву) стратегії формування витрат як такої. До цієї групи також були віднесені такі дії, як продаж непотрібних активів, оренда невикористовуваної поверхні, залучення зовнішніх послуг на засадах аутсорсингу, скорочення персоналу, більш ефективного управління матеріальними ресурсами, в тому числі ліками. У таблиці 4 представлені результати дослідження.

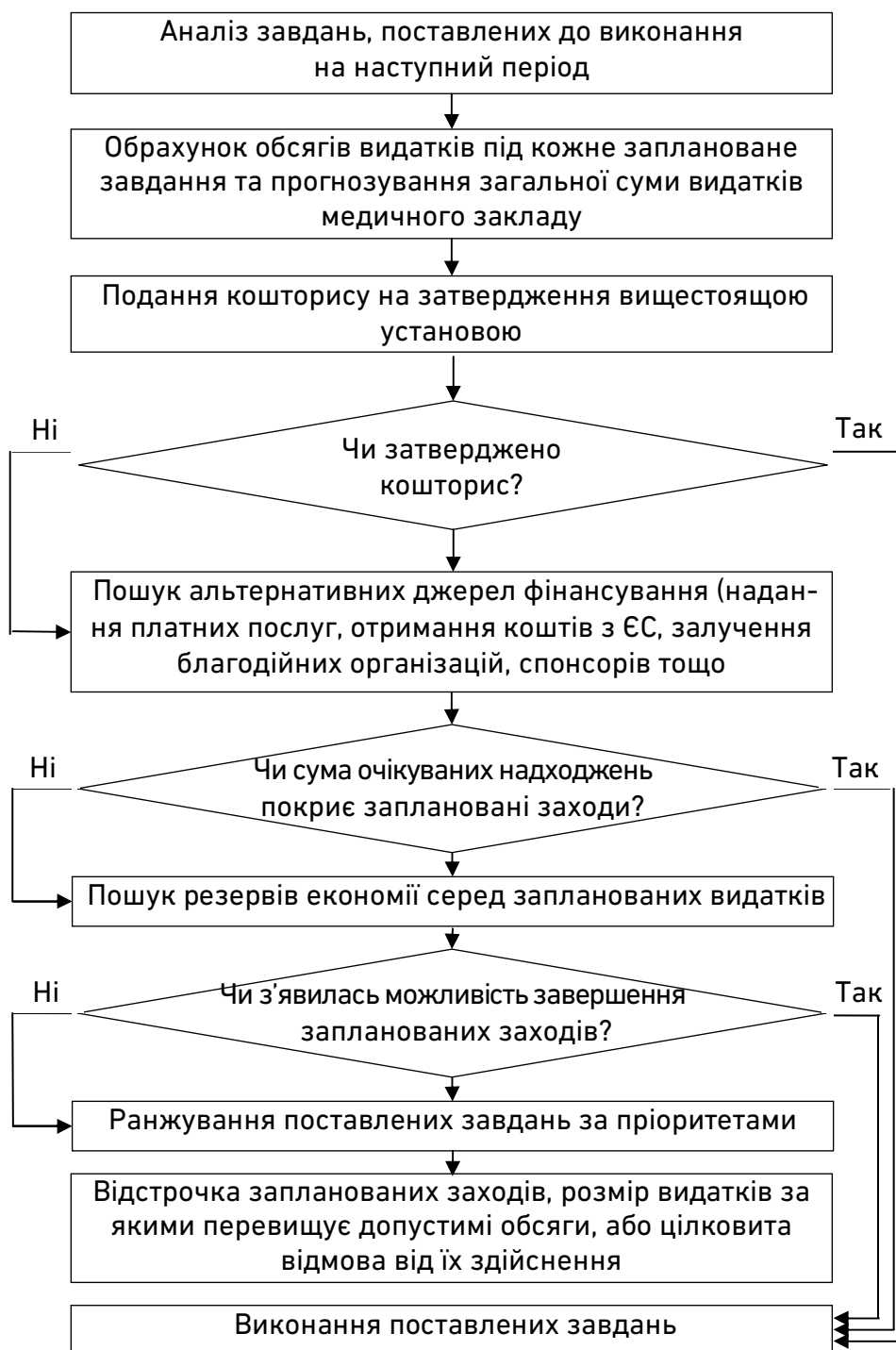


Рис. 3. Стратегічний аналіз видатків державного медичного закладу
Джерело: власна розробка

Таблиця 4

Рівень обізнаності керівника лікарні із стратегією,
наявною в його установі

Види відповідей	Кількість анкетованих, чол.	Відсоток анкетованих, %
дуже високий	75	60,00
високий	42	33,60
середній	3	2,40
частково обізнаний	1	0,80
абсолютно необізнаний	4	3,20
Всього	125	100,00

Джерело: власна розробка

Дослідження дозволяють стверджувати, що переважна кількість (більше 90%) керівників лікарень хоча й можливо у невеликому за масштабами обсязі, однак вдаються до використання у своїй діяльності інструментів стратегічного управління, з них 60% – мають дуже високий рівень обізнаності із власною стратегією, а відтак, повноцінно використовують її для оптимізації власної діяльності.

У таблиці 5 згруповано відповіді анкетованих на питання, якою мірою впроваджено стратегію діяльності установи у лікарні?

Таблиця 5

Рівень впровадження стратегії у діяльність установи

Види відповідей	Кількість анкетованих, чол.	Відсоток анкетованих, %
1	2	3
у повному обсязі	25	20,00
у значній мірі	65	52,00
частково	27	21,60
у незначній мірі	6	4,80
зовсім не впроваджено	2	1,60
Всього	125	100,00

Джерело: власна розробка

Відповіді респондентів щодо другого питання, на жаль, не були настільки оптимістичними, як за результатами першого. Лише 52% опитаних керівників лікарень ствердили, що вони у значній мірі запроваджують у своїй діяльності стратегію розвитку установи. При цьому у повному обсязі її впровадженням займаються тільки 20% опитаних. Найбільш ймовірними причинами такого низького рівня впровадження стратегії у діяльність установи могли стати наявність певних вад у розробленій стратегії, брак

фінансових та/або трудових ресурсів для контролю за повним впровадження стратегії у діяльність установи, відсутність регламентації цього виду діяльності на державному рівні. Разом з тим необхідність розробки та впровадження цих стратегій у діяльність в лікарень є очевидною, оскільки керівники прагнуть бути постійно по-інформованими про наявність такої стратегії, вивчають її і впроваджують в поточну діяльність як окремі її елементи, так і в повному обсязі.

Якість надання медичних послуг залежить від великої кількості чинників, серед яких обсяги фінансування. Дефіцит фінансових ресурсів є ознакою необхідності інституційного регулювання діяльності медичних закладів. Низька якість інституційного середовища призводить до необхідності вирішення нагальних питань керівниками медичних закладів безпосередньо на місцях. Керівники в межах своїх повноважень здійснюють керівництво повірених їм закладів за рахунок своїх професійних навиків, вмінь, досвіду та доступного їм інструментарію. Одним із таких важливих інструментів є стратегічний аналіз витрат (видатків) лікарень. Вважаємо, що запропоновані у статті стратегії формування витрат як для приватного медичного закладу, так і для державного дозволять їх керівникам своєчасно адаптуватися до мінливих оточуючих факторів та якомога ефективніше розподіляти і використовувати доступні їм ресурси, що в свою чергу відкриє нові шляхи розвитку лікарень та зробить їх більш привабливими для пацієнтів.

1. Енциклопедія PWN (Польського наукового видавництва) [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://encyklopedia.pwn.pl/haslo/_instytucjonalizm_3914914.html
2. Jończyk P. Instytucjonalizacja sektora opieki zdrowotnej w Polsce / P. Jończyk // *Master of Business Administration*. – N3 (17). – Uniwersytet Warszawski, 2009. – S. 73–86.
3. Jashapara A. Zarządzanie wiedzą / A. Jashapara. – Warszawa : Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne, 2006. – 388 s.
4. Nowak M. Instytucjonalizmy w socjologii i ekonomii. Problem i jego konceptualizacja / M. Nowak. – Poznań : Wydawnictwo Naukowe Wydziału Nauk Społecznych Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza w Poznaniu, 2009. – 237 s.
5. Nau H. H. Schmoller, Durkheim, and Old European Institutional Economics / H. H. Nau & Ph. Steiner // *Journal of Economic Issues*. – N 4. – Vol. XXXVI. – 2002. – pp. 1005–1024.
6. Скалон В. А. Местное самоуправление: теория и практика с точки зрения институционального подхода / В. А. Скалон // *Вопросы государственного и муниципального управления*. – № 1. – Национально-исследовательский университет «Высшая школа экономики», 2011. – С. 37–52.
7. Kister A. Hospital Management support through the use of management accounting / A. Kister // *International Scientific Conference MakeLearn&TIIM*. – Bari : *Managing Innovation and Diversity in Knowledge Society through Turbulent Time*, 2015. – P. 1–12.
8. Kister A. Stan wiedzy na temat zarządzania finansami w podmiocie leczniczym [w:] *Integracja zarządzania w warunkach GOW* / pod red.

E. Skrzypek. – Lublin : Katedra Zarządzania Jakością i Wiedzą, Wydział Ekonomiczny Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej, 2012. – S. 137–147. **9.** Kister A. Organizational changes propositions in hospitals based on diagnosis of medical staff knowledge / A. Kister, T. Kwit. – Croatia, Zadar : International Conference MakeLearn, 2013. – [Źródło elektroniczne]. – Dostęp : <http://www.toknowpress.net/ISBN/978-961-6914-02-4/MakeLearn2013>. **10.** Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. – [Źródło elektroniczne]. – Dostęp : <http://www.sejm.gov.pl/prawo/konst/polski/kon1.htm> **11.** O świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. // Dz.U. 2004 nr 210 poz. 2135. **12.** W sprawie szczegółowego trybu i kryteriów podziału środków pomiędzy centralę i oddziały wojewódzkie Narodowego Funduszu Zdrowia z przeznaczeniem na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej dla ubezpieczonych. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 17 listopada 2009 r. // Dz.U. 09.193.1495. **13.** Policy Paper dla ochrony zdrowia na lata 2014-2020. Krajowe ramy strategiczne. – [Źródło elektroniczne]. – Dostęp : <http://www.mz.gov.pl/rozwoj-i-inwestycje/fundusze-europejskie-dla-sektora-ochrony-zdrowia/krajowe-ramy-strategiczne-policy-paper/> **14.** Johnson G. Exploring cost strategy / G. Johnson, K. Scholes. – Englewood Cliffs, 1999. – [Źródło elektroniczne]. – Dostęp : <http://www.efbl.org/upload/2065783-strategijski-menadment-corporate-strategy-2013-10-25.pdf>.

Рецензент: д.е.н., професор Лазаришина І. Д. (НУВГП)

Vovk V. M., Candidate of Economics, Associate Professor (National University of Water and Environmental Engineering, Rivne), **Kister Agnieszka, PhD, Department of Accounting** (Maria Curie-Skłodowska University, Lublin)

FORMING OF THE COSTS STRATEGY IN POLISH HOSPITALS IN THE CONTEXT OF INSTITUTIONALISM

The activities of medical institutions are subordinated to the institutional environment in which there are laws, rules and regulations. A duty to regulate patterns of development for all important areas of the country has been imposed on the state; health care is no exception. The research suggests that managers of health facilities, regardless of their form of ownership, strive to provide quality medical services to the population. Such striving is possible with successful implementation by medical institutions of regulated system of rules, principles and guidelines of the medical field, and provided satisfaction of actual and potential patients by high level of service. While the execution of the first condition is possible through regular control by higher and regulatory authorities, the implementation of the second condition requires exceptional talent from managers to regulate the activities of their institutions so that scarce financial resources would be sufficient to ensure the quality of medical

services. This problem can be solved with the help of strategic management tools such as costs strategy, used by managers.

Keywords: institutionalization, institutional environment, cost strategy, state budget outlay, government regulation, health sector.

Вовк В. Н., к.э.н., доцент (Национальный университет водного хозяйства и природопользования, г. Ровно), **Кистер Агнешка, PhD, кафедра учета** (Университет Марии Кюри-Склодовской, г. Люблин)

МОДЕЛИРОВАНИЕ СТРАТЕГИИ ФОРМИРОВАНИЯ ЗАТРАТ В ПОЛЬСКИХ БОЛЬНИЦАХ В КОНТЕКСТЕ ИНСТИТУЦИОНАЛИЗАЦИИ

Деятельность медицинских учреждений зависит от институциональной среды, в которой существуют определенные законы, нормы и правила. На государство возложена обязанность регулирования закономерностей развития всех важных для страны сфер деятельности; не являются исключением и учреждения здравоохранения. Исследования показали, что руководители учреждений здравоохранения независимо от формы их собственности стремятся предоставлять населению качественные медицинские услуги. Успешно реализовать такие стремления становится возможным при условии соблюдения медицинскими учреждениями регламентированной системы правил, принципов и установок, действующих в медицинской сфере, а также при условии достижения высокого уровня удовлетворенности реальных и потенциальных пациентов получаемыми услугами. Если выполнение первого условия возможно путем проведения регулярного контроля со стороны вышестоящих и контролирующих органов, то реализация второго условия требует такого незаурядного таланта от руководителя, который позволит ему урегулировать деятельность своего заведения таким образом, чтобы для обеспечения надлежащего качества медицинских услуг хватало всегда дефицитных финансовых ресурсов. Решение указанной проблемы возможно при использовании руководителями инструментов стратегического управления, в частности стратегии формирования расходов.

Ключевые слова: институционализация, институциональная среда, стратегия формирования затрат, расходы государственного бюджета, государственное регулирование, медицинская сфера.
