

## The performance at Slovak hospitals in relation to application of Porter's generic strategies

Hlavacka S, Bacharova L, Rusnakova V, Wagner R

### Výkon nemocníc na Slovensku vo vzťahu k uplatňovaným generickým stratégiám podľa Portera

#### Abstract

**Hlavacka S, Bacharova L, Rusnakova V, Wagner R:**  
The performance at Slovak hospitals in relation to application of Porter's generic strategies  
Bratisl Lek Listy 2001; 102 (2): 106–114

Porter's generic strategies characterize organizations in terms of their competitiveness, and are related to the performance of the organization. The aim of this study was to analyze the Porter's generic strategies and their effect on performance in the context of the Slovak hospital industry. Acute care hospitals with more than 30 beds were included into the study. National institutes providing specialized service were excluded from the study. Strategy and performance were evaluated on the basis of self-reported questionnaires, completed by chief administrators of hospitals (total 76 completed questionnaires were obtained, out of 81 distributed, i.e. 94 % response rate). The cluster analysis was used for the identification of strategic orientation. Performance differences across strategic groups were tested using multivariate analysis of covariance (MANCOVA). The hierarchical cluster analysis uncovered a four-group taxonomy of hospitals: the group "Focused Cost Leadership" included 33 % of hospitals, the group "Stuck-in-the middle" 49 %, the group "Wait and See" 13 % and the group "Cost leadership" 5 %. Significant differences in performance were related to the Porter's pure, or hybrid strategies, respectively. In terms of industry evolution, the Slovak hospital industry could be characterized as fragmented, having a large number of small and medium size mainly state owned hospitals, with absence of market leaders, and with high exit barriers (mainly social and political) that hold back consolidation. (Tab. 1, Ref. 35.)  
Key words: strategy, hospital, performance.

#### Abstrakt

Hlavacka S., Bachárová L., Rusnáková V., Wágner R.:  
Výkon nemocníc na Slovensku vo vzťahu k uplatňovaným generickým stratégiám podľa Portera  
Bratisl. lek. Listy, 102, 2001, č. 2, s. 106–114

Generické stratégie podľa Portera charakterizujú organizácie z hľadiska ich konkurencieschopnosti a ich typológia sa spája s výkonom organizácie. Cieľom tejto práce bola analýza efektu Porterových generických stratégií na výkon v kontexte sektora nemocničnej starostlivosti v slovenskom zdravotníctve. Do štúdie boli zahrnuté nemocnice akútnej starostlivosti s viac ako 30 posteľami. Vylúčené boli vysokošpecializované národné ústavy poskytujúce špecializovanú starostlivosť. Typ stratégie a parametre výkonu sa hodnotili na základe sebahodnotiacich dotazníkov, ktoré vyplnili riadiaci pracovníci nemocníc (celkovo 76 vyplnených dotazníkov z rozoslaných 81, návratnosť 94 %). Na identifikáciu strategických typov nemocníc sa použila zhluková analýza. Na hodnotenie výkonu strategických typov nemocníc sa použila multivariantná analýza kovariancie (MANCOVA). Hierarchická zhluková analýza určila pre nemocnice taxonómiu štyroch skupín: 33 % nemocníc sa zaradilo do skupiny „Nákladové prvenstvo so špecializovaným zameraním“, 49 % do skupiny „Uviaznuté na polceste“, 13 % do skupiny „Počkáme a uvidíme“ a 5 % do skupiny „Nákladové prvenstvo“. Signifikantné rozdiely vo výkone sa spájali s Porterovými čistými, resp. hybridnými stratégiami. Z hľadiska postupného vývoja odvetvia možno slovenský nemocničný sektor charakterizovať ako roztrieštený, s veľkým počtom malých a stredne veľkých nemocníc vo vlastníctve štátu, s absenciou organizácií s vedúcim postavením na trhu a vysokými bariérami exitu (hlavne sociálnymi a politickými), ktoré prekážajú konsolidácii. (Tab. 1, lit. 35.)  
Kľúčové slová: stratégia, nemocnica, výkon.

Slovak Postgraduate Academy of Medicine, Bratislava. **Svatopluk.Hlavacka@health.gov.sk**

Health Management School, Bratislava, International Laser Centrum, Bratislava

**Address for correspondence:** S. Hlavacka, MD, MBA, Dpt of Management SPAM, Limbova 3, SK-833 03 Bratislava 37, Slovakia.

Phone: Fax:

Slovenská postgraduálna akadémia medicíny v Bratislave, Škola zdravotníckych manažérov v Bratislave a Medzinárodné laserové centrum v Bratislave

**Adresa:** MUDr. S. Hlavačka, MBA, Katedra manažmentu SPAM, Limbova 3, 833 03 Bratislava 37.

Porterova definícia stratégie (1), ktorá hovorí o „umiestňovaní podnikateľskej jednotky tak, aby sa maximalizovali tie prednosti, ktoré ju odlišujú od konkurencie“, upriamuje pozornosť na to, čo sa vo zvýšenej miere stáva ústredným bodom stratégie, a síce dosiahnutie konkurenčnej výhody. Napriek mnohým rozdielom v definíciách, všetky strategické názorové školy majú spoločné zameranie na maximalizáciu výkonu organizácie vylepšením jej umiestnenia vo vzťahu k iným organizáciám, ktoré pôsobia v tom istom konkurenčnom prostredí (2). Názorové školy v oblasti vývoja stratégií sú v zásade buď preskriptívne, zamerané na to, ako by sa stratégie mali tvoriť, alebo deskriptívne charakterizujúce ako sa stratégie v skutočnosti tvoria.

Prvá z troch preskriptívnych škôl, **dizajnová škola**, sa na stratégiu pozerá ako na zosúladenie schopností a možností organizácie v rámci konkurenčného prostredia. Tvorbu stratégie považuje za neformálny koncepčný proces, obvykle vo vedomí vodcovskej osobnosti (3). Medzi prispievateľov k tejto názorovej škole patria Andrews (4), Hamermesh (5), Porter (6), Ohmae (7), a Johnson a Scholes (8). Hlavné obmedzenia dizajnového konceptu sa vzťahujú na jeho neschopnosť prispôbovať sa rýchlo sa meniacim podmienkam (2).

Naproti tomu, **plánovacia škola**, napr. Ansoff (9), Ansoff a Mc Donnell (10), sa zameriava viac na technické procesy strategickkej analýzy. Značnú váhu kladie na úlohu plánovacích pracovníkov, zdôrazňuje formálnosť a komplexnosť procesu plánovania. Prispievatelia k tejto škole sa pokúšali určiť spoločné charakteristiky úspechu a vypracovali pre to analytické nástroje (The Boston Consulting Group, 1973, McKinsey (11), Hax and Majluf (12)).

**Umiestňovacia škola** (škola positioningu) je jednou z najstarších škôl, ale svoju aktuálnosť odvodzuje od Porterovej vplyvnej knihy „Konkurenčná stratégia“ (1), v ktorej Porter čerpal zo systémov vypracovaných v priemyselnej ekonomike. Podstatou tejto školy je využitie spojených účinkov štruktúry trhu a správania sa firmy pre optimalizáciu výkonu. Porter prezentoval tri generické stratégie na zlepšenie konkurenčnej pozície organizácie: nákladové prvenstvo, diferenciaciu a špecializované zameranie. Porter tvrdí, že ak organizácia chce dosiahnuť konkurenčnú výhodu, musí sa rozhodnúť pre jednu z týchto stratégií. Zavedením konceptu odvetvovej analýzy Porterov koncept štruktúry konkurenčného prostredia (6) predpokladá päť síl, ktoré určujú atraktivnosť daného odvetvia, a to:

1. bariéry vstupu do odvetvia,
2. ohrozenie výrobkami alebo službami, ktoré môžu tento produkt alebo službu nahradiť,
3. vyjednávacía sila kupujúcich,
4. vyjednávacía sila dodávateľov,
5. rivalita medzi existujúcimi konkurentami v odvetví.

### Porterove generické stratégie

Strategická typológia, ktorú vypracoval Michael Porter (1), dominovala v literatúre strategického riadenia ako prostriedok na ustálenie strategického skupinového členstva na úrovni podnikov. Podľa Portera poznáme dva typy konkurenčnej výhody: nákladové prvenstvo a diferenciacia. Každá z nich reprezentuje to, čo Porter nazýva „generické stratégie“. Tretia generická stratégia je podmnožinou prvých dvoch. Touto stratégiou je špecializované zameranie (fokus).

**Nákladové prvenstvo:** Pri úsilí získať vedúce postavenie v nákladoch stáva sa znižovanie nákladov hlavnou témou, ktorá dominuje v celej stratégii. Stratégia nízkych nákladov sa priamo dotýka priestorov a budov, prevádzky, režijných nákladov, šetrenia nákladov na základe skúsenosti a relatívnej striedmosti v oblastiach, ako napr. výskum a rozvoj, služby, odbytová zložka (nábor), školenie a ďalší rozvoj pracovníkov a reklama.

**Diferenciácia:** Stratégie založené na diferenciacii sa snažia etablovať a podrhnúť základné rozdiely v celej škále dimenzií tak, aby nákupcovia/kupujúci vnímali výrazný kontrast medzi produktmi a službami jednej firmy a jej konkurentov. Firmy, ktoré sa úspešne diferencujú, sú za svoju jedinečnosť odmeňované zvýhodnenou cenou. Ekonomika inherentná v tejto stratégii si vyžaduje, aby táto cenová výhoda prevyšovala dodatočné náklady, ktoré táto jedinečnosť prináša. Diferenciácia teda nemôže ignorovať problematiku nákladov, pretože zvýhodnené ceny by sa nekontrolovateľne vysokými nákladmi anulovali. Firmy, ktoré sa úspešne diferencujú, si tiež vytvárajú uhájitelnú pozíciu voči piatim konkurenčným silám.

**Špecializované zameranie (fókus):** Poslednou z troch generických stratégií je špecializované zameranie. Firma, ktorá si osvojí stratégiu špecializovaného zamerania, sa nezameriava na trh (alebo segment trhu) ako celok, ale cieľi len na vybrané úzke segmenty trhu. Aby uspela, stále ešte potrebuje dosahovať cenové prvenstvo alebo efektívnu diferenciaciu, rozsah jej trhového pôsobenia je však viac obmedzený. Usmernením schopností firmy na špecifické cieľové segmenty sa organizácia špecializovaného zamerania usiluje o konkurenčnú výhodu, i keď v celkovom meradle trhu túto výhodu nemá. Podmienkou uplatňovania stratégie špecializovaného zamerania je, že sa cieľové segmenty istým spôsobom odlišujú od ostatných segmentov na trhu (6, 1).

Porter (1, 6) zdôrazňuje, že podnikateľské jednotky by sa mali rozhodnúť pre jednu a jedine jednu generickú stratégiu. V opačnom prípade sú firmy „uviaznuté na polceste“.

### Využitie Porterových generických stratégií nemocnicami

Porterov model generických stratégií našiel zvlášť užitočné uplatnenie v nemocničnom sektore USA kvôli svojej explicitnosti, ktorou vystihuje základ procesu formulácie stratégie (13, 14) skúmali aplikáciu Porterových generických stratégií v nemocničnom sektore v USA a prišli k záveru, že sa v ňom uplatňuje všetkých päť hlavných typov stratégie (nákladové prvenstvo so špecializovaným zameraním, nákladové prvenstvo, stratégia „uviaznutých na polceste“, diferenciacia so špecializovaným zameraním, diferenciacia) a že sú konzistentné s charakteristikami Porterovej typológie.

### Typy a výkony organizácií podľa Portera

Porter (1) zdôrazňoval, že tri strategické orientácie reprezentujú pre firmy tri zásadne odlišné alternatívy pri ich snahe vytvoriť si konkurenčnú výhodu. Firmy, ktoré ostanú „uviaznuté na polceste“, sú pri súťažení znevýhodnené, pretože firmy, ktoré majú vedúce postavenie v nákladoch, diferencujú sa, alebo majú špecializované zameranie, sú schopné svoje schopnosti koncentrovať oveľa efektívnejšie. Byť „uviaznutým na polceste“ typicky znamená, že si firma pravdepodobne nebude vedieť udržať

akúkoľvek výhodu, ktorú by mohla momentálne mať. Okrem toho trpia takéto firmy nevyhranenou podnikovou kultúrou, vzájomne si odporujúcimi obchodnými činnosťami a napätým systémom motivácie.

Hoci Kumar a spol. (14) vo svojom výskume nemocničného sektora v USA prišli k uzáveru, že v štruktúre nemocničného sektora lepšie obstoja organizácie, ktoré sledujú Porterove generické stratégie, môžu sa nemocničné sektory v USA a na Slovensku líšiť.

### Rozvoj nemocničnej zdravotnej starostlivosti na Slovensku

Politické prostredie na Slovensku je charakterizované pretrvávajúcim dôrazom na rovnosť prístupu k zdravotnej starostlivosti, povinné zdravotné poistenie a plnú úhradu nákladov liečenia zdravotnými poisťovňami (ZP). Ministerstvo zdravotníctva SR (MZ) reguluje sieť organizácií poskytujúcich nemocničnú starostlivosť a jeho predpisy určujú, že na trh nemôžu vstupovať žiadni noví poskytovatelia starostlivosti. Väčšina poskytovateľov nemocničnej starostlivosti sú štátne verejné nemocnice, zostatok (3 nemocnice) sú súkromné organizácie pracujúce na báze zisku. MZ priamo menuje riaditeľov štátnych nemocníc a v súčasnosti prideliuje prospektívne rozpočtové prostriedky všetkým nemocniciam. Systém financovania zdravotníctva založený na viacerých formách poistenia, ktorý bol zavedený roku 1991, sa v súčasnosti ďalej nerozvíja a čaká ho strategická preverka financovania v zdravotníctve.

V slovenskom nemocničnom sektore politické, ekonomické a regulačné zmeny posledných rokov stimulovali tvorbu stratégií obmedzovania nákladov. Riaditelia nemocníc vo význačnej miere zamerali svoju pozornosť na úsporné opatrenia, aby sa tak chránili pred konkurenčnými silami. Príkladom stratégií kontroly nákladov používaných nemocnicami je znižovanie strát, zlepšenie koordinácie medzi pracoviskami, tvorba príjmov pomocou predaja alebo prenájmu nevyužívaných kapacít a v poslednom čase aj znižovanie stavu pracovníkov a eliminácia stratových výkonov. V súčasnosti však neexistujú prakticky žiadne príklady konsolidačných stratégií vo forme zlučovania alebo spoločných podnikov (joint venture), ktoré by mohli viesť k ekonomike veľkých čísel. Naopak, nemocnice sa prísnu kontrolou nákladov pokúsili demonštrovať efektívnosť vo využívaní pridelených zdrojov.

V slovenskom nemocničnom sektore sa nájde niekoľko aktivít, ktoré by mohli spadať do kategórie stratégie diferenciacie. Medzi príklady tejto generickej stratégie patrí tvorba imidžu „high-tech“ a používanie najnovších technológií (napr. počítačová tomografia, nukleárna magnetická rezonancia), diferenciacia typom použitej technológie (napr. laparoskopická chirurgia), zdôrazňovanie kvality tímu lekárov vnímanej verejnosťou (napr. slávni univerzitní profesori na vedúcich miestach pri poskytovaní starostlivosti), poskytovanie zriedkavo ponúkaných služieb (napr. liečenie popálenín, traumatológia, transplantológia, preventívna starostlivosť). Poukázaním na vysoké schopnosti a odborné zdatnosti sa nemocnice pokúsili vybudovať inštitucionálnu lojalitu, a tým dosiahnuť cenovú výhodnosť.

Môžeme zhrnúť, že nedávne zmeny priniesli také skutočnosti, ako sú klesajúce stavy hospitalizovaných pacientov (počty obsadených postelí) a pokusy riadiacich orgánov a poisťovní znížiť výdavky v nemocničnom sektore. Práve prebieha transformácia

nemocníc z primárne sociálnej inštitúcie založenej na vládnych dotáciách na úhradu nákladov na inštitúciu hospodársku, usilujúcu sa zachovať si životaschopnosť na zostrujúcom sa konkurenčnom trhu. Dochádza k posunu od nákladných hospitalizačných zariadení na jednej strane smerom k sociálnym službám na komunálnej báze na strane druhej. Kľúčovými faktormi, ktoré poháňajú tento proces, sú cena a kvalita (15). Napriek tomu však sa zdá, že mnohé nemocnice ignorujú tieto skutočnosti a zjavne pokračujú v prevádzke tak, ako to robili v minulosti. Silné vplyvy z oblasti politiky a riadiacej sféry zvyšujú očakávania slovenskej verejnosti vo vzťahu k zdravotnej starostlivosti a posilňujú predstavu, že niekto druhý za ňu zaplatí.

### Ciele a zameranie výskumu

Všeobecným cieľom štúdie, na ktorej je založená táto práca, je preskúmať využitie Porterových generických stratégií a ich efekt na výkony v kontexte sektora nemocničnej starostlivosti v slovenskom zdravotníctve. Štúdia určuje prirodzenú taxonómiu štyroch strategických typov slovenských nemocníc založenú na ich využívaní Porterových generických stratégií v čistej forme, ako aj v kombinácii. Štúdia ďalej skúma, či sa rôzne strategické typy spájajú s rôznymi úrovňami výkonu organizácie, pričom sa prihliada na také premenné, ako veľkosť a lokalita, ktoré podľa niektorých ovplyvňujú výkony nemocníc.

### Materiál a metóda

Údaje pre túto štúdiu boli zbierané medzi decembrom 1999 a februárom 2000. Nemocnice zaradené do štúdie sme vybrali zo zoznamu nemocníc akútnej starostlivosti uverejnenom v správe Ústavu zdravotníckych informácií a štatistiky za rok 1999 (16). Nemocnica akútnej starostlivosti je definovaná ako nemocnica, v ktorej priemerná dĺžka pobytu pacientov je kratšia ako 30 dní. Aby sa zachovala homogenita vzorky, zo štúdie boli vylúčené nemocnice s menej ako 30 posteľami. Zo štúdie boli vylúčené aj národné ústavy poskytujúce vysokošpecializovanú starostlivosť, ako napr. onkológia a ústavy respiračných a kardiovaskulárnych ochorení, keďže sa dá predpokladať, že ich stratégia špecializovaného zamerania je predeterminovaná účelom, na ktorý boli zriadené.

Vedúci riadiaci pracovníci 81 nemocníc akútnej starostlivosti boli osobne vopred informovaní o účele navrhovanej štúdie a o jej dôležitosti pre výskum a zdravotnícku prax. Respondentom bola zaručená anonymita. Celková odozva bola 76 vrátených, plne vyplnených dotazníkov (94 %). Vzhľadom na vysokú hladinu získaných odpovedí nebolo potrebné robiť žiadne testy na skreslenie kvôli nereprezentatívnosti (17).

### Hodnotené parametre stratégie

Konkurenčná stratégia založená na diferenciacii sa merala použitím trojpoložkovej sedemstupeňovej škály. Od respondentov sa požadovalo, aby indikovali rozsah, v akom sa ich organizácia zapájala do konkurenčných aktivít, ktorých súčasťou bolo:

- a) zavádzanie nových služieb/procedúr;
- b) odlišenie služieb od konkurentov;
- c) využitie výskumu trhu na zistenie potreby nových služieb.

Pre hodnotenie konkurenčnej stratégie založenej na nízkych nákladoch sa od respondentov požadovalo, aby na sedemstupňovej škále indikovali rozsah, v akom sa ich nemocnica zapájala do následovných šiestich aktivít:

- dosahovanie nižších cien služieb ako konkurencia,
- zefektívnenie nákladovosti služieb/procedúr;
- skracovanie času a znižovanie nákladov potrebných na koordináciu rôznych služieb,
- zlepšovanie využitia personálu, vybavenia, priestorov a budov a dostupných služieb,
- vykonávanie analýzy nákladov spojených s rozličnými službami,
- zlepšovanie dostupnosti diagnostických zariadení a pomocných služieb na kontrolu nákladov.

Použitie stratégie špecializovaného zamerania nemocnicou sa meralo na sedemstupňovej škále so zameraním na:

- špecifické skupiny zákazníkov,
- špecifické služby,
- špecifické segmenty trhu.

Spolahlivosť pri všetkých troch škálach prevýšila odporúčajú hranicu 0,7 (18). Toto korešponduje so zisteniami kolektívu Kumar a spol. (14), ktorí pre škály uvádzajú spolahlivosť 0,85–0,86, a to i napriek prekladu a miernym úpravám použitého dotazníka. Korelácia jednotlivých premenných bola 0,75–0,85, čo indikovalo, že konvergujú na spoločnú základňu. Interkorelácia medzi škálami bola 0,43–0,69, pričom maximálna korelácia sa dosahovala medzi škálou diferenciacie a škálou špecializovaného zamerania. Tieto korelácie sú oveľa vyššie, ako uvádzajú Kumar a spol. (14) — 0,27 až 0,32 — a príčinu toho možno predpokladať v preklade dotazníkov, alebo v predpokladanej oveľa nižšej znalosti princípov marketingu medzi manažérmi slovenskej zdravotníckej starostlivosti.

### Hodnotené parametre výkonu

V tejto štúdii sa použili štyri miery výkonu špecificky relevantné pre nemocnice, ako ich odporúčajú Kumar a spol. (14). Efektívnosť v nasledovných štyroch parametroch sa považuje za kritickú pre úspešné fungovanie a výkon každej nemocnice, v súvislosti s hospodárskou a politickou podporou nemocniciam (14):

- schopnosť udržať si pacientov, tento parameter sa použil ako funkcia klinickej kvality, spokojnosti pacientov a správania sa zamestnancov,
- schopnosť kontrolovať výdavky súvisiace s prevádzkou, čo indikuje efektívnosť využívania zdrojov,
- rast celkových príjmov. V nemocničnom sektore na Slovensku je tento rast v súčasnosti reprezentovaný schopnosťou nemocnic uspokojovať kľúčové zainteresované strany, akými sú Ministerstvo zdravotníctva a zdravotné poisťovne, ktoré pridelujú výhľadové rozpočtové prostriedky. Odráža to však aj schopnosť nemocníc vypracovať si ďalšie zdroje financovania prostredníctvom prenájmu nadbytočnej kapacity v objektoch, pritiahnutia darcov, výskumných projektov, priamo platiacich pacientov. Z toho posledné tri sú funkciou kvality a postoja pracovníkov.
- Výnosy z nových služieb/zariadení. Tento parameter charakterizuje schopnosť prispôbiť sa potrebám kľúčových externých zainteresovaných stránok, akými sú vláda, spoločnosť

a pacienti. Je to však aj parameter efektívnosti poskytovania nových služieb.

Výkon organizácií vo vzorke sa meral použitím subjektívneho prístupu. Použili sme preloženú a prispôbenú verziu, ktorú vypracovali Gupta a Govindarajan (17) a modifikovali Kumar a spol. (14). Respondentov najprv požiadali, aby na sedemstupňovej škále Likertovho typu, kde 1 = malá dôležitosť a 7 = výnimočná dôležitosť, indikovali dôležitosť, ktorú ich organizácia prikladá rôznym výkonovým kritériám. Potom na sedemstupňovej škále Likertovho typu, kde 1 = veľmi nespokojný a 7 = veľmi spokojný, indikovali rozsah, v akom ich organizácia je v súčasnosti spokojná so svojim výkonom podľa každého z uvedených výkonových kritérií. Pre každý parameter výkonu sa vypočítaval vážený priemer pre násobenie skóre „spokojnosti“ so skóre „dôležitosť“.

Všetky merania v tejto štúdii boli založené na sebahodnotiacich údajoch. Použitím faktorovej analýzy a deskriptívnej štatistiky bola preto riešená otázka možnej jednoduchej variancie. Na identifikáciu strategických typov nemocníc na základe využívania ich generických stratégií sa použila zhuková analýza. Výkon nemocníc s rozdielnymi formami strategickými orientácie sa porovnával použitím multivariantnej analýzy kovariancie (MANCOVA) a univariantnou analýzou variancie. Keďže sa zistil vplyv veľkosti a lokality nemocníc na ich výkon (19), použili sa tieto faktory ako kovarianty, aby sa tým z analýzy eliminovalo ich pôsobenie.

### Výsledky

#### Jednoduchá variancia

O sebahodnotiacich dátach je známe, že ich použitie môže neprímerane zvýrazňovať alebo potláčať vzťahy, ktoré sú predmetom skúmania (14). Tento problém sme riešili použitím faktorovej analýzy. Korelácie medzi premennými, ktoré neboli teoreticky vo vzájomnom vzťahu, boli nízke alebo nesignifikantné. Z týchto zistení možno usudzovať, že výsledky tejto štúdie neboli ovplyvnené jednoduchou varianciou.

#### Zhluková analýza strategickými orientácie

Hierarchická zhuková analýza, založená na využití troch generických stratégií nemocnicou, určila pre nemocnice taxonómiu štyroch skupín, ktoré sú označené ako strategické skupiny I až IV (tab. 1).

Skupina I, označená ako „Nákladové prvenstvo so špecializovaným zameraním“, charakterizuje asi 33 % slovenských nemocníc. Táto skupina kladie primárny dôraz na nákladové prvenstvo, no súčasne sleduje špecializovaného zamerania.

Najväčšia časť slovenských nemocníc akútnej starostlivosti (49 %) patrí do skupiny II charakterizovanej primárnym dôrazom na nákladové prvenstvo (stredná hodnota = 6,16) v kombinácii so silným dôrazom na diferenciaciu (stredná hodnota = 5,12) a na stratégiu špecializovaného zamerania (stredná hodnota = 5,13). Toto sú tzv. organizácie „uviaznuté na polceste“ (1).

Ostatné dve menšie skupiny kladú primárny dôraz na nákladové prvenstvo s nízkym dôrazom na diferenciaciu a stratégiu špecializovaného zamerania. Odlišujú sa však navzájom intenzitou, akou sa zdôrazňuje stratégia nákladového prvenstva. Organizácie v skupine III kladú len priemerný dôraz na pozíciu nízkych nákladov a pôsobia, akoby mali pasívny postoj. Preto sme ich označili „Počkáme a uvidíme“.

Tab. 1. Key findings of the study.

Strategy type	Strategic Thrust	Demographic Profile	Performance
Focused cost Leadership (Group I.)	High emphasis on cost leadership. Medium emphasis on focus. Attempting to compete in a market niche based on cost leadership.	33% of the sample	Average ability to retain patients, ability to control expenses, ability to achieve growth in overall revenue and return on new services/facilities.
		33% type I	
		33% type II	
		33% type III	
Stuck-in-the-Middle (Group II.)	High emphasis on cost leadership, focus and differentiation. Creating a low cost basis and using the surpluses for differentiation of the services delivered to specific customers.	49% of the sample	Best performance of all groups in terms of ability to retain patients ability to control expenses and ability to achieve growth in overall revenues. Average performance in return on new services facilities.
		43% type I.	
		50% type II.	
		58% type III.	
Wait-and-see (Group III.)	Medium emphasis on cost leadership. Low emphasis on differentiation and focus. Passive behavior, some attempt to control costs.	13% of the sample	Poorest performance of all groups in all performance criteria.
		13% type I.	
		15% type II.	
		8% type III.	
Cost Leadership (high emphasis) (Group IV.)	High emphasis on cost leadership. Low emphasis on differentiation and focus. Trying to compete with standard service delivered with low costs.	5% of the sample	High ability to control expenses, high return on new facilities and procedures. Average performance in ability to retain patients, and ability to achieve growth in overall revenues.
		10% type I.	
		3% type II.	
		0% type III.	
		0% for-profit hospitals	

Tab. 1. Klúčové výsledky štúdie.

Typ stratégie	Strategické charakteristiky	Demografický profil	Výkon
Skupina I: Nákladové prvenstvo so špecializovaným zameraním	Primárny dôraz na nákladové prvenstvo. Nasleduje dôraz na špecializované zameranie. Snaha konkurovať nízkymi cenami.	33% všetkých nemocníc	Priemerná schopnosť udržať si pacientov, schopnosť kontrolovať prevádzkové náklady, celkový rast v príjmoch a výnosy z nových služieb/zariadení.
		33% nemocnice I. typu	
		33% nemocnice II. typu	
		33% nemocnice III. typu	
Skupina II: Uviaznuté na pol ceste	Vysoký dôraz na nákladové prvenstvo, špecializované zameranie a diferenciáciu. Snaha znížiť náklady a finančný rozdiel použiť na diferencovaný prístup ku špecifickým zákazníkom.	49% všetkých nemocníc	Najlepší výkon zo všetkých skupín v zmysle udržania si pacientov, schopnosti kontrolovať výdavky a dosiahnuť rast príjmov. Priemerný výkon v návratnosti investovania do nových služieb/zariadení.
		43% nemocnice I. typu	
		50% nemocnice II. typu	
		58% nemocnice III. typu	
Skupina III: Počkáme a uvidíme	Stredný dôraz na nákladové prvenstvo. Malý dôraz na diferenciáciu a špecializáciu. Pasívne chovanie, určitá snaha kontrolovať náklady.	13% všetkých nemocníc	Najslabší výkon zo všetkých skupín vo všetkých parametroch výkonu.
		13% nemocnice I. typu	
		15% nemocnice II. typu	
		8% nemocnice III. typu	
Skupina IV: Nákladové prvenstvo	Vysoký dôraz na nákladové prvenstvo. Malý dôraz na diferenciáciu a špecializáciu. Snaha konkurovať štandardnými službami poskytovanými s nízkymi nákladmi.	5% všetkých nemocníc	Vysoká schopnosť kontrolovať výdavky, vysoká návratnosť z nových zariadení a služieb. Priemerný výkon v schopnosti udržať si pacientov, dosiahnuť rast príjmov.
		10% nemocnice I. typu	
		3% nemocnice II. typu	
		0% nemocnice III. typu	
		0% ziskové nemocnice	

Organizácie „Nákladového prvenstva“, ktoré sa zjavne pokúšajú o súťaž zásadným spôsobom na princípe nízkych nákladov, tvoria skupinu IV.

Nedala sa určiť žiadna skupina, ktorá by chcela primárne sledovať len samu stratégiu diferenciácie, resp. diferenciáciu v kombinácii so stratégiou špecializovaného zamerania. Číže spomedzi nemocníc akútnej starostlivosti na Slovensku neboli detegovaní žiadni „diferenciátori“, resp. diferenciátori so špecializovaným zameraním“.

Zohľadnenie účinkov veľkosti a lokality nemocnice

Predchádzajúci výskum (19) naznačil, že veľkosť nemocnice môže vplývať na jej prístup ku kapitálu, a tým zvýšiť jej schopnosť sledovať stratégiu diferenciácie. Veľkosť nemocnice môže mať preto vplyv na vzťah medzi strategickou orientáciou a výkonom nemocnice.

Lokalita nemocnice sa uvádza aj ako faktor potenciálne vplývajúci na jej výkon (19). Nemocnice, ktoré pôsobia v oblastiach

prevažne vidieckeho charakteru, sa môžu nachádzať v slabšom konkurenčnom prostredí ako nemocnice v urbanizovaných oblastiach. V rôznych lokalitách môže byť trh v rôznych stupňoch vývoja. Vo všeobecnosti, čím je prostredie viac vidiecke, tým sa úroveň konkurencie znižuje a dalo by sa povedať, že nároky na kvalitu sa rôznia po celej tejto škále, pričom so stupňom urbanizácie tieto nároky rastú (20).

Nemocnice v Slovenskej republike sú kategorizované do troch typov. Každý je charakterizovaný určitým počtom postelí, rozsahom poskytovaných služieb a lokalitou. Táto typológia sa v štúdiu použila ako náhrada za veľkosť a lokalitu. Hlavnými atribútmi typov nemocníc sú:

typ I: malé nemocnice s 30—300 posteľami, väčšinou so štyrmi oddeleniami — interné lekárstvo, chirurgia, pediatria a gynekológia. Sú umiestnené obvykle v malých mestách, a preto môžu byť charakterizované ako vidiecke;

typ II: stredne veľké nemocnice so 400—800 posteľami. Poskytujú špecializovanú sekundárnu starostlivosť. Umiestnené sú hlavne v okresných centrách, a preto môžu byť charakterizované ako mestské;

typ III: veľké nemocnice s 900—1000 posteľami, ktoré poskytujú špecializovanú terciárnu a nadregionálnu starostlivosť. Umiestnené sú v krajských hlavných mestách a môžu sa charakterizovať ako typ veľkých miest.

Typy nemocníc sa použili ako kovarianty v MANCOVA pri zisťovaní rozdielov vo výkone v rámci strategických skupín.

Rozdiely vo výkonnosti pri porovnaní strategických skupín

Výkon sa meral pomocou štyroch špecifických kritérií: úspešnosť udržania si pacientov, rast príjmov, úspešnosť nových služieb/zariadení, úspešnosť pri kontrole prevádzkových nákladov.

Na posúdenie výkonu nemocníc kategorizovaných podľa jednotlivých typov strategickú orientáciu sme použili test MANCOVA. Výsledky tohoto testu ukázali signifikantný celkový rozdiel ( $F=2,93$ ,  $p<0,001$ ) vo výkone vzhľadom na strategické typy. Univerzitná analýza ukázala signifikantný rozdiel medzi všetkými štyrmi výkonnými kritériami vo všetkých štyroch strategických typoch.

Nákladové prvenstvo so špecializovaným zameraním (skupina I) vykazovalo priemerný výkon z hľadiska schopnosti udržať si pacientov, kontrolovať prevádzkové náklady, celkový rast v príjmoch a výnosy z nových služieb/zariadení.

O skupine II, ktorá reprezentovala organizácie „uviaznuté na polceste“ (1) aplikujúce súběžne všetky štyri Porterove generické stratégie, sa zistilo, že podávajú najlepší výkon v schopnosti udržať si pacientov, kontrole nákladov, celkovom raste príjmov, ako aj priemerný výkon v smere výnosov z nových služieb/zariadení.

Zdá sa, že nemocnice nákladového prvenstva (skupina IV) dosahujú najlepší výkon vo výnosoch z nových služieb/zariadení s veľmi dobrou schopnosťou kontrolovať náklady. Dosiahli však len priemerný rast celkových príjmov a aj ich schopnosť udržať si pacientov sa zdá len priemerná.

Najslabší výkon vo všetkých výkonných parametroch ukazovala skupina „Počkáme a uvidíme“ (skupina III), ktorá kladie len priemerný dôraz na nákladové prvenstvo a nízky dôraz na stratégiu diferenciacie a špecializovaného zamerania.

## Diskusia

Výsledky tejto štúdie ukázali, že vedenie slovenských nemocníc sa snaží reagovať na meniace sa prostredie použitím rôznych konkurenčných stratégií.

Len veľmi málo nemocníc (5 % vzorky) patrí do skupiny Nákladové prvenstvo, ktorá sa zjavne usiluje konkurovať stratégiou nízkych nákladov vo všetkých oblastiach. Do tejto skupiny nepatrí žiadna zo súkromných nemocníc zameraných na zisk, ani žiadna z veľkých štátnych nemocníc. Hoci táto skupina vykazovala najlepší výkon vo výnosoch z nových služieb/zariadení a vysoký výkon, pokiaľ ide o kontrolu nákladov, jej výkon vo vzťahu k schopnosti udržať si pacientov bol nižší ako v skupine „uviaznutých na polceste“. Možno povedať, že toto odráža skutočnosť, že hodnotenie služieb zo strany pacientov je primárne založené skôr na faktoroch ako prístup k službám, prostredie, osobná skúsenosť ako na cene. Ak poskytovateľ starostlivosti pracuje len na báze samého kritéria nákladov a nepridáva hodnotu, ktorú pacienti môžu uviesť do vzťahu so svojimi skúsenosťami, bude pre pacientov lákavé prejsť k niektorému inému poskytovateľovi, u ktorého ju môžu nájsť.

Aj schopnosť dosahovať rast v celkových príjmoch je nižšia ako v skupine „uviaznutých na polceste“. Toto môže byť znakom, že hlavní poskytovatelia zdrojov — Ministerstvo zdravotníctva a zdravotné poisťovne — pravdepodobne nestoja len o štandardný produkt s nízkou cenou. Cenové porovnania sú v slovenskom nemocničnom systéme zložité kvôli slabým mechanizmom finančného účtovníctva a nedostatku štandardizovaných cenových a výkonných dát (21, 22). Výsledky jasne demonštrujú, že vyšší riadiaci pracovníci majú sklon spoliehať sa na neformálne informácie (21). Preto sa zdá, že podpora hlavných zainteresovaných strán závisí viac od charakteristik, ktoré mohli sami postrehnúť, ako na demonštrovateľnom a merateľnom výkone pri zachovaní nízkych nákladov.

Hoci skupina Nákladové prvenstvo so špecializovaným zameraním (skupina I) kladie menší dôraz na kontrolu nákladov, a preto má len priemerný výkon v oblasti kontroly prevádzkových nákladov, darí sa tejto skupine oveľa lepšie z hľadiska schopnosti udržať si pacientov a dosahovať rast v celkových príjmoch. Pri sústredení sa na určitú trhovou nedostatkovú medzeru, tieto organizácie sa stávajú „tými správnymi nemocnicami“ pre pacientov so zdravotnými problémami, ktoré spadajú do niektorej špecializácie v rámci odbornej starostlivosti, ktorú poskytujú. Využívajúc svoju previazanosť na odborné skupiny môžu získať oveľa väčší geografický záber, ktorý siaha ďaleko za hranice ich bezprostrednej komunity (23). Zdá sa, že tieto väzby pomáhajú nemocniciam dosahovať vyššiu celkovú úroveň príjmov od kľúčových poskytovateľov zdrojov ako skupina Nákladové prvenstvo.

Do „Počkáme a uvidíme“ (skupina III) sa zaradilo 13 % hodnotených nemocníc. Tieto organizácie mali najslabší výkon vo všetkých výkonných meraniach. Tieto nemocnice sa správajú pasívne a spoliehajú na rozdrobený charakter súčasného slovenského nemocničného sektora, v ktorom pôsobí veľký počet malých a stredne veľkých poskytovateľov a kde treba miestneho poskytovania aspoň základných služieb v okruhu 20—30 minút od miest, kde ľudia bývajú (23). Tento sektor charakterizujú aj ďalšie bariéry, ktoré oddŕľujú konsolidáciu. Keď sa má zavrieť nemocnica, vstupuje do hry celá škála faktorov iných ako otázky efektívnosti, eko-

nomiky alebo moci trhu. Nemocnice bývajú často ťažiskom komunit, veľmi dôležitým zdrojom pracovných miest a politického i sociálneho statusu (19). Tieto faktory sa uplatňujú potom pri výbere stratégie zmeny a modernizácie.

Druhým možným vysvetlením pre takúto stratégiu je regulačné a riadiace pôsobenie Ministerstva zdravotníctva. Weil a Batis-tella (24) zistili, že čisto regulačný model je nevyhnutne zaťažovaný politickými hľadiskami a pôsobením záujmových skupín, ktoré môže byť v rozpore so zásadami manažérskej efektívnosti. Vládne mandáty personalizujú zodpovednosť za nepopulárne opatrenia spôsobom, ktorý zabraňuje, resp. úplne znemožňuje riadiacim pracovníkom nemocníc participovať v rozhodovacích procesoch, ktoré vedú k väčšiemu prepúšťaniu pracovníkov alebo k zatváraniu nemocníc. Regulačná úloha vládnej politiky vplýva na slobodu manažérskeho rozhodovania a vplýva reštriktívne na správanie sa nemocníc, ktoré by mohli byť dokonale zmysluplné z hľadiska obchodného, ale ktoré by mohli viesť k porážke vo voľbách (25).

V našej práci sa nedala určiť žiadna skupina, ktorá by chcela primárne sledovať len samu stratégiu diferenciacie, resp. diferenciaciu v kombinácii so stratégiou špecializovaného zamerania. Spomedzi nemocníc akútnej starostlivosti na Slovensku sme nenašli žiadnych „diferenciátorov“, resp. diferenciátorov so špecializovaným zameraním. V protiklade k tomu zistil Shortell (26) v štúdiu 500 amerických nemocníc, že 25 % z nich sledovalo stratégiu úsilia o prvenstvo pri uvádzaní nového produktu, novej služby a nového rozvoja trhu, pričom ďalších 13 % gravitovalo k takejto stratégii. Kumar a spol. (14) v štúdiu 159 amerických neštátnych nemocníc uvádzajú, že 16 % organizácií boli diferenciátori so špecializovaným zameraním a 8 % boli diferenciátori. Jedno z možných vysvetlení ponúka Trinhova (27) hypotéza, že nedostatok finančných zdrojov ako následok striktného systému spätných úhrad zabraňuje nemocniciam v diferenciacii. Zelman (19) a Kumar a spol. (14) zdôrazňujú skutočnosť, že stratégia diferenciacie si vyžaduje značné počiatkové finančné prostriedky. V slovenských štátnych nemocniciach sú prostriedky na investície nedostatkové. Toto by mohlo vysvetľovať, prečo organizácie nesledujú stratégiu diferenciacie, resp. diferenciacie so špecializovaným zameraním. Inou možnou príčinou je politika spätných úhrad (prospektívnych rozpočtových prostriedkov), ktorá v súčasnosti neumožňuje účtovať zvýhodnené (vyššie ako stanovené) ceny. Swineheart a Zimmerer (20) zistili, že cenová refundovateľnosť určitej služby signifikantne ovplyvňuje jej využitie a konkurenčnú výhodu.

Poslednou skupinou (II), ktorá vyplynula zo zhlukovej analýzy, sú organizácie „uviaznuté na pol ceste“. Sú to organizácie, ktoré zdôrazňujú diferenciaciu, rovnaký dôraz sa však kladie aj na nákladové prvenstvo a stratégiu špecializovaného zamerania. Narver a Slater (28) zistili vysokú pravdepodobnosť, že o osvojenie si diferenciálnych prístupov, ktoré sa interpretovali ako sústredenie sa na dodatočnú úžitkovú hodnotu „produktov“, sa budú zaujímať organizácie so silnou trhovou orientáciou. Pozorovali, že podnikateľské jednotky s najvyšším stupňom trhovej orientácie sa spájali s najvyššou ziskovosťou. V súlade s týmito zisteniami nemocnice v skupine II očividne rozumejú potrebe hlavných zainteresovaných strán získať z hľadiska poskytovaných služieb pridanú hodnotu a snažia sa ju uspokojovať, aby tak dosiahli udržateľnú konkurenčnú výhodu. Ako ukazujú aj výsledky tejto štúdie, tieto organizácie sú na čele výkonov v takých parametroch, ako je rast príjmov a schopnosť udržať si pacientov.

Ako sme už uviedli, prístup ku kapitálu sa však zdá prvoradou podmienkou uplatňovania stratégie diferenciacie. V štátnych nemocniciach je však nedostatkovým zdrojom, ktoré si ho nemôžu — kvôli reguláciám — obstarat pomocou komerčného úveru. Kapitálové prostriedky distribuuje Ministerstvo zdravotníctva. Tento systém nie je prehľadný, čo sťažuje cieľavedomé sledovanie stratégie diferenciacie, ktorá si vyžaduje investície. Nedostatkovosť a nízka transparentnosť v systéme rozdeľovania kapitálu by mohli objasňovať, prečo tieto organizácie sledujú zároveň stratégiu založenú na nákladoch. Pri sledovaní tohto typu stratégie sa dosahuje vyššia efektívnosť, čo sa v našej štúdiu prejavuje v najlepšom výkone v oblasti kontroly nákladov. Dalo by sa predpokladať, že vysoká efektívnosť je zdrojom prebytkov, ktoré sa dajú použiť na pridanie hodnoty k danej službe a teda na diferenciaciu.

Zjavný úspech týchto nemocníc v realizácii kombinácie nákladového prvenstva a stratégie diferenciacie sa zhoduje so zisteniami Millera (29), ktorý demonštroval, že možno súčasne poskytovať pridanú hodnotu pre zákazníka a pritom držať nižšiu hladinu cien.

Ďalším zaujímavým zistením štúdie je, že všetky nemocnice vo vzorke zamerané na zisk patria do toho istého zoskupenia, a síce medzi organizácie „uviaznuté na polceste“ (skupina II), ktoré sú spájané s najlepším výkonom. Hoci ich počet (4 % vzorky) nedovoľuje hovoriť o štatistickej významnosti, zdá sa, že môže existovať väzba medzi vlastníctvom nemocnice a výkonom.

Trinh (27) uvádza, že konverzia vidieckych nemocníc na neštátne formy umožnila vidieckym nemocniciam, aby sa viac správali ako podnikateľské jednotky a dosahovali lepší výkon. V súlade s týmito zisteniami uvádza Zelman (19), že organizácie orientované na zisk bývajú prístupnejšie ku konsolidácii a dokonca k zrušeniu služieb alebo prevádzok, znižovaniu stavov zamestnancov a oveľa lepšie využívajú pôsobenie ekonomiky veľkých čísel. Potvrdilo sa, že nemocnice orientované na zisk majú menej spoločenských väzieb alebo záväzkov a oveľa agresívnejšie sa zameriavajú na hospodársky výsledok. Môžu byť preto menej ovplyvňované politickou alebo spoločenskou opozíciou voči znižovaniu stavov alebo zatváraniu prevádzok. Fottler (30) zastáva názor, že rozhodnutia týkajúce sa prepúšťania alebo obmedzovania služieb by mohli byť čiastočne pod dozorom vládných orgánov. Josephson (31) zistil, že nemocnice orientované na zisk mali väčšiu efektívnosť a rôznorodejší prístup ku kapitálu, pričom sa u nich nezistila žiadna závažná odchýlka v kvalite. Tieto fakty by mohli podoprieť zistenia našej štúdie, ktoré indikujú, že rodáci sa proziskový segment v nemocničnom sektore na Slovensku môže byť v budúcnosti životaschopnou alternatívou k štátnym nemocniciam. Ako sa tento sektor bude naďalej vyvíjať, bude potrebný ďalší výskum, aby sa dokázala väzba medzi vlastníctvom a výkonom.

Porovnanie výsledkov tohto výskumu so zisteniami predloženými skupinou Kumar a spol. (14) odкрýva viacero rozdielov. Jedným z nich je skutočnosť, že sa medzi slovenskými nemocnicami nenašli žiadni diferenciátori alebo diferenciátori so špecializovaným zameraním. Druhým rozdielom je zistenie, že firmy s vedúcim postavením v nákladoch a so špecializovaným zameraním, o ktorých sa zistilo, že majú v sektore neštátnych nemocníc v USA najlepší výkon, sa v tomto výskume s najlepším výkonom nespájali. Treťou nezrovnalosťou bolo, že americký výskum nezistil žiadne organizácie, ktorým by zodpovedali charakteristiky zoskupenia „Počkáme a uvidíme“, ktoré identifikovali

val náš výskum. O možných vysvetleniach týchto rozdielov sa už diskutovalo vyššie.

Najväčším rozdielom medzi oboma štúdiami sa však zdá rozdiel zistený vo výkonoch skupiny nemocníc „uviaznutých na polceste“. Kumar a spol. (14) zistili, že táto skupina dosahuje najslabší výkon a uzavreli, že Porterov náhľad na bezperspektívnosť stratégie „uviaznuté na polceste“ bude vo všeobecnosti platný v nemocničnom sektore. V protiklade k tomu naše zistenia ukazujú, že sa táto skupina spája s najlepším výkonom vo väčšine sledovaných parametrov a sú konzistentné s výskumom, ktorý protiřečí zásade nekompatibilnosti Porterových generických stratégií (32, 33, 8, 2). Táto nezrovnalosť sa môže spájať s rozdielmi v povahe nemocničného sektora v USA a v Slovenskej republike. Prístup „uviaznuté na polceste“ môže pre dynamických riaditeľov nemocníc reprezentovať jedinú praktickú stratégiu, keď prihliadneme na stále ešte vysokoregulované a kontrolované prostredie. Je možné, že reprezentuje prechodnú fázu vo vývoji systému zdravotnej starostlivosti na Slovensku.

Reforma zdravotnej starostlivosti na Slovensku si kladie za cieľ nahradiť monopolistické štátne nemocnice konkurujúcimi a nezávislejšími poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti. Zavedli sa zdravotné poisťovne, a nemocniciam bola pridelená určitá obmedzená právna autonómia. Ale situácia sa od klasického trhu stále líši vo viacerých kľúčových ohľadoch. Na strane ponuky existuje podobne ako v trhovom prostredí, konkurencia medzi nemocnicami. Tieto organizácie sa však neusilujú o maximalizáciu svojho profitu a väčšina z nich nie je v súkromnom vlastníctve. Na strane dopytu kúpna sila spotrebiteľov nie je vyjadrená vo finančných pojmach. Namiesto toho preberá formu pridelených rozpočtových prostriedkov, ktoré preplácajú zdravotné poisťovne v mene pacienta. Štát, stelesnený Ministerstvom zdravotníctva, ostáva naďalej najmocnejšou zainteresovanou stránkou v nemocničnom sektore. Priamym menovaním riaditeľov nemocníc a kontrolou kľúčových zdrojov, pridelovaním výhľadových rozpočtových prostriedkov nemocniciam pôsobí veľmi reštriktívne na fungovanie rozdelenia úloh medzi nákupcom a poskytovateľom. Takto sa objavila forma organizácie, ktorá nie je ani trhovú ani centralizované štátne byrokratická. Táto situácia sa odlišuje od konvenčnejších trhov v odvetví zdravotnej starostlivosti v USA a viac sa podobá na „kvázitrh“ v Národnom zdravotníckom systéme vo Veľkej Británii (22, 34). Z hľadiska postupného vývoja odvetvia možno slovenský nemocničný sektor charakterizovať ako roztrieštený, s veľkým počtom malých a stredne veľkých nemocníc, prevažne vo vlastníctve štátu, s absenciou organizácií s vedúcim postavením na trhu a vysokými bariérami exitu (hlavne sociálnymi a politickými), ktoré pre-kážajú konsolidácii.

Prezentované argumenty sa zaoberali iba niektorými z možných eventualít, ktoré môžu byť príčinou nezrovnalostí medzi výsledkami práce Kumara a spol. (14) a touto štúdiou. I napriek tomu však možno povedať, že je pravdepodobné, že s ďalším vývojom nemocničného sektora na Slovensku sa budú s najlepším výkonom spájať iné stratégie ako dnes.

### Limitácie práce

Zrejším obmedzením tejto štúdie je jej výlučná závislosť od sebahodnotiacich údajov. Výsledky testov spoľahlivosti týchto

údajov hovoria za dostatočnú dôveryhodnosť použitých parametrov, ale podobná štúdia s meraním pomocou viacerých metód by priniesla solídnejšie výsledky (17).

Skutočnosť, že táto štúdia sa vykonala vyšším riadiacim pracovníkom Ministerstva zdravotníctva, prináša zároveň výhody i obmedzenia. Výhodou bolo dosiahnutie veľmi vysokej miery návratnosti (94 %), čo by bolo veľmi ťažké dosiahnuť pracovníkovi z výskumného pracoviska. Potenciálne obmedzenie tohto prístupu spočíva v problémoch, ktoré mohli vzniknúť kvôli potrebe odovzdať „žiaduce“ odpovede. Táto otázka sa riešila zaručením anonymity respondentov a jasným určením, že cieľom zbierania dát je vedecký výskum a nie osobné hodnotenie respondenta. Analýza údajov ukázala, že toto obmedzenie nebola pre túto štúdiu signifikantným problémom. I napriek tomu však treba pri interpretácii výsledkov mať toto potenciálne obmedzenie na zreteli.

Prierezová povaha dát v tejto štúdiu obmedzuje závery na závery asociatívne, teda nie kauzálne. Najvýznamnejším obmedzením tohto výskumu bolo jeho zameranie na iba niekoľko premenných dotýkajúcich sa stratégie, ako aj výkonu. Najmä v oblasti merania výkonu bude v budúcnosti prínosom využiť ďalšie parametre, ktoré sú z hľadiska hodnotenia výkonu a efektívnosti špecifickéjšie.

### Záver

Táto práca je prvým dôležitým krokom pri skúmaní strategickej odozvy nemocníc počas transformačného procesu v zdravotníctve Slovenskej republiky. Zistila, že väčšina nemocníc reagovala tým, že sa identifikovala s jednou alebo viacerými Porterovými generickými stratégiami. Poukázala však aj na to, že 13 % nemocníc sa stále spolieha na skúsenosti získané v minulosti a má pasívny, vyčkávaci postoj označený ako „Počkáme a uvidíme“. Výskum prispel aj k validácii vzťahu stratégia—výkon v slovenskom nemocničnom sektore. Bolo preukázané, že signifikantné rozdiely vo výkone sa dajú spájať s Porterovými čistými, resp. hybridnými stratégiami. Štúdia teda prispela k posilneniu platnosti často opisovaného vzťahu medzi stratégiou a výkonom organizácie.

Na tieto výsledky je potrebné nazeráť z perspektívy možných eventualít a najmä z hľadiska charakteristiky nemocničného sektora. Zdá sa, že za súčasného stavu trhu vytvára súbežná aplikácia všetkých troch Porterových generických stratégií konkurenčnú výhodu, ktorá sa spája s najlepším výkonom. Ostáva otáznym, či to povedie k udržateľnej konkurenčnej výhode, ktorú Chaharbaghi a Lynch (35) nazývajú strategickou výhodou. Diferenciátori, resp. diferenciátori so špecializovaným zameraním by sa mohli začať oveľa výraznejšie prejavovať na trhu, keby doň vstúpili nemocnice orientované na zisk, alebo by sa zmenil súčasný regulačný a kontrolný postoj v prístupe verejných nemocníc ku kapitálu. Prístup ku kapitálu predstavuje kľúčový prvok pri určovaní toho, či organizácia sleduje stratégiu diferenciácie a toto môže radikálne zmeniť súčasný vzťah medzi stratégiou a výkonom.\*

\*Práca vychádza z časti výsledkov dizertačnej práce S. Hlavacku. MUDr. S. Hlavacka dostal po ukončení štúdia cenu Award of Institute of Management, Leeds, UK. Časť výsledkov tejto dizertačnej práce bude publikovaná v Journal of Management in Medicine, 2001.



**Literatúra**

1. **Porter M.E.:** Competitive Strategy: Techniques for Analysing Industries and Competitors. New York, The Free Press 1980.
2. **Feurer R., Chaharbaghi K.:** Strategy development: past, present and future. *Training for Quality*, 5, 1997, s. 58–70.
3. **Mintzberg H.:** The Rise and Fall of Strategic Planning. Hertfordshire, Prentice Hall International 1994.
4. **Anderson D.J., Moran J.W., Brightman B.K., Scheur B.S.:** Transforming Health Care. Action Strategies for Health Care Leaders. Chicago, Illinois, American Hospital Publishing Inc. 1998.
5. **Hammermesh R.G.:** Making Strategy Work. New York, John Wiley&Sons 1986.
6. **Porter M.E.:** Competitive Advantage: Creating and Sustaining Superior Performance. New York, The Free Press 1985.
7. **Ohmae K.:** The Mind of the Strategist. New York, Penguin Books 1983.
8. **Johnson G., Scholes K.:** Exploring Corporate Strategy. Hertfordshire, Prentice Hall International 1993.
9. **Ansoff I.H.:** Corporate Strategy. New York, McGraw-Hill 1965.
10. **Ansoff I.H., McDonell E.J.:** Implanting Strategic Management. Hertfordshire, Prentice Hall International 1990.
11. **McKinsey et al.:** The 7S Framework. Company Publication 1986.
12. **Hax A., Majluf N.S.:** Strategic Management. Englewood Cliffs. New Jersey, Prentice-Hall 1984.
13. **Autry P., Thomas D.:** Competitive Strategy in the Hospital Industry. *Health Care Manag. Rev.*, 11, 1986, s. 7–14.
14. **Kumar K., Subramanian R., Yauger Ch.:** Pure Versus Hybrid: Performance Implications of Porter's Generic Strategies. *Health Care Manag. Rev.*, 22, 1997, s. 47–60.
15. **Deffenbaugh J.L.:** Health-care Continuum. *Health Manpower Manag.*, 20, 1994, s. 37–39.
16. **Ústav zdravotníckych informácií a štatistiky:** Health Statistics Yearbook of the Slovak Republic. Bratislava, ÚZIS 1996.
17. **Gupta A.K., Govindarajan V.:** Business Unit Strategy, Managerial Characteristics, and Business Unit Effectiveness at Strategy Implementation. *Acad. Manag. J.*, 27, 1984, s. 25–41.
18. **Nunnally J.C.:** Psychometric Theory. New York, McGraw-Hill 1978.
19. **Zelman W.A.:** The Changing Health Care Marketplace: Private Ventures, Public Interests. San Francisco, California, Jossey-Bass Publishers 1996.
20. **Swinehart K., Zimmerer T.W.:** Adapting a strategic management model to hospital operating strategies. A model development and justification. *J. Manag. Med.*, 9, 1995, s. 34–47.
21. **Mintzberg H.:** Toward Healthier Hospitals. *Health Care Manag. Rev.*, 22, 1997, s. 9–18
22. **Kitchener M., Whipp R.:** Tracks of change in hospitals: a study of quasi-market transformation. *J. Manag. Med.*, 12, 1998, s. 241–255.
23. **Studin I.:** Strategic Healthcare Management – Applying the Lessons of Today's Top Management Experts to the Business of Managed Care. Chicago, Illinois, Irvin Professional Publishing 1995.
24. **Weil P., Battistella R.G.:** A Blended Strategy Using Competitive and Regulatory Models. *Health Care Manag. Rev.*, 23, 1998, s. 37–45.
25. **Hacket M.C.:** Competitive strategy for providers. *Health Manpower Manag.*, 22, 1996, s. 4–8.
26. **Shortell S., Morison E., Friedman B.:** Strategic Choices for America's Hospitals: Managing Change in Turbulent Times. San Francisco, California, Jossey-Bass 1990.
27. **Trinh H.Q.:** Are Rural Hospitals 'Strategic'? *Health Care Manag. Rev.*, 24, 1999, s. 42–54.
28. **Narver J.C., Slater S.F.:** The Effect of Market Orientation on Business Profitability. *J. Marketing*, 54, 1990, s. 20–35.
29. **Miller D.:** The generic strategy trap. *J. Bus. Strategy*, 13, 1992, s. 37–42.
30. **Fottler M.D.:** Is management really generic? *Acad. Manag. Rev.*, 6, 1981, s. 1–12.
31. **Josephson G.W.:** Private Hospital Care for Profit? A Reappraisal. *Health Care Manag. Rev.*, 22, 1997, s. 64–73.
32. **Karnani A.:** Generic competitive strategies: an analytical approach. *Strategic Manag. J.*, 5, 1984, s. 367–380.
33. **Miller D., Friesen P.:** Porter's (1980) generic strategies and performance: an empirical examination with American data. Part 1: Testing Porter's. *Organisation studies*, 7, 1986, s. 37–55.
34. **Donnelly M.:** Making the difference: quality strategy in public sector. *Managing Service Quality*, 9, 1999, s. 47–52.
35. **Chaharbaghi K., Lynch R.:** Sustainable competitive advantage: towards a dynamic resource-based strategy. *Management Decision*, 37, 1999, s. 45–50.

Received January 15, 2001.

Accepted February 11, 2001.