

Univerzita Pavla Jozefa Šafárika

Lekárska fakulta



MANAŽMENT V OŠETROVATEĽSTVE

LUCIA DIMUNOVÁ, VALÉRIA PAROVÁ

KOŠICE 2025

Táto učebnica pre vysoké školy vznikla v rámci riešenia projektu KEGA 003UPJŠ-4/2023 „Inováciavýučbového procesu v lekárskech a nelekárskych študijných programoch s využitím medicínskych simulačných nástrojov a virtuálnej reality“.

Manažment v ošetrovatelstve

Učebnica pre vysoké školy

Autorky:

prof. PhDr. Lucia Dimunová, PhD.

PhDr. Bc. Valéria Parová, PhD.

Lekárska fakulta, Univerzita Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach

Recenzenti

prof. PhDr. Zuzana Slezáková, PhD., MPH.

Fakulta ošetrovatelstva a zdravotníckych odborných štúdií, Slovenská zdravotnícka univerzita v Bratislave

PhDr. Lívia Hadašová, PhD., MBA

Fakulta zdravotníckych odborov, Prešovská univerzita v Prešove

Pri tvorbe tejto učebnice pre vysoké školy Manažment v ošetrovatelstve bola čiastočne využitá asistancia umelej inteligencie – jazykového modelu ChatGPT (GPT-5, OpenAI) a iných chatbotov. Tieto nástroje boli použité výlučne na návrhy textových formulácií a štruktúry obsahu. Všetky výsledné texty boli autormi odborne overené, upravené a zodpovedajú vedeckým a pedagogickým štandardom.



Tento text je publikovaný pod licenciou Creative Commons 4.0

- Creative Commons Attribution-NonCommercial-No-derivates

Za odbornú a jazykovú stránku tejto publikácie zodpovedá autor. Rukopis neprešiel redakčnou ani jazykovou úpravou.

Dostupné od: 28.11.2025

Umiestnenie: www.unibook.upjs.sk

DOI: <https://doi.org/10.33542/MVO-0470-5>

ISBN 978-80-574-0470-5 (e-publikácia)

OBSAH

Predhovor.....	6
1 Manažment - teoretické východiská.....	7
1.1 Vývoj manažmentu vo svete.....	9
1.2 Hlavné koncepcie („školy“) manažmentu.....	12
1.2.1 Tradičná „klasická“ teória manažmentu	14
1.2.2 Behavioristická (neoklasická) teória manažmentu	17
1.2.3 Nová „moderná“ teória manažmentu	19
1.2.4 Pragmatický „empirický“ prístup k manažmentu	21
1.3 Súčasné trendy v manažmente	23
1.4 Charakter a povaha manažmentu	24
2 Základy zdravotníckeho manažmentu	29
2.1 Manažment zdravotníctva	30
2.2 Formy poskytovania zdravotnej starostlivosti	32
2.3 Základné modely zdravotníckych systémov	35
2.3.1 Liberálny model.....	36
2.3.2 Bismarckov model.....	38
2.3.3 Semaškov model	40
2.3.4 Beveridgeov model	41
2.3.5 Vývoj modelu zdravotného poistenia na území Slovenska.....	42
2.4 Zdroje a spôsoby financovania zdravotnej starostlivosti.....	44
2.4.1 Výkonové financovanie	44
2.4.2 Rozpočtovanie.....	47
3 Manažér, osobnosť manažéra a jeho vlastnosti	52
3.1 Úlohy manažéra	52
3.2 Manažér ako osobnosť	53
3.2.1 Základné vlastnosti manažéra.....	54
3.2.2 Manažér verzus líder.....	55
3.2.3 Manažér a jeho postavenie v organizácii.....	57

3.2.4	Typológia manažérov	60
3.2.5	Manažérske roly.....	62
3.2.6	Rozvoj osobnosti manažéra	64
3.2.7	Prostredie manažéra	65
3.2.8	Interakcia manažéra s prostredím	68
4	<i>Manažérska funkcia - plánovanie</i>	<i>73</i>
4.1	Typy plánov a úrovne plánovania	74
4.2	Postup a metódy plánovania	76
4.2.1	Analytické techniky v plánovaní.....	79
4.3	Plánovanie v zdravotníctve	86
4.3.1	Strategické plánovanie.....	87
4.3.2	Taktické plánovanie	90
4.3.3	Operatívne plánovanie.....	91
5	<i>Manažérska funkcia - rozhodovanie.....</i>	<i>96</i>
5.1	Typy manažérskych rozhodnutí	96
5.2	Proces rozhodovania	101
5.3	Prístupy a nástroje rozhodovania	105
5.4	Individualita v rozhodovaní	113
5.5	Špecifiká manažérskoho rozhodovania v zdravotníctve	115
5.6	Chyby pri rozhodovaní.....	116
6	<i>Manažérska funkcia - organizovanie.....</i>	<i>122</i>
6.1	Podstata a význam organizovania.....	123
6.2	Organizačné štruktúry	125
6.3	Typy organizačných štruktúr	128
6.3.1	Tradičné organizačné štruktúry	129
6.3.2	Moderné organizačné štruktúry	135
6.3.3	Formálna a neformálna organizačná štruktúra	139
6.4	Organizačné normy	140
6.5	Organizačná kultúra	141

6.5.1	Znaky a typológia organizačnej kultúry.....	142
6.5.2	Organizačná kultúra nemocníc a zdravotníckych organizácií	144
7	<i>Manažérska funkcia - vedenie</i>	<i>148</i>
7.1	Predpoklady manažéra pre funkciu vedenia.....	153
7.2	Štýly vedenia.....	155
7.3	Vybrané techniky a nástroje vedenia	160
7.4	Vedenie tímu.....	168
7.4.1	Faktory, ktoré ovplyvňujú manažérsky štýl vedenia.....	170
8	<i>Manažérska funkcia - kontrola</i>	<i>174</i>
8.1	Fázy kontrolného procesu.....	175
8.1.1	Faktory ovplyvňujúce efektivitu kontroly	177
8.1.2	Funkcie kontroly.....	179
8.2	Typy kontroly	180
8.2.1	Audit – špecifická forma kontroly	182
8.2.2	Sebakontrola manažéra	185
8.3	Hodnotenie a náprava nedostatkov	186
8.3.1	Výhody a obmedzenia kontroly	189
8.4	Nástroje a techniky kontroly rizík v zdravotníctve	190
8.4.1	Kontrola ako manažérska funkcia vo vzťahu s informačnými systémami	192

PREDHOVOR

Súčasnité obdobie prináša do zdravotníctva dynamické zmeny, ktoré zásadne ovplyvňujú charakter poskytovania zdravotnej starostlivosti, organizáciu práce, zodpovednosti a kompetencie zdravotníckych pracovníkov. Manažment je neoddeliteľnou súčasťou poskytovania zdravotníckej starostlivosti na všetkých úrovniach riadenia. Cieľom predloženej publikácie je poskytnúť komplexný pohľad na teoretické a praktické východiská manažmentu, priblížiť špecifiká riadenia v zdravotníckych organizáciách a podporiť rozvoj manažérskeho myslenia u budúcich sestier, zdravotníckych pracovníkov či súčasných odborníkov v zdravotníctve. Publikácia nadväzuje na potrebu prepojiť poznatky z oblasti teórie manažmentu s praktickými skúsenosťami a vedeckým prístupom. Text je koncipovaný tak, aby čitateľovi umožnil pochopiť manažment nielen ako súbor nástrojov a techník, ale aj ako umenie vedenia ľudí, motivovania, rozhodovania a spolupráce v tíme. Osobitný dôraz sa kladie na etické, komunikačné a sociálne aspekty manažérskej práce, ktoré sú nevyhnutné pre vytváranie kvalitného a bezpečného prostredia pre pacienta i zdravotnícky tím.

Predložená učebnica pre vysoké školy je určená predovšetkým pre študentov pregraduálneho a ďalšieho vzdelávania v odbore ošetrovateľstvo, ako aj pre študentov ostatných zdravotníckych študijných programov. Veríme, že táto učebnica bude prínosom nielen pre študentov, ale aj pre pedagógov, manažérov v ošetrovateľstve a všetkých zdravotníckych pracovníkov.

1 MANAŽMENT - TEORETICKÉ VÝCHODISKÁ

Valéria Parová

Cieľ kapitoly:

- poskytnúť prehľad o historickom vývoji hlavných teórií manažmentu,
- charakterizovať podstatu a význam manažmentu,
- poskytnúť informácie o súčasných trendoch manažmentu.

Kľúčové slová: disciplína, manažment, školy, teória, vývoj manažmentu

Pojem manažment je odvodený od anglického slova *to manage*, čo v preklade znamená riadiť, viesť, vládnuť. Termín management sa začal prvý krát používať v druhej polovici 19.stor. v USA, ako odozva na novovzniknutú disciplínu venujúcu sa riadeniu podnikov. Tento rozvoj bol prirodzenou reakciou na priemyselnú revolúciu, výsledkom ktorej bola nutnosť hľadať nové, adekvátne riadiace štruktúry, riešenia nových zložitých vzájomných vzťahov koordinácie medzi výrobnými prostriedkami, ľuďmi, inými organizáciami a ekonomickými inštitúciami. Chápanie pojmu manažment prešlo viacerými zmenami. Pôvodne bol pojem manažment definovaný ako „umenie riadiť činnosť podnikov prostredníctvom ľudí“ (Mary Parker Follett). Chápal sa ako proces začínajúci predvídaním, vysvetľovanie pojmu pokračovalo organizovaním, prikazovaním, koordináciou a celý tento proces končil kontrolou. Na základe skúseností manažérov bol následne pojem manažment prehodnotený a začal byť chápaný ako „umenie dosahovať naplánované ciele podnikov.“ V tomto ponímaní sa pozornosť venuje definovaniu cieľov a hľadaniu vhodných spôsobov a metód, ako tieto ciele dosiahnuť. Drucker definoval manažment ako „proces koordinovania činností skupiny pracovníkov, realizovaný jednotlivcom alebo skupinou ľudí za účelom dosahovania určitých výsledkov, ktoré nie je možné dosiahnuť individuálnou praxou.“

Pojem manažment má mnoho významov, preto je lepšie pre jeho pochopenie zadefinovať všetky významy tohto pojmu:

- Manažment ako praktická disciplína.
- Manažment ako teória či vedná disciplína.
- Manažment ako osobitná skupina ľudí.

Manažment ako praktická disciplína predstavuje druh práce, ktorú manažéri vykonávajú, resp. musia vykonávať pre dosiahnutie vopred naplánovaných cieľov. Jedná sa o koordináciu činností iných ľudí tak, aby boli schopní dosahovať také výsledky, ktoré by nebolo možné dosiahnuť jednotlivcami, ak by ich vykonávali samostatne. V tomto ponímaní manažment predstavuje vzájomné previazanie takých činností, ako je plánovanie, organizovanie, vedenie a kontrola, ktoré spolu napomáhajú nielen vytyčovať ciele, ale predovšetkým tieto ciele naplňovať. Manažéri teda v rámci chápania manažmentu ako procesu alebo praktickej disciplíny, stanovujú ciele, vymedzujú úlohy, zabezpečujú všetky potrebné zdroje, hľadajú vhodných ľudí, koordinujú vykonané činnosti a následne kontrolujú plnenie vytýčených cieľov.

Manažment ako teória (vedná) disciplína sa opiera o existenciu teoretických poznatkov, ktoré sa sústreďujú na neustále zdokonaľovanie prístupov, metód, nástrojov a techník, ktoré napomáhajú manažérom zdokonaľovať proces manažmentu, a tým prispievať k zvyšovaniu efektivity a úspešnosti riadenia organizácií. Manažment je teda naakumulovaný a logicky usporiadaný súbor poznatkov o princípoch, metódach a postupoch riadenia vytvorených na základe abstrakcie a empirie. Je to interdisciplinárny vedný odbor, ktorý patrí medzi praxeologické disciplíny. Zaoberá sa riadením, ako cieľavedomou činnosťou ľudí a jeho ústredným poslaním je vytvoriť metodológiu riadenia s dôrazom na dosiahnutie efektívnosti celého procesu, s orientáciou na vopred naplánované ciele.

Manažment ako osobitná skupina ľudí sa zameriava na tie osoby, ktoré zabezpečujú proces manažmentu a zodpovedajú za priebeh tohto procesu, t.j. na manažérov. V tomto ponímaní manažment tvoria manažéri, ktorí nesú zodpovednosť za riadenie organizácie ako celku, a rovnako tak, aj za riadenie jej jednotlivých útvarov a organizačných jednotiek. Manažment podniku predstavujú manažéri na všetkých úrovniach riadenia, od manažérov na najvyšších manažérskych pozíciách, cez manažérov jednotlivých funkčných jednotiek až po manažérov na najnižších stupňoch riadenia.

Existuje množstvo definícií manažmentu determinované preferujúcu teóriu, štýl riadenia, orientáciu a zameranie. Manažment je možné chápať ako „proces

koordinovania činnosti skupiny pracovníkov, realizovaný jednotlivcom alebo skupinou ľudí, za účelom dosiahnutia určitých výsledkov, ktoré nie je možné dosiahnuť individuálnou prácou.“ Je to „proces tvorby a udržiavania prostredia, v ktorom jednotlivci pracujú spoločne v skupinách a efektívne dosahujú naplánované ciele.“

1.1 VÝVOJ MANAŽMENTU VO SVETE

Manažment vznikol v Spojených štátoch amerických. **Americký manažment** má dodnes veľkú autoritu v celosvetovom meradle práve kvôli tomu, že Spojené štáty americké takmer polstoročie (od desiateho do šesťdesiateho roku 20. storočia) dostávali viac ako 50 % svetovej produkcie. Jeho prudký rozvoj nastal po 2. svetovej vojne. Nedotknuté postavenia USA na celosvetových trhoch ich nenútilo k tvorivosti a inováciám až dovtedy, kým sa nespamätala európska a japonská konkurencia. Západná Európa, Japonsko a tzv. novo industrializované krajiny sa amerikanizovali – rýchlo začali preberať americkú technológiu, vedomosti, praktiky, osvojili si prvky amerického manažmentu spolu s jeho terminológiou. Nevznikli tým nové jednoduché kópie amerického manažmentu, ale manažment nazývaný ako **euro-americký alebo západný manažment**. Sú to spôsoby riadenia odvíjajúce sa od amerického manažmentu ale determinované určitými národnými odlišnosťami. Znamená to, že v jednotlivých krajinách sa odlišne riešia napr. vzťahy ekonomickej a sociálnej stránky, sociálne istoty, systém odmeňovania, kariérne postupy atď.

Japonský manažment je zmesou mnohých znakov japonskej kultúry, hodnôt, náboženstva a umenia. Ekonomika Japonska sa začala rozvíjať v 70. a 80. rokoch minulého storočia. Japonský manažment vznikol ako protiváha amerického či západného manažmentu. V dnešnej dobe je Japonsko považované za veľkého konkurenta najvýznamnejších svetových ekonomík práve kvôli ich precíznosti, spoľahlivosti a technickému pokroku. Japonský manažment sa zameriava predovšetkým na človeka ako dôležitej súčasti organizácie. Japonský manažment vychádza z dvoch koreňov:

- **japonské korene**

konfucionizmus – skupinové ciele sa presadzujú pred individuálnymi,
zameriava sa na skupinovú harmóniu,

budhizmus – prekonávanie seba samého,

šintoizmus – spolupatričnosť so svojim národom,

- **euro americké korene**

pred 1. svetovou vojnou sa inšpirovali Taylorizmom, Fordizmom,
Toyotizmom,

po 2. svetovej vojne si Japonci najali troch manažérov, ktorí ich učili
v oblasti manažmentu:

Deming – problematika riadenia kvality výroby a výrobkov,

Juran – systém zásobovania Just in Time, nižšie náklady na skladovanie,

Drucker – koncepcia riadenia firmy prostredníctvom marketingu.

Hlavným prvkom japonského manažmentu je človek a tomu sú prispôsobené
aj základné princípy japonského manažmentu:

- Hlavným zdrojom rastu kvality a produktivity je človek.
- Každý človek, ktorý je schopný plniť svoje povinnosti má predpoklady zlepšovať prácu, ktorú vykonáva.
- Jedinec má vnútornú potrebu svoju prácu zdokonaľovať a manažéri majú vytvárať také podmienky, aby zamestnanec bol schopný využiť tieto možnosti a schopnosti.
- Zamestnanec je súčasťou kolektívu, a preto úlohou manažérov je podporovať spoluprácu a prospešné kolegiálne vzťahy a tým vytvárať podnikovú rodinu.
- Vedenie organizácií má podporovať vytváranie takých podmienok, aby zamestnanci pochopili, že záujmy organizácie sú nadradené ich osobnému životu.
- Bottom-up manažment predstavuje progresívne plánovanie metódou a spôsobom dosahovania cieľov zdola nahor.

Japonský manažment je poznačený aj prvkami prevzatými z západných krajín:

Celoživotný pracovný pomer je podporovaný systémom odmeňovania, kedy zamestnanci dostávajú vyššie mzdy a odmeny na základe dĺžky odpracovaných rokov, od čoho sa odvíjajú aj možnosti kariérneho postupu. Výhodou tohto

prvku riadenia je pre organizácie nižšia fluktuácia a stabilná pracovná sila. Pre zamestnancov predstavuje sociálne istoty.

Ringi systém predstavuje právo a zároveň povinnosť pre každého zamestnanca predkladať zlepšovacie návrhy, čím sa buduje tímová spolupráca. V japonskom manažmente to funguje prostredníctvom formulára tzv. Ringisho, ktorý putuje od pracovníkov na najnižších miestach, cez všetky oddelenia až po vrcholový manažment. Neustále predkladanie zlepšovacích návrhov sa odráža vo zvyšovaní konkurencieschopnosti, zvyšovaní kvality, produktivity práce a efektívnosti.

Kaizen predstavuje zlepšovanie v osobnom, sociálnom a pracovnom živote. Skladá sa zo slov KAI – zmena a ZEN – dobrý, lepší. Je metódou neustáleho sa zlepšovania a platí pre všetkých zamestnancov organizácie.

JIT – Just in Time je metódou riadenia výroby bez zásob. Potrebný materiál sa zabezpečuje práve vtedy, keď je potrebný a presne v potrebnom množstve. Znižujú sa tým náklady na skladové zásoby.

Kanban je systém operatívneho riadenia výroby, založeného na používaní objednávkových lístkov typu JIT: každý potrebný materiál má vlastnú paletu označenú identifikačným lístkom, čo predstavuje rýchle a presné zistenie kapacít v priebehu výroby.

TPM – Total Productive Maintenance je absolútna údržba výrobných prostriedkov. Ruší a tu tradičné delenie ľudí na tých, ktorí na danom stroji pracujú a na tých, ktorí ho opravujú.

Andon je signál v neregulárnom postupe, ktorý vyzýva obsluhu stroja pre potreby jeho opravy, nastavenia, prestavenia, potreby doplniť materiál atď.

Poka-yoke je systém preventívneho zisťovania nedostatkov.

Tabuľka 1.1 **Porovnanie amerického a japonského manažmentu**

JAPONSKÝ MANAŽMENT	AMERICKÝ MANAŽMENT
1. kolektivismus	1. individualizmus
2. celoživotné zamestnanie	2. striedanie zamestnaní
3. postup závislý od veku	3. postup závislý od schopností
4. celostný záujem o zamestnanca ako o človeka	4. segmentovaný záujem
5. ringi systém „bottom up“	5. „top down systém“ riadenia
6. mzdový systém závislý od veku	6. mzdový systém závislý od výkonov a schopností
7. tendencia k centralizácii	7. decentralizácia
8. kolektívne rozhodovanie	8. individuálne rozhodovanie
9. veľa malých zmien	9. málo, ale zásadných zmien
10. kolektívna zodpovednosť	10. individuálna zodpovednosť
11. implicitné kontrolné mechanizmy	11. explicitné kontrolné mechanizmy
12. vertikálne organizované odbory	12. horizontálne organizované odbory

(Zdroj: Sedlák, 2001)

Tak, ako spôsoby amerického manažmentu ovplyvnili riadenie v mnohých európskych krajinách a v Japonsku, tak aj prvky japonského manažmentu dokázali výrazne ovplyvniť americké prístupy, predovšetkým v oblasti dosahovania kvality, ktorej japonské spoločnosti venujú mimoriadnu pozornosť.

1.2 HLAVNÉ KONCEPCIE („ŠKOLY“) MANAŽMENTU

Začiatky manažmentu siahajú až do obdobia deľby práce v období priemyselnej revolúcie v druhej polovici 19. storočia. V tomto čase bol v USA nedostatok pracovných síl a spoločnosti bojovali s nízkym pracovným tempom zamestnancov. Tieto skutočnosti viedli podnikateľov zamýšľať sa nad otázkou ako čo najefektívnejšie využiť pracovnú silu. Preto koncom 19. storočia niektorí podnikatelia nadobudli presvedčenie, že je potrebné prejsť **od riadenia od oka k vedeckému riadeniu**. Teoretické poznatky o riadení výroby sa začali skúmať

a analyzovať v USA, kde sa začal používať pojem „management“, odtiaľ sa postupne začali šíriť aj do iných krajín. Pre začiatky rozvoja manažmentu bolo charakteristické, že takmer všetci, ktorí sa v tom čase snažili hľadať spôsoby zlepšovania a zdokonaľovania procesu riadenia boli praktici. Nakoľko v tom čase neexistovali akademické práce a chýbal teoretický výskum, títo priekopníci robili zovšeobecnené závery a odporúčania na základe svojich dlhoročných skúseností a pozorovaní. Postupne sa začal meniť postoj akademických kruhov k riešeniu otázok manažmentu a tak sa stal manažment predmetom štúdia nie len oblastí zameraných na riadenie, ale aj odborníkov rôznych iných disciplín (matematikov, fyzikov, psychológov, ekonómov, sociológov atď.).

Prudký rozvoj manažmentu nastal po druhej svetovej vojne, kedy si vedenia spoločností začali uvedomovať dôležitosť racionálneho riadenia pre efektívnosť podnikov, a rovnako tak, potrebu udržania sa na trhu v prostredí silnej celosvetovej konkurencie. Nielen pri pohľade do histórie, ale aj dnes môžeme pozorovať mnohé odlišné prístupy a obsahové interpretácie, ktoré upozorňujú na rozdielne chápanie podstaty, obsahu, spôsobov a nástrojov, ktoré odborníci využívajú pri vedení. V tomto smere teda existuje mnoho klasifikácií „škôl“ resp. koncepcií manažmentu, každý z nich má svoj význam, uplatnenie a opodstatnenie.

Hlavné koncepcie „školy“ manažmentu môžeme rozdeliť do nasledovných skupín:

- tradičná (klasická) teória manažmentu,
- behavioristická (neoklasická) teória manažmentu, resp. teória medziľudských vzťahov,
- nová „moderná“ teória manažmentu,
- pragmatický (empirický) prístup k manažmentu.

Poradie jednotlivých teórií vyjadruje chronológiu ich vzniku a vývoja. Každá z teórií má svoj význam, striktné uplatňovanie len jednej z nich nepredstavuje efektívny spôsob riadenia.

1.2.1 TRADIČNÁ „KLASICKÁ“ TEÓRIA MANAŽMENTU

Tradičná „klasická“ teória manažmentu vychádza z rozličných prameňov, ktoré sú výsledkom používania viacerých metód a skúseností, a ktoré sa orientujú na rôzne objekty riadenia. Všetky prístupy majú niekoľko spoločných znakov (chápanie organizácie ako uzavretého celku, vnímanie organizácie len po formálnej stránke), a preto sú spojené do jednej skupiny.

Za **hlavné smery klasickej teórie** manažmentu sú považované:

- vedecké riadenie „taylorizmus“
- procesný prístup „administratívne riadenie“
- byrokratický prístup k organizácii

Vedecké riadenie „taylorizmus“ je nazývaný aj inžiniersky prístup, nakoľko sa zameriava na racionálnu prípravu a racionálne vykonávanie výrobných a obslužných procesov na najnižších úrovniach organizácií. Tento prístup sa orientuje na človeka, výrobok a stroj. Čas potrebný na vykonanie práce, sa určuje na základe času, ktorý potreboval na vykonanie danej operácie najlepší a najproduktívnejší pracovník.

Zakladateľom vedeckého riadenia bol **Frederick Winslow Taylor** (1856 - 1915), ktorý sa orientoval na skúmanie človeka predovšetkým ako objektu riadenia. Na základe merania výkonu najlepšieho pracovníka vypracoval normy denného výkonu, čím položil základy štandardizácia resp. normovania práce. Človeka považoval za ekonomickú bytosť, a preto zvyšovanie mzdy považoval za kľúčovú motiváciu k rastu produktivity pracovníkov. Presadzoval názor, že pracovník nedokáže racionálne organizovať svoju prácu a preto presadzoval dôslednú deľbu medzi fyzickou prácou (robotníkom) a duševnou prácou (vedením). Vypracoval funkčný systém riadenia, ktorý sa zakladal na štyroch princípoch:

- vytvorenie vedy o riadení,
- vedecký výber robotníkov,
- vedecký tréning a zdokonaľovanie pracovníkov,
- čo najpriateľskejšia spolupráca vedúcich s pracovníkmi.

Taylorovo vedecké riadenie sa stretlo s nepochopením predovšetkým u robotníkov a odborových organizácií, ktorí toto riadenie vnímali ako vykorisťovanie. Ďalšími predstaviteľmi tohto vedeckého smeru boli v USA Henry Ford (fordizmus), v Japonsku ho uplatňovala spoločnosť Toyota (toyotizmus), v podmienkach ČSR bol zástancom tohto smeru Tomáš Baťa (batizmus).

Procesný prístup k manažmentu sa orientuje na skúmanie organizácie z hľadiska objektu riadenia (pracovníci), ale aj z hľadiska subjektu riadenia (manažéri). Podstatou tohto prístupu k vedeniu je **zadefinovanie a vypracovanie hlavných manažérskych funkcií**. Hlavným predstaviteľom tohto štýlu riadenia bol **Henri Fayol** (1841 - 1925), ktorý človeka považoval za subjekt riadenia. Zmysel videl v riadení organizácie ako celku. Sformuloval všeobecné princípy riadenia na základe svojich vlastných poznatkov a skúseností. Viacerí odborníci práve preto jeho dodnes považujú za zakladateľa tradičnej teórie manažmentu. Podľa Fayola organizácie vykonávajú **šesť základných činností, ktoré predstavujú objekt riadenia**: technická, obchodná, finančná, ochranná, účtovná, riadiaca. Podľa Fayola má osobitné miesto práve riadiaca funkcia, nakoľko presahuje do všetkých ostatných funkcií. Na základe týchto činností zadefinoval Fayol **päť základných manažérskych funkcií**:

- predvídanie,
- organizovanie,
- prikazovanie,
- koordinovanie,
- kontrola.

Fayol v rámci svojej administratívnej teórie zadefinoval štrnásť zásad, ktoré boli chápané ako návod pre riadiacich pracovníkov. Sú to: deľba práce, disciplína, autorita, jednotné prikazovanie, jednotné vedenie, podriadenie čiastkových záujmov celkovému spoločnému záujmu, odmena, centralizácia,, stupnica hodností, slušnosť, poriadok, stálosť zamestnancov, iniciatíva, jednota zamestnancov a súlad. Za najdôležitejšie považoval jednotu prikazovania a jednotu vedenia, čo sa chápe ako to, že zamestnanec musí dostávať príkazy len od jedného nadriadeného. Dôležitou zásadou bola aj centralizácia.

Byrokratický prístup k organizácii je založený na existencii presne danej formálnej organizácie, v rámci ktorej je presne určená hierarchia právomocí a spôsobov fungovania. Zakladateľom tohto typu riadenia bol **Max Weber** (1864 - 1920), ktorého predmetom záujmu bola ekonomická a politická štruktúra spoločnosti. Snažil sa vytvoriť ideálny typ organizácie – byrokratickú organizáciu. Pojem byrokracia sa chápal ako organizácia vyznačujúca sa určitými vlastnosťami prosievajúcimi k jej efektívnemu fungovaniu. Podľa Weberovej teórie k základným charakteristikám byrokratickej organizácie patrí:

- rozdelenie celkovej činnosti organizácie na najjednoduchšie elementárne operácie a tým presné určenie činností a povinností každému zamestnancovi,
- zamestnanci na nižších úrovniach sú podriadení zamestnancom vyšších úrovní,
- vedenie ľudí je formalistické, neosobné, bez emócií a hnevu,
- zamestnanie v organizácii je založené na súlade kvalifikácie s požiadavkami pracovného miesta,
- len prostredníctvom dôsledného typu byrokratickej organizácie je možné dosiahnuť ideálny typ organizácie.

Weber pri obhajobe byrokratického typu riadenia zdôrazňoval jeho vysokú efektívnosť. Rozvinutý byrokratický systém chápal ako stroj. Aj napriek kritike tohto typu riadenia sú viaceré princípy byrokratického modelu využívané dodnes.

Základné smery tradičnej teórie manažmentu majú mnoho spoločných, ale aj rozdielnych črt. Za **spoločné charakteristiky** týchto smerov je považované to, že:

- organizácia je formálny uzavretý systém,
- organizácia je fungujúci systém len na základe prísne určeného súboru pravidiel, odporúčaní a predpisov, záväzných pre všetkých,
- jednotlivec je v systéme izolovaný a pre jeho efektívne fungovanie sa musí spojiť s ostatnými len pomocou formálnych nástrojov.

Za **odlišnosti** týchto smerov sa považuje najmä spôsob ich vedeckého skúmania. **Taylor využíval analýzu, Fayol zovšeobecňovanie a Weber abstrakciu.** Aj napriek mnohým obmedzeniam a nedostatkom klasická teória položila základy manažmentu a aj v dnešnej dobe ovplyvňuje rozvoj súčasnej teórie a praxe manažmentu.

1.2.2 BEHAVIORISTICKÁ (NEOKLASICKÁ) TEÓRIA MANAŽMENTU

Klasická teória, jej mechanický charakter a obmedzenosť vyvolali v 20. rokoch minulého storočia kritiku predovšetkým preto, že vnímali človeka v pracovnom procese ako stroj a ignorovali ľudský faktor. Ako odpoveď na kritické pohľady vznikol nový smer behavioristická teória, ktorej základom je psychologicko-sociálna stránka, kde pozornosť je venovaná predovšetkým človeku a jeho všetkým stránkam. Predstavitelia tohto smeru začali dávať do pozornosti také skutočnosti, ktoré boli doposiaľ ignorované a podceňované. V tomto smere sa veda sústredila na psychologické motívy správania sa človeka v práci, skupinové pracovné vzťahy, skupinové normy, riešenie konfliktov a spolupráce, otázky komunikácie a komunikačných bariér, štýly vedenia, neformálna organizácia, únava, prestávky v práci, vplyv osvetlenia hluku, prémiovania a pod. Hlavnými predstaviteľmi tejto teórie boli:

- Mary Parker Follettová
- Elton Mayo
- Abraham Maslow
- Douglas McGregor.

Mary Parker Follettová (1866 - 1933) svoju pozornosť venovala predovšetkým **funkcii pracovných skupín v organizáciách**, nakoľko zastávala názor, že členovia skupín sú determinovaní predovšetkým skupinou, v ktorej pracujú. Zastávala názor, že autorita by mala pracovníkov zjednocovať a nemala by byť donucovací prostriedkom v rámci hierarchie organizácie. Spoločnosť musí pracovať ako celok so všetkými jej oddeleniami, ktoré navzájom spolupracujú a tak dosahujú spoločné ciele organizácie.

Elton Mayo (1880 - 1949) pozornosť orientoval **vplyvu psychologických faktorov na výsledky ľudskej práce**. Oproti koncepcii klasickej teórie vedeckého riadenia postavil nutnosť rešpektovať vzťah pracovníkov k sociálnym podmienkam ich činnosti. Do popredia záujmu dával:

- psychologické motívy správania sa človeka v pracovnom procese,
- normy a vzťahy zamastencov v pracovných skupinách,
- konflikty a spôsoby spolupráce,
- komunikáciu ľudí,
- štýly a spôsoby vedenia,
- vzťahy formálnej a neformálnej organizácie.

Základom jeho teórie je, že sociálne a psychologické faktory majú väčší vplyv na výsledky práce, než samotná práca, podmienky v práci a fyzické potreby ľudí. Vypracoval odporúčania pre manažérov ako skúmať problémy z hľadiska ľudských faktorov na pracovisku. Pokladal za dôležité rešpektovať vzťah pracovníkov k sociálnym podmienkam ako napr.:

- spôsoby komunikácie a správania sa vedenia s pracovníkmi a pracovnou skupinou,
- postavenie jednotlivca v rámci pracovnej skupiny,
- spôsob hodnotenia práce,
- ohodnotenie formou uznania,
- sociálne istoty.

Abraham Maslow (1908 - 1970) je autorom známej **Maslowovej teórie** motivácie. Svoju teóriu postavil na tom, že potreby človeka sú zoradené v určitej hierarchii: fyzické potreby, potreby istoty, sociálne potreby, potreby uznania a potreby seberealizácie. Zastával názor, že potreby človeka nie sú nikdy úplne uspokojené a konanie človeka je zamerané na tie potreby, ktoré v danom čase pociťuje. Na základe jeho teórie si manažéri uvedomili, že zamestnanci nemajú potrebu len zarábať peniaze, čo bolo protikladom klasickej teórie manažmentu.

Douglas McGregor (1906 - 1964) zdefinoval dve teórie – **Teória X a Teória Y**. Teória X predpokladá, že zamestnanci sú leniví, je potrebné ich k práci nútiť,

sú málo ambiciózni a majú len potreby istoty. Teória Y hovorí o zamestnancoch ako o ľuďoch, ktorí svoju prácu milujú, majú vysokú úroveň sebakontroly, sú kreatívni vynaliezaví a majú vyššie potreby spojené s ich prácou. Manažéri pracujúci s teóriou X, viac kontrolujú, motivujú striktné a ekonomicky. Druhá skupina manažérov, ktorí pracujú s Teóriou Y spájajú dosiahnuté ciele individualistov so skupinovými cieľmi, podporujú kreativitu pracovníkov, minimalizujú kontroly, a tým sa stáva práca zaujímavejšia a uspokojujúcejšia. McGregorové teórie pomohli manažérom pracovať efektívnejšie a vnímané pozitívne nakoľko sa využívajú až dodnes.

1.2.3 NOVÁ „MODERNÁ“ TEÓRIA MANAŽMENTU

Po druhej svetovej vojne sa do popredia dostáva interdisciplinárny charakter teórie manažmentu, v rámci ktorého sa využívali poznatky nielen doterajších disciplín, ale aj poznatky nových vied. Vznik tejto teórie bol ovplyvnený na jednej strane novými, špecifickými úlohami, ktoré nastolilo vedenie modernej rozvinutej doby, na strane druhej, rozvojom nových smerov vedy a techniky, ktoré využívajú nové, moderné vedecké metódy analýzy a moderné technické prostriedky – počítače. V novej modernej teórii manažmentu sú hlavnými smermi:

- rozhodovací prístup k manažmentu,
- matematický prístup k manažmentu,
- systémový prístup k manažmentu.

Rozhodovací prístup k manažmentu uprednostňuje riadenie z hľadiska rozhodovania. Jadrom riadenia je prijímanie rozhodnutí. Pozornosť je orientovaná na dve oblasti:

- na vypracovanie racionálneho postupu rozhodovania,
- na vypracovanie a overenie takých spôsobov rozhodovania, ktoré zabezpečia prijímanie čo najefektívnejších rozhodnutí a riešení spomedzi všetkých možných.

Predstaviteľom tohto prístupu bol **Herbert A. Simon** (1916 - 2001), ktorý organizáciu chápal ako systém, v ktorom sú ľudia mechanizmami realizujúcimi

rozhodnutia. V jeho výskumoch popredné miesto malo prijímanie rozhodnutí, v rámci ktorého využíval matematické metódy. Ďalšími oblasťami jeho výskumov boli aj otázky týkajúce sa tvorby organizačných štruktúr, autorita, zriaďovanie útvarov, centralizácia, decentralizácia, líniovo-štábne útvary atď.

Matematický prístup k manažmentu uplatňuje matematické modely, formalizované metódy a algoritmizovateľné postupy pri riešení úloh riadenia. Tento prístup k manažmentu využívajú predovšetkým vedci operačných výskumov (operačnej analýzy). Používanie kvantitatívnych metód neustále rastie a naberať význam vo všetkých oblastiach ľudskej činnosti a vo všetkých vedných odboroch. Znamená to, že o užitočnosti uplatnenia matematiky a výpočtovej techniky nemožno pochybovať, ale nemožno ich úlohu ani absolutizovať a znižovať tým význam ľudského faktora.

Systémový prístup k manažmentu je protikladom mechanického pohľadu na svet. Je to spôsob myslenia, riešenia problémov a konania, pri ktorom sa javy chápu komplexne v ich vnútorných aj vonkajších súvislostiach. V porovnaní s tradičnou teóriou manažmentu vyplývajú pre systémový prístup tieto základné charakteristické znaky:

- tradičná teória pokladá organizáciu za uzavretý systém, nakoľko systémová teória o nej uvažuje ako o otvorenom systéme, ktorý má interakcie s okolitým prostredím,
- tradičná teória dáva do pozornosti analytický a experimentálny prístup, zatiaľ čo systémová teória manažmentu uplatňuje syntézu a integráciu, prostredníctvom ktorých sa zjednocujú analytické prvky do širších súvislostí.

Systémová teória pokladá za podstatu komplexnosť organizácie, čo predstavuje komplexné chápanie čiastkových procesov a ich integráciu a zosúladenie do jedného fungujúceho celku. V tomto prístupe k manažmentu je ľudská organizácia chápaná ako totálny systém, ktorý je tvorený:

- časťami systému,
- spojovacími procesmi,
- cieľmi systému.

Za jednotlivé časti organizácie sú považovaní jednotlivci, formálna organizácia, neformálna organizácia, zadefinovanie statusov a úloh, pracovné prostredie. Spojovacími procesmi sú komunikácia, rozhodovanie a rovnováha. Ciele organizácie môžu byť dosahované jednotlivo alebo v kombinácii. Za ciele každej organizácie sú považované stabilita, rast a interakcia. Podstata systémového prístupu vnímania organizácie je v tom, že organizáciu chápe ako:

- otvorený systém, ktorý je v interakcii so svojim okolím,
- štruktúrovaný sociálno-technický systém s piatimi podstatnými komponentami: ciele a hodnoty, technika, štruktúra, psychologicko-sociálny podsystém a riadiaci podsystém.

1.2.4 PRAGMATICKÝ „EMPIRICKÝ“ PRÍSTUP K MANAŽMENTU

Pragmatický prístup je založený na analyzovaní a zhodnocovaní poznatkov manažérskej praxe. Nejedná sa tvorbu systematicky usporiadanej teórie manažmentu, ale o **spracovanie a hľadanie riešení reálnych problémov súčasnej praxe**. Prínosom tohto prístupu je snaha vypracovať a určiť konkrétne odporúčania pre manažérsku prax. Predstavitelia pragmatického prístupu jednoznačne odmietajú autoritatívny štýl vedenia a uprednostňujú neformálne štýly. Hlavnými predstaviteľmi sú:

- Peter F. Drucker,
- Henri Mintsberg,
- John P. Kotler,
- Thomas J. Peters,
- Robert H. Waterman.

Peter Ferdinand Drucker (1909 - 2005) zdôrazňuje nutnosť stálej prvoradej orientácie na výsledok. Za prvoradé kritérium kvality výsledku považuje úspešnú realizáciu konkrétnych činností. Upozorňuje na potrebu vyváženosti starostlivosti tak o prítomnosť, ako aj o budúcnosť. Ďalej považuje za dôležitú úlohu nevyhnutnosť zmeny manažérskeho myslenia vzhľadom na veľmi rýchly vedecko-technický pokrok dnešnej doby. Zdefinoval päť základných manažérskych činností:

- zdefinovanie cieľov, ktoré je potrebné v organizácii dosiahnuť,
- organizácia práce,
- motivácia a komunikácia v organizácii,
- meranie a hodnotenie výsledkov práce,
- kvalifikačný rozvoj a napredovanie pracovníkov.

Henri Mintzberg (1939) a **John Paul Kotler** (1947) kladú dôraz na **medziľudské vzťahy**. Za dôležitú a efektívnu súčasť riadenia považujú potrebu kvalifikácie, životnej energie a motivácie u manažérov. Mintzberg na základe pozorovaní skutočnej práce manažérov dospel k záveru, že manažéri v prvom rade venujú podstatnú časť svojho pracovného času skôr medziľudským vzťahom, informačným úlohám a rozhodovaniu, než klasickým manažérskym funkciám ako sú plánovanie, organizovanie, kontrola atď.

Thomas J Peters (1942) a **Robert H Waterman** (1936 - 2022) sa zapísali do povedomia manažmentu **koncepciou dokonalosti**. Na základe výskumov a pozorovaní v sto amerických firmách zdefinovali osem základných charakteristík dokonalého podniku:

- aktívne jednanie a vystupovanie top manažérov,
- byť blízko pri zákazníkovi,
- autonómia a podnikavosť,
- zvyšovanie produktivity práce prostredníctvom ľudí,
- realizovať tie činnosti, prostredníctvom ktorých vznikajú hodnoty firmy,
- držať sa toho čo organizácie pozná a vie,
- jednoduchá organizačná forma a malý riadiaci aparát,
- schopnosť prepájať pevné a voľné vlastnosti riadenia.

Aj tento smer, tak ako všetky ostatné, sa podrobuje kritickým ohlasom, napriek tomu však je skúmanie a zovšeobecňovanie praktických skúseností z riadenia úspešných firiem užitočné, nakoľko tieto poznatky môžu predstavovať dobrý zdroj na zdokonaľovanie riadenia podnikov, a rovnako tak môžu prispievať k rozvoju teórie manažmentu.

Vývoj a rozvoj manažmentu podporil okrem všeobecnej teórie manažmentu jeho aplikáciu aj do rôznych iných štruktúr organizácií, čím vznikli ďalšie

čiastkové formy manažmentu. V súvislosti s aplikáciou manažmentu do iných, než podnikateľských odvetví, vznikli nové oblasti manažmentu ako napr. **manažment zdravotníctva, manažment štátnej a verejnej správy, manažment školstva** atď. Teória všeobecného manažmentu sa vplyvom meniaceho vonkajšieho aj vnútorného prostredia organizácií rozširuje a vznikajú tak ďalšie špecifické formy manažmentu ako napr. krízový manažment, manažment ľudských zdrojov, znalostný manažment, manažment rizík, manažment podporných procesov atď.

1.3 SÚČASNÉ TRENDY V MANAŽMENTE

Manažment súčasnej doby sa viac či menej opiera o základy viacerých teórií (škôl), ktoré predstavujú evolučný proces riadenia. Súčasná doba prináša mnoho technologických zmien, zmien v trhovom prostredí, v pracovných zvyklostiach a v spoločenských udalostiach. Manažment organizácií preto musí na tieto zmeny reagovať a dokázať sa prispôbiť aktuálnym trendom a vedieť na nich adekvátne reagovať. Za aktuálne trendy vo fungovaní a riadení firiem sa stredobodom pozornosti stávajú:

- **Spoločenská zodpovednosť** a dôraz na udržateľnosť organizácií, v rámci ktorých organizácie musia integrovať a reflektovať také aktivity, ktoré poukazujú na zvyšovanie povedomia spoločenskej zodpovednosti. K týmto aktivitám patria napríklad **zelené iniciatívy, dodávateľské reťazce s dôrazom na etiku, transparentnosť voči všetkým zainteresovaným stranám** do podnikateľských aktivít. Znamená to, že manažéri musia plánovať a dosahovať nie len finančné ciele organizácie, ale aj ciele environmentálne a sociálne.
- **Digitalizácia a automatizácia procesov**, ktoré sa stávajú podstatnými zložkami transformácie pracovných procesov vo všetkých odvetviach. Úlohou manažérov je schopnosť prijímať a zavádzať nové technológie, aby nimi prispeli k zvyšovaniu efektivity, zdokonaľovali proces rozhodovania a posilili inovácie. Za takéto technológie je považovaná napr. **Umelá inteligencia (AI), robotická procesná automatizácia (RPA)** atď.

Manažment organizácií by ma zabezpečiť, aby tieto technológie slúžili ľuďom a nie naopak. Cieľom je zachovať ľudskú pracovnú silu v manažmente za využitia a zefektívnenia jej práce modernými technológiami.

- **Flexibilné pracovné prostredie a hybridná práca**, ktoré sa stali bežnou súčasťou riadenia organizácií s príchodom pandémie COVID-19. Tieto flexibilné pracovné modely sa stávajú normou a predstavujú kombináciu práce z kancelárie s prácou z domu. Úlohou manažérov v rámci tejto oblasti je nájsť rovnováhu medzi flexibilitou a zachovaním firemnej kultúry, spolupráce medzi pracovnými tímami a komunikácie. Úspech v tejto oblasti je determinovaný schopnosťou manažérov uplatňovať a využívať inovatívne prístupy vo vedení.
- **Orientácia na duševné zdravie a kvalitu života zamestnancov** si bude žiadať od manažérov organizácií také pracovné prostredie, ktoré bude podporovať **duševné zdravie zamestnancov, work-life balance** (rovnováha pracovného a súkromného života), **flexibilný pracovný čas** a aktivity zamerané na **odbúravanie stresu** na pracovisku.
- **Inklúzia, generačná diverzita, rovnosť a rozmanitosť** si vyžaduje aktívnu prácu na tvorbe inkluzívneho pracovného prostredia, ktoré poskytuje **rovnaké príležitosti pre všetkých**. Úlohou manažérov je prehodnotiť náborové postupy, rozvojové programy a hodnotiace kritériá kvôli zabezpečeniu rovnosti a spravodlivosti.

1.4 CHARAKTER A POVAHA MANAŽMENTU

Peter Drucker vo svojej knihe „The Practice of Management“ predstavil manažment ako viacúčelový orgán, ktorý riadi organizáciu, manažérov, pracovníkov a prácu. Je to multidimenzionálny koncept, ktorý existuje a je uplatňovaný na všetkých úrovniach organizácie. Za **základné povahové črty manažmentu** sú považované:

- **Manažment je orientovaný na cieľ** – je to cieľavedomá činnosť, prioritne orientovaná na dosahovanie cieľov. Ciele poskytujú vedeniu rámec pre

efektívne riadenie a usmerňovanie všetkých zdrojov. Prostredníctvom miery dosiahnutia stanovených cieľov sa posudzuje úspech a kvalita manažmentu.

- **Univerzálnosť** – manažment sa uplatňuje vo všetkých druhoch a typoch organizácií. Nachádza uplatnenie vo vládnom a súkromnom sektore, pri riadení jednotlivcov a je uplatňovaný nie len v rámci riadenia organizácii, ale uplatnenie nachádza aj v každodennom živote jednotlivcov.
- **Integrácia** – zodpovednosťou manažmentu je zosúladienie ľudských, materiálnych, finančných a organizačných prvkov do jedného fungujúceho celku. Hlavným cieľom kvalitného manažmentu je vybudovať vzájomne prospešný vzťah medzi ľudskými a ostatnými zdrojmi organizácie, za účelom dosiahnutia vopred naplánovaných cieľov.
- Manažment je **skupinová činnosť** – riadenie je realizované prostredníctvom rôznych procesov, ako sú plánovanie, organizovanie, tvorba a obsadzovanie pracovných miest, vedenie, kontrola, motivácia a koordinácia pre dosiahnutie vytýčených cieľov. Uvedené procesy nemožno vykonávať samostatne, alebo len pre obmedzenú skupinu ľudí, preto je nevyhnutné pracovať v tíme, a tým zabezpečiť kooperáciu všetkých členov skupiny aby došlo k efektívnemu napĺňaniu cieľov.
- **Osobitný proces** – „manažment je umenie dosahovania cieľov prostredníctvom ľudí,“ čo znamená, že manažér nemá „robiť veci“ sám, ale má vedieť využívať ľudské a materiálne zdroje tak, aby dochádzalo k napĺňaniu cieľov čo najefektívnejším spôsobom.
- **Sociálny proces** – je to celý systém dosahovania toho, aby sa veci robili prostredníctvom spolupráce ľudí. Je to umenie zosúladiť ľudské zdroje tak, aby boli schopné efektívne spolupracovať a prispievať k napĺňaniu cieľov spoločností. Má spoločenskú povinnosť optimálne využívať vzácne ľudské zdroje v prospech celej spoločnosti.
- **Manažment je umenie a veda** - veda, pretože rozvíja určité princípy, ktoré majú univerzálne využitie. V zmysle vedeckých princípov manažér pre dosiahnutie cieľov využíva mnoho funkcií, metód, techník a spôsobov. Všetky tieto metódy, techniky a spôsoby sú univerzálne používané,

vyvinuté prostredníctvom vedeckého výskumu a experimentov, stanovujú príčiny a následné vzťahy medzi rôznymi faktormi a overujú a predpovedajú ich platnosť. Keďže sa nejedná o exaktnú vedu, ako je fyzika, chémia a iné podobné vedy, orientuje sa na nepredvídateľnú povahu ľudí s ich následným optimálnym využitím v organizačných podmienkach, čo následne prináša pozitívny výsledok tak pre organizáciu, ako aj pre celú spoločnosť. Manažment je umenie preto, lebo manažér musí nájsť vhodné spôsoby vedenia a usmerňovania ľudí, nakoľko ľudská povaha sa líši od človeka k človeku.

- **Cieľavedomosť** – manažment je vždy spojený s naplánovanými cieľmi, pre napĺňanie ktorých manažérske tímy spoločností neustále analyzujú svoju prácu, aby zhodnotili úroveň a efektivitu dosahovania cieľov. Je veľmi úzko spojený s produktivitou, efektívnosťou a pracovnými kapacitami.
- **Nehmotný** – manažment je neviditeľná sila, ktorá prináša a riadi zdroje, prostredníctvom ktorých sa plnia úlohy a dosahujú ciele, a tým sa zviditeľňujú dosahované výsledky.
- **Manažment je profesia** – vyžaduje si systematický a špecializovaný súbor vedomostí, formálne vzdelanie a odbornú prípravu, ovládanie funkcií, zásad a techník, ktoré je možné zdokonaľovať a uplatňovať v praxi. Vychádza z etických kódexov, ktoré dotvárajú osobnosť manažérov a celú oblasť manažmentu ako špecifickú sústavu činností.
- **Dynamický a nepretržitý proces** – manažment predstavuje aktívnu povahu činností, ktoré sa musia vykonávať nepretržite a sú vykonávané v neustále sa meniacom prostredí. Oblasť manažmentu sa musí prispôsobovať zmenám z vonkajšieho aj vnútorného prostredia, a tým mnohokrát obohacuje túto oblasť vytváraním a uplatňovaním nových inovatívnych metód, spôsobov riadenia, nových politík a nástrojov.

Manažment je definovaný ako systematické usporiadanie dostupných zdrojov na realizáciu organizačných činností pre dosiahnutie cieľov. Tieto ciele nemožno dosiahnuť bez primeranej koordinácie pracovnej sily, materiálneho vybavenia, metód, prostriedkov a kapitálu. Bez ohľadu na to, či je organizácia malá alebo

veľká, či jej úloha je jednoduchá alebo zložitá, na dosiahnutie cieľa jej manažment musí fungovať systematicky.

Kontrolné otázky

1. Čo je manažment?
2. Aké sú rozdiely medzi americkým a japonským manažmentom?
3. Aké školy manažmentu poznáte? Stručne ich popíšte.
4. Aké sú súčasné trendy manažmentu?
5. Čo je považované za základné povahové črty manažmentu?

LITERATÚRA

Bělohlávek, F.; Košťan, P.; Šuleř, O. (2006). Management. Brno: Computer Press.

Darlow, A. L.; Sloman, S. A. (2010). Two systems of reasoning: Architecture and relation to emotion. In: WIREs Cognitive Science, 1, s. 382–392. <https://doi.org/10.1002/wcs.58>

Donnelly, J. H., Jr.; Gibson, J. L.; Ivancevich, J. M. (1997). Management. Praha: Publishing, a.s.

Drucker, P. G. (2000). Výzvy managementu pro 21. století. Praha: Management Press.

Eliášová, A.; Hadašová, L.; Fedurcová, I. (2017). Vybrané kapitoly zo zdravotníckeho manažmentu. Prešov: Vydavateľstvo PU.

Huebner, C.; Flessa, S. (2022). Strategic management in healthcare: A call for long-term and systems-thinking in an uncertain system. In: International Journal of Environmental Research and Public Health, 19(14), 8617. <https://doi.org/10.3390/ijerph19148617>

Hulková, V. (2024). Generačná diverzita v ošetrovatelstve – výzva pre vzdelávanie, prax a manažment. Trenčín: TnUAD,

Hulková, V.; Kilíková, M.; Bobkowska, M. (2021). Age management – a challenge and opportunity for nursing. In: Zdravotnícke listy, 9(1).

Jankelová, N.; et al. (2022). Manažment. Bratislava: Wolters Kluwer.

Kafka, T. (2005). Dovednosti řízení podniku. Praha: Český institut interních auditorů.

Katz, R. L. (1974). Skills of an effective administrator. In: Harvard Business Review, september–október 1974.

Keřkovský, M.; Vykypěl, O. (2002). Strategické řízení: Teorie pro praxi. Praha: C. H. Beck.

Kilíková, M.; Jakuřová, V. (2008). Teória a prax manažmentu v ošetrovatelstve. Martin: Osveta.

Kotler, P. (2000). Marketing podle Kotlera: Jak vytvářet a ovládnout nové trhy. Praha: Management Press.

Lynn, S. (2012). The shareholder value myth: How putting shareholders first harms investors, corporations, and the public. San Francisco: Berrett-Koehler Publishers.

McGregor, J. (2008). Bezos: How frugality drives innovation. In: BusinessWeek, 28. apríl 2008, s. 64–66.

Mintzberg, H. (1973). The nature of managerial work. New York: Harper & Row.

Mintzberg, H. (2003). The strategy process: Concepts, contexts, cases. Harlow: Pearson Education.

Mintzberg, H. (2013). Simply managing: What managers do and can do better. Upper Saddle River: Prentice Hall.

Ondruš, P.; Ondruřová, I.; et al. (2017). Manažment a financovanie v zdravotníctve: Príručka zdravotníckeho manažéra. Martin: Vydavateľstvo Matice slovenskej.

Plevová, I.; et al. (2012). Management v ošetrovatelství. Praha: Publishing, a.s.

Priest, S. (2019). Leadership management.
<http://simonpriest.altervista.org/LM.html>

Sakal, P.; et al. (2007). Strategický manažment v praxi manažéra. Bratislava: STU.

Sedlák, M. (2012). Základy manažmentu. Bratislava: Iura Edition.

Slezáková, Z. (2024). Kapitoly z organizácie zdravotníctva. Bratislava: SZU.

Veber, J.; et al. (2009). Management. Praha: Management Press.

2 ZÁKLADY ZDRAVOTNÍCKEHO MANAŽMENTU

Valéria Parová

Cieľ kapitoly:

- charakterizovať manažment zdravotníctva,
- popísať formy poskytovania zdravotnej starostlivosti,
- charakterizovať základné modely zdravotníckych systémov,
- charakterizovať zdroje a spôsoby financovania zdravotníckych organizácií.

Kľúčové slová: ambulantná starostlivosť, financovanie, ústavná starostlivosť, zdravotná starostlivosť, zdravotnícky systém

Zdravie predstavuje najväčšiu hodnotu, ktorá je nevyčísliteľná a vzácna pre každého človeka. WHO definuje zdravie ako „stav úplnej telesnej, duševnej a sociálnej pohody pri zachovaní funkcií všetkých telesných orgánov, významných spoločenských funkcií človeka a zachovaní schopnosti organizmu prispôbiť sa meniacim sa podmienkam prostredia.“ Medicína tento pojem chápe ako schopnosť organizmu vyrovnať sa s vplyvmi prostredia bez toho, aby vznikli výrazné a dlhodobé poruchy homeostázy jeho vnútorného prostredia.

Zdravotníctvo je jedným z najväčších spoločenských, ekonomických a politických problémov v celosvetovom meradle. Pre oblasť zdravotníctva sú charakteristické mnohé a veľmi časté reformy, ktorých spúšťačom je nespokojnosť s úrovňou alebo spôsobom jeho poskytovania. Tieto reformy, ktoré sú cielené v prospech populácie sú veľmi ťažko realizovateľné kvôli záujmovým a lobistickým skupinám, ktoré determinujú strategické a technické rozhodnutia na všetkých úrovniach cez parlament, vládu, autoritami na stredných, nižších a najnižších úrovniach. **Zdravotníctvo** predstavuje spoločenskú sústavu profesionálnych odborných inštitúcií, zariadení a orgánov, pracovníkov a im prislúchajúcich činností, slúžiacich prioritne k poskytovaniu zdravotnej starostlivosti s primeraným cieľom podporovať, udržiavať a obnovovať zdravie.

Zákon o zdravotnej starostlivosti č. 576/2001 Z. z., službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti definuje zdravotnú starostlivosť súbor

pracovných činností, ktoré vykonávajú zdravotnícki pracovníci, vrátane poskytovania liekov, zdravotníckych pomôcok a dietetických potravín s cieľom predĺženia života fyzickej osoby, zvýšenia kvality jej života a zdravého vývoja budúcich generácií, zdravotná starostlivosť zahŕňa prevenciu, dispenzarizáciu, diagnostiku, liečbu, biomedicínsky výskum, ošetrovateľskú starostlivosť a pôrodnú asistenciu. Charta práv pacienta právo na zdravotnú starostlivosť sa definuje ako právo na využívanie výhod zdravotníckeho systému a zdravotníckych služieb, ktoré sú v štáte dostupné. Každý má mať právo na prístup k takému štandardu zdravotnej starostlivosti, ktorý je v súlade s právnymi predpismi platnými v Slovenskej republike a so súčasným stavom lekárskej vedy. Pri uplatňovaní práv možno pacientov podrobiť iba takým obmedzeniam, ktoré sú v súlade s Deklaráciou ľudských práv. Pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti je zakázaná akákoľvek diskriminácia z dôvodu rasy, farby pleti, pohlavia, náboženstva, politického alebo iného zmýšľania, národnostného alebo sociálneho pôvodu, majetku, rodu alebo iného postavenia.

2.1 MANAŽMENT ZDRAVOTNÍCTVA

Prioritným cieľom SR v oblasti riadenia zdravotníctva je udržanie zdravotného stavu obyvateľstva na súčasnej úrovni a jeho postupné zlepšovanie v niektorých ukazovateľoch. Tento cieľ môže byť splnený len za predpokladu, že manažment zdravotníckych systémov bude schopný systematicky ovládať finančné, materiálne a ľudské zdroje a uplatňovať teoretické a praktické schopnosti v riadení zdravotníctva ako systému. Cieľom všetkých manažérskych procesov je ovplyvnenie správania sa zdravotníctva ako celku. Manažment zdravotníctva riadi vzťahy medzi rôznymi aktérmi a zainteresovanými stranami zapojenými do zdravotnej starostlivosti vrátane vládnych agentúr, poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, pacientov a ich rodín, ľudí a komún, organizácií občianskej spoločnosti a subjektov súkromného sektora.

Riadenie zdravotníckych systémov znamená zabezpečenie existencie strategických politických rámcov, budovaním spolupráce, vypracovávaním

noriem, smerníc a predpisov, dôrazom na návrh efektívne fungujúcich systémov. Efektívne riadenie systémov zdravotnej starostlivosti je nevyhnutné na zabezpečenie dostupnosti, spravodlivosti, účinnosti, cenovo dostupných a kvalitných zdravotníckych služieb pre všetkých. To si vyžaduje efektívne a spravodlivé pridelovanie zdrojov zdravotnej starostlivosti, existenciu politík a predpisov upravujúcich poskytovanie zdravotnej starostlivosti a mechanizmy na monitorovanie, hodnotenie a preskúvanie výkonnosti systému zdravotnej starostlivosti. Okrem toho zohráva riadenie systémov zdravotnej starostlivosti kľúčovú úlohu pri presadzovaní rovnosti a sociálnej spravodlivosti v zdravotníctve. Snaží sa zabezpečiť, aby systém zdravotnej starostlivosti reagoval na potreby všetkých členov spoločnosti bez ohľadu na ich sociálno-ekonomické postavenie, etnickú príslušnosť, kultúru, pohlavie alebo iné faktory.

Na efektívne fungovanie zdravotníctva ako systému vplýva aj prostredie, v ktorom sa daný systém nachádza, a ktoré má určité ekonomické charakteristiky. Atribúty, ktoré charakterizujú dané prostredie sú napr. disponibilné zdroje, poskytovateľské kapacity, systém financovania a mechanizmus poskytovania zdravotníckych služieb. Veľký vplyv na fungovanie zdravotníctva má aj fyzické prostredie, ktoré je charakterizované predovšetkým technologickou úrovňou, rozložením kooperujúcich systémov so zdravotníctvom, úrovňou poskytovaných služieb a materiálnymi podmienkami spoločnosti. Všetky prvky systému zdravotníctva sú pospájané do siete, ktorú určuje Ministerstvo zdravotníctva SR (MZ SR) v spolupráci s okresnými úradmi a orgánmi miestnych samospráv, stavovskými organizáciami a profesiovými združeniami. Všetky tieto organizácie sú zamerané na poskytovanie zdravotnej starostlivosti, ktorá sa uskutočňuje v štátnych a neštátnych zdravotníckych zariadeniach. Na základe realizovaných procesov manažmentu sú zdravotnícke zariadenia rozdeľované na zariadenia primárnej, sekundárnej a následnej zdravotnej starostlivosti poskytovanej ambulantnou alebo ústavnou formou.

Dôležitou súčasťou manažmentu zdravotnej starostlivosti je aj riadenie zdravotníckych organizácií na mikro a makro úrovni. Pričom mikroúroveň sa zaoberá spoluprácou a kooperáciou jednotlivých aktérov a makro-úroveň skúma

všeobecné sociálne, ekonomické, kultúrne štruktúry a podmienky a sústavy pravidiel a inštitúcií spoločnosti. V oblasti zdravotníctva je najdôležitejšie sa v prvom rade orientovať na pacienta, koordinovať procesy, vytárať prostredie s minimálnu mierou rizika, klásť dôraz na kvalitné personálne obsadenie a za prioritu stanoviť maximálnu kvalitu poskytovaných služieb.

2.2 FORMY POSKYTOVANIA ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI

V každej krajine je zdravotná starostlivosť vymedzená zákonnými normami. Na Slovensku sa poskytuje zdravotná starostlivosť na základe zákona 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti. Tento zákon špecifikuje zdravotnú starostlivosť ako:

- ambulantnú starostlivosť,
- ústavnú starostlivosť,
- lekárenskú starostlivosť.

Podľa zákona 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti sa **ambulantná starostlivosť** poskytuje osobe, ktorej zdravotný stav **nevyžaduje nepretržité poskytovanie zdravotnej starostlivosti dlhšie ako 24 hodín**. Ambulantná starostlivosť sa poskytuje aj v domácom prostredí alebo v inom prirodzenom prostredí osoby, ktorej sa ambulantná starostlivosť poskytuje.

Tabuľka 2.1 Zariadenia ambulantnej zdravotnej starostlivosti

Zariadenia ambulantnej zdravotnej starostlivosti	
všeobecná ambulancia	všeobecná ambulantná starostlivosť pre dospelých, a všeobecná ambulantná starostlivosť pre deti a dorast
špecializovaná ambulancia	poskytovanie špecializovanej ambulantnej starostlivosti v špecializačných odboroch a certifikovaných pracovných činnostiach
ambulancia pohotovostnej služby	pevná ambulantná pohotovostná služba pre dospelých, pevná ambulantná pohotovostná služba pre deti a dorast, doplnková ambulantná pohotovostná služba pre dospelých, doplnková ambulantná pohotovostná služba pre deti a dorast
ambulancia záchranej zdravotnej služby	ambulancia rýchlej lekárskej pomoci ambulancia rýchlej zdravotnej pomoci ambulancia rýchlej lekárskej pomoci s vybavením mobilnej intenzívnej jednotky ambulancia vrtuľníkovej záchranej zdravotnej služby ambulancia rýchlej zdravotnej pomoci „ S “
ambulancia zubno-lekárskej pohotovostnej služby	sa poskytuje podľa rozpisu zabezpečenia poskytovania zubno-lekárskej pohotovostnej služby určeného samosprávnym krajom a zverejneného na jeho webovom sídle
epidemiologická ambulancia	epidemiologická ambulancia pre deti a dorast, epidemiologická ambulancia pre dospelých
mobilné odberové miesto	je ambulantné zdravotnícke zariadenie, ktoré slúži na vykonávanie odberov pre testovanie určitých ochorení
zariadenie na poskytovanie jednodňovej zdravotnej služby	realizácia chirurgických, diagnostických, liečebných výkonov pri ktorých sa predpokladá, že zdravotný stav osoby bude vyžadovať nepretržitý pobyt osoby na lôžku nepresahujúci 24 hodín
stacionár	zariadenie, kde sa poskytuje ambulantná zdravotná starostlivosť osobám, najčastejšie z dôvodu zdravotného postihnutia, chronického ochorenia, mentálneho postihnutia alebo veku.
poliklinika	súbor vzájomne spoločne a jednotne organizovaných všeobecných a špecializovaných ambulancií a zariadení spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek
agentúra domácej ošetrovateľskej starostlivosti (ADOS)	poskytovanie komplexnej domácej ošetrovateľskej starostlivosti a pôrodnej asistencie v prirodzenom domácom prostredí, v nadväznosti na ambulantnú starostlivosť.

Tabuľka 2.1 Zariadenia ambulantnej zdravotnej starostlivosti - pokračovanie

Zariadenia ambulantnej zdravotnej starostlivosti	
zariadenie spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek	zabezpečenie a vykonávanie vyšetrení, rozborov, skúšok a liečby v súvislosti s poskytovanou ambulantnou zdravotnou starostlivosťou alebo ústavnou zdravotnou starostlivosťou
mobilný hospic	zariadenie určené na poskytovanie zdravotnej starostlivosti v prirodzenom prostredí osoby
tkanivové zariadenie	určené na odber, testovanie, spracovanie, konzerváciu, skladovanie a distribúciu tkanív alebo buniek na účely transplantácie a alebo prenosu a na vedecko-výskumné ciele
referenčné laboratórium	overovanie laboratórnych výsledkov, stanovenie referenčnej metódy a štandardu, vykonávanie expertíznej a metodickej činnosti, uchovávanie zakonzervovaných biologických vzoriek získaných od živej alebo mŕtvej osoby

(Zdroj: Zákon 578/2004 Z.z., Tirpáková a kol., 2022, Dimunová a kol., 2017)

Ústavná starostlivosť sa poskytuje na základe odporúčania ošetrojúceho lekára, ak zdravotný stav osoby vyžaduje nepretržité poskytovanie zdravotnej starostlivosti **dlhšie ako 24 hodín**, alebo rozhodnutia súdu alebo žiadosti osoby aj bez odporúčania ošetrojúceho lekára, **ak si zmena zdravotného stavu osoby vyžaduje nepretržité poskytovanie zdravotnej starostlivosti dlhšie ako 24 hodín**.

Tabuľka 2.2 Zariadenia ústavnej zdravotnej starostlivosti

Zariadenia ústavnej zdravotnej starostlivosti	
Nemocnica	všeobecná – poskytovanie ústavnej starostlivosti v rôznych špecializačných odboroch. špecializovaná – poskytovanie ústavnej starostlivosti prevažne v jednom špecializačnom odbore alebo v odboroch s ním súvisiacich.
Liečebňa	poskytovanie špecializovanej zdravotnej starostlivosti zameranej najmä na poruchy zdravia chronického charakteru so zdĺhavým priebehom liečby.

Tabuľka 2.2 **Zariadenia ústavnej zdravotnej starostlivosti** - pokračovanie

Zariadenia ústavnej zdravotnej starostlivosti	
Hospic	poskytovanie zdravotnej starostlivosti osobe s nevy liečiteľnou a zároveň pokročilou a aktívne progredujúcou chorobou, ktorá spravidla vedie k smrti.
Dom opatrovateľskej starostlivosti	poskytovanie nepretržitej ošetrovateľskej starostlivosti vrátane ošetrovateľskej rehabilitácie osobe, ktorej zdravotný stav nevyžaduje sústavnú zdravotnú starostlivosť poskytovanú lekárom.
Prírodné liečebnú kúpele	poskytovanie zdravotnej starostlivosti osobe na stabilizáciu zdravotného stavu, regeneráciu zdravia alebo na prevenciu vzniku chorôb.
Kúpeľná liečba	
Zariadenie biomedicínskeho výskumu	získavanie a overovanie nových biologických, medicínskych, ošetrovateľských poznatkov na človeku a vyžaduje nepretržitý pobyt osoby na lôžku presahujúci 24 hodín.

(Zdroj: Zákon 578/2004 Z.z., Tirpáková a kol., 2022, Dimunová a kol., 2017)

Všetky zdravotnícke zariadenia musia byť zabezpečené po personálnej stránke, a materiálno-technicky vybavené tak, aby boli schopné efektívne poskytovať ošetrovateľskú starostlivosť v súlade so svojim odborným zameraním. Minimálne požiadavky pre personálne zabezpečenie a materiálno-technické vybavenie jednotlivých zdravotníckych zariadení ustanovuje všeobecne záväzný právny predpis, ktorý vydáva Ministerstvo zdravotníctva.

2.3 ZÁKLADNÉ MODELY ZDRAVOTNÍCKYCH SYSTÉMOV

Na základe rozličných historických evolučných zmien a spoločenských rozhodnutí neexistuje jeden univerzálny zdravotnícky systém. Vo svete existuje viacero modelov zdravotníckych systémov, za ktorých správcovstvo, tvorbu pravidiel ich existencie a strategickú orientáciu všetkých aktérov sú zodpovedné jednotlivé vlády štátov.

Základnými úlohami zdravotníckych systémov by mali byť:

- zabezpečenie primeranej dostupnosti zdravotníckej starostlivosti,

- úhrada za poskytnutú zdravotnú starostlivosť by nemala zaťažovať pacienta, alebo len výnimočných prípadoch, pretože nárok pacienta na zdravotnícke služby nie je viazaný na jeho schopnosť zaplatiť ich,
- zdravotnícke zariadenia nie sú odkázané na úhradu týchto služieb pacientovi, ale majú zaručenú náhradu nákladov za poskytnuté služby,
- hlavným zdrojom financovania zdravotnej starostlivosti sú verejné **finančné inštitúcie**, ktoré okrem pacientov a zdravotníkov vstupujú do systému financovania ako tretí nezávislý subjekt, ktorého povinnosťou je vyrovnať náklady zdravotníctva za služby, ktoré boli poskytnuté pacientom,
- znižovanie nákladov na zdravotnícke služby, ktoré rastú rýchlejšie ako rastie kvalita služieb v porovnaní so zdravotným stavom populácie.

2.3.1 LIBERÁLNY MODEL

Liberálny model sa zakladá na individuálnej zodpovednosti obyvateľov za svoje zdravie, kedy štát negarantuje dostupnú zdravotnú starostlivosť pre všetkých. V rámci tohto modelu je zdravotná starostlivosť chápaná služba, ktorá podlieha trhovému mechanizmu, a teda je predmetom vzájomnej závislosti ponuky a dopytu a je založená na princípe kúpy a predaja. Štátne zásahy v liberálnom modeli sú zriedkavé a uskutočňujú sa iba v kritických situáciách, kedy sú ohrozené početné skupiny obyvateľov (epidémie, živelné pohromy atď.). Pre liberálny model je charakteristický **minimálny až nulový podiel verejných zdrojov** a úhrady zdravotnej starostlivosti sú hradené priamymi platbami od samotných pacientov alebo na základe dobrovoľného poistenia. Zásahy zo strany štátu sú minimálne a realizované len vo vážnych situáciách ohrozujúcich veľké skupiny obyvateľstva ako napr. epidémie, živelné pohromy atď. Financovanie je na občanoch, ktorých dobrovoľné poistenie vytvára výnos súkromných zdravotných poisťovní prostredníctvom investovania, a z tohto výnosu je následne hradená zdravotná starostlivosť. Súkromné poisťovne si pred podpísaním zmluvy zisťujú zdravotný stav klienta a ak klient spadá do rizikovej skupiny, tak s poistencom nemusia zmluvu uzatvoriť. Znamená to, že

výška poistenia je určená zdravotným rizikom, ktoré sa s osobou spájajú (napr. diabetici, hypertonici, fajčiari, obézni ľudia, osoby s vrodenými poruchami a chorobami sú považované za nositeľov vysokého rizika a tak platia vyššie poistné ako ostatní poistenci).

Hlavnými princípmi liberálneho modelu sú:

- individuálna zodpovednosť jednotlivca za svoje zdravie,
- dobrovoľnosť zdravotného poistenia,
- zdravotná starostlivosť je službou s trhovou cenou a nie je garantovaná štátom,
- solidarita je chápaná ako dobrovoľný a štátom neorganizovaný čin,
- štát vytvára len základné legislatívne predpoklady fungovania tohto systému a nezasahuje do vzťahu slobodných subjektov (slobodná voľba poisťovne, zdravotného zariadenia a lekára, lekári vykonávajú činnosť na základe súkromného podnikania, súkromné zariadenia vykonávajú svoju činnosť v konkurenčnom prostredí.

Tento systém je uplatňovaný v Spojených štátoch amerických, kde základom poistného systému sú tzv. HMO (Health Management Organization), ktoré majú zmluvný vzťah s niektorými zdravotníckymi zariadeniami, čo znamená, že slobodná voľba poskytovateľa poistenia je pre občanov veľmi limitovaná až takmer neexistujúca. Pre USA je charakteristické, že 15 % populácie nemá zdravotné poistenie. Aj USA postupne prechádza rôznymi zmenami týkajúcimi sa sociálnych programov. V súvislosti s černoškými nepokojmi v 20. storočí vznikli vládne programy sociálneho zabezpečenia. **Program Medicare** pre seniorov nad 65 rokov, osoby mladšie ako 65 rokov s určitým postihnutím a ľudí všetkých vekových kategórií s ochorením obličiek v konečnom štádiu (trvalé zlyhanie obličiek vyžadujúce dialýzu alebo transplantáciu obličiek). **Program Medicaid** zabezpečuje zdravotné poistenie pre ľudí s nízkymi príjmami. Pre tieto skupiny obyvateľstva sú stanovené relatívne nízke ceny poistného a štát garantuje určitú základnú zdravotnú starostlivosť, ale len v obmedzenom rozsahu. **Program detského zdravotného poistenia (CHIP)** poskytuje federálne zodpovedajúce finančné prostriedky štátom na poskytovanie zdravotného poistenia deťom v rodinách s príjmami príliš vysokými na to, aby sa kvalifikovali

na Medicaid, ale ktorí si nemôžu dovoliť súkromné pokrytie zdravotnej starostlivosti. Úplne liberálny systém je uplatňovaný predovšetkým v krajinách, v ktorých zdravotníctvo nie je organizované, zdravotná starostlivosť je dostupná len solventným a chudobné obyvateľstvo k nej prakticky nemá prístup. Týmito krajinami sú napr. Južná Amerika, viaceré oblasti Ázie, väčšia časť Afriky.

2.3.2 BISMARCKOV MODEL

Zakladateľom tohto modelu je Otto Eduard Leopold von Bismarck (1815 - 1898). Pod jeho vedením 15. júna 1883, odštartovala éra štátom regulovaných sociálnych a zdravotných opatrení, ktorá sa v krátkom čase z Nemeckej ríše dostala do ostatných krajín (kontinentálna stredná a západná Európa, Ázia a Latinská Amerika) a položila základy moderných sociálnych opatrení, ktoré dnes poznáme ako sociálne a zdravotné vecné dávky, resp. sociálne zabezpečenie. Jedná sa o systém sociálneho, zdravotného, úrazového a dôchodkového poistenia, ktorý je založený na princípoch solidarity. Krajiny ovplyvnené Bismarckovým modelom financovania implementovali do pravidiel financovania svoje národné špecifiká a osobitosti, preto tento model v jednotlivých krajinách určité odlišnosti.

Napriek špecifikám, za **základné prvky Bismarckovho modelu** sú považované:

- **Decentralizovaný systém financovania** zdravotnej starostlivosti zabezpečovaný osobitnými inštitúciami (napr. zdravotná poisťovňa, príp. viac zdravotných poisťovní). Pravidlá sú vymedzené zákonom. Kvôli udržaniu sociálnej spravodlivosti je úloha štátu zabezpečiť zdravotnú starostlivosť obyvateľstvu. Štát túto úlohu plní prostredníctvom špeciálnych inštitúcií, ktorých povinnosť je kumulovať a prerozdeľovať zdroje. Týmito inštitúciami sú okrem zdravotných poisťovní aj súkromné zdravotné poisťovne, združenia, komory, orgány verejného práva, orgány dohľadu a iné.
- **Systém spolufinancovania obyvateľstvom – platiteľmi poistného, zamestnávateľmi a štátom**, ktorý uhrádza poistné za osobitné skupiny

obyvateľstva. Odvody sú určené spoločnou normou pre všetkých členov spoločnosti a nie sú závislé na ich zdravotnom stave. Služby zdravotnej starostlivosti sú rozdeľované na základe lekárskej určenej potreby, ale financovanie je založené aj na finančných možnostiach dosahovaných z príjmu obyvateľstva. Neexistuje žiadna súvislosť medzi výškou príspevku a rozsahom zdravotnej starostlivosti.

- **Solidárny systém**, ktorého cieľom je pokrytie čo najväčšieho počtu obyvateľstva krajiny, kde plnenie poskytnuté poistencom sa spotrebuje solidárne pri liečbe iného člena spoločnosti a naopak. Hlavným cieľom je zabezpečenie komunitnej solidarity, v ktorej sa jej členovia vzájomne podporujú. Každý poistenec má nárok na rovnaké nevyhnutné služby, vez ohľadu na výšku jeho príjmu alebo poskytnutých financií do odvodového systému.
- **Regulácia zdravotného poistenia zákonom**, čo znamená povinnú účasť členov spoločnosti, ktorá je určená právnou normou.
- **Princíp subsidiarity**, ktorý v tomto modeli financovania znamená, že solidarita spoločenstva nemôže úplne nahradiť osobnú zodpovednosť a svojpomoc človeka. Znamená to, že napr. základné lieky sú vyňaté z úhrady poisťovňou a v niektorých krajinách je pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti vyžadovaná aj určitá forma spoluúčasti.
- **Princíp primeranosti a účinnosti** znamená, že rozsah čerpania zdravotnej starostlivosti prebieha na základe verejného zdravotného poistenia, ale liečba má byť dostatočná, primeraná, hospodárna a nemala by prekračovať nevyhnutnú mieru.

Tento model financovania zdravotnej starostlivosti pokrýva úhradu nielen v štátnych, ale aj u súkromných poskytovateľoch. Tento model je využívaný napr. v Nemecku, Rakúsku, Francúzsku, Holandsku a od 90. rokov minulého storočia aj v krajinách V4.

2.3.3 SEMAŠKOV MODEL

Bol založený Nikolajom Alexandrovičom Semaškom (1874 - 1949) v Sovietskom zväze ako odozva na nízku kvalita života a nedostupnú zdravotnú starostlivosť v súvislosti so zlým zdravotným stavom ruského obyvateľstva po prvej svetovej vojne, Októbrovej revolúcii a masových epidémiách.

Tento model bol vytvorený v súčinnosti so základnou ideou - **centrálnou kontrolou** štátu. Jeho základnými myšlienkami a princípmi boli:

- vláda je zodpovedná za zdravie občanov,
- univerzálne neobmedzený prístup k bezplatným službám,
- prístup založený na prevencii pred „spoločenskými chorobami“,
- kvalitná zdravotná starostlivosť poskytovaná profesionálmi,
- úzko spojenosť medicínskej vedy a praxe,
- plynulé prepojenie pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti od podpory zdravia, liečby po rehabilitáciu.

Zdravotná starostlivosť ako aj centrálna kontrola zdravotného systému bola financované zo všeobecných daní a bola súčasťou národného plánu. Zdravotnícki pracovníci boli zamestnancami štátu. Hlavná úloha zdravotnej politiky sa orientovala na zvyšovanie počtu nemocničných lôžok a zdravotníkov.

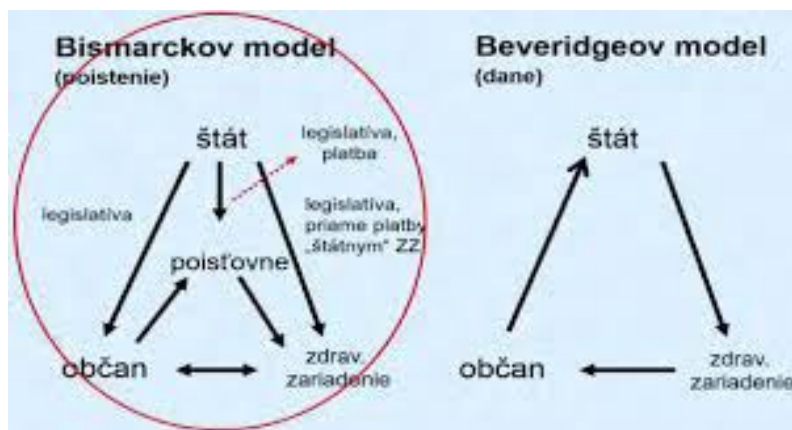
Za **výhody** tohto systému bolo považované to, sa jedná o koncept národného verejného zdravotníctva, intenzívny epidemiologický monitoring, „hygienická“ medicína a prevencia, očkovania a systematické zdravotné kontroly detí a pracujúcich, zabezpečenie zdravotnej starostlivosti komplexne pre veľkú časť populácie, malá byrokratická záťaž systému.

Nevýhodami systému bolo finančné podhodnotenie zdravotníckych pracovníkov, nesprávne alokácie zdrojov a systém narážal na nárast civilizačných ochorení v dôsledku zlepšovania životnej úrovne, nedostatočná zdravotná starostlivosť v liečbe chronických ochorení (onkologických, kardiovaskulárnych a iných) v dôsledku technologického zaostávania v špecializovaných diagnostických nástrojoch a metódach (CT, MR, RDG, monitory, kolonoskopy, cystoskopy), zároveň nedostatok spotrebného zdravotníckeho materiálu, namiesto silikónového materiálu gumený a pod.)

Lieky, kontrastné látky a iné druhy liečiv boli hlavne z produkcie Rady vzájomnej hospodárskej pomoci socialistického bloku. Novinky, inovatívne lieky a moderné technológie mali omeškanie niekedy aj 10 - 15 rokov. Tento model je uplatňovaný v niektorých postsovietských krajinách a na Kube.

2.3.4 BEVERIDGEOV MODEL

Autorom tohto modelu bol Sir William Henry Beveridge (1879 - 1963), ktorý ho predložil v roku 1942, schválený bol v roku 1946 a používať sa začal v roku 1948. Motívom jeho vzniku bol veľký počet povojnových invalidov, ktorí potrebovali zdravotnú starostlivosť. Tento model je veľmi podobný Semaškovmu modelu na základe štátom garantovanej zdravotnej služby pre všetkých obyvateľov financovaný z daní obyvateľstva. Bola vytvorená Národná zdravotná služba (National Health Service), ktorá bola zodpovedná za výber prostriedkov, ako aj za samotné financovanie poskytovateľov. Rozdiel od Semaškovho systému spočíval v tom, že zdravotnú starostlivosť naďalej poskytujú aj súkromné zariadenia. Existuje tu aj možnosť pripoistenia u súkromných zdravotných poisťovní a rovnako tak aj priame platby. V systéme vedľa seba existuje štátny aj súkromný sektor, pričom súkromný sektor sa orientuje na lukratívnejšie výkony, pre ktoré sú v štátnom sektore dlhšie čakacie doby. Za **výhody** sú považované: všeobecná dostupnosť ku zdravotnej starostlivosti, nízke náklady, nízke byrokratické zaťaženie, výhodnejšia makroekonomická regulácia. Za **nevýhody** sú považované predovšetkým dlhšie čakacie doby, čiastočne obmedzená sloboda voľby lekára a rôzna úroveň nemocníc z hľadiska komfortu. Tento model je uplatňovaný v Španielsku, Grécku, Austrálii, Veľkej Británii, v Taliansku a v severských štátoch Európy.



Obrázok 2.1 Porovnanie Bismarckovho a Beveridgeovho modelu

(Zdroj: Švihrová, 2015)

2.3.5 VÝVOJ MODELU ZDRAVOTNÉHO POISTENIA NA ÚZEMÍ SLOVENSKA

Na území Slovenska závisel model zdravotného poistenia od štátneho zriadenia, ktorého súčasťou bolo aj Slovensko. Povinné nemocenské poistenie robotníkov bolo v Uhorsku zavedené medzi prvými európskymi štátmi v roku 1891 zákonným článkom XIV o nemocenskom poistení. Zákonný článok XIX z roku 1907 zveril nemocenské a úrazové poistenie okresným pokladniciam, ktoré poistovali robotníkov a zrušil továrenské, súkromno-spolkové pokladnice a pokladnice priemyselných zborov. Zaviedol jednotný systém povinného nemocenského a úrazového poistenia pre zamestnancov v priemyselných a obchodných podnikoch nad 20 zamestnancov. Prvou svetovou vojnou došlo v roku 1918 k rozpadu monarchie a vzniku Československej republiky. Východná, časť krajiny, pôvodne uhorská (Slovensko a Podkarpatská Rus), bola zaostalejšia než západná časť novej republiky. Horšia dostupnosť zdravotnej starostlivosti, nedostatok zdravotníckeho personálu, chýbajúca osвета, nízky hygienický štandard a vysoká prevalencia infekčných ochorení boli stimulom a výzvou pre tvorcov zdravotnej politiky.

Nová Československá republika po svojom vzniku v roku 1918 prebrala poistný systém z čias monarchie. Zákon o poistení zamestnancov pre prípad choroby, invalidity a staroby, doplnený o rok neskôr novelou č. 268/1919 Zb. z. a n. zo dňa 15. mája 1919 bol rozšírený aj na skupiny ľudí, ktoré rakúska ani uhorská vláda nebrala do úvahy – predovšetkým zamestnancov v domácnostiach

a lesných robotníkov. Nariadením č. 516/1919 Zb. z. a n. zo dňa 23. septembra 1919 bola zriadená Zemská úradovňa pre poisťovanie robotníkov na Slovensku v Bratislave. Významný medzník v predstavovala polovica dvadsiatych rokov. Zákomom č. 221/1924 sa začala reforma sociálneho poistenia. Do platnosti vstúpil zákon naplno až v júni 1926, zjednocoval sústavu nemocenského poistenia a zavádzal povinné penzijné a invalidné poistenie. Tieto zákony predstavujú základný pilier československého sociálneho poistenia. Tento systém pretrval bez výraznejších zmien až do komunistického prevratu v roku 1948.

Po roku 1948 postupne dochádza k zmenám poistného systému. Bol zavedený systém zdravotnej starostlivosti podľa Semaška (viď podkapitola 2.3.3). Zdravotná starostlivosť bola poskytovaná bezplatne, došlo k znárodneniu všetkých poskytovateľov zdravotnej starostlivosti a ich zaradeniu do krajských a okresných ústavov národného zdravia. Od 1. 1. 1953 zákonom o dani zo mzdy je financovanie zdravotníctva zo štátneho rozpočtu. Základným cieľom v oblasti zdravotnej starostlivosti bolo zlepšenie zdravotného stavu populácie. Pod úspech preventívnych opatrení v 50. a 60. rokoch sa podpísala intenzívna osвета a podpora vzdelávania, ako aj prísnejšia organizácia štátu a spoločnosti. V liečebnej starostlivosti sa pozornosť sústreďovala predovšetkým na boj s infekčnými ochoreniami, najmä s tuberkulózou.

V roku 1966 sa systém zdravotnej starostlivosti stal plne integrovaným a financovaným zo štátneho rozpočtu na základe socialistického plánovania. Štát garantoval všetkým občanom bezplatnú zdravotnú starostlivosť a prebral plnú zodpovednosť za financovanie, riadenie a poskytovanie zdravotnej starostlivosti. Po zmene štátoprávneho usporiadania v roku 1968 sa Československo stalo federatívnym štátom, zloženým z dvoch socialistických republík: českej a slovenskej. Vzniklo tak slovenské ministerstvo zdravotníctva, ktoré prebralo zodpovednosť za plánovanie a riadenie slovenského zdravotníctva.

Na Slovensku sa súčasný systém zdravotného poistenia formuje od roku 1991, kedy došlo k opätovnému zavedeniu Bismarckovho modelu (viď podkapitola 2.3.2). V roku 1993 bola založená Národná poisťovňa zodpovedná za

financovanie zdravotného, sociálneho a dôchodkového poistenia. V roku 1994 bol prijatý zákon o zdravotnom poistení, ktorý zaviedol viaczdrojové financovanie zdravotného poistenia a vychádza z princípov solidarity, plurality, rovnosti, hospodárnosti, autonómnosti, verejnoprávnosti a kontrolnej úlohy štátu. Systém súčasného zdravotného poistenia na Slovensku upravuje právna norma č. 580/2004 Z. z. o zdravotnom poistení a o zmene a doplnení zákona č. 95/2002 Z. z. o poisťovníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov .

2.4 ZDROJE A SPÔSOBY FINANCOVANIA ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI

Financovanie zdravotníctva sa v jednotlivých krajinách sveta líši. Je ovplyvnené kultúrnymi, sociálnymi a spoločenskými tradíciami krajiny so zreteľom na ekonomickú situáciu. Za spoločné princípy financovania zdravotníctva sú považované:

- dostupnosť zdravotníckych služieb,
- solidarita,
- rovnaký prístup k zdravotnej starostlivosti,
- kvalita poskytovania zdravotnej starostlivosti.

Financovanie zdravotných systémov vo vyspelých krajinách môže byť realizované dvoma spôsobmi – výberom daní od obyvateľstva alebo z platieb poistného (dane, zdravotné odvody, doplnkové zdravotné poistenie alebo ich kombinácia). Dane zaťažujú faktor práce (príjmy z pracovnej činnosti), spotrebu jednotlivcov (spotrebné dane a DPH) a ich majetok (vlastnícke dane), zdravotné odvody a doplnkové zdravotné poistenie má vplyv len na faktor práce (príjmy z pracovnej činnosti). Platby poskytovateľom zdravotnej starostlivosti je realizované len dvoma konceptami – financovanie na základe rozpočtovania a platby podľa výkonov.

2.4.1 VÝKONOVÉ FINANCOVANIE

Kapitácia je mesačná paušálna platba, ktorú dostáva lekár od poisťovne za každého registrovaného poistenca bez ohľadu na to, či lekára navštevuje, alebo nie. Všeobecní lekári a gynekológovia dostávajú od poisťovní platbu každý

mesiac za každého poistenca, ktorého majú v evidencii. Výška tejto platby, odborne nazvanej **kapitácia**, závisí **od veku pacientov**. Najvyššia je u malých detí a u starých ľudí, ktorí potrebujú najintenzívnejšiu starostlivosť. V kapitácii sú zohľadnené všetky náklady, ktoré lekár s poskytnutím starostlivosti. Nad jej rámec sú uhrádzané niektoré vyšetrenia, predovšetkým prevencie.

Výkonové platby predstavujú pre poskytovateľov zdravotnej starostlivosti motivačný potenciál k čo najväčšiemu počtu výkonov, z medicínskeho hľadiska aj často k zbytočným. Preto sú zo strán poisťovní určené limity pre poskytovateľov na rôzne výkony. Nevýhodou tohto modelu financovania je predovšetkým rozsiahla administratívna náročnosť, ako aj potreba rozsiahleho administratívneho aparátu poskytovateľov na vykazovanie výkonov, čo zvyšuje náklady celého systému.

Priame platby v zdravotníctve, nazývané aj „out-of-pocket“ platby, sú platby, ktoré pacient platí priamo za zdravotnícke služby, ktoré nie sú hrazené z verejného zdravotného poistenia (VZP) alebo iných zdrojov. Ide o finančné výdavky, ktoré pacient uhrádza z vlastných finančných prostriedkov.

Príklady priamych platieb:

- **Doplatky za lieky** - najmä tie, ktoré nie sú v zozname hrazených liekov VZP, vyžadujú od pacienta doplatok.
- **Platby za vyšetrenia a zákroky** - ktoré nie sú hrazené z VZP, alebo vyžadujú spoluúčasť pacienta, sa platia priamo.
- **Platby za zdravotné služby v súkromných zariadeniach** - nie sú financované z VZP, musí tieto služby uhradiť.
- **Menej formálne platby** – platby za poskytnutie služieb, ktoré nie sú zmluvne dohodnuté (napr. uprednostnenie pacienta).
- **Doplatky za hospitalizáciu** - v niektorých prípadoch môže byť vyžadovaný doplatok za hospitalizáciu, najmä ak pacient volí nadštandardné podmienky alebo špeciálne služby.

DRG (Diagnoses Related Groups) je klasifikačný systém pacientov v ústavnej starostlivosti. Umožňuje zatriediť prípady (hospitalizácie) podľa diagnóz a diagnosticko–liečebných procedúr (výkonov) do skupín, ktoré majú podobné klinické charakteristiky a podobnú ekonomickú náročnosť (homogénne skupiny

prípadoch). Pri tomto mechanizme je za každý pobyt v nemocnici uhrádzaná paušálna platba (úhrada za prípad príslušnej diagnostickej skupiny), a to na základe určitých kritérií (atribútov prípadov), ktorými sú najmä hlavná diagnóza, vedľajšie diagnózy, vykonané procedúry/výkony, vek, pohlavie, spôsob prepustenia z nemocnice, závažnosť zdravotného stavu, u novorodencov pôrodná hmotnosť a ďalšie kritériá. Zaradenie hospitalizačného prípadu do určitej skupiny diagnóz sa realizuje podľa presne stanovených pravidiel prostredníctvom softvéru, umožňujúceho realizovať toto zoskupovanie prípadov. Výška základnej sadzby za skupinu diagnóz sa vyráta na základe priemeru skutočných nákladov nemocníc.

Platby za prípad „payment per case“ sa v zdravotníctve zvyčajne chápu ako systém platieb, v rámci ktorých sa za určitý zdravotný stav, špecializovaný prípad alebo postup platí pevná suma bez ohľadu na skutočné náklady na starostlivosť.

Platby za služby „Fee-for-services“ (FFS) je systém platenia za poskytované služby, pri ktorom je poskytovateľ (napr. lekár) platený za každú jednotlivú službu, ktorú pacientovi poskytne. Je to spôsob platieb v zdravotníctve, kde si poskytovatelia účtujú poplatky za počet úkonov a zákrokov, ktoré pre pacienta zrealizujú a nie za výsledok liečby. Znamená to, že každý výkon (napr. návšteva, vyšetrenie, zákrok) je zvlášť účtovaný a poskytovateľ je zaň platený. Tento systém môže poskytovateľov motivovať k vyššiemu počtu služieb, pretože ich zárobok je priamo úmerný množstvu poskytovaných úkonov, nie kvalite alebo výsledku liečby.

Bodovací systém tzv. Scoring system je založený na princípe ohodnotenia jednotlivých výkonov bodmi, ktorým sa v reálnych platbách pripisuje určitá finančná hodnota. Jeho využitie je predovšetkým v ambulantnej starostlivosti. Za nevýhodu tohto systému je považovaná predovšetkým veľká administratívna náročnosť a inflácia výkonov.

Platba za hospitalizačný prípad je úhrada ústavným zdravotníckym zariadeniam za každú ukončenú hospitalizáciu pacienta. Za jeden hospitalizačný prípad sa v systéme DRG považuje hospitalizácia pacienta v ústavnom zdravotníckom zariadení odo dňa prijatia pacienta do nemocnice až po jeho

prepustenie, bez ohľadu na to, na koľkých lôžkových oddeleniach počas celého pobytu v nemocnici bola pacientovi poskytovaná ústavná zdravotná starostlivosť. Platby sa líšia od typov nemocníc a jednotlivých medicínskych odborov. Za výhodu je považované nízke administratívne zaťaženie. Nevýhodou tohto systému financovania je snaha o veľký obrat, čím dochádza ku skracovaniu doby hospitalizácie a prepúšťanie často nedoriešených alebo nedoliečených pacientov.

Platby podľa ošetrovacích dní (tzv. lôžkodni) sú aplikovateľné len pre ústavné zdravotnícke zariadenia, kde dochádza k preplateniu každého dňa pobytu pacienta v nemocnici. Jedná sa o nie veľmi administratívne náročnú metódu financovania. Nevýhodou je predlžovanie doby hospitalizácie pacientov a nízka motivácia k efektivite.

2.4.2 ROZPOČTOVANIE

Rozpočty sa vytvárajú na náklade skutočných nákladov poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, resp. na základe ich spriemerovaním podľa odborov, typov nemocníc a zariadení a pod. Podstatným ukazovateľom pri tvorbe rozpočtu je aj retrospektívna rovina – historické hľadisko t.j. zohľadňuje sa aj rozpočet minulých období. Rozdiely a zmeny pri tvorbe nových rozpočtov v porovnaní s rozpočtami minulých rokov, sú realizované so zohľadnením viacerých kritérií – inflácia, rozsah a kvalita služieb, nákup nových technológií, investičné plány atď. Pri zostavovaní rozpočtu sa uplatňuje centralizácia jeho tvorby a následne sa alokuje do jednotlivých regiónov podľa počtu a chorobnosti obyvateľstva. Regióny tieto prostriedky zas prerozdeľujú jednotlivým poskytovateľom. Rozpočtový systém financovania je v porovnaní s výkonovým financovaním menej administratívne náročný, udržiava makroekonomicky celkový objem financií v limitoch, podstatné je ale to, že nemotivuje poskytovateľov zdravotnej starostlivosti k nadmerným výkonom z konjunkturálnych dôvodov.

Tvorba rozpočtu zdravotníctva na Slovensku prebieha cez Návrh štátneho rozpočtu, ktorý predkladá ministerstvo financií. Zodpovedným rezortom je

ministerstvo zdravotníctva, ktoré spolu s rezortom financií pripravuje rozpočtové návrhy. V rozpočtovom procese existujú aj výbory, ktoré dohliadajú na finančné zdroje

Výbor pre tvorbu rozpočtu v oblasti zdravotníctva je zriadená ministrom zdravotníctva Slovenskej republiky ako poradný orgán podľa § 5 ods. 4 zákona č. 575/2001 Z. z. o organizácii činnosti vlády a organizácii ústrednej štátnej správy v znení neskorších predpisov a podľa § 15 ods. 8 zákona č. 581/2004 Z. z. o zdravotných poisťovniach, dohľade nad zdravotnou starostlivosťou a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov – tzv. Programová vyhláška.

Úlohou Rady pre tvorbu rozpočtu je sledovať naplnenie výdavkových limitov v danom čase, identifikovať riziká a odchýlky od tých výdavkových limitov, reálnejšie odhadovať sumu výdavkov v zdravotníctve pre ďalšie obdobie, transparentne a profesionálne prognózovať očakávanú skutočnosť bežného roka a navrhovať rozpočet verejného zdravotného poistenia. Ďalšími úlohami Rady pre tvorbu rozpočtu je navrhovať rozpočet zdravotníckych zariadení vo verejnej správe a navrhovať Programovú vyhlášku transparentne vďaka efektívnejšej výmene dát a vyššiemu stupňu profesionality, ktoré sú vo vzájomnom súlade. Týmito činnosťami poskytujú scenár bez zmien politík uvedených oblastí vrátane osobitných návrhov prípadných úsporných opatrení a scenár so zmenami politík.

Postavenie, pôsobnosť, úlohy, zloženie a spôsob rokovania upravuje Štatút Rady.

Kontrolné otázky:

1. Čo znamená pojem manažment zdravotníctva?
2. Aké formy poskytovania zdravotnej starostlivosti poznáte?
3. Ktoré sú základné modely zdravotníckych systémov?
4. Čo je výkonové financovanie a aké má formy?
5. Čo je to rozpočtovanie?

LITERATÚRA

Allen, J. D.; Towne, S. D., Jr.; Maxwell, A. E.; et al. (2017). Measures of organizational characteristics associated with adoption and/or implementation of innovations: a systematic review. In: BMC Health Services Research, 17, s. 591.

Azad, N.; Anderson, H. G.; Brooks, A.; Garza, O.; O'Neil, C.; Stutz, M. M.; Sobotka, J. L. (2017). Leadership and Management Are One and the Same. In: American Journal of Pharmaceutical Education, 81(6), s. 102.

Burtis, A. T.; Howell, S. M.; Taylor, M. K. (2021). Mapping the Literature of Health Care Management: An Update. In: Journal of the Medical Library Association, 109(3), s. 464–471. <https://doi.org/10.5195/jmla.2021.1121>

Bělohlávek, F.; Košťan, P.; Šuleř, O. (2006). Management. Brno: Computer Press.

Chidambaram, S.; Jain, B.; Jain, U.; et al. (2024). An Introduction to Digital Determinants of Health. In: PLOS Digital Health, 3(1), e0000346. <https://doi.org/10.1371/journal.pdig.0000346>

Darlow, A. L.; Sloman, S. A. (2010). Two systems of reasoning: Architecture and relation to emotion. In: WIREs Cognitive Science, 1, s. 382–392. <https://doi.org/10.1002/wcs.58>

Dimunová, L. a kol. (2017). Vybrané kapitoly zo základov zdravotnej starostlivosti. Košice: ŠafárikPress.

Donnelly, J. H., Jr.; Gibson, J. L.; Ivancevich, J. M. (1997). Management. Praha: Publishing, a.s.

Drucker, P. G. (2000). Výzvy managementu pro 21. století. Praha: Management Press.

Eliášová, A.; Hadašová, L.; Fedurcová, I. (2017). Vybrané kapitoly zo zdravotníckeho manažmentu. Prešov: Vydavateľstvo PU.

Fennell, K. (2021). Conceptualisations of Leadership and Relevance to Health and Human Service Workforce Development: A Scoping Review. In: Journal of Multidisciplinary Healthcare, 14, s. 3035–3051. <https://doi.org/10.2147/JMDH.S329628>

Hahn, C. A.; Gil Lapetra, M. (2019). Development and Use of the Leadership Competencies for Healthcare Services Managers Assessment. In: *Frontiers in Public Health*, 7, s. 34.

Hrindová, T.; Goliašová, K. (2024). Case manažment – metóda ošetrovateľskej starostlivosti. In: *Interdisciplinárna spolupráca v ambulantnej sfére* 2, 1. vyd. Štrba: Infodoktor, s. 47–53.

Huebner, C.; Flessa, S. (2022). Strategic management in healthcare: A call for long-term and systems-thinking in an uncertain system. In: *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(14), 8617. <https://doi.org/10.3390/ijerph19148617>

Jakušová, V. (2016). Manažment pre nelekárske študijné programy. Martin: Osveta.

Jankelová, N.; et al. (2022). Manažment. Bratislava: Wolters Kluwer.

Kilíková, M. (2013). Teória manažmentu v ošetrovateľstve. Bratislava: Ústav sv. Jána Nepomuka Neumanna; Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety.

Kilíková, M.; Jakušová, V. (2008). Teória a prax manažmentu v ošetrovateľstve. Martin: Osveta.

Lynn, S. (2012). The shareholder value myth: How putting shareholders first harms investors, corporations, and the public. San Francisco: Berrett-Koehler Publishers.

McGregor, J. (2008). Bezos: How frugality drives innovation. In: *BusinessWeek*, 28. apríl 2008, s. 64–66.

Mintzberg, H. (1973). The nature of managerial work. New York: Harper & Row.

Mintzberg, H. (1990). The manager's job: Folklore and fact. In: *Harvard Business Review*, marec–apríl 1990, s. 167.

Mintzberg, H. (2003). The strategy process: Concepts, contexts, cases. Harlow: Pearson Education.

Mintzberg, H. (2013). Simply managing: What managers do and can do better. Upper Saddle River: Prentice Hall.

Ondruš, P.; Ondrušová, I.; et al. (2017). Manažment a financovanie v zdravotníctve: Príručka zdravotníckeho manažéra. Martin: Vydavateľstvo Matice slovenskej.

Plevová, I.; et al. (2012). Management v ošetrovatelství. Praha: Publishing, a.s.

Priest, S. (2019). Leadership management.
<http://simonpriest.altervista.org/LM.html>

Robbins, S. P.; Coulter, M. (2004). Management. Praha: Publishing, a.s.

Sakal, P.; et al. (2007). Strategický manažment v praxi manažéra. Bratislava: STU.

Sedlák, M. (2012). Základy manažmentu. Bratislava: Iura Edition.

Slezáková, Z. (2024). Kapitoly z organizácie zdravotníctva. Bratislava: SZU.

Švihrová, V. Systém zdravotnej starostlivosti a jeho financovanie. Multimediálna podpora výučby klinických a zdravotníckych disciplín: Portál Jesseniovej lekárskej fakulty Univerzity Komenského [online], 2015.
<https://portal.jfmed.uniba.sk/clanky.php?aid=302>

Tirpáková, L. a kol., (2022). Ošetrovatelství v ambulantnej zdravotnej starostlivosti. Košice: ŠafárikPress.

Valaitis, R.; Meagher-Stewart, D.; Martin-Misener, R.; Wong, S. T.; MacDonald, M.; O'Mara, L. (2018). Organizational factors influencing successful primary care and public health collaboration. In: BMC Health Services Research, 18, s. 420.

Zákon 578/2004 Z. z. o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zdravotníckych pracovníkoch, stavovských organizáciách v zdravotníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov

3 MANAŽÉR, OSOBNOSŤ MANAŽÉRA A JEHO VLASTNOSTI

Lucia Dimunová

Cieľ kapitoly:

- vymedziť úlohy manažéra,
- popísať základné vlastnosti manažéra,
- vysvetliť rozdiel medzi manažérom a lídrom,
- priblížiť faktory z prostredia vplývajúce na činnosť manažéra.

Kľúčové slová: faktory prostredia, líder, manažér, manažérske roly, osobnosť

V súčasnej spoločnosti sa manažérska práca považuje za jednu z najvýznamnejších profesií. Úspech organizácií – či už ide o podniky, verejnú správu alebo neziskové inštitúcie – závisí do veľkej miery od schopností a osobnostných vlastností ľudí, ktorí ich vedú. **Manažér je ten, kto formuluje ciele, organizuje zdroje, vedie ľudí a zabezpečuje, aby sa činnosti realizovali efektívne.** Nejde však iba o technickú stránku riadenia; manažérska práca je úzko spojená s osobnosťou človeka, jeho charakterom, hodnotami a spôsobom komunikácie.

Manažér je osoba poverená vedením a koordinovaním aktivít jednotlivcov alebo tímov v rámci organizácie. Zodpovedá za dosahovanie stanovených cieľov prostredníctvom efektívneho využívania dostupných zdrojov – ľudských, finančných, materiálnych aj informačných. Na rozdiel od špecialistov, ktorí sa sústredia na konkrétne odborné úlohy, manažér sa zaoberá predovšetkým koordináciou a vedením iných.

3.1 ÚLOHY MANAŽÉRA

Hlavnou úlohou manažéra je zabezpečiť, aby boli všetky procesy v organizácii efektívne riadené a zosúladené s cieľmi organizácie. Úlohy manažéra možno rozdeliť do niekoľkých základných oblastí:

Plánovanie – stanovenie cieľov, výber stratégií a postupov, predvídanie zdrojov a rizík. V rámci tejto funkcie manažér stanovuje ciele organizácie alebo tímu, pričom zohľadňuje dlhodobé aj krátkodobé potreby. Okrem definovania

cieľov je potrebné zvoliť aj vhodné stratégie a konkrétne kroky na ich dosiahnutie. Manažér musí vedieť predvídať možné prekážky a riziká, ktoré by mohli ohroziť realizáciu plánov, a zároveň vyhodnotiť, aké zdroje (finančné, personálne, technologické) budú potrebné. Úspešné plánovanie si vyžaduje analytické myslenie, schopnosť pracovať s informáciami a tvorivý prístup k riešeniu problémov.

Organizovanie – vytváranie štruktúr, rozdelenie kompetencií a zodpovedností. Manažér musí efektívne rozdeliť úlohy, stanoviť kompetencie a zodpovednosti jednotlivých členov tímu či oddelenia. Ide o proces, ktorý zabezpečuje, aby každý zamestnanec vedel, čo je jeho úlohou a ako jeho práca zapadá do širšieho kontextu organizácie. Dobrý manažér vytvára prehľadný systém, ktorý podporuje spoluprácu, znižuje konflikty a zvyšuje efektivitu práce.

Vedenie – motivovanie, komunikácia a riešenie konfliktov. Manažér by mal byť schopný inšpirovať svoj tím, vytvárať pozitívnu pracovnú atmosféru a podporovať rast jednotlivcov aj skupiny. Okrem toho musí efektívne komunikovať, vedieť počúvať, poskytovať spätnú väzbu a v prípade potreby riešiť konflikty.

Kontrolovanie – hodnotenie výsledkov, porovnávanie so stanovenými cieľmi a prijímanie nápravných opatrení. Tento proces zahŕňa monitorovanie a hodnotenie dosiahnutých výsledkov. Manažér porovnáva reálne výkony s pôvodne stanovenými cieľmi a v prípade odchýlok prijíma potrebné nápravné opatrenia. Cieľom nie je hľadať chyby, ale zabezpečiť, aby sa organizácia pohybovala správnym smerom a mohla sa neustále zlepšovať. Kontrola tiež poskytuje spätnú väzbu pre ďalšie plánovanie a zefektívnenie procesov.

3.2 MANAŽÉR AKO OSOBNOSŤ

Osobnosť manažéra je **komplex psychologických, sociálnych a morálnych vlastností, ktoré sa prejavujú v jeho práci s ľuďmi a v spôsobe riešenia problémov**. Nie každý človek je predurčený stať sa manažérom, pretože táto

rola vyžaduje špecifickú kombináciu vlastností – od odborných vedomostí, cez emocionálnu stabilitu až po schopnosť viesť tím.

Osobnosť manažéra sa formuje dlhodobo – vplyvom vzdelania, pracovných skúseností, spoločenského prostredia aj individuálnych predispozícií. Moderné chápanie manažérstva zdôrazňuje, že kľúčovým faktorom úspechu nie je len odborná zdatnosť, ale predovšetkým ľudský rozmer: schopnosť empatie, komunikácie a etického správania.

3.2.1 ZÁKLADNÉ VLASTNOSTI MANAŽÉRA

Úspešný manažér by mal disponovať viacerými vlastnosťami, ktoré mu umožňujú efektívne viesť a riadiť ľudí. Medzi najdôležitejšie patria:

- **Odbornosť a kompetentnosť** - Manažér musí ovládať nielen všeobecné zásady riadenia, ale aj špecifiká odvetvia, v ktorom pôsobí. Bez dostatočného odborného základu stráca dôveryhodnosť u svojich podriadených a nedokáže prijímať kvalifikované rozhodnutia.
- **Rozhodnosť a zodpovednosť** - Manažér je denne vystavený situáciám, ktoré si vyžadujú rýchle a jednoznačné rozhodnutia. Zodpovedá nielen za vlastnú prácu, ale aj za výkon svojho tímu. Preto musí byť pripravený niesť dôsledky svojich rozhodnutí.
- **Komunikačné schopnosti** - Kľúčovou vlastnosťou manažéra je schopnosť jasne a zrozumiteľne komunikovať. Patrí sem nielen formulovanie pokynov a cieľov, ale aj aktívne počúvanie, poskytovanie spätnej väzby a vedenie konštruktívneho dialógu.
- **Empatia a emocionálna inteligencia** - Manažér pracuje predovšetkým s ľuďmi. Schopnosť vnímať pocity, potreby a motiváciu podriadených umožňuje vytvárať priaznivé pracovné prostredie. Emocionálne inteligentný manažér dokáže zvládať konflikty a podporovať spoluprácu.
- **Tímovosť a schopnosť viesť** - Byť manažérom znamená byť lídrom. Manažér by mal vedieť motivovať a inšpirovať svoj tím, podporovať jeho rozvoj a zároveň udržiavať disciplínu a výkon. Dobrý líder je vzorom a dokáže spojiť ľudí okolo spoločného cieľa.

- **Flexibilita a adaptabilita** - Manažér musí vedieť prispôbiť stratégiu novým okolnostiam, mať schopnosť rýchlo reagovať na zmeny a zároveň udržiavať stabilitu v tíme.
- **Etika a integrita** - Dôvera je základom úspešného vedenia. Manažér, ktorý koná spravodlivo a transparentne, si získava rešpekt a lojalitu spolupracovníkov. Neetické správanie naopak vedie k strate autority a poškodzuje organizáciu.
- **Kreativita a inovatívnosť** - Manažér by nemal byť iba vykonávateľom osvedčených postupov, ale aj iniciátorom zmien a nových riešení. Kreatívne myslenie je nevyhnutné pre udržanie konkurencieschopnosti organizácie.
- **Sebaovládanie a odolnosť voči stresu** - Riadenie je náročná činnosť sprevádzaná vysokou mierou tlaku. Manažér musí byť schopný udržať si chladnú hlavu aj v náročných situáciách, nepodliehať panike a sústrediť sa na riešenie problémov.
- **Schopnosť strategického myslenia** - Manažér sa nesmie zamerať iba na krátkodobé úlohy. Mal by vidieť dlhodobý zámer organizácie, predvídať budúci vývoj a formovať dlhodobé stratégie, ktoré zabezpečia úspech organizácie.

3.2.2 MANAŽÉR VERZUS LÍDER

Často sa diskutuje o rozdiely medzi manažérom a lídrom. **Manažér** je osoba, ktorá plánuje, organizuje, vedie a kontroluje činnosti organizácie s cieľom dosiahnuť stanovené ciele. Podľa Majtána (2005) „**je manažér profesia, ktorej nositeľ pomocou manažérskych funkcií usmerňuje aktivity organizačnej jednotky.**“ Donnelly, Gibson a Ivancevich (1995) definujú „**manažéra ako osobu, ktorá dosahuje výsledky prostredníctvom úsilia iných ľudí.**“

Babeľa a Tesař (2011) upozorňujú, že manažérske rozhodnutia sú ovplyvnené vonkajším prostredím (napr. legislatíva, technológie, demografia) a zároveň musia reflektovať vnútorné zdroje organizácie.

Príklad z praxe:

Vedúca sestra na oddelení intenzívnej starostlivosti plánuje rozpis služieb, zabezpečuje personál, kontroluje dodržiavanie štandardov a komunikuje s vedením nemocnice.

Líder je osoba, ktorá motivuje, inšpiruje a vedie tím k dosiahnutiu spoločnej vízie. Líderstvo je založené na soft skills – empatii, komunikácii, schopnosti nadchnúť a viesť ľudí. Kaliská a Heinzová (2022) opisujú lídra **ako „osobu, ktorá modeluje cestu, podporuje iniciatívu a oceňuje členov tímu“**. Líderstvo je o vytváraní dôvery, rozvoji potenciálu a budovaní kultúry spolupráce. Lašáková (2023) zdôrazňuje, že líder nemusí mať formálnu vedúcu pozíciu – jeho vplyv vychádza z kvality vzťahov a schopnosti inšpirovať ostatných.

Príklad z praxe:

Skúsená sestra, ktorá nie je vedúcou pracovníčkou, ale svojím prístupom, ochotou pomáhať kolegom a schopnosťou riešiť konflikty sa stáva prirodzeným lídrom tímu.

Legislatívne aspekty manažmentu a líderstva v zdravotníctve

1. Zákon č. 578/2004 Z. z. o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti. Tento zákon upravuje postavenie zdravotníckych pracovníkov, podmienky výkonu zdravotníckeho povolania, organizáciu poskytovania zdravotnej starostlivosti, stavovské organizácie v zdravotníctve.

Podľa § 33 a § 39 zákona č. 578/2004 Z. z. sa vedúci zdravotnícki pracovníci (napr. hlavné sestry, staničné sestry, vedúci lekári) považujú za osoby so zodpovednosťou za riadenie a koordináciu zdravotníckych činností. Zákon tiež stanovuje požiadavky na odbornú spôsobilosť a ďalšie vzdelávanie vedúcich pracovníkov.

2. Nariadenie vlády SR č. 296/2010 Z. z. upravuje odbornú spôsobilosť na výkon riadiacich funkcií. Vedúci pracovníci v ošetrovatelstve musia spĺňať požiadavky na špecializáciu (napr. v oblasti manažmentu v ošetrovatelstve).

3. Zákonník práce (č. 311/2001 Z. z.) definuje vedúceho zamestnanca ako osobu, ktorá má právo a povinnosť riadiť prácu iných zamestnancov, prideľovať im úlohy, kontrolovať ich výkon a vydávať záväzné pokyny.

Zameriava sa na pracovnoprávne vzťahy vedúcich zamestnancov, ich zodpovednosť za plnenie úloh zamestnávateľa, práva a povinnosti vo vzťahu k podriadeným zamestnancom.

4. Vyhláška MZ SR č. 74/2019 Z. z. upravuje kritériá a spôsob hodnotenia sústavného vzdelávania zdravotníckych pracovníkov. Vedúci pracovníci sú povinní zabezpečiť, aby ich tím spĺňal požiadavky na sústavné vzdelávanie, a zároveň sami musia preukazovať odborný rast.

5. Dohľad nad poskytovaním ošetrovateľskej starostlivosti

Podľa zákona č. 185/2014 Z. z. a zákona č. 581/2004 Z.z. o zdravotných poisteniach a dohľade nad zdravotnou starostlivosťou vykonáva Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou kontrolu nad kvalitou poskytovania ošetrovateľskej starostlivosti. Vedúci pracovníci sú zodpovední za dodržiavanie štandardov a môžu byť sankcionovaní za zistené nedostatky.

Kľúčové rozdiely medzi manažérom a lídrom

Manažér sa zameriava na procesy, ciele a kontrolu, zatiaľ čo líder sa zameriava na ľudí, víziu a motiváciu. Manažér používa hard skills, líder soft skills. Manažér riadi, líder vedie. Manažér udržiava stabilitu, líder podporuje inovácie. Ideálne je, ak manažér spája obe roviny: má organizačné schopnosti, ale zároveň dokáže svojím osobným príkladom inšpirovať ostatných.

Rozlíšenie medzi manažérom a lídrom nie je o tom, kto je lepší, ale o pochopení ich komplementárnych rolí. V zdravotníctve je nevyhnutné, aby vedúci pracovníci dokázali efektívne riadiť procesy a zároveň viesť ľudí.

3.2.3 MANAŽÉR A JEHO POSTAVENIE V ORGANIZÁCI

Manažment v zdravotníctve zohráva kľúčovú úlohu pri zabezpečovaní kvalitnej zdravotnej starostlivosti, efektívneho využívania zdrojov a spokojnosti pacientov aj zdravotníckeho personálu. Vzhľadom na komplexnosť a rozsah zdravotníckych zariadení je manažérska štruktúra rozdelená do troch základných úrovní: top manažment, stredný manažment a operatívny (líniový) manažment. Každá úroveň má svoju špecifickú zodpovednosť a úlohy, ktoré spolu vytvárajú systém efektívneho riadenia.

Top manažment – strategické rozhodnutia a dlhodobé ciele

Top manažment predstavuje najvyššiu riadiacu úroveň v zdravotníckych zariadeniach. Do tejto skupiny zvyčajne patrí riaditeľ nemocnice, námestníci pre zdravotnú starostlivosť, ekonomickí riaditelia či členovia správnej rady. Ich hlavnou úlohou je formovanie dlhodobej stratégie, stanovenie vízie a poslania organizácie, ako aj rozhodovanie o smerovaní a prioritách. V zdravotníctve má top manažment na starosti napríklad:

- rozhodovanie o rozšírení alebo redukcii oddelení (napr. otvorenie nového onkologického centra),
- tvorbu rozpočtov na ďalší rok,
- schvaľovanie investícií do modernej medicínskej technológie,
- vyjednávanie s poisťovňami a ministerstvom zdravotníctva.

Príklad z praxe

Vedenie nemocnice rozhodlo o zriadení oddelenia hospicovej starostlivosti. Vychádza pritom z demografických údajov a narastajúceho počtu pacientov, ktorí potrebujú túto starostlivosť. Toto rozhodnutie ovplyvní smerovanie nemocnice na najbližších 5–10 rokov a vyžaduje veľké investície, plánovanie ľudských zdrojov a spoluprácu s ďalšími inštitúciami.

Stredný manažment – taktické rozhodnutia a koordinácia tímov

Stredný manažment slúži ako spojovací článok medzi strategickým vedením a každodenným chodom organizácie. Sú to najčastejšie vedúci lekári oddelení, vedúce sestry, manažéri jednotlivých úsekov (napr. IT, vedúca nemocničnej lekárne). Ich úlohou je realizovať strategické ciele v podobe konkrétnych plánov a koordinovať prácu jednotlivých tímov a oddelení. Ich úlohy zahŕňajú:

- plánovanie služieb a zmien personálu,
- zabezpečenie spolupráce medzi jednotlivými oddeleniami (napr. urgentným príjmom a oddelením ARO),
- dohľad nad plnením hygienických a kvalitatívnych štandardov,
- riešenie prevádzkových problémov a podpora personálu.

Príklad z praxe:

Vedúci lekár chirurgického oddelenia zabezpečuje, aby boli všetky operačné sály optimálne využité. Sleduje čakacie doby pacientov, prideluje operačné časy jednotlivým chirurgom a koordinuje spoluprácu s anesteziologickým tímom. Okrem toho rieši aj prípadné problémy, ako napríklad výpadok personálu alebo nedostatok pomôcok.

Operatívny manažment – denné riadenie a riešenie každodenných úloh

Na najnižšej úrovni manažmentu sa nachádza operatívny (líniový) manažment. Ide o ľudí, ktorí sú v priamom kontakte s výkonom zdravotnej starostlivosti – napríklad manažérky dennej zmeny, vedúci lekár oddelenia, zdravotnícki koordinátori alebo vedúci laboratórií. Títo pracovníci zabezpečujú každodenný chod oddelenia, riešia aktuálne prevádzkové úlohy, zadávajú úlohy zamestnancom a zaisťujú bezproblémový chod jednotlivých zložiek zdravotníckeho zariadenia. Ich úlohy zahŕňajú:

- rozpis služieb a zabezpečenie dostatočného personálneho pokrytia,
- sledovanie dostupnosti materiálu a liekov,
- komunikáciu s pacientmi a ich rodinami na operačnej úrovni,
- riešenie bežných prevádzkových problémov (napr. porucha prístroja, neprítomnosť zamestnanca, transport pacienta).

Príklad z praxe:

Manažérka dennej zmeny na internom oddelení zistí, že chýba dôležitý liek pre pacienta s cukrovkou. Okamžite kontaktuje nemocničnú lekárňu a zároveň zabezpečí náhradné riešenie, aby pacient dostal potrebnú liečbu.

Každá úroveň manažmentu v zdravotníctve plní nezastupiteľnú úlohu. Top manažment určuje smerovanie a zabezpečuje stabilitu inštitúcie, stredný manažment prekladá víziu do konkrétnej organizácie práce a operatívny manažment zabezpečuje, aby sa zdravotná starostlivosť vykonávala kvalitne, bezpečne a efektívne každý deň. Efektívna spolupráca medzi všetkými úrovňami manažmentu je základom úspešného riadenia zdravotníckeho zariadenia. Bez dobre nastaveného systému riadenia by nebolo možné reagovať na výzvy, akými

sú personálny nedostatok, zvyšujúce sa nároky pacientov či technologický pokrok. Práve preto je dôležité, aby každý manažér – bez ohľadu na svoju úroveň – mal nielen odborné vedomosti, ale aj schopnosť viesť ľudí, efektívne komunikovať a rozhodovať sa zodpovedne.

3.2.4 TYPOLÓGIA MANAŽÉROV

Spôsob, akým manažér vedie svoj tím, ovplyvňuje nielen efektívnosť pracovného prostredia, ale aj kvalitu poskytovanej starostlivosti, spokojnosť zamestnancov a celkovú atmosféru na pracovisku. V manažmente existuje viacero prístupov k rozlišovaniu typov manažérov podľa štýlu vedenia. Medzi najčastejšie patria:

Autoritatívny manažér

Autoritatívny manažér je typ lídra, ktorý kladie dôraz na disciplínu, prísne dodržiavanie pravidiel a jasne definovanú hierarchiu. Rozhodnutia prijíma prevažne sám, bez širšej diskusie s tímom, pričom očakáva ich dôsledné vykonávanie. Tento štýl vedenia je charakteristický vysokou kontrolou, pravidelným dohľadom a rýchlym reagovaním na odchýlky od noriem.

Výhody:

Efektívny v krízových situáciách, keď je potrebné rýchlo konať.

Udržiava poriadok a stabilitu v tímoch, kde je nízka úroveň samostatnosti.

Znižuje neistotu u menej skúsených zamestnancov.

Nevýhody:

Potláča kreativitu a iniciatívu.

Môže viesť k stresu a nízkej motivácii zamestnancov.

Obmedzuje zapojenie tímu do rozhodovania.

Príklad z praxe:

Vedúca sestra na jednotke intenzívnej starostlivosti (JIS) riadi tím autoritatívnym štýlom. Počas kritickej situácie (napríklad náhleho zhoršenia stavu pacienta) rýchlo rozdelí úlohy, zadá príkazy a vyžaduje okamžité vykonanie. Tento prístup je v danej chvíli nevyhnutný, pretože nie je čas na

diskusie. Dlhodobu však môže viesť k únave tímu, ak sa udržiava aj mimo krízových situácií.

Demokratický manažér

Demokratický (participatívny) manažér podporuje spoluprácu, otvorenú komunikáciu a zapája členov tímu do rozhodovacieho procesu. Tento štýl vedenia podporuje zodpovednosť, iniciatívu a budovanie dôvery. Hoci konečné rozhodnutie zostáva na manažérovi, berie do úvahy názory a návrhy ostatných.

Výhody:

Zvyšuje motiváciu a angažovanosť zamestnancov.

Podporuje tímovú spoluprácu a kreativitu.

Zlepšuje pracovnú klímu a spokojnosť zamestnancov.

Nevýhody:

Môže spomaliť rozhodovanie, najmä v urgentných situáciách.

Nevhodný pre tímy s nízkou iniciatívou alebo skúsenosťami.

Príklad z praxe:

Primár interného oddelenia organizuje pravidelné tímové porady, kde sestry, lekári aj administratíva môžu vyjadriť svoje názory. Vďaka tomu sa zistilo, že dochádza k nedorozumeniam pri prekladoch pacientov medzi oddeleniami. Spoločne sa dohodli na novom postupe, ktorý zefektívnil komunikáciu a zvýšil spokojnosť pacientov aj personálu. V tomto prípade demokratický štýl prispel k zlepšeniu spolupráce a identifikácii problémov, ktoré by manažér sám možno neodhalil.

Laissez-faire manažér

Laissez-faire manažér sa vyznačuje tým, že ponecháva veľkú mieru autonómie svojim podriadeným. Do riadenia zasahuje len minimálne a do rozhodovania sa zapája skôr pasívne. Tento štýl môže byť veľmi efektívny pri skúsených, zodpovedných a dobre koordinovaných tímoch, no môže viesť k chaosu tam, kde chýba sebadisciplína alebo jasné ciele.

Výhody:

Podporuje samostatnosť a rozvoj líderských schopností v tíme.

Umožňuje flexibilitu a individuálny prístup.

Nevýhody:

Riziko straty kontroly nad výkonom tímu.

Nedostatok spätnej väzby môže znížiť motiváciu.

Príklad z praxe:

Skúsený tím fyzioterapeutov pracuje na rehabilitačnom oddelení pod vedením manažéra, ktorý praktizuje laissez-faire štýl. Každý člen tímu si plánuje svoje postupy, komunikuje priamo s pacientmi a má zodpovednosť za svoj pracovný čas. Manažér zasahuje len v prípade problémov alebo pri výnimočných rozhodnutiach. Tento prístup funguje, pretože tím je samostatný, kompetentný a motivovaný.

Výber štýlu riadenia závisí od mnohých faktorov ako typu oddelenia, zloženia tímu, povahy práce, ako aj osobnosti samotného manažéra. Každý z týchto štýlov má svoje výhody aj nevýhody a ich účinnosť závisí od kontextu, situácie a typu tímu. Autoritatívny štýl môže byť vhodný v kritických situáciách alebo v tímoch so slabou disciplínou, demokratický štýl zlepšuje tímovú prácu a podporuje angažovanosť a laissez-faire prístup sa hodí tam, kde je vysoká samostatnosť a odbornosť. V ideálnom prípade by mal byť manažér v zdravotníctve flexibilný – prispôbovať svoj štýl podľa konkrétnych okolností. Úspešný manažér nie je ten, ktorý striktne používa jeden prístup, ale ten, kto vie kedy byť prísny, kedy počúvať a kedy dôverovať svojmu tímu.

3.2.5 MANAŽÉRSKE ROLY

Manažérske roly podľa známeho kanadského profesora Henryho Mintzberga predstavujú súbor činností a správania, ktoré manažér vykonáva pri riadení ľudí, organizácie a procesov. Mintzberg identifikoval desať základných rolí, ktoré rozdelil do troch hlavných skupín – **interpersonálne, informačné a rozhodovacie**. Tieto roly sa navzájom prelínajú a vytvárajú komplexný obraz práce manažéra.

Interpersonálne roly súvisia najmä so spôsobom, akým manažér komunikuje s ľuďmi – kolegami, pacientmi, nadriadenými alebo externými partnermi. Manažér vystupuje ako **reprezentant**, teda symbol organizácie pri rôznych

formálnych príležitostiach (podpisuje dokumenty, reprezentuje nemocnicu na verejných podujatiach). Napríklad: riaditeľ nemocnice sa zúčastňuje na otvorení nového dialyzačného centra a vystupuje v médiách, kde prezentuje význam zariadenia pre pacientov a región.

Ďalšou rolou je **líder**, ktorý vedie tím, motivuje zamestnancov a zabezpečuje, aby plnili ciele organizácie. Napríklad: vedúca sestra oddelenia podporuje mladé sestry v ďalšom vzdelávaní, organizuje pravidelné školenia.

Manažér zároveň pôsobí ako **spojka** (networker), ktorá buduje a udržiava kontakty s interným aj externým prostredím. Napríklad: vedúca sestra oddelenia spolupracuje s regionálnym úradom verejného zdravotníctva na zavedení nových hygienických opatrení počas epidémie.

Informačné roly zdôrazňujú úlohu manažéra ako sprostredkovateľa informácií. Ide o schopnosť manažéra získať, spracovať a šíriť informácie. V role **monitora** manažér sleduje okolie, zbiera a analyzuje interné aj externé údaje, sleduje nové trendy, smernice či zmeny v legislatíve, ktoré sú dôležité pre organizáciu. Napríklad: zdravotnícky manažér sleduje najnovšie odporúčania WHO alebo ministerstva zdravotníctva o prevencii infekcií a pripravuje oddelenie na implementáciu nových pravidiel.

Ako **distribútor** informácie ďalej šíri medzi podriadených a kolegov, aby boli správne informovaní. Napríklad: Manažérka dennej zmeny informuje tím o novom tlačive na objednávanie krvných konzerv z transfúznej stanice.

V pozícii **hovorca** manažér vystupuje pred externým prostredím, komunikuje s verejnosťou či partnermi a prezentuje názory organizácie.

Rozhodovacie roly súvisia s aktívnym ovplyvňovaním fungovania organizácie cez rozhodovanie, riešenie problémov a riadenie zmien. Manažér v role **podnikateľa** (iniciátora zmien) prichádza s inováciami, novými nápadmi a zlepšeniami. Napríklad: manažér kvality v nemocnici navrhne zavedenie elektronického systému pre evidenciu sťažností pacientov, čo vedie k rýchlejšiemu riešeniu problémov a zvyšuje spokojnosť. Ako **riešiteľ** problémov zasahuje v krízových situáciách a hľadá efektívne riešenia. V úlohe **alokátora zdrojov** rozhoduje o rozdelení financií, ľudských zdrojov či materiálov. Primár musí rozhodnúť, ktorý z dvoch lekárov pôjde na špecializované školenie, keďže

nemocnica má financie len pre jedného. Zohľadňuje odbornosť, prínos pre oddelenie aj osobný záujem lekárov.

Poslednou rolou je **vyjednávač**, ktorý zastupuje organizáciu pri rokovaníach a hľadá výhodné dohody. Napríklad: riaditeľ nemocnice rokuje s dodávateľom CT prístroja o cene a podmienkach údržby.

Tieto roly ukazujú, že manažér nie je len riadiaci pracovník, ale aj komunikátor, inovátor a líder. Úspešný manažér musí zvládnuť všetky tri skupiny rolí, aby dokázal efektívne viesť organizáciu.

3.2.6 ROZVOJ OSOBNOSTI MANAŽÉRA

Predpokladom úspechu manažéra je jeho kontinuálny rozvoj v osobnom aj profesionálnom živote. Medzi kľúčové oblasti rozvoja osobnosti manažéra je možné zaradiť:

Sebapoznanie a sebareflexia

Základom každého osobnostného rastu je poznanie samého seba – svojich silných a slabých stránok, hodnôt, spôsobu komunikácie a reakcií na stres. Manažér, ktorý sa pozná, dokáže lepšie zvládať konflikty, prijímať spätnú väzbu a rásť.

Spôsoby rozvoja: Vedenie si osobného denníka alebo reflektívnych poznámok; Pravidelná spätná väzba od kolegov; Koučing alebo mentoring.

Komunikačné zručnosti

Efektívna komunikácia je základným nástrojom manažéra. Ide nielen o to, ako rozpráva, ale aj ako počúva, argumentuje, vysvetľuje a reaguje na emócie iných.

Spôsoby rozvoja: Tréningy asertivity a aktívneho počúvania; Nácvik riešenia konfliktov; Práca s neverbálnou komunikáciou.

Emocionálna inteligencia (EQ)

Emočná inteligencia zahŕňa vnímanie a zvládanie vlastných emócií, schopnosť empatie a porozumenia druhým. Manažéri s vysokou EQ sú schopní vytvárať zdravé medziľudské vzťahy, motivovať tím a riešiť náročné situácie s pokojom.

Spôsoby rozvoja: Tréning empatie; Meditácia a zvládanie stresu; Práca s emocionálnou spätnou väzbou.

Rozvoj líderských schopností

Manažér nie je len vedúci pracovník, ale lídrom, ktorý inšpiruje, nastavuje víziu a vedie tím k spoločnému cieľu. Dobrý líder motivuje svojich zamestnancov, rozvíja ich silné stránky a posilňuje tímového ducha.

Spôsoby rozvoja: Kurzy leadershipu; Koučing zameraný na vedenie tímu; Rozvoj vízie a strategického myslenia.

Zvládanie stresu a vyváženie pracovného a osobného života

Zdravotníctvo je odvetvie s vysokou mierou stresu. Manažér, ktorý nevie zvládať tlak, ho často nevedomky prenáša na svoj tím. Preto je dôležité, aby sa manažéri učili pracovať so stresom, nastavovať si hranice a udržiavať duševnú pohodu.

Spôsoby rozvoja: Techniky time managementu; Relaxačné cvičenia a mindfulness; Vedenie zdravého životného štýlu.

Manažérske vlastnosti nie sú nemenné. Aj keď niektoré predispozície vyplývajú z temperamentu či charakteru, väčšina schopností sa dá rozvíjať prostredníctvom vzdelávania, tréningu a praxe.

3.2.7 PROSTREDIE MANAŽÉRA

Úspešné riadenie organizácie si vyžaduje nielen odborné znalosti a manažérske zručnosti, ale aj schopnosť porozumieť prostrediu, v ktorom organizácia pôsobí. Manažér je neustále ovplyvňovaný rôznymi faktormi, ktoré formujú jeho rozhodovanie, plánovanie a vedenie tímu. Tieto faktory sa súhrnne označujú ako organizačné prostredie. Manažéri v zdravotníckom zariadení napr. námestníčka pre ošetrovatel'stvo, vedúca sestra, manažérka dennej zmeny alebo riaditeľ nemocnice sa pohybujú v špecifickom prostredí, ktoré ovplyvňuje ich rozhodovanie a riadiace procesy.

Organizačné prostredie predstavuje súhrn všetkých vnútorných a vonkajších faktorov, ktoré ovplyvňujú činnosť organizácie a jej manažéra. Tieto faktory môžu byť stabilné alebo dynamické, predvídateľné alebo náhle, a ich vplyv môže byť pozitívny aj negatívny. Schopnosť manažéra identifikovať, analyzovať a reagovať na tieto faktory je kľúčová pre efektívne riadenie.

Organizačné prostredie sa delí na vnútorné (interné) a vonkajšie (externé) prostredie.

Vnútorné prostredie (interné faktory)

Vnútorné prostredie zahŕňa všetko, čo sa nachádza vo vnútri organizácie a je priamo ovplyvniteľné manažmentom. Tieto faktory sú často výsledkom dlhodobého vývoja a kultúrneho nastavenia organizácie.

Organizačná štruktúra: Určuje, ako je organizácia usporiadaná – aké sú hierarchické vzťahy, rozdelenie kompetencií, zodpovedností a právomocí. Jasná a funkčná štruktúra podporuje efektívnu komunikáciu a koordináciu medzi jednotlivými úrovňami riadenia.

V nemocnici môže byť štruktúra veľmi hierarchická – napríklad vedúca sestra zodpovedá za všetky sestry na oddelení, ktoré sú rozdelené podľa zmien. Ak nie je jasne definované, kto má aké kompetencie počas zmeny, vznikajú konflikty a neefektivita.

Organizačná kultúra: Predstavuje súbor hodnôt, noriem, presvedčení a rituálov, ktoré formujú správanie zamestnancov. Silná kultúra podporuje lojalitu, motiváciu a identifikáciu s cieľmi organizácie. V zariadení, kde sa podporuje tímová spolupráca, otvorená komunikácia a rešpekt medzi lekármi a sestrami, je kultúra pozitívna. Naopak, ak prevláda strach z trestu za chyby, zamestnanci môžu zatajiť problémy, čo ohrozuje bezpečnosť pacienta.

Ľudské zdroje: Kvalita tímu, jeho odborná pripravenosť, motivácia a schopnosť spolupracovať sú rozhodujúce pre úspech organizácie. Nedostatok kvalifikovaných sestier alebo ich vysoká fluktuácia môže výrazne ovplyvniť kvalitu starostlivosti. Manažér musí zabezpečiť školenia, supervíziu a podporu, aby si udržal motivovaný a kompetentný tím.

Technológie: Moderné technické vybavenie a informačné systémy zvyšujú efektivitu práce, zlepšujú komunikáciu a umožňujú rýchlejšie rozhodovanie. Zavedenie elektronickej zdravotnej dokumentácie (napr. eZdravie) môže zefektívniť prácu, ale ak nie sú zamestnanci dostatočne zaškolení, môže to viesť k chybám. Manažér musí zabezpečiť technickú podporu a školenia. Taktiež by mal sledovať technologické trendy a zabezpečiť ich implementáciu.

Vonkajšie prostredie (externé faktory)

Vonkajšie prostredie zahŕňa faktory, ktoré sa nachádzajú mimo organizácie, a ktoré manažér nemôže priamo ovplyvniť, ale musí sa im prispôbiť. Delí sa na mikroprostredie a makroprostredie.

Mikroprostredie: Tvoria ho subjekty, s ktorými organizácia prichádza do priameho kontaktu – zákazníci, dodávatelia, konkurencia, obchodní partneri. Taktiež aj pacienti, ktorí očakávajú kvalitnú starostlivosť. Manažér musí sledovať ich správanie, potreby a stratégie, aby vedel pružne reagovať a udržať si konkurenčnú výhodu.

Makroprostredie: Zahŕňa širšie spoločenské a ekonomické podmienky, ktoré ovplyvňujú fungovanie organizácie. Často sa analyzuje pomocou **PESTE analýzy**, ktorá zahŕňa:

Politicko-právne faktory – legislatíva, regulácie, stabilita vlády. Zmeny v legislatíve, ako napríklad novela zákona o zdravotnej starostlivosti, môžu ovplyvniť kompetencie sestier alebo spôsob vykazovania výkonov.

Ekonomické faktory – inflácia, nezamestnanosť, úrokové sadzby. Rozpočet nemocnice je často limitovaný. Manažér musí efektívne hospodáriť s prostriedkami a zároveň zabezpečiť kvalitu starostlivosti.

Sociálno-kultúrne faktory – demografia, životný štýl, hodnoty spoločnosti. Starnutie populácie zvyšuje dopyt po dlhodobej starostlivosti. Manažér musí prispôbiť personálne kapacity a služby tejto realite.

Technologické faktory – inovácia, digitalizácia, vývoj v oblasti IT. Rozvoj telemedicíny, teleošetrovateľstva a umelá inteligencia menia spôsob poskytovania zdravotnej starostlivosti. Manažér musí sledovať trendy a pripravovať tím na zmeny.

Ekologické faktory - súvisia s ochranou životného prostredia, udržateľnosťou a ekologickými reguláciami.

Príklady z praxe:

Prípadová štúdia 1: Zmena organizačnej kultúry na oddelení dlhodobej starostlivosti.

Oddelenie dlhodobej starostlivosti v regionálnej nemocnici čelilo vysokej fluktuácii sestier a nízkej spokojnosti pacientov. Atmosféra na pracovisku bola napätá, komunikácia medzi sestrami a lekármi bola formálna a často konfliktná. Zásah manažéra: Nová vedúca sestra zaviedla pravidelné tímové porady, supervízne stretnutia a podporila otvorenú spätnú väzbu. Zorganizovala školenie o tímovej spolupráci a komunikácii.

Výsledok: Po šiestich mesiacoch sa znížila fluktuácia sestier o 30 %, zlepšila sa spokojnosť pacientov a tím začal fungovať súdržnejšie. Zmena organizačnej kultúry mala priamy dopad na kvalitu starostlivosti.

Záver: Organizačná kultúra je kľúčovým interným faktorom, ktorý môže manažér cielene ovplyvniť.

Prípadová štúdia 2: Vplyv legislatívnej zmeny na kompetencie sestier
V roku 2024 vstúpila do platnosti novela zákona, ktorá rozšírila kompetencie sestier v oblasti predpisovania zdravotníckych pomôcok. Mnohé sestry však neboli na túto zmenu pripravené.

Zásah manažéra: Vedúca sestra zorganizovala sériu školení v spolupráci s regionálnou Slovenskou komorou sestier a pôrodných asistentiek. Zároveň vytvorila interný manuál s postupmi a príkladmi správneho predpisovania.

Výsledok: Sestry sa cítili istejšie, počet chýb v predpisoch klesol a pacienti získali rýchlejší prístup k pomôckam. Zmena legislatívy bola úspešne implementovaná vďaka proaktívnemu prístupu manažéra.

Záver: Makroprostredie (politicko-právne faktory) si vyžaduje adaptabilitu a podporu zo strany manažmentu.

3.2.8 INTERAKCIA MANAŽÉRA S PROSTREDÍM

Manažér nie je len človekom, ktorý riadi zamestnancov a dohliada na plnenie cieľov organizácie. Manažér sa nevyhnutne stáva aj sprostredkovateľom medzi organizáciou a jej neustále sa meniacim prostredím. Schopnosť adaptácie, efektívnej komunikácie, analýzy externých faktorov a budovania vzťahov so stakeholdermi predstavuje kľúčové kompetencie každého úspešného lídra.

Adaptácia manažéra na zmeny prostredia

Globalizácia, technologický pokrok, zmeny v legislatíve, environmentálne výzvy či sociálne zmeny nútia manažérov neustále sa prispôsobovať. Úspešný manažér musí byť flexibilný, čo pre neho znamená schopnosť rýchlo sa prispôbiť novým podmienkam. Prispôsobovanie sa súvisí nielen so zmenou procesov, ale aj myslenia, ochoty učiť sa nové veci a rýchlo reagovať na zmeny. Manažér si musí byť vedomý, že niekedy je potrebné opustiť zaužívané modely správania a vnímať zmenu ako príležitosť, nie ako hrozbu.

Príkladom adaptácie môže byť reakcia na legislatívne zmeny, ako napríklad novela zákonníka práce alebo zmena v oblasti ochrany osobných údajov (GDPR), čo si často vyžaduje školenia zamestnancov, revíziu dokumentácie a úpravu IT systémov. Ďalším typom je technologická zmena, napríklad zavedenie umelej inteligencie do procesov v organizácii. Manažér má za úlohu pochopiť výhody a riziká novej technológie, ale aj pripraviť tím na jej implementáciu. To si vyžaduje schopnosť rýchleho učenia sa, kritického myslenia a proaktívneho prístupu. Z oblasti zdravotníctva je možné uviesť napríklad keď bol v roku 2023 na Slovensku zavedený elektronický recept (eRecept) ako povinný nástroj. Manažér polikliniky musel zabezpečiť technické vybavenie ordinácií, školenie lekárov a prepojenie so systémom eZdravie. Neprispôsobenie sa novej legislatíve by mohlo viesť k porušeniu zákona a strate dôvery pacientov.

Riadenie vzťahov so stakeholdermi

Manažér nemôže efektívne fungovať izolovane od okolia. Každá organizácia je súčasťou širšieho ekosystému, ktorý tvorí množstvo záujmových skupín (stakeholderov) – od zamestnancov, zákazníkov, dodávateľov a investorov, až po štátne orgány, médiá či miestne komunity. V zdravotníctve je počet a rozmanitosť stakeholderov obzvlášť vysoký. Manažér sa musí vedieť orientovať medzi požiadavkami pacientov, zdravotníckeho personálu, poisťovní, ministerstva zdravotníctva, samospráv, dodávateľov liekov a zdravotníckej techniky, ale aj médií a občianskych združení

Identifikácia týchto skupín je prvým krokom k efektívnemu riadeniu vzťahov. Manažér musí poznať, kto sú kľúčoví stakeholderi, aké majú záujmy, aké sú ich

očakávania a aký vplyv majú na organizáciu. Napríklad spokojnosť zákazníkov priamo ovplyvňuje tržby či spokojnosť zamestnancov a ich výkonnosť. Po identifikácii stakeholderov nasleduje budovanie vzťahov založených na dôvere, transparentnosti a dlhodobej spolupráci. Dôvera sa nebuduje rýchlo, ale dá sa ľahko stratiť. Manažér by mal pravidelne komunikovať so stakeholdermi, zapájať ich do rozhodovacieho procesu, prípadne vytvárať priestor na spätnú väzbu. Zavedenie nového systému objednávania pacientov na vyšetrenia (napr. cez online portál) si vyžaduje nielen technickú implementáciu, ale aj komunikáciu s pacientmi, vysvetlenie výhod, pomoc starším pacientom, ktorí nie sú technicky zdatní. Ďalším príkladom je firma, ktorá plánuje rozšíriť výrobu, by mala komunikovať nielen s investormi a zamestnancami, ale aj s miestnou komunitou, ktorá môže byť ovplyvnená zvýšenou dopravou alebo ekologickými dopadmi. Transparentná komunikácia a spolupráca s verejnosťou môže zabrániť potenciálnym konfliktom a zlepšiť reputáciu organizácie.

Využívanie informácií z prostredia pri rozhodovaní

V dynamickom podnikateľskom prostredí je kvalita rozhodnutí priamo závislá od kvality a aktuálnosti informácií, ktoré má manažér k dispozícii. Preto je zber a analýza údajov z externého prostredia kľúčová pre efektívne strategické riadenie. Jednou z hlavných metód získavania informácií je marketingový výskum a prieskum trhu. Tieto nástroje umožňujú manažérovi pochopiť potreby zákazníkov, sledovať konkurenčné prostredie, identifikovať nové trendy a predvídať potenciálne hrozby alebo príležitosti. Získané dáta môžu mať rôznu podobu – štatistických údajov alebo spätnú väzbu od zákazníkov. Nemocnica môže pravidelne realizovať dotazníky spokojnosti medzi hospitalizovanými pacientmi. Ak sa opakovane objavuje sťažnosť na dlhé čakanie na operáciu, manažér môže prijať opatrenia – napríklad reorganizovať plánované výkony alebo dočasne navýšiť kapacity na najžiadanejších oddeleniach.

Analýza takýchto údajov je prepojená so strategickým plánovaním. Využívanie dát má dnes novú dimenziu aj vďaka technológiám ako Business Intelligence (BI), Big Data alebo AI. Tieto nástroje umožňujú získať hlbší pohľad na prostredie a podporujú evidenciou podložené rozhodovanie (Evidence Based

Decision Making). Veľké nemocnice využívajú Business Intelligence nástroje, ktoré analyzujú údaje o výkonnosti jednotlivých oddelení, počte výkonov, spotrebe liekov a materiálu. Na základe týchto informácií môže manažér optimalizovať rozpočty, plánovanie služieb alebo rozhodovať o investíciách do prístrojového vybavenia

V zdravotníctve je interakcia manažéra s prostredím mimoriadne komplexná, ale zároveň absolútne nevyhnutná. Od schopnosti adaptovať sa na zmeny legislatívy alebo epidémie, cez budovanie vzťahov s pacientmi, zamestnancami a štátnymi inštitúciami, až po efektívne využívanie dát a komunikáciu – všetko to sú faktory, ktoré priamo ovplyvňujú kvalitu poskytovanej zdravotnej starostlivosti aj dôveru verejnosti v danú inštitúciu. Úspešný manažér v zdravotníctve nie je len správcom zdrojov, ale lídrom, koordinátorom, diplomatom a vizionárom zároveň. Byť manažérom znamená oveľa viac než len riadiť pracovné procesy. Je to predovšetkým práca s ľuďmi, ktorá vyžaduje široké spektrum odborných i osobnostných vlastností. Manažér musí byť odborník, líder, komunikátor, stratég a vzor v jednom. Rozvoj týchto vlastností je celoživotný proces a predstavuje nevyhnutnú podmienku úspechu nielen samotného manažéra, ale aj celej organizácie, ktorú vedie.

Manažér v zdravotníctve pôsobí v komplexnom a dynamickom prostredí. Schopnosť rozpoznať a správne reagovať na vnútorné aj vonkajšie faktory je kľúčová pre zabezpečenie kvalitnej a bezpečnej starostlivosti o pacienta.

Kontrolné otázky:

1. Ako definujeme manažéra a v čom sa líši jeho práca od práce špecialistu?
2. Aké sú základné funkcie manažérskeho cyklu?
3. Čo rozumieme pod pojmom „osobnosť manažéra“?
4. Prečo je emocionálna inteligencia dôležitou vlastnosťou manažéra?
5. Vysvetlite rozdiel medzi manažérom a lídrom.
6. Ktoré vlastnosti manažéra považujete za kľúčové pre úspešné vedenie tímu?
7. Ako môže manažér rozvíjať svoje osobnostné a odborné vlastnosti?

LITERATÚRA

Adachi, M.; Adachi, K. (2022). Who is truly a person with high self-regulation? One who “does the task they dislike first” or who “eats the food they dislike first”? In: *International Journal of Psychological Studies*, 14(4). <https://doi.org/10.5539/ijps.v14n4p1>

Babeľa, R.; Tesař, T. (2011). Základy manažmentu a jeho využitie v zdravotníctve I. In: *Praktické lekárnictvo*, 1(3), s. 155–157.

Donnelly, J. H.; Gibson, J. L.; Ivancevich, J. M. (1995). *Fundamentals of management*. Boston: Irwin.

Eliašová, A.; Hadašová, K.; Fedurcová, S. (2019). *Teória a prax v manažmente*. Prešov: Prešovská univerzita.

Kadučáková, H. a kol. (2021). Sebahodnotenie úrovne kompetencií študentmi ošetrovateľstva na slovenských univerzitách. In: *Fakulta zdravotníctva Trenčianskej univerzity Alexandra Dubčeka v Trenčíne*, 9(2), s. 19–26.

Kaliská, L.; Heinzová, Z. (2022). Inventár praktík správania sa lídra: manuál a slovenské normy pre edukačných lídrov [online]. Banská Bystrica: Belianum, Vydavateľstvo Univerzity Mateja Bela v Banskej Bystrici. <https://doi.org/10.24040/2022.9788055719887>

Kilíková, M. (2013). *Teória manažmentu v ošetrovateľstve*. Příbram.

Lašáková, A. (2023). Vedenie ľudí. In: Copuš, L. et al. (Eds.), *Manažment*. Bratislava: Univerzita Komenského v Bratislave. Dostupné na: https://www.researchgate.net/publication/373366880Vedenieludi_Leadership

Pajari, J.; Sormunen, M.; Salminen, L.; et al. (2025). Self-assessed digital competence of nurse educators—A cross-sectional study in four countries. In: *Digital Health*, 11. <https://doi.org/10.1177/20552076251395451>

Parová, V. (2022). *Sociálna inteligencia manažérov ako kľúčový nástroj výkonovej motivácie*. Prešov: Bookman.

Solgajová, A. (2023). Strengthening moral courage in nurses. In: *Central European Journal of Nursing and Midwifery*, 14(3), s. 905–906. <https://doi.org/10.15452/cejnm.2023.14.0013>

Slezáková, Z. (2024). *Kapitoly z organizácie zdravotníctva*. Bratislava: SZU.

4 MANAŽÉRSKA FUNKCIA - PLÁNOVANIE

Valéria Parová

Cieľ kapitoly:

- vysvetliť funkciu manažmentu plánovanie,
- charakterizovať obsah a podstatu plánovania,
- poskytnúť informácie o druhoch plánov a ich využití.

Kľúčové slová: analytická metóda, ciele, manažment, plán, postup plánovania, stratégia

Plánovanie je východiskovou a najdôležitejšou manažérskou funkciou, determinujúcou všetky ostatné manažérske funkcie. Plánovanie je orientované na budúcnosť. Špecifikuje čo má byť dosiahnuté a určuje aj spôsoby dosahovania. V podstate určuje plánovacie funkcie manažérskych aktivít, orientovaných na stanovenie budúcich cieľov a adekvátnych prostriedkov pre ich dosahovanie. Plánovanie sa uskutočňuje na všetkých stupňoch riadenia. Jeho detailný obsah je determinovaný úlohami, ktoré daná organizačná úroveň vykonáva. Výsledkom plánovania je plán. Plán je písomný dokument, ktorý špecifikuje činnosti a akcie, ktoré musí organizácia uskutočniť pre jeho splnenie. Plán je efektívny vtedy, keď sú nim dosiahnuté ciele pri vynaložení priemerných nákladov, ale náklady nie sú vyjadrené len v peňažných jednotkách, ale aj úrovňou uspokojenia zainteresovaných strán.

Existujú rôzne podoby plánov, ktoré sú klasifikované ako:

Poslanie definuje základnú úlohu organizácie alebo jej časti.

Ciele sú konkretizované budúce stavy, ktoré chce organizácia dosiahnuť. Je to konkrétny stav, ktorý by mal byť dosiahnutý v určitom čase. Ciele majú byť stanovené na reálnych základoch so zohľadnením disponibilných zdrojov organizácie a predpokladaných podmienok v budúcnosti. Pre reálnosť cieľov sa používa **akronym SMART**. **S – specific**, čo znamená, že ciele musia byť jasne a presne špecifikované, **M – measurable**, ciele musia byť merateľné, **A – acceptable**, musia byť akceptovateľné a **T – time**, termínované, alebo časovo ohraničené.

Stratégie predstavujú zadefinovanie dlhodobých základných cieľov organizácií a určenie podstatných činností a zdrojov na ich dosiahnutie. Stratégie definujú to, aké druhy služieb bude organizácia poskytovať alebo aké produkty bude vyrábať. Stratégie definujú zameranie organizácie. Zvyčajne majú dlhodobý, všeobecný a ireverzibilný charakter.

Taktiky predstavujú určité formy plánov, ktoré všeobecne objasňujú spôsoby uvažovania pri rozhodovaní. Taktiky odpovedajú na otázku? Aký postup á byť zvolený v konkrétnej situácii, aby sa dosiahli stanovené ciele. Taktické rozhodnutia riešia krátkodobejšie a konkrétne problémy podnikania.

Postupy definujú metódy realizovania budúcich činností orientovaných na dosiahnutie cieľov. Predstavujú návody, ktoré detailne a presne opisujú, akým spôsobom sa budú realizovať konkrétne činnosti. Definujú postupnosť a pravidlá.

Pravidlá určujú špecifické požiadavky na činnosti a iné aktivity, ktoré vylučujú akúkoľvek voľnosť. Predstavujú najjednoduchšie typy plánov. Definujú spôsob uskutočňovania činností bez určenia ich časového horizontu.

Programy predstavujú súhrn cieľov, taktík, postupov, pravidiel, pridelených úloh, alokáciu (prerozdeľovanie) zdrojov a ďalších prvkov potrebných na uskutočnenie postupností činností.

Rozpočty sú číselné vyjadrenia očakávaných výsledkov. Vyjadrujú sa v merateľných veličinách. Rozpočty sú základné plánovacie nástroje, ich význam je predovšetkým v tom, že umožňujú vopred naplánovať očakávaný tok peňažných prostriedkov, očakávané príjmy, výdavky, kapitálové výdavky, využitie hmotného a nehmotného majetku, pracovníkov atď.

4.1 TYPY PLÁNOV A ÚROVNE PLÁNOVANIA

Plány sú klasifikované z viacerých hľadísk napr. podľa objektov riadenia, podľa časového horizontu, podľa funkčných oblastí organizácie.

Plány podľa šírky záberu:

- plány organizácie ako celku,
- plány organizačných jednotiek – oddelení, kliník atď.,

- plány čiastkových činností.

Podľa časového horizontu, v ktorom sa plánovanie odohráva sa rozlišuje dlhodobé (5 viac rokov), strednodobé (3 – 5 rokov) a krátkodobé (1 rok) plánovanie. Predvídaním dlhodobého vývoja sa zaoberá **prognózovanie**.

Podľa hierarchickej úrovne rozlišujeme:

- strategické plánovanie,
- taktické plánovanie,
- operatívne plánovanie.

Strategické plánovanie je kľúčové pre dlhodobé smerovanie organizácie, pre marketingové aktivity, pre rozhodovanie o investíciách, pre rozvoj ľudských zdrojov, pre výskum a vývoj.

Taktické a operatívne plánovanie hrá kľúčovú úlohu v tých oblastiach organizácie, kde je realizovaný intenzívny tok zdrojov, predovšetkým finančných a materiálnych. Tieto plány sa odvíjajú od zamerania organizácie, iné sú vo výrobných organizáciách a iné sú v organizáciách poskytujúcich služby. V rámci týchto plánov rozlišujeme **plány podľa zamerania**:

- finančný plán (integruje všetky plány pomocou finančného vyjadrenia),
- plán predaja,
- plán projektov,
- plán výroby,
- plán nákupu,
- plán rozvoja ľudských zdrojov,
- plán osobného rozvoja zamestnanca,
- investičné plány,
- plány údržby a opráv.

Kľúčové a dlhodobé plány sú ďalej rozdelené na čiastkové plány, ktoré musia byť navzájom previazané. **Podstatou plánovania je určenie cieľov alebo cieľových hodnôt a prípadne spôsobov ich dosahovania**. Pri plánovaní sú brané do úvahy všetky relevantné vnútorné i vonkajšie faktory ovplyvňujúce úspešné dosiahnutie cieľov alebo cieľových hodnôt.

Úrovně plánovania

V nadväznosti na jednotlivé druhy plánov sú zadefinované úrovne plánovania, ktoré presne definujú oblasti organizácie, ktoré zodpovedajú za tvorbu konkrétnych plánov.

Plánovanie podniku ako celku – realizuje sa na úrovni vrcholového manažmentu a je súčasťou vrcholového plánovacieho systému. Korporatívne plánovanie zahŕňa plánovanie organizácie ako celku, ale nepredstavuje plánovanie celej organizácie. Ovplyvňuje celkovú štruktúru organizácie do budúcnosti, udáva jej smer, ale plán zostavený na tejto úrovni je neurčitým plánom, nemá stanovené konkrétne detailné parametre.

Plánovanie jednotlivých organizačných jednotiek – ide o plánovanie jednotlivých oddelení, kliník alebo divízií. Vychádza z korporatívneho plánu, pričom tento plán je už podrobnejší a konkrétnejší. Je taktiež realizovaný na úrovni vrcholového manažmentu.

Funkčno-operatívne plánovanie – pri tomto plánovaní sa vytvárajú plány jednotlivých funkčných oblastí. To znamená, že sa tvoria plány výroby, marketingu, financií, ľudských zdrojov, nákupu, investícií, údržby atď. Tieto plány sa vytvárajú na strednej úrovni manažmentu.

Plánovanie projektov – sa orientuje na finančné plánovanie investičných projektov. Týmto plánovaním sa vytvára podrobný plán pre určitý projekt, pričom sa zameriava na kapitálové výdavky a príjmy z investícií.

Plánovanie úloh – cieľom je naplánovať úlohy, ktoré svojim obsahom prispievajú k realizácii a naplneniu plánu. Plánovanie úloh sa zameriava aj na zadefinovanie prostriedkov, metód a spôsobov ich dosiahnutiu.

Plánovanie náhodných udalostí – každá organizácia a každý plán by mal počítať s náhodnými, nepredvídateľnými udalosťami, a preto je potrebné do plánu zahrnúť aj tieto skutočnosti, ktoré môžu nastať.

4.2 POSTUP A METÓDY PLÁNOVANIA

Pri plánovaní sa musia dodržiavať určité **postupy**, ktoré smerujú od všeobecných skutočností ku konkrétnejším a detailnejším činnostiam.

- **Stanovenie cieľov** – hlavným cieľom takmer všetkých organizácií je maximalizácia zisku. Od tohto cieľa sa vyvíja tvorba čiastkových kvantitatívnych a kvalitatívnych cieľov, ktorých realizáciou dôjde k dosiahnutiu hlavného cieľa.
- **Analýza externého a interného prostredia** – analýza externého prostredia sa zameriava na výskum potrieb zákazníkov, prieskum trhu, na hľadanie príležitostí a hrozieb v danom prostredí, zadefinovanie konkurenčnej sily a takisto sa zaoberá analýzou možných dodávateľov a zdrojov. Analýza interného prostredia je zameraná dovnútra podniku, pričom sa zameriava na analýzu personálu, nákladov a silných a slabých stránok spoločnosti. Na analýzu externého a interného prostredia sa používajú analytické techniky, ktorými sa zadefinuje smerovanie a priebeh činnosti organizácie, ktoré detailne popisujeme v podkapitole 4.2.1.
- **Spracovanie variantov plánov** – po dôkladnej analýze externého a interného prostredia nasleduje tvorba variantov plánov vzhľadom na očakávané situácie. Viaceré varianty plánov umožňujú flexibilitu a prispôsobovanie sa organizácie vývoju situácie, umožňujú hodnotiť plány podľa zvolených kritérií a podľa stupňa rizika, s ktorým je realizácia spojená.
- **Výber najlepšieho variantu** – na základe zvolených kritérií sa vyberie variant, ktorým je možné najefektívnejším spôsobom prispieť k dosiahnutiu stanoveného cieľa, pričom sa využíva viackriteriálne hodnotenie.
- **Proces schvaľovania a implementácie variantu** – najlepší variant plánu by mal byť schválený zodpovednými riadiacimi pracovníkmi. Po tomto kroku nasleduje implementovanie vybraného plánu do činností organizácie.
- **Kontrola a spätná väzba ako základ pre ďalšie plánovanie** – počas plnenia plánu je potrebné kontrolovať priebežne dosahované výsledky a pri vzniku nepredvídateľných okolností alebo zmene podmienok plnenia plánu je potrebné buď preplánovať úlohy, zamerať sa na také situácie,

ktoré sú nevhodné pre podnik a eliminovať ich, alebo zamerať sa na úplne iný smer rozvoja podniku.

Metódy plánovania

Na tvorbe plánov sa podieľa mnoho zainteresovaných strán. V niektorých fázach plánovania je vhodné využiť napr. jednosmerné plánovanie, v iných je zas uprednostňované plánovanie obojstranné. Na základe toho, kto sa na tvorbe plánu podieľa boli zadefinované jednotlivé metódy plánovania:

- **Progresívne plánovanie (Bottom-Up)** - je metódou plánovania, ktorá stanovuje ciele a spôsoby ich dosiahnutia cestou **zdola nahor**. Táto metóda je realizovaná tak, že najprv sú stanovené relatívne detailné čiastkové ciele na najnižších úrovniach organizačnej hierarchie. Tie sú postupne na stále vyšších úrovniach integrované až do podoby rámcových globálnych cieľov a globálnej stratégie. Ide teda o **konvergentný prístup**. Nevýhodou je chýbajúca spätná väzba, nakoľko sa jedná o jednosmerný postup.
- **Retrográdne plánovanie (Top-Down)** je metódou plánovania, ktorá stanovuje ciele a spôsoby ich dosiahnutia cestou **zhora nadol**. Najprv sú stanovené globálne strategické ciele a spôsoby ich dosahovania. Tie sú potom postupne rozpracované a konkretizované na nižšie úrovne organizácie. Ide teda o **divergentné prístup**. Nevýhodou aj tejto metódy je jednosmerný postup, takže v plánovacom systéme chýba spätná väzba.
- **Obojsmerné plánovanie (Top-Down/Bottom-Up)** - je kombináciou prístupov Top-Down a Bottom-Up. Plánovanie prebieha tak **zhora nadol, ako aj zdola nahor**. Odchýlky medzi oboma smermi sú priebežne koordinované a doladované. V praxi táto metóda plánovania vnáša do systému veľmi dôležitú spätnú väzbu, je ale náročnejšia tak na prácu manažérov, ako aj na ich čas.
- **Strategické alternatívy** navrhli J. A. Pearce a R. B. Robinson. Predstavujú možnosti použiteľných alternatív plánov v rámci strategického plánovania a rozhodovania o budúcnosti organizácie.

- **Strategické riadenie** je zamerané na dlhodobé plánovanie a smerovanie organizácie. **Strategické riadenie** zabezpečuje to, že sa veci v organizáciách dejú podľa vopred naplánovaných, dlhodobých zámerov. Strategické riadenie slúži na jednej strane pre prenášanie požiadaviek vlastníkov na management organizácie a na druhej strane manažmentu organizácie pre usporiadanie, zjednotenie a usmernenie správania všetkých ľudí vo všetkých častiach organizácie.

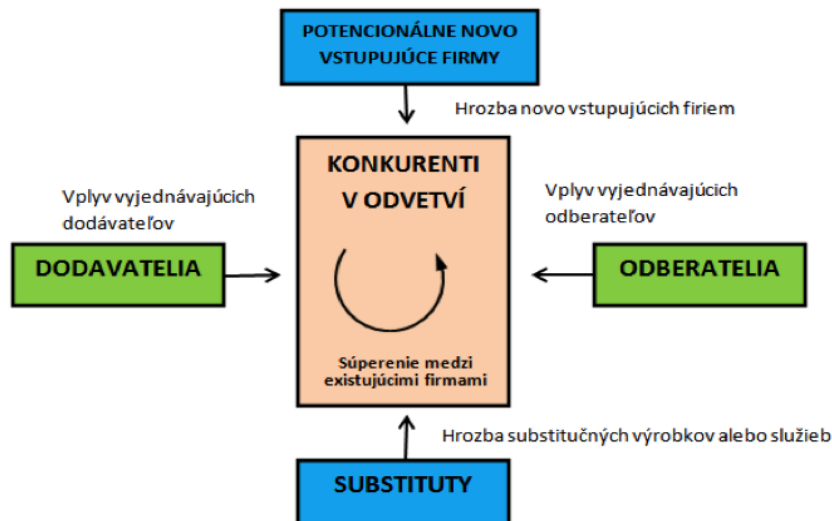
4.2.1 ANALYTICKÉ TECHNIKY V PLÁNOVANÍ

Pre stanovenie čo najvhodnejších cieľov sa využívajú mnohé analytické techniky, prostredníctvom ktorých je možné získať dostatočné množstvo informácií z vonkajšieho a vnútorného prostredia organizácie. Analytické techniky v plánovaní zahŕňajú používanie rôznych metód a nástrojov na analýzu údajov, hodnotenie situácií a prijímanie informovaných rozhodnutí na účely plánovania. Tieto techniky pomáhajú tvorcom plánov pochopiť zložité situácie, vyhodnotiť rôzne možnosti a predvídať potenciálne výsledky, čo v konečnom dôsledku vedie k efektívnejšiemu plánovaniu.

Analýza 5F (Five Forces) jej autorom je Michaela E. Porter. Jedná sa o analýzu **odvetvia** a jeho **rizík**. Použitý model pracuje s piatimi prvkami (Five Forces - odtiaľ je prebratý názov 5F). Podstatou tejto analytickej techniky je **prognózovanie** vývoja konkurenčnej situácie v danom odvetví na základe odhadu možného správania sa a vývoja subjektov a objektov pôsobiacich na danom trhu, ako aj všetkých hroziacich rizík, ktoré môžu pôsobiť na organizáciu. Medzi spomínané riziká patria:

- **Existujúci konkurenti** - ich schopnosť ovplyvniť cenu a ponúkané množstvo daného výrobku alebo služby.
- **Potenciálni konkurenti** - možnosť, že nové organizácie vstúpia na trh a ovplyvnia cenu a ponúkané množstvo daných výrobkov a služieb.
- **Dodávatelia** - ich schopnosť ovplyvniť cenu a ponúkané množstvo potrebných vstupov.

- **Kupujúci** - ich schopnosť ovplyvniť cenu a dopytované množstvo daného výrobku/služby.
- **Substitúty** - cena a ponúkané množstvo výrobkov alebo služieb, ktoré sú schopné aspoň čiastočne nahradiť daný výrobok či službu.



Obrázok 4.1 Porterov model piatich síl

(Zdroj: Matisková, 2013)

Matica BCG (BCG Matrix, Growth-share matrix, Bostonská matica) je metóda, ktorá pochádza od poradenskej firmy **Boston Consulting Group (BCG)**, odtiaľ pochádza aj jej názov **BCG matica** alebo **Bostonská matica**. Používa sa pre hodnotenie portfólia produktov organizácie. Jej podstatou je hodnotenie jednotlivých produktov, výrobkov alebo služieb organizácie v dvoch dimenziách:

- Miera rastu na trhu (rast trhu).
- Podiel na trhu (trhovej pozície).

Kombináciou oboch dimenzií vzniká matica, do ktorej sa umiestňujú produkty z portfólia podniku:

Tabuľka 4.1 **BCG matica**

Trhový podiel/miera rastu	Vysoký trhový podiel	Nízky trhový podiel
Vysoká miera rastu	Hviezdy	Otázniky
Nízka miera rastu	Dojné kravy	Biedni psi

(Zdroj: Vlastné spracovanie)

Pozícia výrobkov alebo služieb v BCG matici definuje jednotlivé postavenie ako otázniky, hviezdy, dojné kravy a psy.

Otázniky - výrobky v štádiu zavádzania na trh. Toto postavenie si vyžaduje značné finančné vstupy, ale v tejto fáze výrobky alebo služby predstavujú aj veľkú šancu do budúcnosti. Prieskum trhu rozhodne, či do nich ďalej investovať alebo ich stiahnuť.

Hviezdy - majú najlepšie obchodné výsledky tak do rastu tempa obratu, ako aj do podielu na trhu. Udržanie týchto výsledkov je tiež finančne náročné, ale výsledkom je vysoký zisk.

Dojné kravy - prinášajú vysoké zisky bez toho, aby vyžadovali väčšie finančné náklady. Umožňujú podporovať rozvoj nových aktivít, prípadne kryť straty z útlmu neziskových výrobkov alebo aktivít.

Biedni psi - sú výrobky alebo služby, ktoré končia svoju komerčnú dráhu. Je na zvážení organizácií, ako dlho sa oplatí daný produkt alebo službu udržiavať na trhu a podporovať ich predaj zosilnenou marketingovou politikou (zvýšené náklady).

Jednotlivé produkty a služby postupne menia svoju pozíciu v portfóliu. Analýzy doterajšieho vývoja a pravdepodobnosti budúceho vývoja týchto pozícií sú veľmi dobrým základom pre stanovenie cieľov organizácie. **BCG maticu** je možné použiť pre hodnotenie produktového portfólia organizácie, a rovnako

tak aj pre hodnotenie kľúčových jednotiek, napríklad oddelení, kliník či jednotlivých spoločností v rámci veľkých korporácií.

Trhový podiel a rýchlosť jeho rastu sa v čase u produktov mení. Výrobca musí preto riadiť životný cyklus výrobku, poskytovateľ služieb musí riadiť životný cyklus služby. Výsledky analýzy BCG matice pomôžu organizácii určiť strategický plán celého portfólia produktov alebo služieb tak, aby každý z kvadrantov obsahoval produkty organizácie. Tie musia byť v kvadrantoch vyvážené tak, aby produkty v kvadrante dojných kráv umožnili financovanie ostatných produktov. S ohľadom na životný cyklus produktov je nutné mať v portfóliu organizácie budúci potenciál v podobe hviezd a otáznikov. Na základe konkrétnej stratégie, situácie a dôvodov polohy jednotlivých produktov v kvadrantoch, sa potom organizácia musí rozhodnúť o svojej produktovej stratégii.

BCG matica je v praxi veľmi používaná a jedná sa o jednu z najpraktickejších a na prezentovanie veľmi pochopiteľných analytických techník v organizáciách. Má kľúčový význam pre stanovenie správnej produktovej stratégie každého podniku. Môže byť tiež vstupom do SWOT analýzy ako hodnotenie produktového portfólia.

Diferenčná analýza (Gap analýza) patrí medzi metódy rozhodovania a riešenia problémov, jedná sa o jednoduchú metodiku, postup a je využiteľná v situáciách, kedy dochádza k plánovaniu nejakej novej stratégie alebo zmeny.

Gap analýza sa skladá z nasledujúcich krokov:

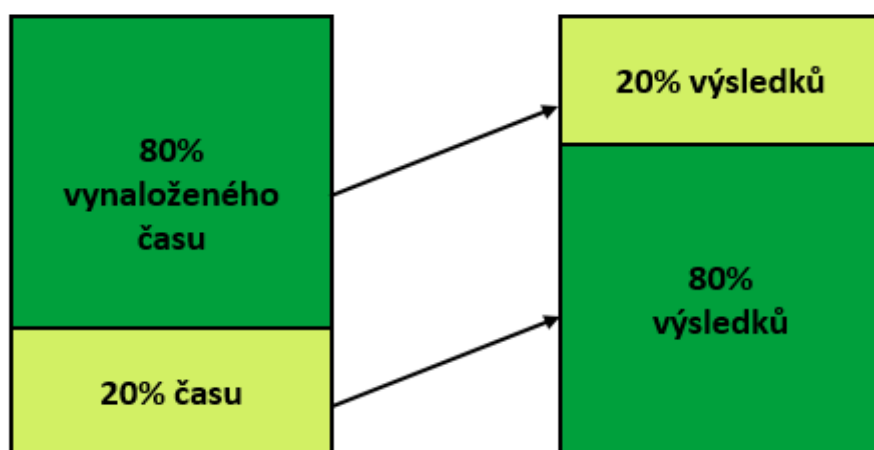
- popis existujúceho stavu,
- stanovenie cieľov (popis cieľového stavu),
- určenie rozdielu (medzery) medzi existujúcim a cieľovým stavom,
- návrh variantov dosiahnutia cieľového stavu (alternatívne stratégie),
- zhodnotenie variantov a výber najvhodnejšie z nich,
- v prípade potreby sa celý postup opakuje, až kým sa nedosiahne cieľový stav.

Táto analytická metóda patrí medzi metódy rozhodovania a riešenia problémov a je využiteľná v situáciách, kedy dochádza k plánovaniu nejakej stratégie alebo zmeny.

Paretovo pravidlo (niekedy tiež **Paretov princíp** alebo **Pravidlo 80/20**) je pomenované podľa talianskeho ekonóma a sociológa Vilfreda Pareta, ktorý koncom 19. storočia zistil, že v Taliansku je 80 % bohatstva v rukách 20 % ľudí. Ide o jednoduchú analytickú techniku, ktorá pomáha zjednodušiť a zacieliť riadenie a rozhodovanie, napríklad nasledovne:

- 80 % príjmov spoločnosti pochádza od 20 % zákazníkov,
- 20 % výrobkov generuje 80 % zisku,
- 20 % možných príčin generuje 80 % problémových situácií napr. vo výrobe.

Všeobecne možno **Paretovo pravidlo 80/20** vyjadriť nasledovne: 20 % príčin spôsobuje 80 % výsledkov. Podstatou tohto pravidla je, že pri riadení, rozhodovaní či plánovaní je potrebné sústrediť sa predovšetkým na kritických 20 %, čím je možné dosiahnuť 80 % možného efektu.



Obrázok 4.2 **Paretovo pravidlo**

(Zdroj: Kokoška, 2018)

PESTLE analýza je analytická technika, ktorá sa využíva na strategickú analýzu okolitého prostredia organizácie. **PESTLE** (niekedy **PESTEL**) je akronym a jednotlivé písmená znamenajú **rôzne typy vonkajších faktorov**:

- **P - Political - politické** - existujúce a potenciálne pôsobenie politických vplyvov na organizáciu.
- **E - Economical - ekonomické** - pôsobenie a vplyv lokálnej, miestnej, národnej a svetovej ekonomiky.

- **S - Social - sociálna** - prienik sociálnych zmien dovnútra organizácie, patria tu aj kultúrne vplyvy (lokálne, národné, regionálne, svetové).
- **T - Technological - technologické** - vplyvy existujúcich, nových a vyspelých technologických postupov na fungovanie organizácie .
- **L - Legal - legislatívne** - vplyvy národnej, európskej a medzinárodnej legislatívy na fungovanie organizácie.
- **E - Ecological - ekologické** (environmentálne) – vplyv miestnej, národnej a svetová problematiky životného prostredia a otázky jej riešenia.

Podstatou PESTLE analýzy je **identifikovať pre každú skupinu faktorov tie najvýznamnejšie javy, udalosti, riziká a vplyvy, ktoré ovplyvňujú alebo budú ovplyvňovať fungovanie organizácie**. Táto metóda sa niekedy používa ako vstup z analýzy vonkajšieho prostredia do SWOT analýzy. Niekedy sa používa aj podobný zjednodušený variant nazývaná **PEST analýza**:

- **P - politické** - existujúce a potenciálne pôsobenie politických vplyvov.
- **E - ekonomické** - pôsobenie a vplyv miestnej, národnej a svetovej ekonomiky.
- **S - sociálna** - priemet sociálnych zmien dovnútra organizácie.
- **T - technologické** - dôsledky nových a vyspelých technológií.

Inokedy sa používa názov/skratka **STEEPLED analýza**, kedy sú faktory identické ako u **PESTLE**, ale sú pridané etické (Ethics) a demografické (Demographic) faktory. Alternatívne sa používa tiež názov **STEER analýza**, kedy sú v podstate identické faktory usporiadané takto: S - socio-cultural - sociálno-kultúrne faktory, T - technological - technologické faktory, E - economic - ekonomické faktory, E - ecological - ekologické faktory, R - regulatory - regulujúci faktory (legislatíva ako regulácia). Sú známe tiež skratky **SLEPT** alebo **STEP** analýza.

SWOT analýza je metóda zameraná na zhodnotenie **vnútorných a vonkajších faktorov** ovplyvňujúcich úspešnosť organizácie. Najčastejšie je SWOT analýza používaná ako situačná analýza v rámci strategického riadenia. Autorom SWOT analýzy je Albert Humphrey, ktorý ju navrhol v šesťdesiatych rokoch 20.

storočia. SWOT je akronym z počiatočných písmen anglických názvov jednotlivých faktorov:

- **Strengths** - silné stránky.
- **Weaknesses** - slabé stránky.
- **Opportunities** – príležitosti.
- **Threats** – hrozby.

SWOT analýza hodnotí vnútorné a vonkajšie faktory. **Vnútorné faktory** zahŕňajú hodnotenie silných (**Strengths**) a slabých stránok (**Weaknesses**), kde sa posudzujú finančné zdroje organizácie, jej produkty a služby, postupy, technológie atď. **Vonkajšie faktory** zahŕňajú hodnotenie príležitostí (**Opportunities**) a hrozieb (**Threats**), ktoré súvisia s okolitým prostredím organizácie, ako sú trendy v odvetví, konkurencia, kúpna sila prostredia, dopyt atď. Podstatou SWOT analýzy je identifikácia **kľúčových** silných a slabých stránok organizácie a **kľúčových** príležitostí a hrozieb vonkajšieho prostredia. Následne sa hľadajú cesty, ako je možné využiť identifikované silné stránky a príležitosti v prospech organizácie a ako eliminovať zistené slabé stránky a hrozby z vonkajšieho prostredia ovplyvňujúce fungovanie organizácie. Túto analýzu je možné použiť pre organizáciu ako celok, alebo pre jednotlivé oblasti, produkty alebo iné zámery. Je súčasťou riadenia rizík, nakoľko identifikuje hrozby, pomáha si ich uvedomiť a prípadne nastaviť protiopatrenia.

SMART analytická technika pre navrhovanie cieľov v riadení a plánovaní. **SMART** je akronym vytvorený z počiatočných písmen anglických názvov atribútov cieľov:

- **S** - Specific - špecifické, konkrétne ciele.
- **M** - Measurable - merateľné ciele.
- **A** - Achievable/Acceptable - dosiahnuteľné/prijateľné.
- **R** - Realistic/Relevant - realistické/relevantné (vzhľadom k zdrojom).
- **T** - Time Specific/Trackable - časovo špecifické/sledovateľné.

Metóda SMART sa používa pre návrh cieľov (najmä špecifických cieľov).

Technika scenárov, ktorej podstatou je premyslieť možné scenáre pre prípad určitej udalosti (napr. krízových situácií) alebo určitého vývoja v živote organizácie alebo významných zmien okolitého prostredia (napr. rozvoj potenciálneho trhu). Podstatou tejto techniky je to, aby boli spracované rôzne scenáre pre situácie určitého typu a ich súčasťou je relatívne podrobný plán, ako v danej situácii postupovať.

VRIO analýza, ktorú vyvinul Jay B. Barney ako spôsob hodnotenia zdrojov organizácie, ktoré delia nasledovne: finančné zdroje, ľudské zdroje, materiálne zdroje, nehmotné zdroje (informácie, vedomosti). Ide o analytickú techniku, ktorá pre každý typ zdroja posudzuje nasledujúce **dimenzie hodnotenia** pre vlastnú organizáciu i pre konkurentov. VRIO je akronym z počiatočných písmen anglických názvov dimenzií:

- **Hodnota** (Value) - Ako je zdroj nákladný a ako ľahké je ho získať na trhu (nákup, nájom, zapožičanie ...)?
- **Vzácnosť** (Rareness) - Ako je zdroj vzácny, resp. obmedzený?
- **Napodobiteľnosť** (Imitability) - Ako zložitý je zdroj napodobniť?
- **Organizácia** (Organization), resp. usporiadanie - Podporuje súčasné usporiadanie, využiteľnosť zdroje?

Hodnotenie zdrojov podľa VRIO analýzy sa používa pre zhodnotenie situácie organizácie, jej zdrojov a prípadného konkurenčného potenciálu alebo **potenciálu zlepšenia** v danej oblasti alebo pre daný zdroj. Takéto hodnotenie potom slúži napríklad pre strategické riadenie rozvoja v jednotlivých oblastiach alebo napríklad pre rozhodovanie o výhodnosti externého alebo interného zaistenia procesov a služieb (napr. rozhodnutie o outsourcingu).

4.3 PLÁNOVANIE V ZDRAVOTNÍCTVE

Problematika plánovania a správneho strategického riadenia je v súčasnej dobe veľmi aktuálna aj pre zdravotnícke zariadenia. Systematické a cieľavedomé plánovanie v oblasti zdravotníctva je determinované najmä:

- narastajúcim počtom problémov, na ktoré musia zdravotnícke zariadenia reagovať,
- nárastom požiadaviek na uspokojenie stále náročnejších klientov,
- potrebou financovania a reagovania na nárast cien a inflácie ,
- nevyhnutnosťou prijímať zmeny v organizácii zdravotníckych zariadení, ako aj inými faktormi.

Aj technologický pokrok vyvoláva ďalšie problémy a výzvy, na ktoré je potrebné reagovať pri transformácii zariadení na moderné zdravotnícke zariadenia schopné uspokojiť potreby všetkých klientov (pacientov).

4.3.1 STRATEGICKÉ PLÁNOVANIE

Strategické plánovanie je realizované vo vrcholovom manažmente organizácií. Zakladá sa na spolupráci vrcholového manažmentu s manažmentom na strednej a operatívnej úrovni. Je východiskom činností zdravotníckeho zariadenia, kliniky alebo oddelenia. Udáva smer fungovania organizácie a poskytuje odpoveď na otázky: Aké služby chce organizácia poskytovať? Chce perspektívne služby ďalej rozširovať alebo naopak obmedzovať? Je to proces, ktorý sa orientuje na výskum podmienok trhu v ktorom organizácia pôsobí, potrieb a dopytu zákazníka, identifikáciu silných a slabých stránok organizácie, zadefinovanie sociálnych, politických a legislatívnych podmienok podnikania, a určenie disponibilných zdrojov, ktoré môžu byť pre organizáciu príležitosťou, alebo hrozbou. Výsledkom strategického plánovania je **strategický plán**. Stanovené **strategické plány sú široké, komplexné a dlhodobé akčné smery pre celú organizáciu**. Strategický plán:

- je proces rozhodovania o dlhodobých cieľoch organizácie,
- zahŕňa všetky funkčné oblasti podnikania,
- obsahuje rozhodnutia o hlavných cieľoch a politikách prideľovania zdrojov na dosiahnutie cieľov,
- je realizovaný na vyšších úrovniach riadenia,
- je menej podrobný, pretože nie je zapojený do každodenných operácií organizácie.

Podstatou strategického plánu je stratégia. **Stratégia** obsahuje víziu organizácie, strategické ciele a strategické operácie. **Vízia** definuje predstavy o budúcom obraze zdravotníckeho zariadenia. Špecifikuje to, ako by mala organizácia vyzeráť na konci strategického obdobia. Konkrétne definuje služby, ktoré budú tvoriť náplň jej činností, definuje klientov, ktorým sa budú dané služby poskytovať, oblasť, región v ktorom budú poskytované. Vízia taktiež vykresľuje pozíciu, akú chce dané zdravotnícke zariadenie dosiahnuť a špecifické silné stránky, ktoré ho odlišujú od podobných zdravotníckych zariadení. Vízia nemá byť ani príliš všeobecná ani príliš konkrétna. Mala by byť:

- zrozumiteľná – pochopená všetkými zamestnancami a dobre a ľahko vysvetliteľná,
- názorná – kreatívne popísanie budúcnosti,
- aktuálna – oslovuje dlhodobé záujmy všetkých zainteresovaných strán,
- uskutočniteľná – má obsahovať reálne a uskutočniteľné ciele,
- flexibilná – dostatočne všeobecná na to, aby nebránila iniciatívam jednotlivcov alebo reakciám na zmeny podmienok.

Vyjadrenie poslania – misie je realizované písomným vyjadrením hodnôt a filozofie organizácie, vrátane pomenovania konkrétnych služieb a činností, ktoré sú plánované. **Určenie cieľov** je konečným vyjadrením toho, čo má organizácia dosiahnuť. Cieľom strategického plánovania v zdravotníckom zariadení je zabezpečiť takú vnútornú koncepciu starostlivosti, ktorá reflektuje požiadavky poisťovní, korešponduje s typom zariadenia a požiadavkami obyvateľstva, pre ktoré toto zariadenie poskytuje služby. Pre stanovenie vízie, misie a cieľov, je potrebná analýza vonkajšieho aj vnútorného prostredia organizácie, prostredníctvom vhodných analytických nástrojov, ktoré uvádzame v kapitole 4.2.1.

Za základné úlohy strategického manažmentu sú považované:

- Rozhodnutie o zameraní organizácie a vytvorenie strategickkej vízie kam sa chce firma v budúcnosti dostať.
- Transformácia strategickkej vízie a misie do merateľných cieľov.

- Vytvorenie stratégie, prostredníctvom ktorej dosiahne organizácia požadované výsledky.
- Efektívna implementácia vybranej stratégie
- Hodnotenie výkonnosti organizácie, prehodnocovanie výsledkov, implementovanie nápravných opatrení s cieľom efektívne reagovať na aktuálne zmeny.

Pre nastavenie a zadefinovanie správnej stratégie organizácie je dôležitou súčasťou vrcholového manažmentu strategické myslenie. **Strategické myslenie** je opakom lineárneho, mechanického myslenia, ktoré má sklon opakovať už známe a overené riešenia, postupovať podľa vyskúšaných šablón, uspokojovať sa s malými a istými cieľmi, nepodstupovať riziko cesty do neznáma. **Strategické myslenie** musí byť reakciou na často sa meniace a nepredvídateľné prostredie organizácie, malo by namiesto analýzy a extrapolácie zdôrazňovať tvorivosť, kreativitu a inovatívnosť. Od strategických vrcholových manažérov sa očakávajú originálne myšlienky, nápady, detailné skúsenosti s riadením organizácie a poznanie a chápanie podnikateľského prostredia. **Strategické myslenie** je kombináciou racionálnej analýzy a vychádza z prirodzeného usporiadania pôvodného stavu vecí a syntézy, ktorá je založená na opätovnom poskladaní jednotlivých rozdielnych častí do novej podoby. Za hlavné princípy **strategického myslenia** sú považované:

Myslenie vo variantoch – aby vedenie organizácie nikdy nebolo prekvapené takými zmenami, ktoré možno reálne predvídať.

- **Systémové myslenie** – schopnosť chápať javy komplexne v ich vonkajších a vnútorných súvislostiach. Prioritnou úlohou systémového myslenia je koordinácia a zosúladenie činností organizácie tak, aby sa dosiahol maximálny efekt.
- **Interdisciplinárne myslenie** – pri tvorbe stratégie sa musia využívať poznatky, informácie a metódy rôznych vedných disciplín, ich vzájomná konfrontácia umožní vznik originálnych námetov.
- **Tvorivé myslenie** – prináša nové, originálne a netradičné myšlienky, ktoré zvyčajne vyvolávajú najväčší efekt, je opakom rutinného zaužívaného myslenia, ktoré opakuje už známe riešenia.

- **Syntéza exaktného a intuitívneho myslenia** – použitie exaktných metód vyvoláva požiadavku na presnú formuláciu cieľov a ich kvantifikáciu, intuícia vnáša do stratégie nové, originálne a nezvyčajné námety, ktoré predstavujú jedinečnosť v riadení organizácie.
- **Dynamické myslenie v čase** – dynamický pohľad v rámci strategického riadenia je úplne nevyhnutný, pretože stratégie sú zamerané na dlhé obdobie.
- **Spätná väzba v myslení** – (merateľné výsledky, kontrola, korekcia), činnosť organizácie je ovplyvňovaná aktuálnym stavom jej okolia, ale je aj veľmi intenzívne determinovaná spätnou väzbou pôsobí, ktoré existuje aj medzi procesmi vnútri podniku.
- **Neustále sa opakujúci proces** – jedná sa o nikdy nekončiacu prácu, nakoľko je ovplyvňovaná spätnou väzbou jednotlivých opatrení, vývojom faktorov ovplyvňujúcich stratégiu a následnou zmenou samotných cieľov.
- **Agregované myslenie** – myslenie v súvislostiach, spájanie vedomostí a poznatkov z viacerých vedných odborov, stratégiu je potrebné spracovávať prevažne v určitých súborných ukazovateľoch na rozdiel od detailných javov taktického a operatívneho riadenia.

4.3.2 TAKTICKÉ PLÁNOVANIE

Taktické plánovanie je spojkou medzi strategickým a operatívnym plánovaním. Presne definuje špecifické oblasti a činnosti, na ktoré je potrebné sa zamerať. Za podstatné aspekty taktického plánovania je možné požadovať:

- flexibilné plánovanie služieb, ktoré organizácia poskytuje alebo chce poskytovať s reflektovaním na zmluvné požiadavky poisťovní,
- plán investícií, zdefinovať koľko a do čoho zainvestovať a naplánovať ich návratnosť,
- zmeny v službách podľa aktuálnych požiadaviek poisťovní,
- personálne zmeny na manažérskych pozíciách, s cieľom dosadiť správneho manažéra, ktorý bude schopný realizovať plány a naplňovať stanovené ciele,

- plánovanie komerčných služieb,
- plán materiáľno-technického a personálneho vybavenia pracoviska,
- plánovanie systému kvality poskytovanej starostlivosti,
- plánovanie rozvoja zamestnancov na základe kvalifikačných požiadaviek,
- plán spôsobov realizácie nových trendov v danej oblasti.

Taktické plánovanie zdrojov v zdravotníckych organizáciách sa týka plánovania elektívneho prijímania pacientov a strednodobého prideľovania zdrojov. Hlavnými cieľmi taktického plánovania je dosiahnuť spravodlivý prístup pre pacientov ku zdravotnej starostlivosti, poskytnúť zdravotnú starostlivosť strategicky dohodnutému počtu pacientov a efektívne využívať všetky pridelené zdroje. Taktickým plánovaním dochádza k tvorbe taktík. **Taktiky** – sú všeobecné inštrukcie a odporúčania, ktoré sú ukazovateľom smeru činností pri manažérskych rozhodovaniach. Predstavujú podstatný prvok hlavnej stratégie. **Zásadným rozdielom strategického a taktického plánu** je v tom, že strategické plány obsahujú rozhodnutia týkajúce sa rozdelenia zdrojov, obchodných a investičných priorít a potrebné kroky na dosiahnutie strategických cieľov, nakoľko taktické plány spresňujú ciele vytýčené v strategických plánoch, ako aj zdroje na ich realizáciu. Výsledkom plánovania na najnižšej úrovni riadenia je **operatívny plán**, ktorý nadväzuje na taktické plány, pričom špecifikuje, ako sa budú dosahovať operatívne ciele.

4.3.3 OPERATÍVNE PLÁNOVANIE

Operatívne plánovanie predstavuje kratší časový horizont. Jeho úlohou je premeniť dlhodobé strategické ciele na jednotlivé činnosti zabezpečujúce ich naplnenie. V porovnaní so strategickým a operatívnym plánovaním je taktické plánovanie najviac štruktúrované. Výsledkom operatívneho plánovania je operatívny plán. **Operatívny plán** predstavuje najdetailnejšiu úroveň plánu. Orientuje sa na bezproblémové fungovanie každodenných činností v organizácii, preto je veľmi potrebný vo všetkých oblastiach organizácie a na všetkých jej úrovniach. Jedná sa o krátkodobé plánovanie, ktoré je realizované na úrovni jednotlivých pracovísk a pracovníkov. Ciele operatívneho plánovania sú

detailné a špecifické a týkajú sa konkrétnych činností a ich etáp. Výsledkom sú konkrétne výstupy. Pri definovaní cieľov týchto činností musia byť jasne vyšpecifikované obsahové náležitosti, časové ohraničenie a personálne zabezpečenie. V rámci operatívneho plánovania v zdravotnícky zariadeniach je potrebné zabezpečiť:

- spôsob zdravotnej starostlivosti, ktorý je optimálny pre konkrétne pracovisko, personálne obsadenie, zdravotný stav pacientov a stupeň ich závislosti,
- primeraný počet a vhodnú kombináciu personálu so spĺňajúcimi kvalifikačnými požiadavkami,
- optimálny harmonogram práce a systém pracovných zmien,
- adekvátny spôsob komunikácie a kooperácie vedenia a zamestnancov pracoviska,
- dostatok materiálneho vybavenia (pomôcky, materiál, lieky atď.),
- detailne vypracovaný systém bezpečnosti práce (BOZP).

Manažéri na operatívnej úrovni pracujú s detailnými informáciami pre podrobné rozvrhnutie a naplánovanie potrebných zdrojov organizácie. Stanovený operatívny plán definuje **čo, kto, kedy a ako má spraviť**. Definuje zabezpečenie potrebného stavu zdrojov organizácie a vytvorenie ich rezerv v horizonte dní, týždňov, mesiacov. Operatívne plánovanie sa netýka iba základnej úrovne riadenia, ale aj top manažmentu organizácie, nakoľko aj top manažment má svoje každodenné úlohy, ktoré je potrebné detailne naplánovať. Vo veľkých organizáciách je hlavná úloha operatívneho manažmentu na nižšom stupni vedenia organizácie. U malých a stredných organizácií je veľká časť operatívneho plánovania na pleciach vrcholového manažmentu, pretože u malých organizácií vrcholový manažment koncentruje všetky úrovne riadenia.

Detailne prepracované plány so zohľadnením všetkých faktorov a okolia organizácie môžu predstavovať podstatnú časť úspechu organizácií. Manažéri musia ale brať do úvahy aj dynamiku fungovania, to znamená, že plánovanie nemá po celý čas životného cyklu organizácie nemennú podobu. Na začiatku prevažuje skôr direktívne plánovanie orientované na kratšiu dobu, v prípade stabilizácie sa uprednostňuje dlhodobý charakter plánovania, v prípade

predpokladania výskytu krízových situácií sa posilňujú direktívne prístupy. Pripravujú sa krízové plány, plány nežiadúcich situácií, či rôzne typy havarijných plánov, ktoré je síce možné pripravovať s predstihom, ale predpokladá sa krátky čas ich uplatnenia (obdobie riešenia krízovej situácie do nabehnutí normálnej činnosti). Všetky plány by sa mali po určitom čase prehodnocovať a aktualizovať.

Kontrolné otázky:

1. Čo rozumiete pod pojmom plánovanie?
2. Ako rozdeľujeme typy plánov podľa jednotlivých hľadísk?
3. Ktoré analytické techniky v plánovaní poznáte?
4. Čo rozumiete pod pojmom strategické plánovanie?
5. Čo rozumiete pod pojmom taktické plánovanie?
6. Čo rozumiete pod pojmom operatívne plánovanie?

LITERATÚRA

Allen, J. D.; Towne, S. D., Jr.; Maxwell, A. E.; et al. (2017). Measures of organizational characteristics associated with adoption and/or implementation of innovations: a systematic review. In: BMC Health Services Research, 17, s. 591.

Azad, N.; Anderson, H. G.; Brooks, A.; Garza, O.; O'Neil, C.; Stutz, M. M.; Sobotka, J. L. (2017). Leadership and Management Are One and the Same. In: American Journal of Pharmaceutical Education, 81(6), s. 102.

Bělohlávek, F.; Košťan, P.; Šuleř, O. (2006). Management. Brno: Computer Press.

Burtis, A. T.; Howell, S. M.; Taylor, M. K. (2021). Mapping the Literature of Health Care Management: An Update. In: Journal of the Medical Library Association, 109(3), s. 464–471. <https://doi.org/10.5195/jmla.2021.1121>

Chidambaram, S.; Jain, B.; Jain, U.; et al. (2024). An Introduction to Digital Determinants of Health. In: PLOS Digital Health, 3(1), e0000346. <https://doi.org/10.1371/journal.pdig.0000346>

Darlow, A. L.; Sloman, S. A. (2010). Two systems of reasoning: Architecture and relation to emotion. In: WIREs Cognitive Science, 1, s. 382–392. <https://doi.org/10.1002/wcs.58>

Donnelly, J. H., Jr.; Gibson, J. L.; Ivancevich, J. M. (1997). Management. Praha: Publishing, a.s.

Drucker, P. G. (2000). Výzvy managementu pro 21. století. Praha: Management Press.

Eliášová, A.; Hadašová, L.; Fedurcová, I. (2017). Vybrané kapitoly zo zdravotníckeho manažmentu. Prešov: Vydavateľstvo PU.

Fennell, K. (2021). Conceptualisations of Leadership and Relevance to Health and Human Service Workforce Development: A Scoping Review. In: Journal of Multidisciplinary Healthcare, 14, s. 3035–3051. <https://doi.org/10.2147/JMDH.S329628>

Hahn, C. A.; Gil Lapetra, M. (2019). Development and Use of the Leadership Competencies for Healthcare Services Managers Assessment. In: Frontiers in Public Health, 7, s. 34.

Huebner, C.; Flessa, S. (2022). Strategic management in healthcare: A call for long-term and systems-thinking in an uncertain system. In: International Journal of Environmental Research and Public Health, 19(14), 8617. <https://doi.org/10.3390/ijerph19148617>

Jakušová, V. (2016). Manažment pre nelekárske študijné programy. Martin: Osveta.

Jankelová, N.; et al. (2022). Manažment. Bratislava: Wolters Kluwer.

Kilíková, M. (2013). Teória manažmentu v ošetrovatel'stve. Bratislava: Ústav sv. Jána Nepomuka Neumanna; VŠZ aSP sv. Alžbety.

Kilíková, M.; Jakušová, V. (2008). Teória a prax manažmentu v ošetrovatel'stve. Martin: Osveta.

Kokoška, O. (2018). Kouzlo Paretova princípu. Online: <https://magazin.portu.cz/kouzlo-paretova-principu/>.

Lynn, S. (2012). The shareholder value myth: How putting shareholders first harms investors, corporations, and the public. San Francisco: Berrett-Koehler Publishers.

McGregor, J. (2008). Bezos: How frugality drives innovation. In: BusinessWeek, 28. apríl 2008, s. 64–66.

Mintzberg, H. (1973). The nature of managerial work. New York: Harper & Row.

Mintzberg, H. (1990). The manager's job: Folklore and fact. In: Harvard Business Review, marec–apríl 1990, s. 167.

Mintzberg, H. (2003). The strategy process: Concepts, contexts, cases. Harlow: Pearson Education.

Mintzberg, H. (2013). Simply managing: What managers do and can do better. Upper Saddle River: Prentice Hall.

Ondruš, P.; Ondrušová, I.; et al. (2017). Manažment a financovanie v zdravotníctve: Príručka zdravotníckeho manažéra. Martin: Vydavateľstvo Matice slovenskej.

Plevoá, I.; et al. (2012). Management v ošetrovatelství. Praha: Grada Publishing, a.s.

Priest, S. (2019). Leadership management.
<http://simonpriest.altervista.org/LM.html>

Robbins, S. P.; Coulter, M. (2004). Management. Praha: Grada Publishing, a.s.
Sachsenweger, M.; Sachsenweger, R. (1998). Naléhavé stavy v oftalmologii. Martin: Osveta.

Sakal, P.; et al. (2007). Strategický manažment v praxi manažéra. Bratislava: STU.

Sedlák, M. (2012). Základy manažmentu. Bratislava: Iura Edition.

Valaitis, R.; Meagher-Stewart, D.; Martin-Misener, R.; Wong, S. T.; MacDonald, M.; O'Mara, L. (2018). Organizational factors influencing successful primary care and public health collaboration. In: BMC Health Services Research, 18, s. 420.

Veber, J.; et al. (2009). Management. Praha: Management Press.

5 MANAŽÉRSKA FUNKCIA - ROZHODOVANIE

Lucia Dimunová

Cieľ kapitoly:

- poskytnúť základné poznatky z teórie manažérskeho rozhodovania,
- definovať typy, podmienky a štýly rozhodovania,
- rozpracovať kroky procesu rozhodovania,
- priblížiť nástroje a behaviorálne aspekty rozhodovania v kontexte príkladov z praxe.

Kľúčové slová: teória rozhodovania, typy rozhodovania, štýly rozhodovania, proces rozhodovania

Rozhodovanie predstavuje kľúčovú manažérsku činnosť, prostredníctvom ktorej sa manažéri snažia dosiahnuť všetky stanovené ciele organizácie. V praxi ide o proces výberu najvhodnejšieho riešenia z viacerých alternatív na základe dostupných informácií, odborných znalostí a hodnotového rámca manažéra či inštitúcie. Kvalita rozhodnutí významne ovplyvňuje výkonnosť a dlhodobú udržateľnosť organizácie. V prostredí zdravotníctva má rozhodovanie osobitý význam – nesprávne alebo oneskorené rozhodnutie môže mať priamy negatívny dopad na zdravie a život pacienta. V ošetrovatelstve navyše rozhodovanie zahŕňa nielen organizačné, ale aj klinické a etické aspekty.

5.1 TYPY MANAŽÉRSKÝCH ROZHODNUTÍ

Manažérske rozhodnutia sú neoddeliteľnou súčasťou riadenia v každej organizácii, vrátane zdravotníctva. Rôzne situácie si vyžadujú rozdielne prístupy a typy rozhodovania. Typológia manažérskych rozhodnutí pomáha lepšie porozumieť ich charakteru, spôsobu spracovania a dopadom na organizáciu.

Manažérske rozhodnutia môžeme rozdeliť podľa viacerých kritérií:

1. Podľa štruktúrovanosti rozhodnutia

a) Programované (štruktúrované) rozhodnutia

Ide o rozhodnutia, ktoré sa opakujú a riešia sa pomocou rutinných postupov, pravidiel alebo štandardných protokolov. Zvyčajne sú dobre známe, jednoducho riešiteľné a často sú súčasťou operačných manuálov.

Príklad z praxe:

Rozhodnutie o tom, ako postupovať pri prijatí nového pacienta na oddelenie. Vykonanie štandardnej hygienickej starostlivosti podľa ošetrovateľského plánu. Riešenie plánovanej medikácie podľa lekárskeho predpisu.

b) Neprogramované (neštruktúrované) rozhodnutia

Tieto rozhodnutia sa týkajú jedinečných, neočakávaných alebo komplexných situácií, ktoré si vyžadujú okamžitú analýzu a individuálny prístup. Neexistuje na ne vopred stanovený postup.

Príklad z praxe:

Rozhodnutie, ako zabezpečiť starostlivosť o pacienta počas výpadku elektriny. Návrh reorganizácie ošetrovateľskej starostlivosti pri prudkom náraste pacientov.

Riešenie konfliktu medzi členmi tímu, ktorý ovplyvňuje pracovný výkon.

2. Podľa úrovne riadenia

Rozhodnutia sa líšia aj podľa toho, na akej organizačnej úrovni vznikajú:

a) Strategické rozhodnutia

Ide o dlhodobé, zásadné rozhodnutia, ktoré ovplyvňujú celé zdravotnícke zariadenie. Robia realizujú ich najvyšší manažéri (napr. riaditeľ nemocnice).

Príklad z praxe:

Rozhodnutie otvoriť nové oddelenie (napr. paliatívnu starostlivosť).

Výber a implementácia nového nemocničného informačného systému.

Vytváranie dlhodobej vízie kvality a bezpečnosti zdravotnej starostlivosti.

b) Taktické rozhodnutia

Stredný manažment (napr. vedúce sestry, manažéri dennej zmeny) prijíma rozhodnutia, ktoré sa týkajú konkrétnych procesov a činností v rámci oddelenia.

Príklad z praxe:

Tvorba rozpisu služieb sestier na mesiac.

Rozhodnutie o prerozdelení personálu medzi zmenami.

Výber poskytovateľa školenia pre sestry v oblasti hojenia rán.

c) Operatívne (operačné) rozhodnutia

Ide o každodenné, rutinné rozhodnutia, ktoré prijímajú sestry počas pracovnej zmeny.

Príklad z praxe:

Rozhodnutie o tom, kedy a ako zmeniť pacientovi obväz.

Úprava ošetrovateľského plánu podľa aktuálneho zdravotného stavu pacienta.

Riešenie akútnej reakcie na podaný liek.

3. Podľa spôsobu prijímania rozhodnutí

a) Individuálne rozhodnutia

Rozhodnutie prijíma jedna osoba – zvyčajne ten, kto má zodpovednosť za danú oblasť (manažér, manažérka dennej zmeny, vedúca sestra, lekár) na základe svojich vedomostí, skúseností, intuície a dostupných informácií. Zodpovednosť aj dôsledky rozhodnutia nesie konkrétna osoba.

Charakteristiky individuálneho rozhodovania:

Rýchlosť – rozhodnutia sa prijímajú rýchlejšie ako v tíme.

Jasná zodpovednosť – zodpovedný je konkrétny jednotlivec.

Opiera sa o skúsenosti – rozhodnutia bývajú ovplyvnené vedomosťami, minulosťou a osobným štýlom rozhodovania.

Možné riziko subjektivity – do rozhodnutia vstupujú osobné postoje a preferencie.

Vhodné pre situácie, kde nie je čas – napr. akútne a krízové stavy.

Výhody individuálnych rozhodnutí sú rýchlosť a operatívnosť, jasná a priamo určená zodpovednosť, sú vhodné pri rutinných alebo urgentných situáciách, jednoduchšia organizácia (netreba zvolávať tím).

Nevýhody individuálnych rozhodnutí - riziko zaujatosti a jednostranného pohľadu, nižšia kreativita (chýba tímová diskusia), väčšia pravdepodobnosť chyby, ak jednotlivec nemá dostatok informácií, väčší tlak a stres na rozhodujúceho jednotlivca.

Príklad z praxe:

Sestra sa rozhodne, koho určí ako zodpovednú osobu za kontrolu pomôcok.

Sestra sa rozhodne, akú metódu použije pri edukácii pacienta.

b) Tímové (kolektívne) rozhodnutia

Na rozhodovaní sa podieľa viac osôb, často celý pracovný tím. Výhodou je rôznorodosť pohľadov, nevýhodou sa javí skutočnosť, že proces môže byť pomalší.

Príklad z praxe:

Multidisciplinárny tím (lekár, sestra, fyzioterapeut, psychológ) rozhoduje o komplexnom ošetrovateľskom pláne. Porada oddelenia, kde sa rozhoduje o zavedení nového systému dokumentácie.

Tabuľka 5.1 **Porovnanie individuálneho a tímového rozhodovania**

Kritérium	Individuálne rozhodnutie	Tímové rozhodnutie
počet rozhodujúcich	rozhoduje jedna osoba	rozhoduje viacero členov tímu
rýchlosť	rýchle – vhodné pri urgentných situáciách	pomalšie – vyžaduje diskusiu a koordináciu
zodpovednosť	má jednotlivec	zdieľaná medzi viacerými členmi
objektivita	vyššie riziko subjektivity	vyššia objektivita, viac názorov
kreativita	obmedzená na nápady jednej osoby	viac nápadov a alternatív vďaka diskusi
vhodné situácie	štandardné, urgentné, krízové rozhodnutia	strategické, dlhodobé rozhodnutia
riziko chyby	vyššie – závislé na jednej osobe	nižšie – kontrola v tíme, hrozí „groupthink“*

(Zdroj: vlastné spracovanie)

**groupthink* je spôsob myslenia v súdržných skupinách, ktorý vzniká v dôsledku skupinového tlaku na jednotlivcov konať určitým spôsobom.

Scenár: individuálne vs. skupinové rozhodovanie.

Scenár: pacient s akútnou bolesťou brucha.

Pacient: 68 ročný muž, hospitalizovaný pre bolesť brucha a nevoľnosť.

Individuálne rozhodnutie

Sestra si všimne, že pacient sa sťažuje na silnú bolesť a má nevoľnosť. Na základe svojej skúsenosti rozhodne podať liek proti bolesti podľa ordinácie a okamžite zavolať lekára.

Výsledok: Rýchla úľava bolesti, lekár prichádza a potvrdí nutnosť ďalších vyšetrení.

Výhody: Rýchla reakcia, jasná zodpovednosť.

Riziká: Ak by sestra nesprávne vyhodnotila symptómy, mohla by prehliadnúť závažnejší stav pacienta (napr. zápal slepého čreva).

Tímové rozhodnutie

Sestra informuje tím: lekára, ďalšie sestry a dietológa. Spoločne diskutujú o symptómoch, predošlých výsledkoch a možnostiach liečby. Tím rozhodne o kombinácii liečby proti bolesti, ďalších vyšetreniach a stravovacím pláne.

Výsledok: Pacient dostane komplexnú starostlivosť, riziko chyby je menšie.

Výhody: Viac pohľadov, vyššia objektivita, strategické rozhodnutie.

Riziká: Reakcia trvá dlhšie, rozhodovanie je pomalšie, hrozí „groupthink“.

Tento scenár jasne ukazuje, kedy je vhodné individuálne rozhodnutie (akútna situácia, rýchla reakcia) a kedy tímové (komplexná starostlivosť, dlhodobé rozhodnutia).

4. Podľa istoty a rizika

a) Rozhodovanie za podmienok istoty

Manažér má všetky potrebné informácie a dôsledky rozhodnutia sú predvídateľné.

Príklad z praxe:

Objednanie pravidelných zdravotníckych pomôcok od overeného dodávateľa.

b) Rozhodovanie za podmienok rizika

Existujú viaceré možné výsledky, pričom každý má určitú pravdepodobnosť. Manažér musí zvážiť možné výhody a riziká.

Príklad z praxe:

Zavedenie nového softvéru na evidenciu pacientov – existuje možnosť odporu personálu alebo riziko technických problémov.

c) Rozhodnutia za neistoty

Nie je možné presne predpovedať výsledky, informácie sú obmedzené. Vyžaduje sa intuícia, skúsenosti a dobrý osobný úsudok.

Príklad z praxe:

Rozhodnutie počas pandémie, ako reorganizovať oddelenie bez presných údajov o vývoji situácie.

Typológia manažérskych rozhodnutí umožňuje lepšie pochopiť rôzne situácie, ktoré môžu nastať v riadení zdravotníckych procesov. Ošetrovateľstvo je dynamické prostredie, kde sa bežne stretávame so všetkými druhmi rozhodnutí – od každodenných rutinných volieb až po zložité strategické rozhodovania v krízových situáciách. Efektívne rozhodovanie zvyšuje kvalitu poskytovanej starostlivosti, spokojnosť pacientov aj profesionálny rozvoj zdravotníckeho personálu.

5.2 PROCES ROZHODOVANIA

Manažérske rozhodovanie v ošetrovateľstve je systematický proces, ktorý pomáha sestram a vedúcim pracovníkom riešiť problémy a zlepšovať kvalitu starostlivosti o pacienta. Klasický model rozhodovania pozostáva zo siedmich krokov:

- **Identifikácia problému alebo príležitosti**

Prvým krokom je rozpoznať, že existuje odchýlka medzi aktuálnym a želaným stavom. Môže ísť o problém (napr. pokles predaja, neefektívne procesy) alebo o príležitosť (napr. nový trh, technologická inovácia). Správna identifikácia problému je kľúčová – ak manažér nevie, čo rieši, nemôže prijať efektívne rozhodnutie.

Príklady z praxe:

Vedúce sestry upozorňujú na dlhé dodacie lehoty spotrebného materiálu potrebného na oddelení.

Identifikovaný problém: manažér identifikuje problém v logistike.

Na oddelení sa zvyšuje počet preležanín u imobilných pacientov. Sestry si všímajú, že niektorí pacienti nemajú pravidelne menené polohy.

Identifikovaný problém: nedostatočná prevencia preležanín.

- **Analýza problému**

V tomto kroku manažér zhromažďuje a vyhodnocuje všetky relevantné údaje. Cieľom je pochopiť príčiny problému, jeho rozsah, dopady a kontext. Používajú sa rôzne analytické nástroje – napríklad SWOT analýza (viď kapitola 4.2.1), štatistické údaje, príčinné diagramy (Ishikawov diagram, CTQ strom, problem framing šablóna).

Ishikawov diagram alebo diagram rybej kosti, je grafický nástroj slúžiaci na systematickú analýzu príčin konkrétneho problému alebo javu. Hlavným cieľom je identifikovať, usporiadať a analyzovať všetky možné príčiny konkrétneho problému. Používa sa najmä pri hľadaní príčin nedostatkov, chýb, porúch alebo iných negatívnych javov v procesoch.

Ishikawov diagram vizuálne pripomína kostru ryby, pričom:

Hlava predstavuje problém alebo jav, ktorý analyzujeme (napr. vznik preležanín u pacientov na oddelení).

Chrbtica vedie od hlavy smerom doľava a predstavuje hlavnú líniu.

„Kosti“ vychádzajúce z chrbtice predstavujú jednotlivé hlavné kategórie príčin.

Podkategórie a konkrétne príčiny sa pripájajú ako menšie „kosti“.

Najčastejšie kategórie príčin (tzv. **6M model**):

Manpower (Ľudia v organizácii) – chyby spôsobené ľudským faktorom (nedostatočná komunikácia...)

Machine (Stroje) – problémy so zariadeniami, nástrojmi alebo technológiou

Method (Metódy) – nevhodné alebo neefektívne pracovné postupy

Material (Materiál) – nekvalitné alebo nevhodné materiály

Measurement (Meranie) – nepresné alebo nespoľahlivé meracie systémy

Mother Nature (Prostredie) – vonkajšie vplyvy ako hluk, podmienky na pracovisku.

Príklady z praxe:

Zdravotnícky tím zhromažďuje dáta – zisťuje, kedy a u koho preležaniny vznikajú, aké sú postupy polohovania, aké pomôcky sa používajú, či je ich dostatok rovnako či je dostatok personálu.

Revízia záznamov ukáže, že počas nočných zmien je počet sestier nižší, a teda pacienti nie sú polohovaní v odporúčaných intervaloch.

Identifikovaný problém: Nedostatok personálu a nedôsledné dodržiavanie štandardov polohovania vedie k problémom s dekubitmi.

- **Formulácia alternatív**

Na základe analýzy sa vytvárajú rôzne možné riešenia. Cieľom je mať viacero alternatív, z ktorých si manažér môže vybrať. Alternatívy by mali byť reálne, uskutočniteľné a zamerané na odstránenie problému alebo využitie príležitosti.

Príklady z praxe:

Zaviesť nový softvér na plánovanie logistiky,

Zmeniť dodávateľa,

Zvýšiť skladové zásoby.

Navrhnu sa možné riešenia problému, ktoré by mohli viesť k zlepšeniu starostlivosti.

Príklad z praxe:

Zavedenie kontrolných listov polohovania.

Nákup antidekubitných matracov.

Presunutie personálu tak, aby bol v noci lepší dohľad nad imobilnými pacientmi.

Vzdelávacie školenie o prevencii preležanín.

- **Hodnotenie alternatív**

Každá alternatíva sa posudzuje podľa efektivity, nákladov, realizovateľnosti a času potrebného na zavedenie.

Príklad z praxe:

Nákup špeciálnych matracov je finančne náročný.

Školenie personálu je lacné a rýchlo realizovateľné.

Presun personálu môže narušiť chod iného oddelenia.

Kontrolné listy sú jednoduché, vyžadujú však dôslednosť.

Manažér môže použiť rôzne rozhodovacie metódy – napr. bodovacie hodnotenie, nákladovo-prínosovú analýzu.

- **Výber optimálneho riešenia**

Na základe hodnotenia sa vyberie riešenie alebo kombinácia riešení, ktoré sú najefektívnejšie. Následne si manažér vyberá najvhodnejšiu alternatívu. Nejde vždy o „dokonalé“ riešenie, ale o najlepšie dostupné v danom čase a podmienkach. Často ide o kompromis medzi viacerými faktormi. V časovej tiesni je možné využiť aj metódu hlasovania.

Príklad z praxe:

Zvolí sa kombinácia: zavedenie kontrolných listov a organizácia školenia pre sestry. Nákup matracov sa odloží na budúci rozpočet.

- **Implementácia rozhodnutia**

Zvolená alternatíva sa zavádza do praxe – tím je oboznámený s novými postupmi, určia sa zodpovedné osoby a termíny. Zahŕňa to: pridelenie potrebných zdrojov (financie, ľudia, technológie), komunikáciu s tímom; nastavenie úloh, termínov a zodpovedností.

Je možné využitie nástrojov ako Critical Path, Stage-Gate, Kotter 8 krokov, ADKAR. Úspešná implementácia závisí od efektívneho riadenia a spolupráce.

Príklad z praxe:

Vedenie oddelenia pripraví krátke interné školenie, sestry dostanú nové tlačivá na zaznamenávanie polohovania imobilných pacientov počas zmeny a zápisy sa kontrolujú pri odovzdávaní služby.

- **Kontrola a spätná väzba**

Posledný krok je zameraný na sledovanie výsledkov a zhodnotenie efektivity konkrétneho rozhodnutia. Ak sa požadovaný cieľ nedosiahol, je potrebné identifikovať príčiny a prijať ďalšie korekčné opatrenia. Zároveň ide o dôležitý zdroj učenia sa pre budúce rozhodovanie. Na kontinuálne zlepšovanie je možné využiť napr. **Metódu A3 thinking**, ktorá predstavuje prístup k riešeniu problémov založený na princípoch nepretržitého zlepšovania, ktorý využíva formát jednostránkového dokumentu (veľkosti papiera A3) na jasné a stručné zaznamenanie celého procesu kontroly a spätnej väzby. Názov pochádza z veľkosti papiera, na ktorý sa celý proces zaznamenáva, a cieľom je systematicky

identifikovať a odstrániť možné príčiny problémov. Metóda je postavená na cykle PDCA (Plan, Do, Check, Adjust), čo znamená plánovať, urobiť, skontrolovať a prispôbiť.

Príklad z praxe:

Ak sa dodacie lehoty skrátili o 30 %, manažér môže vyhodnotiť rozhodnutie ako úspešné. Po určitom čase sa hodnotí, či nové opatrenia priniesli očakávané výsledky. Zároveň sa zbierajú podnety na zlepšenie.

Príklad z praxe:

Po mesiaci sa počet nových preležanín znížil o 60 %. Tím hodnotí zavedené opatrenia ako úspešné, no navrhuje ešte lepšie časové rozpisy na nočné zmeny.

Klasický model rozhodovania poskytuje logickú a štruktúrovanú cestu, ako riešiť problémy v manažmente. Hoci v praxi nie je vždy možné presne dodržať všetky kroky (najmä v rýchlych alebo krízových situáciách), ich pochopenie pomáha manažérom prijímať informované a zodpovedné rozhodnutia. Rozhodovací proces je v ošetrovateľskej praxi nevyhnutný – pomáha riešiť problémy systematicky a efektívne. Či už ide o prevenciu preležanín, zlepšenie hygieny, manažment liekov alebo celkovú organizáciu práce, správne rozhodovanie skutočne prispieva k zvýšeniu kvality poskytovanej starostlivosti o pacienta aj k lepšiemu pracovnému prostrediu pre sestry.

5.3 PRÍSTUPY A NÁSTROJE ROZHODOVANIA

Matica manažérskeho rozhodovania

Matica manažérskeho rozhodovania (alebo tiež rozhodovacia matica) je nástroj, ktorý manažérom **pomáha systematicky porovnať rôzne alternatívy rozhodnutia na základe viacerých kritérií**. Jej cieľom je uľahčiť objektívne rozhodovanie v zložitých situáciách, kde treba zvážiť viacero faktorov. Rozhodovacia matica má podobu tabuľky, v ktorej:

Riadky predstavujú jednotlivé alternatívy (napr. rôzne projekty, produkty, dodávateľia).

Stĺpce predstavujú kritériá hodnotenia (napr. cena, kvalita, čas dodania, riziko).

V bunkách sa nachádzajú hodnoty, ktoré vyjadrujú, ako dobre daná alternatíva spĺňa konkrétne kritérium (čísla, body, hodnotenia).

Prípadne sa môže použiť aj váhovanie kritérií, kde každé kritérium dostane určitú dôležitosť (váhu). Potom sa výsledné hodnoty vynásobia váhami a spočítajú sa, čím vznikne celkové skóre každej alternatívy.

Výhody rozhodovacej matice: prehľadnosť a systematickosť rozhodovania; pomáha eliminovať subjektivitu; vhodná pri tímovom rozhodovaní; možnosť rýchlo porovnať viaceré alternatívy. Použitie je vhodné najmä pri výbere dodávateľa, pri rozhodovaní o investíciách alebo personálnych rozhodnutiach (výber uchádzača o zamestnanie).

Príklad z praxe:

Oddelenie potrebuje zakúpiť nový monitor vitálnych funkcií. K dispozícii sú 3 rôzni dodávatelia. Manažér porovnáva ponuky na základe 4 kritérií: cena zariadenia; funkcionálna (rozsah monitorovaných parametrov); jednoduchosť používania pre personál; záruka a servis.

Každému kritériu sa prideli váha podľa dôležitosti: cena: 30 %; funkcionálna: 30 %; jednoduchosť používania: 20 %; servis a záruka: 20 %

Alternatívy: A – dodávateľ Alpha; B – dodávateľ Beta; C – dodávateľ Gamma

Tabuľka 5.2 Rozhodovacia matica

Kritérium	váha podľa dôležitosti	A - dodávateľ Alpha	B - dodávateľ Beta	C - dodávateľ Gamma
cena	0.3	5	3	4
funkcionálna	0.3	3	5	4
jednoduchosť používania	0.2	4	4	5
servis a záruka	0.2	3	4	5
Celkové skóre		3.8	4.0	4.4
Poradie hodnotenia		3	2	1

(hodnotenie od 1 až 5, pričom 1 je najlepšie hodnotenie)

Výsledok:

Na základe rozhodovacej matice vyhráva Dodávateľ Gamma, ktorý má najvyššie celkové skóre (4.4). Napriek tomu, že nie je najlacnejší, ponúka výborný pomer funkcionality, použiteľnosti a servisu.

Tento prístup umožňuje transparentné a odôvodnené rozhodnutie – čo je mimoriadne dôležité v zdravotníckom prostredí, kde každé rozhodnutie môže mať dopad na kvalitu starostlivosti aj bezpečnosť pacientov.

Evidence-Based Management (EBMgt)

Rozhodovanie založené na najlepších dostupných dôkazoch. Manažér alebo vedúci pracovník sa nerozhoduje iba na základe intuície alebo skúseností, ale využíva overené dáta, štúdie, výskum a fakty.

Postup:

- zhromaždiť všetky dostupné dôkazy (vedecké štúdie, štatistiky, firemné dáta),
- kriticky ich vyhodnotiť (kvalita, aktuálnosť, relevantnosť),
- kombinovať ich s odbornými skúsenosťami a hodnotami organizácie.

Príklad:

V nemocnici sa zvažuje zavedenie novej liečebnej metódy. Manažment si preštuduje klinické štúdie, porovná výsledky s aktuálnou praxou a rozhodne sa až na základe toho.

Podpora rozhodovania informačnými systémami

Rozhodnutia sú podporované technológiami, ktoré zbierajú, ukladajú a analyzujú informácie.

Nástroje:

Elektronická zdravotná dokumentácia (EHR) – lekár vidí úplnú históriu pacienta, laboratórne výsledky, vyšetrenia, predpísané lieky, alergie atď.

Klinické rozhodovacie algoritmy – softvér navrhne diagnostické alebo liečebné kroky na základe zadaných údajov (napr. upozornenie na interakcie liekov).

Príklad:

Lekár zadá symptómy do systému, ten porovná údaje s databázou chorôb a navrhne možné diagnózy s pravdepodobnosťou výskytu.

Analýza rizík a scenárové plánovanie

Pred rozhodnutím sa predvídajú možné problémy a zvažujú sa rôzne scenáre budúceho vývoja.

Kroky analýzy rizík:

- Identifikácia rizík (čo sa môže pokaziť?).
- Odhad pravdepodobnosti ich výskytu.
- Vyhodnotenie dopadu (ako veľmi to ovplyvní výsledok).
- Návrh opatrení na zníženie rizika.

Scenárové plánovanie:

Tvorba viacerých alternatívnych plánov ("čo ak" scenáre) – optimistický, realistický a pesimistický variant.

Príklad:

Firma plánuje zaviesť nový produkt na trh. Vytvorí scenár s vysokým dopytom, nízkym dopytom a krízovým scenárom, pričom pre každý má pripravené opatrenia.

Tímové rozhodovanie

Rozhodnutia sa neprijímajú individuálne, ale spoluprácou viacerých odborníkov.

Výhody:

- Využitie rôznych pohľadov a skúseností.
- Vyššia kvalita riešení vďaka diskusii.
- Väčšia podpora implementácie, keďže sa na rozhodnutí podieľali viacerí.

Metódy:

Brainstorming – voľné generovanie nápadov bez kritiky. Skupinová technika na generovanie veľkého množstva nápadov v krátkom čase. V prvej fáze sa neposudzuje kvalita nápadov – dôležité je kvantum a kreativita.

Postup:

- skupina sa zide (osobne alebo online),
- účastníci navrhujú nápady – hovoria všetko, čo ich napadne,
- nápady sa zapisujú viditeľne pre všetkých,

- po skončení generovania sa nápady vyhodnotia, zgrupujú a vyberú najlepšie.

Pravidlá:

- nekritizovať nápady,
- povzbudzovať aj odvážne a netradičné návrhy,
- čerpať inšpiráciu z nápadov iných.

Delphi metóda – anonymné zberanie a spracovanie názorov odborníkov. Metóda založená na opakovanom anonymnom zisťovaní názorov odborníkov s cieľom dosiahnuť konsenzus.

Postup:

- vyberie sa skupina expertov,
- facilitátor im pošle dotazník s otázkami (napr. odhad budúceho vývoja),
- odpovede sa anonymne spracujú a výsledky sa pošlú späť účastníkom,
- na základe spätnej väzby experti upravujú svoje odpovede,
- proces sa opakuje, kým sa názory nezačnú zbíhať (dosiahne sa konsenzus).

Výhody:

- anonymita znižuje tlak skupiny,
- možnosť zapojiť odborníkov z rôznych miest.

Príklad z praxe:

Skupina epidemiológov anonymne odhaduje pravdepodobnosť novej vlny pandémie.

Nominal Group Technique (NTG) – každý navrhne riešenie, potom sa o ňom hlasuje. Štruktúrovaná metóda, ktorá kombinuje individuálnu prácu a skupinovú diskusiu a končí hlasovaním o prioritách.

Postup:

- účastníci individuálne napíšu svoje nápady (bez diskusie),
- nápady sa prezentujú v kole, pričom sa všetky zaznamenajú,
- skupina diskutuje o každom návrhu na objasnenie,
- každý účastník hlasuje alebo boduje návrhy podľa dôležitosti.

Výhody:

- rovnaká šanca pre každého prispieť,
- znižuje dominanciu silných osobností.

Príklad z praxe:

Nemocničný manažment používa NGT na určenie priorít investícií do nového vybavenia pracoviska.

Nemocničný tím (lekár, sestra, farmaceut, manažér) spoločne navrhujú nový postup starostlivosti o pacientov s cukrovkou.

Metóda SPAN.

SPAN je skratka pre:

S – Situácia (definovanie problému); **P – Problém** (konkrétne vymedzenie toho, čo nefunguje); **A – Analýza** (hľadanie príčin problému); **N – Návrh riešenia** (návrhy konkrétnych opatrení)

Ide o logický rozhodovací a analytický rámec, ktorý vedie tím k systematickému riešeniu problémov. Využíva sa pri: zlepšovaní procesov, analýze chýb, plánovaní zmien v organizáciách.

Výhody:

- je jednoduchá a prehľadná,
- podporuje logické myslenie a tímovú spoluprácu,
- pomáha vyhnúť sa unáhleným riešeniam – najprv sa skúma príčina, potom sa hľadá riešenie,
- vhodná pre rôzne typy tímov (manažment, zdravotnícky personál, kvalita atď.).

Príklad z praxe:

Na oddelení zaregistrovali zvýšený počet chýb pri podávaní liekov.

S – Situácia: Zdravotnícky manažér identifikoval, že sa za posledný mesiac zvýšil počet hlásených chýb pri podávaní liekov (napr. nesprávna dávka alebo čas podania).

P – Problém: Konkrétny problém: Nesprávne podanie liekov u 12 pacientov za posledných 30 dní.

A – Analýza: Tím zisťuje príčiny: napr. nedostatočná orientácia nových zamestnancov; zle čitateľné zápisy v papierovej dokumentácii; pracovné

preťaženie sestier v kritických časoch (ráno, večer); chýbajúca dvojité kontrola liekov pred podaním.

N – Návrh riešenia: Zaviesť elektronickú liekovú kartu.

Zorganizovať rýchlokurz pre nových zamestnancov.

Zaviesť dvojité kontrolu u rizikových liekov.

Preskúmať rozdelenie pracovných zmien.

Metóda rozhodovania 365 . Základom tejto metódy je 6 účastníkov, 3 nápady od každého účastníka a 5 minút na jedno kolo.

Postup:

- Skupina pozostáva zo 6 účastníkov (môže sa prispôbiť, ale 6 je ideálny počet).
- Facilitátor (vedúci stretnutia) predstaví problém alebo tému, ktorú treba riešiť.
- Každý účastník napíše 3 nápady alebo riešenia na papier.
- Po 5 minútach si účastníci vymenia papiere v smere hodinových ručičiek.
- Nasledujúce kolá (tiež po 5 minút) každý účastník si prečíta nápady od kolegu a pridá 3 nové nápady, ktoré môžu byť inšpirované alebo rozvinuté z tých predchádzajúcich.
- Pokračuje sa 6 kôl, kým každý papier neprejde všetkými rukami.

Výsledok: V ideálnom prípade vznikne 108 nápadov (6 účastníkov × 3 nápady × 6 kôl). Následne sa všetky nápady vyhodnotia, zoradia podľa priority a môže sa o nich hlasovať alebo diskutovať.

Výhody:

- rýchle generovanie veľkého množstva nápadov,
- rovnaká účasť všetkých členov skupiny,
- podpora kreativity a tímovej spolupráce,
- eliminácia dominancie jedného člena v skupine.

Príklad z praxe:

Nemocnica sa rozhoduje, či otvoriť nový denný stacionár pre pacientov s chronickými ochoreniami (napr. cukrovka, srdcové choroby). Manažér nemocnice využije metódu 365 na zhodnotenie všetkých aspektov rozhodnutia

a z tohto dôvodu zvolá tím: primára interného oddelenia, námestníčku pre ošetrovateľstvo, zástupcu ekonomického úseku, zástupcu IT oddelenia, zástupcu samosprávneho kraja a zástupcu pacientov. Každý z účastníkov navrhne 3 možnosti (5 minút) napr. primár interného oddelenia uvedie, že navrhuje zriadiť denný stacionár v priestoroch nemocnice v ambulantnej časti, navrhne spoluprácu so súkromnou ambulantnou sférou a spolufinancovanie samosprávneho kraja. Námestníčka pre ošetrovateľskú starostlivosť napíše, že je možné využiť voľné miestnosti v dolnom pavilóne, potrebu zamestnať 2 sestry a 1 fyzioterapeuta a zapojiť vzdelávacie inštitúcie do praxe. A takto sa vyjadria všetci účastníci a poskytnú pohľad zo svojej profesie. Na konci má tím 18 návrhov. Tieto návrhy je možné ďalej hodnotiť podľa kritérií ako: finančné náklady, dostupnosť pre pacientov, personálne nároky a kvalita poskytovanej starostlivosti.

Na základe vyhodnotenia návrhov sa tím zhodne, že využitie existujúcich priestorov nemocnice s minimálnou úpravou a zapojením ambulantného personálu je najlepšie riešenie.

Metóda Philips 66 (nazývaná aj Philipsov brainstorming alebo Philips 6x6). Táto metóda vznikla na Michiganskej štátnej univerzite a názov „Philips 66“ je odvodený od mena tvorca – Donald Phillips – a čísla 6x6, čo symbolizuje 6 skupín po 6 účastníkoch, ktorí diskutujú 6 minút.

Postup:

- rozdelenie účastníkov do skupín po 6 – napr. ak máte 30 účastníkov, vznikne 5 skupín,
- zadanie konkrétnej otázky alebo problému, na ktorý majú skupiny hľadať riešenie alebo zaujať stanovisko,
- diskusia v skupinách trvá 6 minút – cieľom je rýchla výmena názorov, brainstorming a vyjadrenie postojov,
- každá skupina zhrnie výsledky diskusie (napr. pomocou hovorca),
- prezentácia riešení pred ostatnými – výsledky sa zaznamenávajú a analyzujú,
- syntéza riešení a prijatie rozhodnutia manažmentom alebo širšou skupinou.

Výhody:

- podporuje aktívnu účasť všetkých členov tímu,
- zabezpečuje rýchle získanie rôznych názorov,
- vhodná pre veľké skupiny ľudí,
- pomáha prekonávať bariéry v komunikácii.

Príklad z praxe:

V nemocnici sa plánuje zaviesť nový systém elektronickej dokumentácie pacientov (EHR – Electronic Health Records), no personál je rozdelený v názoroch na to, ako a kedy ho implementovať.

Účastníci: 36 zamestnancov – lekári, sestry, administratíva.

Rozdelenie: 6 skupín po 6 ľuďoch – v každej skupine sú zástupcovia rôznych profesií.

Otázka: „Aké sú najväčšie výhody a nevýhody zavedenia EHR v našej nemocnici a aké opatrenia navrhujete na uľahčenie prechodu?“

Diskusia: 6 minút diskusia v skupinách.

Výsledky: Každá skupina prezentuje 2 výhody, 2 nevýhody a 2 návrhy riešení.

Záver: Manažment zhrnie výstupy, vyhodnotí najčastejšie obavy a návrhy, a na ich základe pripraví implementačný plán, ktorý zohľadňuje spätnú väzbu zamestnancov.

5.4 INDIVIDUALITA V ROZHODOVANÍ

Každý človek robí rozhodnutia trochu inak, pretože na jeho myslenie a voľbu riešení vplýva osobnosť, skúsenosti, hodnoty, emócie a spôsob uvažovania.

Faktory individuality:

- **Osobnostné črty** – introvert vs. extrovert, opatrný vs. riskujúci.
- **Skúsenosti a vedomosti** – odborné znalosti alebo minulé úspechy/neúspechy.
- **Hodnoty a priority** – čo považuje jednotlivec za dôležité.
- **Emócie a intuícia** – rozhodnutia ovplyvnené pocitmi či „vnútorným hlasom“.
- **Kognitívny štýl** – analytické vs. kreatívne myslenie.

Výhody individuality:

- prináša rozmanité pohľady na problém,
- podporuje kreativitu a inovácie,
- môže viesť k originálnym riešeniam.

Nevýhody individuality:

- subjektívne skreslenie (predsudky, prílišná sebadôvera),
- môže viesť k odlišným rozhodnutiam aj pri rovnakých dátach, čo komplikuje tímovú prácu.

Príklad z praxe:

Dvaja lekári majú rovnaké údaje o pacientovi – jeden odporučí konzervatívnu liečbu, druhý okamžitý chirurgický zákrok. Rozdiel je daný ich skúsenosťami, povahou a postojom k riziku.

Digitálne nástroje a umelá inteligencia v rozhodovaní manažéra

V modernej digitálnej ére však manažéri čoraz viac využívajú **digitálne nástroje a umelú inteligenciu** (AI) s cieľom podporiť a zlepšiť kvalitu svojich rozhodnutí a zvýši efektívnosť riadenia. Digitálne nástroje zahŕňajú softvérové platformy, ktoré spracúvajú veľké objemy dát, integrujú informácie z viacerých zdrojov a vizualizujú výsledky pre jednoduchšie pochopenie. Medzi takéto systémy patria riešenia **Business Intelligence (BI)**, **platformy na vizualizáciu dát** (napr. Tableau, Power BI) či **pokročilé simulačné a analyzačné nástroje**. Prínos umelej inteligencie je najmä v schopnosti predikcie a prognózy vývoja budúcich trendov či rizík v oblasti poskytovania zdravotnej starostlivosti. Ďalšou výhodou je automatizácia rozhodovacích podpor napr. **Decision Support Systems (DSS)**“ môžu generovať odporúčania na základe analýzy množstva dát a pomáhať manažérom zúžiť výber alternatív. V praktickom kontexte sa AI-podporované DSS uplatňuje v zdravotníctve (napr. pri klinických rozhodovacích postupoch). Pri strategickom riadení umožňujú tieto nástroje identifikovať silné a slabé stránky podniku, simulovať scenáre budúceho vývoja a optimalizovať alokáciu zdrojov. Manažéri, ktorí dokážu vyvážiť technologické výstupy s odborným úsudkom, sa stávajú akýmsi „digitálnym manažérom“, ktorý kombinuje analytickú inteligenciu AI s ľudským rozhodovaním.

Využívanie AI však prináša aj otázky v zmysle transparentnosti a dôveryhodnosti algoritmov. Pri využití systémov rozhodovacej podpory vzniká tzv. „attributability gap“ – keď nie je jasné, či je rozhodnutie výsledkom ľudského úsudku alebo algoritmu.

Digitálne nástroje a umelá inteligencia menia paradigmu manažérskeho rozhodovania. Ich výhody spočívajú v efektívite, presnosti a schopnosti pracovať s veľkým obsahom dát. Dôležitý je však kritický prístup, rešpektovanie etiky a zachovanie ľudského vnímania v rozhodovaní.

5.5 ŠPECIFIKÁ MANAŽÉRSKEHO ROZHODOVANIA V ZDRAVOTNÍCTVE

Zdravotníctvo je komplexný systém s vysokou mierou regulácie, multidisciplinárnou spoluprácou a neustálym tlakom na kvalitu a bezpečnosť poskytovanej starostlivosti.

Ošetrovateľstvo je profesia, ktorá kombinuje odborné klinické kompetencie s organizačnými schopnosťami. Sestry na vedúcich pozíciách rozhodujú o plánovaní a koordinácii ošetrovateľskej starostlivosti, rozdelení pracovných úloh v tíme, zabezpečení materiálno-technického vybavenia a hodnotení kvality poskytovanej starostlivosti. Každodenná prax sestier zahŕňa rýchle, často intuitívne rozhodnutia o prioritách starostlivosti, reakcii na zmeny zdravotného stavu pacienta, či potrebe konzultácie s lekárom. Využíva sa ošetrovateľský proces (zber údajov, diagnostika, plánovanie, realizácia, hodnotenie) ako systematický rámec rozhodovania.

Rozhodovanie v prostredí zdravotnej starostlivosti ovplyvňujú viaceré faktory:

- **etické princípy** (dôstojnosť, autonómia, benefiencia, nonmaleficiencia, spravodlivosť),
- **právne predpisy a profesijné štandardy,**
- **odborné protokoly a klinické usmernenia,**
- **obmedzené zdroje (personálne, materiálne, finančné),**
- **nepredvídateľnosť zdravotných stavov a epidemiologická situácia.**

Typy rozhodnutí v zdravotnictví:

- **Klinické rozhodnutia** – priamo súvisiace s diagnostikou a liečbou pacienta.
- **Organizačné rozhodnutia** – riadenie pracovných tímov, plánovanie zmien, rozdeľovanie zdrojov.
- **Strategické rozhodnutia** – rozvoj zdravotníckych zariadení, investície do technológií.
- **Krízové rozhodnutia** – postup pri hromadných nešťastiach, epidémiách.

Faktory ovplyvňujúce kvalitu rozhodnutí: dostupnosť a presnosť medicínskych informácií; úroveň odbornej prípravy a skúseností zdravotníckeho pracovníka; kvalita tímovej komunikácie; tlak času; emocionálne zaťaženie.

V rámci špecifík manažérskeho rozhodovania v ošetrovatelstve je dôležité upriamiť pozornosť na etický rozmer rešpektovania práv pacienta a voľbu citlivého prístupu. Náročná je aj interdisciplinárna spolupráca – koordinácia s lekármi, fyzioterapeutmi, laborantmi, asistentami výživy a inými odborníkmi.

5.6 CHYBY PRI ROZHODOVANÍ

Nedostatok informácií – rozhodnutie sa robí bez dostatočných údajov alebo na základe neúplných dát.

Príklad: manažér nemocnice rozhodne o znížení počtu sestier bez analýzy skutočnej záťaže na oddelení.

Preťaženie informáciami (information overload) – príliš veľa dát vedie k chaosu a k paralýze rozhodovania.

Príklad: lekár má príliš veľa výsledkov vyšetrení a nevie určiť, ktoré sú pre diagnostiku kľúčové.

Zaujatosť (bias) – rozhodnutie ovplyvňujú osobné sympatie, predsudky alebo zaužívané stereotypy.

Príklad: riaditeľ uprednostní nákup prístrojov od známeho dodávateľa, aj keď konkurencia ponúka lepšie podmienky.

Skupinové myslenie (groupthink) – skupina nechce ísť do konfliktu, preto prijíma rozhodnutie bez kritického zhodnotenia.

Príklad: vedenie nemocnice schváli zavedenie nového IT systému, hoci viacerí majú pochybnosti, ale nikto nechce „pokaziť atmosféru“.

Ukotvenie (anchoring) – prvá informácia príliš ovplyvní konečné rozhodnutie.

Príklad: ak vedenie počuje, že „pri rekonštrukcii by stála sála min. 1 milión €“, drží sa tejto sumy, hoci reálne náklady sú výrazne nižšie alebo vyššie.

Strach z rizika/alebo naopak nadmerné riziko – manažér je buď príliš opatrný, alebo príliš hazarduje.

Príklad: nemocnica sa zdráha investovať do nového diagnostického prístroja zo strachu z finančného rizika, hoci by výrazne zlepšil starostlivosť.

Zacyklenie v minulých rozhodnutiach (sunk cost fallacy) – pokračovanie v neefektívnom riešení, lebo už bolo vložených veľa peňazí alebo úsilia.

Príklad: nemocnica naďalej platí údržbu zastaralého softvéru, pretože „už doň veľa investovali“, namiesto prechodu na modernejší systém.

Konkrétny príklad zo zdravotníctva

Predstav si vedenie nemocnice, ktoré sa rozhoduje, či kúpi nový CT prístroj. Chyba rozhodovania: riaditeľ sa spolieha iba na odporúčanie jedného dodávateľa (ukotvenie) a nezohľadní porovnanie cien a parametrov od iných firiem.

Dôsledok: nemocnica minie viac peňazí a získa prístroj s nižšími možnosťami, čo zhorší efektivitu diagnostiky.

Tabuľka 5.3 **Chyby pri rozhodovaní**

Chyby pri rozhodovaní	Situácia	Príklad z ošetrovateľstva
Nedostatok informácií	Rozhodnutie sa robí bez dostatočných údajov alebo sa ignorujú dôležité fakty.	Sestra podá liek bez toho, aby si overila alergie pacienta.
Preťaženie informáciami	Príliš veľa údajov vedie k zmätku alebo nesprávnej prioritizácii.	Pri prijíme pacienta sestra dostane veľa údajov naraz a prehliadne, že pacient užíva liek, ktorý má interakciu s novým liekom.
Zaujatosť	Rozhodnutie ovplyvňujú osobné sympatie alebo predsudky.	Sestra venuje viac pozornosti „sympatickému“ pacientovi než iným, čo vedie k nerovnakej starostlivosti.
Skupinové myslenie (groupthink)	Tím sa vyhne kritike a všetci súhlasia bez diskusie.	Ošetrovateľský tím sa zhodne na pláne starostlivosti bez toho, aby niekto upozornil na riziko pre pacienta, lebo nechcú protirečiť lekárovi.
Ukotvenie (anchoring)	Prvá informácia príliš ovplyvní konečné rozhodnutie.	Sestra sa fixuje na to, že pacient má „bežnú virózu“, a prehliadne príznaky vážnejšej infekcie.

Tabuľka 5.3 **Chyby pri rozhodovaní** -pokračovanie

Chyby pri rozhodovaní	Situácia	Príklad z ošetrovateľstva
Strach z rizika	Rozhodnutie je príliš opatrné, aby sa predišlo riziku.	Sestra nevykoná potrebný invazívny zákrok (napr. zavedenie katétra), aj keď je to indikované, zo strachu pred komplikáciami.
Nadmerné riziko	Rozhodnutie je príliš odvážne, bez zváženia následkov.	Sestra podá nový liek pacientovi bez konzultácie s lekárom, aby „urýchlila liečbu“.
Zacyklenie sa v minulosti	Pokračovanie v nesprávnom postupe.	Sestra pokračuje v ošetrovateľskom pláne, ktorý nefunguje (napr. stará technika prevázov), lebo „sa tak robilo vždy“.

Manažérske rozhodovanie je neoddeliteľnou súčasťou efektívneho riadenia na všetkých úrovniach. V zdravotníctve a ošetrovateľstve má jeho kvalita priamy vplyv na bezpečnosť a spokojnosť pacientov, ako aj na efektívnosť využitia dostupných zdrojov. Rozhodovací proces musí byť preto systematický, transparentný, eticky zodpovedný a založený na overených informáciách. Úspešný manažér v zdravotníctve a ošetrovateľstve spája odborné vedomosti, manažérske zručnosti a schopnosť rýchlo sa adaptovať na meniace sa podmienky.

Kontrolné otázky:

1. V čom spočíva podstata rozhodovania?
2. Ktoré sú základné kroky rozhodovacieho procesu? Vymenujte a stručne ich opíšte.
3. V akom poradí za sebou nasledujú jednotlivé kroky analýzy rizík?
4. Akú úlohu zohrávajú faktory individuality v rozhodovacom procese?
5. Aké faktory majú vplyv na rozhodovanie v prostredí zdravotnej starostlivosti?
6. Aké sú najčastejšie chyby v rozhodovacom prostredí?

LITERATÚRA

Bavoľar, J. (2012). Úvod do psychológie rozhodovania. Košice: UPJŠ.
<https://unibook.upjs.sk/img/cms/2012/uvod-do-psychologie-rozhodovania.pdf>

Csaszar, F. A.; Ketkar, H.; Kim, H. (2024). Artificial intelligence and strategic decision-making: Evidence from entrepreneurs and investors. In: *Strategy Science*, 9(4), s. 322–345.

Fotr, J.; Švecová, L. a kol. (2016). Manažerské rozhodování: Postupy, metody a nástroje. Praha: Ekopress.

Funda, V. (2024). Artificial intelligence-powered decision support system for decision-making processes in a university.

Gál, P. (2023). Manažerske rozhodovanie. In: Copuš, L. a kol. *Manažment*. Bratislava: Univerzita Komenského v Bratislave.

Kovari, A. (2024). AI for decision support: Balancing accuracy, transparency, and trust across sectors. In: *Information*, 15(11), s. 725. Dostupné na: <https://doi.org/10.3390/info15110725>

Ominyi, J.; Nwedu, A.; Agom, D.; Eze, U. (2025). Leading evidence-based practice: Nurse managers' strategies for knowledge utilisation in acute care settings. In: *BMC Nursing*, 24(252).

Papula, J.; Gál, P.; Papulová, Z.; Mrva, M. (2014). Manažerske rozhodovanie: teoretické východiská a proces. Bratislava: Univerzita Komenského, Fakulta managementu. https://www.fm.uniba.sk/fileadmin/fm/Kniznica/Manazerske_rozhodovanie_texty_k_e-learningu.pdf

Robbins, S. P.; Coulter, M. (2021). *Management* (15th ed.). Harlow, England: Pearson Education.

Tomčíková, Ľ. (2017). Empirické metódy manažerskeho rozhodovania v praxi manažérov na jednotlivých úrovniach riadenia. In: *Journal of Global Science*. https://www.jogsc.com/pdf/2017/1/empiricke_metody.pdf

Välimäki, M. et al. (2024). The impact of evidence-based nursing leadership in healthcare settings: A mixed methods systematic review. In: *BMC Nursing*, 23(452). <https://bmcnurs.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12912-024-02096-4>

Wang, X.; Liu, Y.; Peng, Z. et al. (2024). Situational leadership theory in nursing management: A scoping review. In: BMC Nursing, 23(930). na: <https://bmcnurs.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12912-024-02582-9>

Zeiser, J. (2024). Owing decisions: AI decision-support and the attributability gap. In: Science and Engineering Ethics, 30(4), s. 27. <https://doi.org/10.1007/s11948-024-00485-1>.

6 MANAŽÉRSKA FUNKCIA - ORGANIZOVANIE

Valéria Parová

Cieľ kapitoly:

- charakterizovať funkciu organizovanie,
- popísať a zadefinovať typy organizačných štruktúr,
- charakterizovať organizačnú kultúru a organizačné normy.

Kľúčové slová: manažment, organizačná kultúra, organizačné normy, organizačná štruktúra

Organizovanie je jednou z funkcií manažmentu, ktorej úlohou je organizovať činnosť ľudí a ostatné zdroje tak, aby boli splnené naplánované ciele organizácie. Organizovanie je prostriedkom, ktorý slúži k premene plánov na skutočnosť, prostredníctvom organizovania sa totiž celková úloha organizácie rozčlení na najmenšie činnosti a tieto sú následne pridelené jednotlivcom, alebo skupinám, potom sú dané činnosti koordinované takým spôsobom, aby bol dosiahnutý spoločný cieľ organizácie. **Organizovanie** ako manažérska funkcia plní svoju úlohu v integrácii s ostatnými manažérskymi funkciami. Organizovanie je cieľavedomá činnosť, ktorej hlavným cieľom je usporiadať jednotlivé prvky do systému a ich aktivity koordinovať tak, aby maximálnou mierou prispievali k dosahovaniu vopred naplánovaných cieľov organizácie. Základnými prvkami organizovania sú špecializácia, koordinácia, tvorba útvarov, zadefinovanie rozpätia riadenia a deľba práce. Výsledkom organizovania je **organizácia**. Pojem organizácia formalizované pravidla hierarchické usporiadanie celku do určitého fungujúceho systému, kde sú presne zadefinované vzťahy medzi členmi organizácie. S pojmom organizácia sa spájajú také procesy, ako usporiadanie systému za určitým účelom, poriadok, systém, členenie, zjednotenie a integrácia, určitá vzájomná prepojenosť jednotlivých prvkov. **Poslaním organizovania** je zadefinovanie úloh ľudí, ktorí v danej oblasti práce a v určitom čase zabezpečujú plánované, alebo iné potrebné činnosti za účelom naplnenia cieľov organizácie.

Pojem **organizácia** môže byť chápaný vo významoch:

- usporiadaný priebeh procesov – organizácia ako ľudská činnosť, ako **proces organizovania**,
- organizácia ako výsledok tejto činnosti - výsledok ľudskej činnosti zameranej na účelovo optimálne usporiadanie štruktúry prvkov, vzťahov a funkcií, organizácia ako **vnútorné usporiadanie**,
- organizácia ako **reálny objekt** - ako systém sociálnych prvkov, vzťahov a cieľov v inštitucionalizovanej materializovanej podobe (podnik, škola, nemocnica, a pod.).

Organizáciu je potrebné chápať ako riadenú a presne zadefinovanú sociálnu sústavu, cieľavedome usporiadaný, reálny, pomerne uzatvorený celok, vytvorený za účelom naplnenia vopred stanovených cieľov. Organizácia ako komplexný systém je tvorená podsystémami, ktoré ju následne charakterizujú. Za **podsystémy organizácie** sú chápané **prvky štruktúry**, ktoré tvoria jej kostru, **systémy sociálnych vzťahov**, ktoré ju dotvárajú a **funkcionálne podsystémy**, ktoré udávajú smer, zodpovednosti a predstavujú základný pilier fungovania organizácie. Organizácia predstavuje sociálny podsystém spoločnosti, nakoľko je tvorená jednotlivcami, ktorí majú určité očakávania od jej fungovania. Rovnako tak aj organizácia má určité očakávania od ľudí, ktoré ju tvoria. Tieto vzájomné očakávania sa premietajú do problematiky vzťahov cieľov jednotlivca a organizácie. Každý jednotlivec vstupuje do organizácie za účelom napĺňania jeho osobných cieľov a potrieb. Každá organizácia prijíma jednotlivcov do organizácie za účelom realizácie a napĺňania jej cieľov. Preto je potrebné aby vzťahy jednotlivca a organizácie boli regulované normami, deklaráciami, pravidlami, smernicami, zákonnými dohodami atď.

6.1 PODSTATA A VÝZNAM ORGANIZOVANIA

Podstatou organizovania je utvoriť vhodné podmienky na koordináciu a zosúladenie úsilia pomocou vytvárania štruktúry procesov, prvkov a vzťahov medzi úlohami, právomocami a zodpovednosťou.

Pri organizovaní musia byť zohľadnené určité skutočnosti:

- **Organizačná štruktúra musí vychádzať z cieľov, stratégie a plánov**, pretože od nich sa odvodzujú všetky činnosti organizácie.
- **Musí deklarovať disponibilnú právomoc manažmentu**. Ak právomoc v danej organizácii znamená len určité právo voľného konania, potom je potrebné uskutočniť zmenu.
- **Každá organizačná štruktúra musí zohľadňovať prostredie**, v ktorom funguje. Organizačná štruktúra musí byť stále dynamická. Neexistuje jednotná organizačná štruktúra, ktorý by dokonale fungovala v každej situácii. Efektívna organizačná štruktúra musí vychádzať z konkrétnej situácie.

Za **podstatu organizovania** môžeme považovať mnohé na seba nadväzujúce čiastkové činnosti, ku ktorým zaradzujeme:

- zdefinovanie sústavy činností, ktoré sú potrebné na zabezpečenie fungovania organizácie, za účelom splnenia cieľov,
- priradenie jednotlivých činností konkrétnym ľuďom alebo pracoviskám pri rešpektovaní racionálnej deľby práce,
- zoskupenie vymedzených činností, pracovísk a ľudí do organizovaných celkov a ich podriadenie manažérom,
- delegovanie zodpovedností a právomocí jednotlivcom alebo útvarom,
- zabezpečenie horizontálnej a vertikálnej koordinácie činností, ľudí, útvarov smerujúcej k realizácii vopred naplánovaných cieľov.

Cieľom organizovania je snaha o dosiahnutie čo najvyššieho stupňa organizovanosti organizácie. Organizovanie sa teda zameriava na dve etapy vývinu organizácií:

- vytváraním nového organizovaného systému – prvotná tvorba organizácie,
- pretváraním už fungujúceho systému – zdokonaľovanie existujúcej organizačnej štruktúry a jej procesov.

Obsah procesu organizovania môžeme zdefinovať podľa akronymu **OSCAR**, podľa ktorého organizovania zahŕňa: **ciele** (Objectives), **špecializáciu**

(Specialization), **koordináciu** (Coordination), **právomoc** (Authority), **zodpovednosť** (Responsibility). Čo znamená, že úlohou organizovania je predovšetkým zabezpečiť stanovené ciele jednotlivcov i kolektívov pomocou špecializácie a následnej koordinácie činností i ľudí, ktorí ich vykonávajú prostredníctvom vymedzenia ich právomoci a zodpovednosti. Organizovanie sa teda zakladá na deľbe práce (špecializácii) a na koordinácii činnosti a vzťahov ľudí, ktorí danú prácu vykonávajú. Deľba práce si vyžaduje vhodné formy združovania činností, ľudí a pracovísk do kolektívov, resp. do organizačných celkov (jednotiek, útvarov), čím dochádza k určovaniu ich vzájomných vzťahov spolupráce. Vzniká tak organizačná štruktúra, ktorá slúži na zabezpečenie plnenia stanovený úloh a cieľov organizácie.

6.2 ORGANIZAČNÉ ŠTRUKTÚRY

Organizačná štruktúra je množina prvkov, resp. štruktúrnych jednotiek organizácie a vzťahov medzi nimi. Predstavuje kostru „anatómiu“ organizácie, v rámci ktorej sa uskutočňujú rôznorodé činnosti vrátane riadenia. Je chápaná ako **mechanizmus**, ktorý predstavuje základ koordinácie a **riadenia činností členov organizácie**. Jej úlohou je rozdelenie jednotlivých činností medzi členov organizácie takým spôsobom, aby tí fungovali efektívne a svojou činnosťou dosahovali vopred naplánované **ciele**. Organizačnú štruktúru je možné vysvetliť aj ako **diagram**, ktorý znázorňuje štruktúru organizácie, vzťahy medzi jej členmi, ktorí sú rozmiestnení do rôznych úrovní medzi **pracovnými pozíciami v organizácii**.

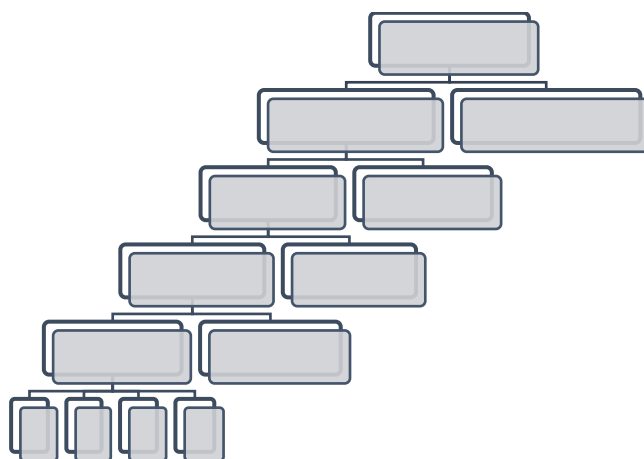
Organizačná štruktúra určuje význam a dôležitosť jednotlivých rolí, štruktúru riadenia a taktiež samotných zamestnancov, ktorí dané role zastávajú. Organizačnou štruktúrou dochádza aj ku kreovaniu firemnej kultúry. Poslaním organizačnej štruktúry je vytvárať podmienky na zabezpečenie účinného riadenia organizácie. Tvorba organizačnej štruktúry podlieha určitým **zásadám**, pri dodržiavaní ktorých je možné vytvoriť takú organizačnú štruktúru, ktorá bude svojou existenciou napomáhať efektívnemu fungovaniu spoločnosti. Pri jej tvorbe je potrebné rešpektovať:

- zásadu cieľavedomosti - tvar organizačnej a hierarchické usporiadanie organizačnej štruktúry podlieha hlavnému cieľu organizácií,
- zásadu špecializácie - podľa potrieb organizácie manažéri určia, ktoré pracovné činnosti je potrebné špecializovať,
- zásadu deľby práce - prerozdeliť prácu tak, aby prinášala synergické efekty,
- zásadu deľby právomocí – je spojená s deľbou práce,
- zásadu koordinácie aktivít - ide o zadefinovanie spolupráce medzi jednotlivými oddeleniami organizácie, resp. medzi jednotlivými zamestnancami.

Pre riadenie organizácie má dôležitý význam **rozpätie** organizácie, ktoré môže byť **úzke** alebo **široké**, čo znamená, koľko má manažér podriadených pracovníkov. Rozpätie závisí od štruktúry organizácie a od schopností manažéra. Od jeho osobnostných vlastností, schopnosti spolupracovať s ostatnými, od rýchlosti riešenia rôznych situácií, od schopnosti získať dôveru a na jeho schopnosti efektívne pracovať v rámci time manažmentu. Rozpätie organizácie, či už úzke alebo široké, má svoje výhody a nevýhody.

Úzke rozpätie organizácie:

- **výhody** – úzka spolupráca, možnosť dôkladnej kontroly, rýchla komunikácia medzi manažérom a ostatnými spolupracovníkmi,
- **nevýhody** – tendencie riadiacich pracovníkov v angažovaní sa priamo v práci podriadených, veľké množstvo organizačných úrovní, vyššie náklady vzhľadom na veľký počet riadiacich úrovní.



Obrázok 6.1 **Úzka organizačná štruktúra**

(Zdroj: vlastné spracovanie)

Široké rozpätie organizácie:

- **výhody** – nutné delegovanie právomocí, musí byť zadefinovaná presná taktika, podriadení musia byť vyberaní dôkladne,
- **nevýhody** – preťaženie riadiacich pracovníkov môže viesť k tendencii odkladať rozhodnutia, hrozí nebezpečenstvo, že manažér stratí prehľad, manažéri musia byť vyberaní dôkladne, lebo je tu nutnosť mať kvalitných a skúsených manažérov.



Obrázok 6.2 **Široká organizačná štruktúra**

(Zdroj: vlastné spracovanie)

Tvorba organizačnej štruktúry rieši dve vzájomne súvisiace otázky **organizačnú diferenciáciu činností a organizačnú integráciu činností.**

Organizačná diferenciácia spočíva v rozdelení celkovej úlohy do **jednotlivých útvarov** (pracovísk), čím sa tieto pracoviská stávajú zodpovednými za pridelené čiastkové úlohy. Diferenciácia je chápaná ako segmentácia systému na jednotlivé podsystémy, kde dochádza k presunu úloh organizácie ako

systému do vnútra na jeho jednotlivé podsystemy. Čím dochádza k redukcii zložitosti systému. Pri organizačnej diferenciacii existujú **dva spôsoby rozčleňovania organizácie**:

- **Vertikálna diferenciacia** znamená, že sa vytvára niekoľko úrovní (stupňov) riadenia v podniku, a to deľbou rozhodovacej právomoci a zodpovednosti medzi jednotlivými stupňami riadenia (nemocnica, klinika, oddelenie, pracovná zmena).
- **Horizontálna diferenciacia** znamená, že nastáva deľba práce na rovnakom stupni riadenia, a to podľa jednotlivých špecializovaných oblastí, vytváranie útvarov s jedným zodpovedným vedúcim (v rámci kliniky - oddelenia A, oddelenie B, JIS).

Organizačná integrácia činností predstavuje proces zabezpečujúci jednotu úsilia jednotlivých podsystemov organizácie pri plnení jej celkovej úlohy. Úlohou organizačnej integrácie je **zjednocovať organizačné útvary vytvorené organizačnou diferenciáciou**. Organizačná integrácia nastáva zlučovaním, koordináciou a zosúlaďovaním jednotlivých organizačných útvarov, v záujme plnenia spoločných cieľov.

Z organizačnej diferenciacie a integrácie organizačných činností vyplývajú hlavné charakteristiky organizačnej štruktúry:

- tvar a členitosť organizačnej štruktúry,
- spôsob organizačného začlenenia (departmentizácia),
- deľba rozhodovacej právomoci (centralizácia a decentralizácia rozhodovania),
- existencia útvarov a usporiadanie vzťahov v organizačnej štruktúre,
- formalizácia organizačnej štruktúry.

Organizačná štruktúra je výsledkom organizačnej diferenciacie a organizačnej integrácie.

6.3 TYPY ORGANIZAČNÝCH ŠTRUKTÚR

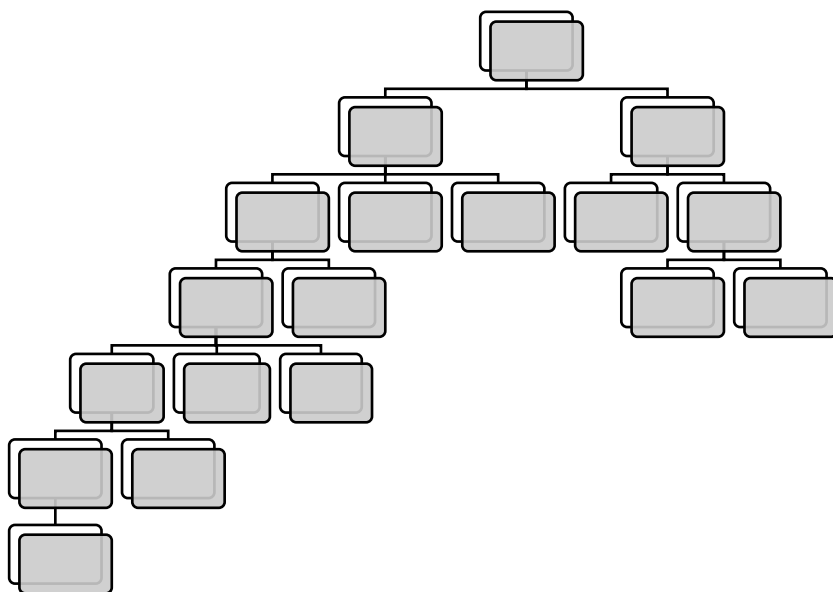
V praxi existuje mnoho organizačných štruktúr tradičných či moderných, ktoré majú svoje výhody a nevýhody. Rovnako tak existujú mnohé spôsoby ich

kategorizácia na základe ich usporiadania. My uvádzame kategorizáciu organizačných štruktúr na tradičné a moderné.

6.3.1 TRADIČNÉ ORGANIZAČNÉ ŠTRUKTÚRY

Medzi **tradičné organizačné štruktúry** sú zaradené hierarchické, funkčné, divízne a maticové organizačné štruktúry.

Hierarchická organizačná štruktúra je prioritne orientovaná na riadenie, čo znamená, že **každý jeden zamestnanec má jedného nadriadeného**. Hierarchická organizačná štruktúra je typ organizačnej štruktúry, ktorý sa zakladá na presne definovanej hierarchii a reťazci príkazov. V tejto štruktúre sú všetci zamestnanci usporiadaní do rôznych organizačných úrovní, kde vyššie postavení manažéri majú väčšie právomoci a zodpovednosti.



Obrázok 6.3 Hierarchický model organizačnej štruktúry

(Zdroj: vlastné spracovanie)

Výhody hierarchickej organizačnej štruktúry:

- **Jasné riadenie a zodpovednosť** - jasné definovanie úloh a zodpovedností pre každého zamestnanca. Každý zamestnanec vie, na koho sa obrátiť v prípade potreby a kto nesie zodpovednosť za konkrétnu oblasť.
- **Efektívna, jednoduchšia a štruktúrovanejšia komunikácia** - informácie a príkazy prichádzajú z vrcholu hierarchie smerom nadol a zamestnanci

majú jasný komunikačný kanál, cez ktorý sa môžu obrátiť na svojich nadriadených.

- **Rýchlejšie rozhodovanie** - rozhodnutia môžu byť prijaté na vyšších úrovniach riadenia a jednoducho sa prenášajú smerom nadol reťazcom príkazov. Tento typ štruktúry umožňuje rýchlo reagovať na zmeny a výzvy v podnikovom prostredí.

Nevýhody hierarchickej organizačnej štruktúry:

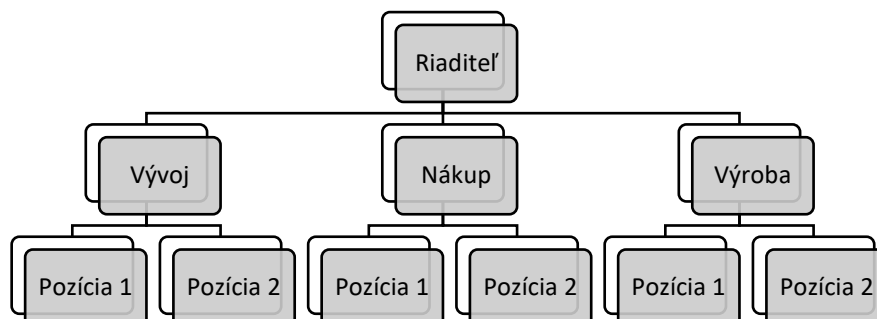
- **Prílišná centralizácia** – môže mať tendenciu byť príliš centralizovaná, čo môže brániť tvorivosti, inováciám a iniciatívnemu zapájaniu sa zamestnancov. Fungovanie zamestnancov v tomto type organizačnej štruktúry môže viesť k pocitu nedostatku slobody a autonómie pre zamestnancov.
- **Pomalá komunikácia** - informácie a rozhodnutia prechádzajú cez rôzne úrovne hierarchie, čo môže spomaliť a predĺžiť komunikáciu a oneskoriť reakcie na vzniknuté situácie. Môže to predstavovať problém v rýchlo sa meniacom podnikovom prostredí.
- **Nedostatok flexibility** - tento typ štruktúry je menej prispôsobivý a flexibilný voči zmenám. Úpravy a zmeny v danej organizačnej štruktúre môžu byť zdĺhavé a nákladné, čo môže brániť organizácii v rýchlej adaptácii na nové podmienky.

Uplatnenie:

Tento typ organizačnej štruktúry nachádza uplatnenie predovšetkým v organizáciách, ktoré za posledné desaťročia neprešli žiadnymi väčšími zmenami, štátoch riadených organizáciách, úradoch atď.

Funkcionálna organizačná štruktúra je v organizačnom systéme organizácie usporiadaná **podľa funkcií**, napríklad na funkciu marketingu, predaja, služieb, personálneho manažmentu, krízového manažmentu atď. Je založená na **rozdelení štruktúry organizácie do menších celkov, ktoré majú špecifické úlohy**. Je to jedna z najtradičnejších a **najbežnejších typov organizačných štruktúr**, v ktorej sú zamestnanci organizácie usporiadaní podľa funkčných rolí

a odborných zručností. Každé oddelenie má svojho nadriadeného pracovníka, ktorý zodpovedá za riadenie a koordináciu v danej oblasti.



Obrázok 6.4 **Funkcionálny model organizačnej štruktúry**

(Zdroj: upravené podľa Sedlák, 2001)

Výhody funkcionálnej organizačnej štruktúry:

- **Špecializácia a odbornosť** - zamestnanci vykonávajú špecializované činnosti v rámci danej oblasti, majú možnosť rozvíjať svoje odborné zručnosti a dosahovať tým vyššiu odbornosť v predmetnej oblasti.
- **Efektívna koordinácia** – ktorú umožňuje presné rozdelenie oddelení podľa funkcií. Zamestnanci majú podobné zručnosti, vedomosti a zdieľajú spoločné ciele, čo vedie k lepšej spolupráci a synergickému konečnému efektu.
- **Lepšie využitie zdrojov** – usporiadanie zamestnancov do funkčných skupín umožňuje lepšiu alokáciu pridelených zdrojov a tým prispieva k znižovaniu nákladov organizácie.

Nevýhody funkcionálnej organizačnej štruktúry:

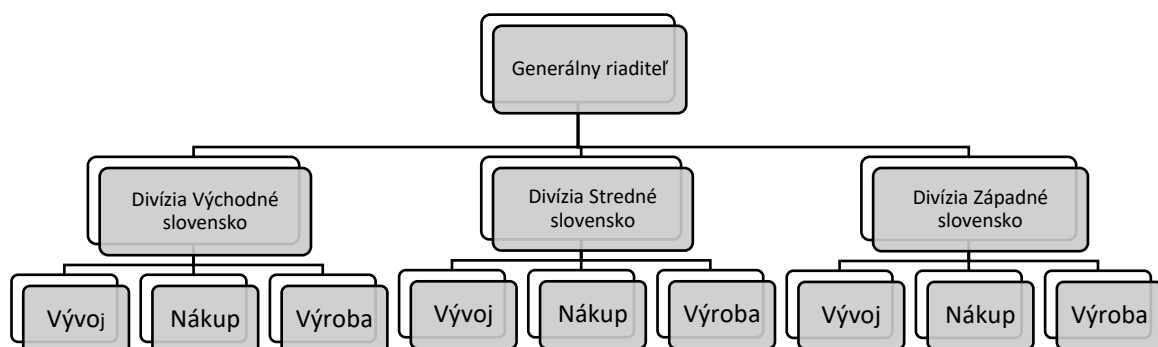
- **Nedostatok flexibility** – takéto usporiadanie zamestnancov môže predstavovať komplikácie pri riešení zmien v organizačnom prostredí. Rozhodovacie procesy môžu trvať dlhšie, môžu byť pomalšie, nakoľko je nutné ich prerokovať a schváliť na rôznych úrovniach hierarchie.

- **Komunikačné a koordinačné problémy** - spôsobuje prienik informácií medzi rôznymi funkcionálnymi oblasťami, nakoľko môže byť tento proces pomalý alebo môže dochádzať k stratám informácií.
- **Vertikálna orientácia** - s ohľadom na hierarchickú štruktúru usporiadania organizácie sa môže dochádzať k uprednostňovaniu vertikálnej komunikácie medzi nadriadenými a podriadenými, čo sa môže negatívne odzrkadliť na horizontálnej spolupráci a výmenu informácií medzi oddeleniami.

Uplatnenie:

Tento typ organizačnej štruktúry je preferovaný takými organizáciami, ktoré majú veľa oddelení a kde je často veľký tlak na poskytovanie veľkého množstva služieb alebo výkonov na jednom mieste.

Divízna organizačná štruktúra je podobná s funkčnou organizačnou štruktúrou. **Rozdiel** je v tom, že divízna je tvorená samostatne riadenými divíziami. Divíziou môže byť región (napr. Divízia Východné Slovensko) či druh a typ produktu (napr. Divízia Ultrazvukové prístroje) alebo služby (napr. Divízia Leserová terapia). V rámci tejto štruktúry je organizácia rozdelená do samostatných divízií na základe geografických oblastí, produktových línií alebo trhových segmentov. Každá divízia má vlastný riadiaci úsek (manažment) a nesie plnú zodpovednosť za svoje rozhodnutia, zisky a straty.



Obrázok 6.5 Divízny model organizačnej štruktúry

(Zdroj: vlastné spracovanie)

Výhody divíznej organizačnej štruktúry:

1. **Lepšie zacielenie na trh** - tento typ štruktúry umožňuje organizácii zacieliť sa na špecifické trhové segmenty alebo geografické oblasti. Každá divízia sa tak dokáže flexibilne prispôbiť potrebám a preferenciám konkrétného trhu, čo umožňuje lepšie uspokojiť potreby zákazníka a dosiahnuť konkurenčnú výhodu v danom segmente.
2. **Lepšie riadenie a kontrola** - vlastný manažment divízie, ktorý je zodpovedný za riadenie a kontrolu predmetnej oblasti, dokáže intenzívnejšie viesť a kontrolovať zverenú oblasť. To umožňuje rýchle rozhodovanie, efektívnu komunikáciu a lepšiu kontrolu nad fungovaním divízie.
3. **Flexibilita a prispôsobivosť** – tento typ štruktúry umožňuje rýchle prispôsobenie sa zmenám plynúcim z požiadaviek trhu. Výhoda je predovšetkým v tom, že každá divízia môže nezávisle reagovať na zmeny a prijímať rozhodnutia, čo zvyšuje celkovú lepšiu prispôsobivosť organizácie.

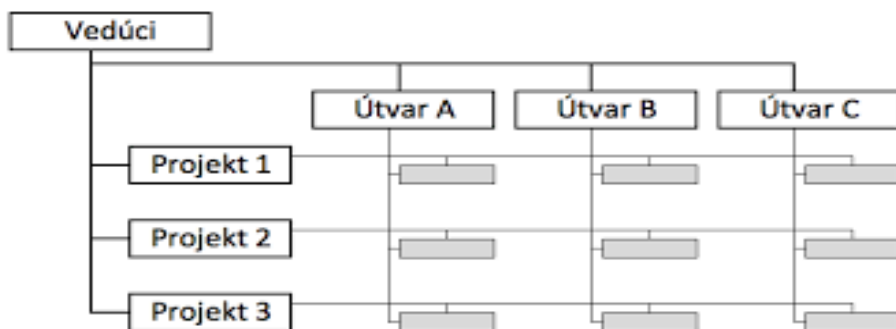
Nevýhody divíznej organizačnej štruktúry:

- **Možnosť duplicity a súťaže** – v tejto štruktúre môže dochádzať k duplicite činností a riadiacich procesov a k súťaži medzi jednotlivými divíziami. Neefektívne využívanie zdrojov a súťaž o zákazníkov, medzi divíziami môže byť nevýhodou, nakoľko každá divízia môže mať vlastný tím, oddelenie alebo zdroje, ktoré bojujú o svoje uplatnenie v danom segmente.
- **Komunikačné a koordinačné problémy**- informácie musia prechádzať cez rôzne úrovne a existuje tu riziko straty alebo oneskorenia podstatných informácií. To sa môže podpísať na celkovej efektivite organizácie.
- **Riziko nesúladu cieľov** – nakoľko rôzne divízie môžu mať odlišné ciele a priority, to môže viesť ku konfliktom medzi divíziami. Koordinácia a zosúladenie spoločných cieľov môže byť náročné, predovšetkým v prípade, keď divízie majú rozdielne záujmy a motivácie.

Uplatnenie:

Táto organizačná štruktúra nachádza uplatnenie vo veľkých spoločnostiach, ktoré pôsobia na mnohých rozdielnych trhoch, alebo majú široký produktový rad výrobkov, alebo služieb, ktoré vyrábajú alebo poskytujú. Je využívaná najmä veľkými svetovými spoločnosťami, ktoré majú na rôznych trhoch rozdielne ciele.

Maticová organizačná štruktúra – je kombináciou funkčionalnej a divíznej organizačnej štruktúry. Maticová organizačná štruktúra využíva prácu v tíme a riadenie projektov. V tejto organizačnej štruktúre majú zamestnanci dvoch alebo viacerých nadriadených. Zamestnanci sú zoskupení podľa funkčných rolí, podľa projektov alebo produktových línií. Každý zamestnanec má dvoch alebo viacerých nadriadených jeden funkčnú oblasť, ktorý zodpovedá za odborné riadenie, a druhý za oblasť projektov, ktorý je zodpovedný za riadenie v rámci konkrétneho projektu alebo produktu. Ide o štruktúru vysoko flexibilnú, avšak s pomerne zložitým riadením.



Obrázok 6.6 **Maticová organizačná štruktúra**

(Zdroj: Blažek, 2011.s. 77.)

Výhody maticovej organizačnej štruktúry:

- **Flexibilita a prispôsobivosť** – efektívne využívanie odborných zručností zamestnancov, nakoľko tí môžu byť priradení k rôznym projektom alebo produktovým líniám podľa potreby.
- **Efektívna komunikácia a koordinácia** - tímová spolupráca a výmena informácií v tíme intenzívne podporuje komunikáciu a koordináciu tak v rámci tímu ako aj medzi funkčnými oddeleniami a projektovými tímami.

Dochádza tým k dosiahnutiu cieľov projektov a zabezpečeniu efektívneho fungovania organizácie.

- **Využitie odborných zručností** – táto štruktúra dáva zamestnancom príležitosť naplno využiť svoje odborné zručnosti vo viacerých oblastiach. Zamestnanci majú možnosť rozvíjať svoje kompetencie, vedomosti a schopnosti a uplatňovať ich v rámci rôznych projektov, alebo pri tvorbe produktových línií.

Nevýhody maticovej organizačnej štruktúry:

- **Konflikty a zmätky** - zamestnanci môžu byť vystavení príkazom alebo inštrukciám od viacerých riadiacich pracovníkov, čo môže viesť k zmätku a k nejasnostiam v tom, kde sú ich priority a aké sú ich úlohy.
- **Zložité riadenie** - od manažérov sa očakáva schopnosť riadiť a rozhodovať na viacerých úrovniach – funkčnej a projektovej. Pokiaľ danú pozíciu zastávajú manažéri, ktorí nedisponujú týmito schopnosťami, môže to viesť k nezrovnalostiam, chaosu, komplikáciám a v konečnom dôsledku k neefektívnemu riadeniu.
- **Dlhšia doba rozhodovania** – jedná sa o komplexnú, zložitejšiu štruktúru, kedy môže dochádzať k dlhšiemu času potrebnému na rozhodovanie. Všetky zainteresované strany musia navzájom konzultovať a komunikovať, musia byť skordinovaní do fungujúceho celku, čo môže viesť k zdĺhavému rozhodovaniu a neskorej reakcii na zmeny.

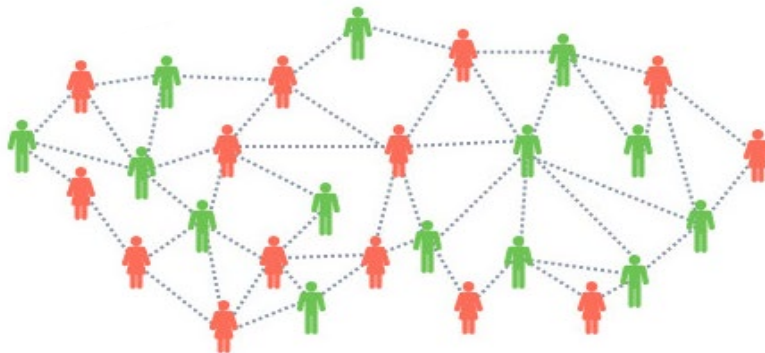
Uplatnenie:

Maximálne využitie dosiahne táto štruktúra v organizáciách, ktoré svojim fungovaním dokážu maximálne využiť odbornosť svojich zamestnancov a uplatniť ich na viacerých funkčných oblastiach spoločnosti.

6.3.2 MODERNÉ ORGANIZAČNÉ ŠTRUKTÚRY

V **moderných** organizačných štruktúrach organizácií nachádzame **základné rozdelenie** štruktúr na **plochú organizačnú štruktúru a flatarchickú organizačnú štruktúru**.

Plochá organizačná štruktúra – svojim usporiadaním odstraňuje klasické vrstvy v organizačných štruktúrach organizácií. Pre túto organizačnú štruktúru je charakteristické to, že **manažment je decentralizovaný** a v ideálnom prípade **neexistuje priamy nadriadený, každý zamestnanec je sám sebe šéfom**. Organizácie, ktoré sa dokážu vytvoriť „ideálnu“ plochú štruktúru v ich každodennom fungovaní, musia aj tak vytvoriť klasické vrstvy riadenia pre dočasné projekty, ktoré v danom čase realizujú. Ideálnym príkladom totálne plochej štruktúry je tzv. **holokratická organizácia**, ktorá predstavuje systém rozdelenia práce medzi tímami, kde je každému umožnené pracovať na tom, čo mu ide najlepšie, resp. na čo má najlepšie predpoklady.



Obrázok 6.7 **Plochá organizačná štruktúra**

(Zdroj: Žákovič, 2019)

Výhody:

- **Výrazná eliminácia byrokracie.**
- **Výrazné zlepšenie priamej komunikácie** – eliminuje sa tu prekonávanie rôznych štruktúr, čím sa problémy a nápady môžu riešiť priamo s tým zamestnancom, ktorého sa to najviac týka.
- **Eliminácia názvov pozícií** – upúšťa sa tu od názvov pozícií, seniority, manažérov a výkonnej moci.
- **Rovnocennosť** - každý zamestnanec je vnímaný rovnocenne, organizácia považovaná za samoriadiacu organizáciu.

Nevýhody:

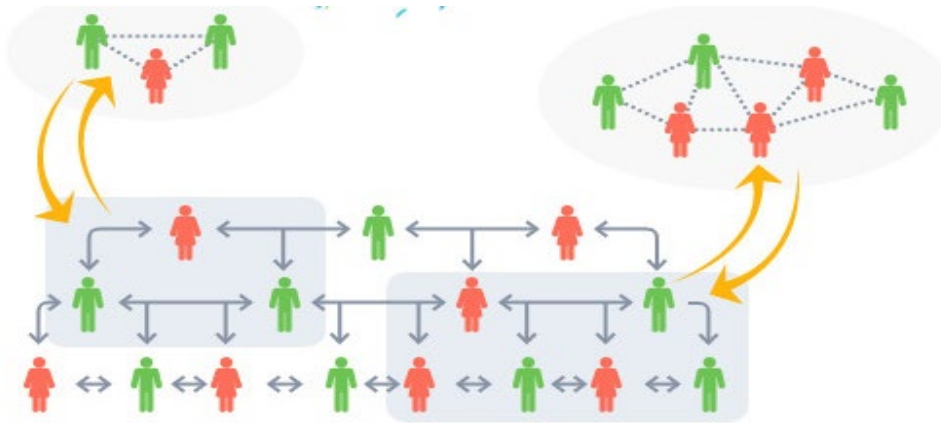
- **Tvorba neformálnych hierarchií** - automaticky sa vytvárajú neformálne hierarchie, najmä podľa seniority.

- **Tvorba skupín na základe sympatií** - vytvárajú sa skupiny, ktoré chcú spolupracovať len navzájom a nie s inými, na základe sympatií resp. antipatií.
- **Náročnosť tvorby štruktúry** - úplný prechod na plochú organizačnú štruktúru je príliš zdĺhavý, nákladný a väčšinou neefektívny.
- **Zodpovednosť** – v tejto štruktúre je problém s definovaním konkrétnej zodpovednosti a vyvodením dôsledkov.
- **Nedostatok formálnych pravidiel** - môže byť väčšinou nevýhodou.

Uplatnenie:

O tejto organizačnej štruktúre môžu uvažovať len menšie spoločnosti, ale v konečnom dôsledku je pre veľkú väčšinu firiem na svete neuplatniteľná.

Flatarchická organizačná štruktúra – jedná sa o hybridný variant organizačnej štruktúry medzi klasickými štruktúrami a plochou organizáciou. Organizácia môže byť z časti hierarchická, ale vytvára **ad-hoc tímy (ad-hoc – na určitý účel)** s úplne plochou štruktúrou, alebo naopak. Špeciálne vytvorené tímy vďaka tejto organizačnej štruktúre dokážu ľahšie generovať nové nápady a následne vyvíjať nové produkty a služby. Flatarchická organizačná štruktúra umožňuje prenášať rozhodovanie a riadenie na jednotlivé tímy a zamestnancov na operatívnej úrovni. V tejto štruktúre má každý tím **väčšiu samostatnosť** a zodpovednosť za svoje projekty, a komunikácia a rozhodovanie prebiehajú horizontálne medzi členmi tímu. Vedenie nepredstavuje autoritársku silu, ale slúži skôr ako **podpora a mentorstvo**.



Obrázok 6.8 Flatarchická organizačná štruktúra

(Zdroj: Žákovič, 2019)

Výhody:

- **Autonómia** - novovytvorené tímy majú viac autonómie, viac zdrojov a oveľa menej sú zaťažení byrokraciou.
- **Rozvoj inovácií** – poskytuje veľké príležitosti na nové nápady a inovácie.
- **Zlepšenie konkurencieschopnosti** – inovácie, autonómia a väčšia motivácia zamestnancov predstavuje nárast sily a postavenia na trhu.

Nevýhody:

- **Potreba vzniku nových tímov.**
- **Potreba veľkého množstva investovaných zdrojov.**
- **Zvýšená flexibilita, rýchlejšie rozhodovanie a vyššia angažovanosť zamestnancov** - umožňuje lepšie využitie a rozvoj individuálnych schopností a kreativity členov tímu.
- **Dočasnosť** - ide o dočasnú zmenu v organizačnej štruktúre, nie je ju možné využívať ako trvalú štruktúru.
- **Chaos** - táto štruktúra môže vytvárať chaos, ak nie všetci zamestnanci vedia, alebo nie sú stotožnení s tým, ako majú pracovať.
- **Potreba bohatých komunikačných schopností a tímovej spolupráce** - jasné definovanie zodpovednosti a transparentné riadenie, aby sa predišlo konfliktom a stratám efektivity.

Uplatnenie:

Táto štruktúra je vhodnejšia pre malé firmy a start-upy, kde spolupracujú menšie tímy.

6.3.3 FORMÁLNA A NEFORMÁLNA ORGANIZAČNÁ ŠTRUKTÚRA

V každej organizácii vznikajú rôznorodé prepojenia na základe umelo alebo prirodzene vytvorených väzieb a vzťahov. Na základe týchto väzieb je možné rozlišovať **neformálnu a formálnu organizačnú štruktúru**. Organizačná štruktúra každej organizácie by mala byť usporiadaná tak, aby prispievala k dosahovaniu jej cieľov čo najefektívnejším spôsobom. Každá organizačná štruktúra musí byť natoľko flexibilná, aby umožnila plynulo a bez väčších problémov reagovať na zmeny vyplývajúce zo súčasného dynamického prostredia, v ktorom spoločnosť pôsobí. V organizáciách existujú tak formálne, ako aj neformálne organizačné štruktúry. **Formálna organizačná štruktúra je súbor formálnych sociálnych skupín, účelovo zriadených pre splnenie alebo vykonanie určitých úloh organizácie.** Existencie formálnej organizačnej štruktúry je založená na formálnych vzťahoch, v rámci ktorých sú presne zadefinované konkrétne ciele, úlohy, roly, pozície každého zamestnanca, právomoci a zodpovednosti. Tieto formálne pravidlá umožňujú maximálne využitie ľudského potenciálu žiadúcim smerom pre naplnenie cieľov, misie poslania a stratégie organizácie.

Okrem formálnych vzťahov je každá organizácia poprepájaná aj spoločenskými a sociálnymi väzbami na pracovisku, čo prispieva k vzniku **neformálnej organizačnej štruktúry**. Na základe týchto väzieb sa v organizáciách vytvárajú neformálne skupiny, ktoré vznikajú paralelne s formálnymi skupinami. Vzťahy v týchto neformálnych skupinách **sú založené na emocionálnom, osobnom a priateľskom prístupe všetkých členov, ktorí sú v tejto skupine žiadaní, rešpektovaní a nezastupiteľní.** Vznik neformálnej skupiny je na báze dobrovoľnosti každého, kto je členom skupiny, alebo sa chce zapojiť do jej činnosti alebo fungovania. Čas trvania týchto neformálnych skupín je zvyčajne dlhší ako existencia formálnych, umelo vytvorených štruktúr.

6.4 ORGANIZAČNÉ NORMY

Vymedzujú systém riadenia. Predmetom organizačných noriem je úprava: poslanca organizácie, organizačnej štruktúry, funkcií a vzťahov, začlenením noriem do systému.

Najdôležitejšie **funkcie organizačných noriem**: **konštitutívna** (vytváranie systému riadenia), **racionalizačná** (pomáha racionalizovať riadenie), **arbitrážna** (slúžia v prípade vzniku nejasností), **model systému riadenia** (zobrazujú systém riadenia). Organizačné normy používané v jednej organizácii tvoria sústavu organizačných noriem, ktorá je hierarchicky usporiadaná.

Druhy organizačných noriem: **stanovy** (najdôležitejšie – postavenie a činnosť organizácie), **organizačné poriadky** (opisujú organizačné prvky), **smernice** (opisujú spôsob vykonávania jednotlivých funkcií), **pokyny** (vydávajú ich vedúci, im prináležia), **postupy** (predpisujú spôsob a techniku výkonu). V organizačných normách sa používajú dva spôsoby vyjadrovania: verbálne (slovné) a neverbálne (iné). Upraviť správanie zamestnancov, usmerniť realizáciu jednotlivých činností a nastavenie určitých pravidiel si vyžaduje existenciu vnútorných riadiacich aktov, ktoré obsahujú záväzné ustanovenia podľa ktorých budú postupovať všetci zamestnanci v organizácii. Sústava organizačných noriem je v organizáciách tvorená:

- **Štatútom resp. stanovami** – definujú postavenie a činnosť organizácie (názov, sídlo, predmet činnosti, základné imanie, zakladateľov atď.), zloženie a pôsobnosť jednotlivých orgánov organizácie, rámcovú organizačnú štruktúru.
- **Organizačným poriadkom a inými poriadkami** (pracovný, prevádzkový, dokumentačný, hospodársky atď.) – upravuje organizačnú štruktúru organizácie alebo jej časti, funkcie jednotlivých organizačných prvkov, základné pravidlá usporiadania a fungovania organizácie.
- **Smernicami** – ktoré definujú spôsob vykonávania jednotlivých činností organizácie, konkretizujú funkčné náplne a vzťahy organizačných prvkov pri ich plnení (smernica pri prijímaní zamestnancov).

- **Pokynmi** – normy vydávané vedúcim pracovníkom útvaru na úpravu vybraných činností vykonávaných zamestnancami.
- **Postupmi** (štandardy) – podrobne popisujú spôsob a techniku vykonávania čiastkových činností (postu odberu krvi na hemokultúru atď.).

Všetky tieto normy napomáhajú k efektívnemu fungovaniu organizácie a napĺňaniu cieľov. Sú dôležitým prvkom stabilizácie organizačnej kultúry a sú prostriedkom eliminácie chybovostí, znižovania kvality a v rámci zdravotníckych organizácií sú prostriedkom zvyšovania bezpečnosti pacienta.

6.5 ORGANIZAČNÁ KULTÚRA

Práca manažérov v organizáciách je determinovaná mnohými faktormi či už z interného alebo externého prostredia organizácie. Otvplyvňujú ju napr. politické, ekonomické, legislatívne, či technologické charakteristiky vonkajšieho prostredia, determinanty bližšieho okolia organizácie, ako sú odberatelia, dodávatelia, vlastníci, akcionári či zamestnanci. Významný vplyv na fungovanie organizácie má aj nehmotný, na prvý pohľad abstraktný jav, ktorým je **organizačná kultúra**. Tak ako je každý človek jedinečnou osobnosťou s charakteristikami, ktoré ovplyvňujú jeho správanie a vystupovanie, tak aj každá organizácia má svoju „jedinečnú osobnosť“, ktorá je nazývaná kultúrou, a prostredníctvom nej sa odlišuje od iných organizácií,

Definícií organizačnej kultúry je veľmi veľa. Organizačnú kultúru je možné chápať ako rad pravidiel a metód, ktoré organizácia používa pri riešení opakujúcich sa problémov, ktoré musí riešiť počas svojho fungovania. Vo všeobecnosti organizačná kultúra predstavuje zdieľané hodnoty, princípy, zvyky, tradície a spôsoby realizácie organizačných činností, ktoré ovplyvňujú správanie a fungovanie zamestnancov v organizácii, a odlišujú tak jednu organizáciu od druhej. Organizačnú kultúru je možné rozdeliť do štyroch prelínajúcich sa úrovní:

- **Nadnárodná organizačná kultúra** – charakteristická pre nadnárodné korporácie. V rámci jednej organizácie, ktorá má svoje pobočky vo

viacerých krajinách sveta, existujú určité zhodné prvky a znaky kultúry platné pre všetky organizácie, bez ohľadu na geografické umiestnenie spoločnosti. Ostatné sú prispôsobené špecifikám danej krajiny.

- **Národná organizačná kultúra** – je charakterizovaná zvláštnosťami danej krajiny, kde organizácia funguje. Znamená to, že manažéri pri obchodných stretnutiach s predstaviteľmi organizácie z iných krajín, si musia naštudovať špecifiká a zvláštnosti krajiny, do ktorej idú reprezentovať organizáciu.
- **Kultúra vlastnej organizácie** – na jej tvorbe sa podieľa rozdielny vývoj a príspevok ľudí v rámci jednej krajiny.
- **Subkultúry** – jedná sa o kultúru divízií, závodov, útvarov, kliník, oddelení a pod. v rámci jednej organizácie. Zamestnanci spoločnou profesiou v organizácii prejavujú špecifické charakteristiky ich fungovania. Znamená to, že v rámci celkovej organizačnej kultúry je možné vidieť určité rozdielne znaky napr. kultúra ekonomických oddelení, personálnych útvarov, kultúra kliník, kultúra oddelení a pod.

6.5.1 ZNAKY A TYPOLÓGIA ORGANIZAČNEJ KULTÚRY

Organizačná kultúra je súbor kréd, hodnôt a noriem, ktorý je prijímaný danou skupinou, a ktorý intenzívnym spôsobom ovplyvňuje správanie jej členov. Kultúra je neviditeľnou súčasťou organizácií, viditeľné sú len jej prejavy, ktorými sa prezentuje navonok. Teórie viacerých autorov sa pri špecifikovaní pojmu organizačná kultúra zameriavajú na viditeľné a neviditeľné prvky kultúry. Za neviditeľné prvky organizačnej kultúry sú považované ideológie obsiahnuté v hodnotách a krédach. Viditeľnými prvkami sú charakteristické prejavy navonok. **Znaky organizačnej kultúry** môžu mať okrem materiálnej podoby aj podobu verbálnych symbolov, symbolických jednaní a štatútových symbolov.

- **Symboly materiálnej povahy (artefakty)** – týmito symbolmi sú napr. architektúra budov organizácie, usporiadanie a vybavenie kancelárií alebo výrobných priestorov, dizajn výrobkov, logo organizácie, propagačné a reklamné materiály a iné zložky tvoriace organizačný štýl.

- **Verbálne symboly** – ktoré sú reprezentované jazykom, ktorý je charakteristický typickou rečou organizácie, ktorý by si mal osvojiť každý zamestnanec aby porozumel danej kultúre. Takmer každá organizácia používa vlastný žargón, ktorý odzrkadľuje rovnaký spôsob života v rámci určitej profesijnej skupiny.
- **Symbolické jednanie** – ktorých úlohou je utváranie, spoznávanie a upevňovanie podnikovej kultúry. Symbolické správanie je navonok viditeľné prostredníctvom rôznych ceremónií, obradov a rôznych rituálov, ktoré sú určitým typom zvykov a obyčajov s presne vymedzeným významom.
- **Štatútové symboly** – predstavujú označenia funkcií a rôzne materiálne výhody viazané na výkon zamestnancov, ktoré predstavujú silný motivačný prvok zamestnancov k dosiahnutiu konkrétnej funkcie.

Organizačnú kultúru nie je možné zovšeobecniť. Znamená to, že nemožno použiť jeden typ organizačnej kultúry pre všetky organizácie. **Typológia organizačných kultúr** vznikli na základe viacerých kritérií, súvislostí a vzťahov. Organizačná kultúra **podľa jej vplyvu na jednanie členov organizácie** sa delí na **silnú a slabú** organizačnú kultúru. Pre **silnú organizačnú kultúru** sú charakteristické pravidlá správania, je presne zadefinované za čo sú zamestnanci odmeňovaní, alebo za čo postihovaní, sú nastavené jasné pravidlá komunikácie a vystupovania navonok, spôsoby riešenia krízových situácií atď. **Slabou organizačnou kultúrou** sa rozumie fungovanie organizácie v neistote, bez presne zadefinovaných pravidiel, noriem a hodnôt. Organizačná kultúra je charakterizovaná aj **na základe vzťahu k organizačným zmenám**. Podľa tohto kritéria je organizačná kultúra na štyri typy: **obranná, akčná, analytická a reagujúca**. Ďalším kritériom typológie kultúr je členenie **z hľadiska vysokej resp. nízkej rizikovosti prostredia**, v ktorom organizácia pôsobí. Týmto kritériom vznikla **kultúra procesu, kultúra analytických projektov, kultúra „chlieb a hry“, kultúra „všetko alebo nič“**. Veľmi používanou typológiou je členenie kultúry zohľadňujúcej organizačnú štruktúru a štýl riadenia. Týmto kritériom vznikla **kultúra moci, kultúra rolí, kultúra výkonu (úlohy) a osobná kultúra**.

6.5.2 ORGANIZAČNÁ KULTÚRA NEMOCNÍC A ZDRAVOTNÍCKYCH ORGANIZÁCIÍ

Nemocnice a zdravotnícke organizácie majú odlišnú kultúru od iných organizácií vzhľadom na svoje poslanie, záväzky, technológie a organizačnú štruktúru a tá ovplyvňuje všetky aspekty fungovania danej nemocnice alebo zdravotníckej organizácie. **Organizačná kultúra nemocníc** vyjadruje spoločné spôsoby myslenia, cítenia a správania sa zamestnancov v pracujúcich v danej nemocnici. Organizačné členenie každej nemocnice sa zakladá na existencii kliník, oddelení, administratívny útvarov, útvarov materiálno-technického zabezpečenia, ktoré navzájom kooperujú a spolupracujú v zmysle naplňania spoločného cieľa – uspokojenia potrieb pacientov. V nemocniciach a v iných zdravotníckych zariadeniach preto okrem dominantnej organizačnej kultúry existuje aj mnoho subkultúr, z ktorých každá má svoje jedinečné charakteristiky. Organizačná kultúra zohráva kľúčovú úlohu pri úspechu resp. neúspechu organizácie. Viac ako polovica úspechu nemocničných programov závisí od organizačnej kultúry. Optimálna organizačná kultúra prijateľná pre väčšinu zamestnancov zlepšuje kvalitu pracovného života, pracovnú spokojnosť, ich organizačnú angažovanosť, kvalitu a bezpečnosť nemocničných služieb, výkonnosť organizácie a predovšetkým spokojnosť pacientov.

Slabá organizačná kultúra je jedným z hlavných faktorov prejavujúcich sa neefektívnym fungovaním zdravotníckych organizácií, najmä nemocníc. V sektore zdravotnej starostlivosti organizačná kultúra zohráva zásadnú úlohu pri kvalite služieb v oblastiach, ako je prevencia, liečba, diagnostika, ošetrovateľská starostlivosť, systematické zlepšovanie administratívnych a technických procesov atď., a preto je potrebné takúto kultúru monitorovať.

Kontrolné otázky

1. Čo znamená pojem organizovanie?
2. Čo je obsahom procesu organizovania?
3. Čo rozumiete pod pojmom organizačná štruktúra?
4. Aké sú rozdiely medzi organizačnou diferenciáciou a organizačnou integráciou?
5. Ktoré typy organizačných štruktúr radíme k tradičným štruktúram?

6. Ktoré typy organizačných štruktúr radíme k moderným štruktúram?
7. Aký je rozdiel medzi formálnou a neformálnou organizačnou štruktúrou?
8. Čo sú organizačné normy?
9. Čo rozumiete pod pojmom organizačná kultúra?

LITERATÚRA

Allen, J. D.; Towne, S. D., Jr; Maxwell, A. E.; et al. (2017). Measures of organizational characteristics associated with adoption and/or implementation of innovations: A systematic review. *BMC Health Services Research*, 17, 591.

Azad, N.; Anderson, H. G.; Brooks, A.; Garza, O.; O'Neil, C.; Stutz, M. M.; Sobotka, J. L. (2017). Leadership and Management Are One and the Same. *American Journal of Pharmaceutical Education*, 81(6), 102.

Bělohlávek, F.; Košťan, P.; Šuleř, O. (2006). *Management*. Brno: Computer Press.

Blažek, L., (2011). *Management - Organizování, rozhodování, ovlivňování*. Praha: Grada Publishing, a.s.

Burtis, A. T.; Howell, S. M.; Taylor, M. K. (2021). Mapping the Literature of Health Care Management: An Update. *Journal of the Medical Library Association*, 109(3), 464–471. <https://doi.org/10.5195/jmla.2021.1121>

Darlow, A. L.; Sloman, S. A. (2010). Two systems of reasoning: Architecture and relation to emotion. *WIREs Cognitive Science*, 1, 382–392. <https://doi.org/10.1002/wcs.58>

Donnelly, J. H., Jr.; Gibson, J. L.; Ivancevich, J. M. (1997). *Management*. Praha: Publishing, a.s.

Drucker, P. G. (2000). *Výzvy managementu pro 21. století*. Praha: Management Press.

Eliášová, A.; Hadašová, L.; Fedurcová, I. (2017). *Vybrané kapitoly zo zdravotníckeho manažmentu*. Prešov: Vydavateľstvo PU.

Hardy, S. M.; Paramarta, V. (2025). Impact of Risk Management, Safety Culture, and Service Quality on Patient Satisfaction. *International Journal of*

Economics, Accounting and Management, 1(6), 358–365.
<https://doi.org/10.60076/ijeam.v1i6.1106>

Fennell, K. (2021). Conceptualisations of Leadership and Relevance to Health and Human Service Workforce Development: A Scoping Review. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 14, 3035–3051.
<https://doi.org/10.2147/JMDH.S329628>

Hahn, C. A.; Gil Lapetra, M. (2019). Development and Use of the Leadership Competencies for Healthcare Services Managers Assessment. *Frontiers in Public Health*, 7, 34.

Huebner, C.; Flessa, S. (2022). Strategic management in healthcare: A call for long-term and systems-thinking in an uncertain system. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(14), 8617.
<https://doi.org/10.3390/ijerph19148617>

Hulková, V. (2024). Hodnotenie organizačnej kultúry zdravotníckeho zariadenia z aspektu behaviorálneho manažmentu. *Zdravotnícke štúdie*, 16(1), 3–7.

Chidambaram, S.; Jain, B.; Jain, U.; et al. (2024). An Introduction to Digital Determinants of Health. *PLOS Digital Health*, 3(1), e0000346.
<https://doi.org/10.1371/journal.pdig.0000346>

Jakušová, V. (2016). Manažment pre nelekárske študijné programy. Martin: Osveta.

Jankelová, N.; et al. (2022). Manažment. Bratislava: Wolters Kluwer.

Kilíková, M. (2013). Teória manažmentu v ošetrovatelstve. Příbram: Ústav sv. Jána Nepomuka Neumanna; VŠZaSP sv. Alžbety.

Kilíková, M.; Jakušová, V. (2008). Teória a prax manažmentu v ošetrovatelstve. Martin: Osveta.

McGregor, J. (2008). Bezos: How frugality drives innovation. *BusinessWeek*, April 28, 2008, 64–66.

Mintzberg, H. (1973). The nature of managerial work. New York: Harper & Row.

Mintzberg, H. (1990). The manager's job: Folklore and fact. *Harvard Business Review*, March–April, p. 167.

Mintzberg, H. (2003). The Strategy Process: Concepts, Contexts, Cases. Pearson Education.

Mintzberg, H. (2013). Simply managing: What managers do and can do better. Upper Saddle River: Prentice Hall.

Ondruš, P.; Ondrušová, I.; et al. (2017). Manažment a financovanie v zdravotníctve: Príručka zdravotníckeho manažéra. Martin: Vydavateľstvo Matice slovenskej.

Plevová, I.; et al. (2012). Management v ošetrovatelství. Praha: Grada Publishing, a.s.

Priest, S. (2019). Leadership management.

<http://simonpriest.altervista.org/LM.html>

Robbins, S. P.; Coulter, M. (2004). Management. Praha: Publishing, a.s.

Sachsenweger, M.; Sachsenweger, R. (1998). Naléhavé stavy v oftalmologii. Martin: Osveta.

Sakal, P.; et al. (2007). Strategický manažment v praxi manažéra. Bratislava: STU.

Sedlák, M. (2012). Základy manažmentu. Bratislava: Iura Edition.

Stout, L. (2012). The shareholder value myth: How putting shareholders first harms investors, corporations, and the public. Oakland: Berrett-Koehler Publishers.

Valaitis, R.; Meagher-Stewart, D.; Martin-Misener, R.; Wong, S. T.; MacDonald, M.; O'Mara, L. (2018). Organizational factors influencing successful primary care and public health collaboration. BMC Health Services Research, 18, 420.

Veber, J.; et al. (2009). Management. Praha: Management Press.

Žákovič, M., (2019). Organizačná štruktúra – akú vybrať pre svoju firmu? Online: <https://www.podnikajte.sk/zamestnanci-a-hr/organizacna-struktura-pre-firmu>

7 MANAŽÉRSKA FUNKCIA - VEDENIE

Lucia Dimunová

Cieľ kapitoly:

- porozumieť rôznym štýlom vedenia a ich charakteristikám,
- identifikovať vhodné štýly vedenia v rôznych situáciách ošetrovateľskej praxe,
- kriticky zhodnotiť výhody a nevýhody jednotlivých štýlov,
- aplikovať teóriu na konkrétne situácie z praxe.

Kľúčové slová: manažér, nástroje vedenia, riadenie, vedenie, štýly vedenia, techniky vedenia

Vedenie predstavuje jednu z kľúčových funkcií manažmentu, ktorá má zásadný vplyv na efektívnosť každej organizácie, spokojnosť zamestnancov a dosahovanie vytýčených cieľov. Zatiaľ čo plánovanie a organizovanie určujú „čo“ a „ako“ sa má vykonať, vedenie sa zameriava na „kto“ a „prečo“. Jeho podstatou je ovplyvňovanie ľudí tak, aby sa dobrovoľne a aktívne podieľali na plnení úloh.

V zdravotníctve má vedenie osobitný význam – ide o prostredie s vysokou zodpovednosťou, rýchlym tempom, emocionálnou náročnosťou a potrebou spolupráce medzi jednotlivými zdravotníckymi pracovníkmi. V ošetrovatelstve sa vedenie premieta do schopnosti motivovať, podporovať a koordinovať prácu ošetrovateľského tímu pri poskytovaní kvalitnej a bezpečnej starostlivosti o pacienta.

Na úvod je dôležité **odlíšiť vedenie od riadenia** v manažmente.

Teórie riadenia (alebo teórie manažmentu) sú rôzne prístupy a myšlienkové smery, ktoré vysvetľujú, ako by mal manažér efektívne viesť organizáciu a ľudí. Ich vývoj prebiehal v čase a zahŕňa meniace sa podmienky v spoločnosti a technologický vývoj. Prehľad teórií riadenia, je rozdelený do 4 hlavných skupín: **1. Klasické teórie riadenia** (koniec 19. – začiatok 20. storočia) sú zamerané na organizáciu práce, efektívnosť a riadiace funkcie.

Vedecký manažment, ktorého zakladateľom bol Frederick Taylor. Kládol dôraz na efektívnosť práce, hodnotenie výkonu a štandardizáciu úloh. Pracoval

na princípe manažér rozhoduje, pracovník vykonáva. Predpokladom tejto teórie je, že všetci pracovníci sú dostatočne motivovaní peniazmi.

Príklad z praxe:

Schválené štandardizované postupy Ministerstvom zdravotníctva SR napr. Komplexný ošetrovateľský manažment imobilného pacienta.

Administratívna teória, ktorého zakladateľom bol Henri Fayol. Definoval funkcie manažmentu: plánovanie, organizovanie, prikazovanie, koordinácia, kontrola. Preferoval princíp hierarchie, autority a disciplíny.

Príklad z praxe:

Jasná hierarchia v nemocnici – od riaditeľa po sestry, s jasne stanovenými kompetenciami.

Byrokratická teória, ktorej tvorcom bol Max Weber. Kládol dôraz na pravidlá, normy a objektivitu. Organizáciu vnímal ako „stroj“, fungujúci podľa predpisov.

Príklad z praxe:

Checklist ako predoperačný bezpečnostný kontrolný záznam.

2. Behaviorálne (ľudské) teórie riadenia (30. – 60. roky 20. storočia), ktoré sú zamerané na ľudí, ich motiváciu, spoluprácu a vzťahy v pracovnom prostredí.

Hawthornské experimenty. Elton Mayo zistil, že sociálne vzťahy a pozornosť zvyšujú výkon viac ako technické podmienky. Dôležitý je pocit príslušnosti (patriť do organizácie) a uznania.

Príklad z praxe:

Zlepšenie tímovej spolupráce medzi sestrami zvyšuje celkovú spokojnosť a efektivitu.

Teória X a Y, ktorej zakladateľom je Douglas McGregor. Patrí k najčastejšie využívaným teóriám. Teória X hovorí, že ľudia sú leniví, vyhýbajú sa práci a potrebujú kontrolu.

Teória Y zas uvádza, že ľudia sú motivovaní, zodpovední a stačí im dať príležitosť a dôveru.

Príklad z praxe:

Manažér, ktorý verí v Teóriu Y, podporuje sestry v ich rozhodovaní a autonómii pri ošetrovateľských úkonoch.

3. Moderné (kvantitatívne a systémové) teórie (od 50. rokov 20. storočia) sú zamerané na celostný pohľad, komplexnosť, adaptabilitu a racionalitu rozhodovania.

Systémová teória. Organizácia predstavuje systém zložený z častí, ktoré sú prepojené a vzájomne sa ovplyvňujú. Podstatné je vnímanie súvislostí, interakcií a prostredia.

Príklad z praxe:

Nemocnica ako systém - ak zlyhá komunikácia medzi oddeleniami, ovplyvní to aj pacienta.

Teória rozhodovania. V centre tejto teórie je analýza údajov, optimalizácia údajov, využívanie matematických a štatistických údajov.

Príklad z praxe:

Manažér hodnotí efektívnosť rôznych liečebných postupov na základe dát (napr. výskyt komplikácií).

4. Situačné a kontingenčné teórie riadenia (od 60. rokov)

Autori týchto teórií zhodne tvrdia, že neexistuje jeden ideálny štýl vedenia, je potrebné prispôbiť sa situácii, ľuďom, konkrétnemu prostrediu.

Situačná teória podľa Hersey a Blanchard, ktorí tvrdia, že štýl vedenia sa prispôsobuje úrovni kompetencií jednotlivých pracovníkov, ochoty pracovníkov prevziať zodpovednosť a ich motivácii.

Príklad z praxe:

Novo nastupujúca sestra potrebuje zväčša direktívne vedenie, skúsená sestra môže pracovať samostatne.

Kontingenčné teórie hovoria, že úspešnosť manažéra závisí od „zhody“ medzi jeho štýlom a konkrétnymi podmienkami. Dôležité sú vzťahy v tíme, kontrola úloh, pracovné prostredie a pod.

Príklad z praxe:

Iný prístup je potrebný pri vedení tímu na oddelení urgentnej starostlivosti a iný na geriatrickom oddelení.

Riadenie na rozdiel od vedenia, sa orientuje predovšetkým na efektívne fungovanie organizácie prostredníctvom plánovania, organizovania, koordinovania a kontroly činností. Je to skôr technický a organizačný prístup,

ktorého cieľom je dosahovať stanovené ciele systematicky, predvídateľne a merateľne. Sústreďuje sa na procesy, organizačnú štruktúru a kontrolu.

V centre riadenia stoja procesy, teda súbor opakujúcich sa činností, ktoré vedú k požadovanému výsledku. Manažér sa stará o to, aby tieto procesy boli:

- **štandardizované** – jasne popísané a zrozumiteľné pre všetkých pracovníkov,
- **efektívne** – minimalizujú plytvanie časom a zdrojmi,
- **merateľné** – aby sa dali vyhodnocovať a optimalizovať.

Príklad z praxe:

V nemocnici manažér kvality nastaví proces príjmu pacienta tak, aby sa všetky potrebné údaje získali v prvých 10 minútach od príchodu. Tento proces je presne popísaný v interných smerniciach.

Riadenie sa opiera o organizačnú štruktúru, ktorá definuje hierarchiu, zodpovednosti a komunikačné kanály. **Úlohou manažéra** je: **vytvoriť jasnú hierarchiu** (kto komu zodpovedá); **určiť kompetencie** (kto má oprávnenie rozhodovať v danej oblasti); **zabezpečiť spoluprácu** medzi oddeleniami.

Príklad z praxe:

V zdravotníckom zariadení je stanovené, že v oblasti manažmentu ošetrovateľstva stojí na čele riaditeľka pre ošetrovateľskú starostlivosť, hierarchicky pod jej vedením sú vedúce sestry oddelení a pod nimi manažérky denných zmien. Takáto štruktúra znižuje zmätok v riadení a uľahčuje komunikáciu.

Kontrola je kľúčovou funkciou riadenia, pretože zabezpečuje, že činnosti prebiehajú podľa plánu a stanovených štandardov. Môže ísť o: **operatívnu kontrolu** – priebežné sledovanie práce; **výkonnostnú kontrolu** – meranie výsledkov proti stanoveným cieľom; **kvalitatívnu kontrolu** – hodnotenie dodržiavania postupov a kvality.

Príklad z praxe:

Oddelenie kontroly kvality v nemocnici pravidelne preveruje, či zdravotnícky personál dodržiava hygienické štandardy. Ak sa zistí odchýlka, manažér prijme nápravné opatrenia, napríklad doplňujúce školenie.

Vedenie (leadership) je zamerané na ľudí, motiváciu a vzťahy. Úspešný manažér v sebe spája obe dimenzie – efektívne riadi procesy a zároveň vedie ľudí. V základnom kontexte možno vedenie zo strany lídra chápať ako proces:

- **stanovenia vízie a cieľov** – líder ukazuje smer a dáva zmysel spoločnému úsiliu,
- **motivovania a inšpirovania** – podnecuje ochotu členov tímu prispieť svojím maximom,
- **komunikácie** – zabezpečuje jasný tok informácií, spätnú väzbu a porozumenie,
- **koordinácie** – zosúladzuje jednotlivé úlohy, roly a zodpovednosti,
- **podpory a rozvoja ľudí** – poskytuje podporu pri riešení problémov a vytvára podmienky pre profesionálny rast.

Aj v prípade vedenia sú dôležité teórie, z ktorých vychádzajú lídri na rôznych úrovniach vedenia. Teórie vedenia je možné rozdeliť do viacerých skupín:

Teórie vlastností (Trait Theories). Teória hovorí o tom, že lídri sa rodia, nie stávajú. Úspešní lídri majú špecifické vrodené vlastnosti – inteligencia, odvaha, charisma, empatia, rozhodnosť atď. Teória však nezohľadňuje vzdelanie a skutočnosť, že nie každý, kto má „vhodné vlastnosti“, sa stane dobrým lídrom.

Príklad z praxe:

Námestníčka pre ošetrovateľstvo je prirodzený líder, ku ktorému majú zamestnanci dôveru, pretože ich presvedčila svojimi vlastnosťami, je empatická, rozhodná a komunikatívna.

Teórie správania (behaviorálne). Lídri sa učia byť lídrami. Zameriavajú sa na svoje správanie, spôsob komunikácie a vedenie tímu. Teórie hovoria o dvoch dimenziách vedenia: vedenie zamerané na ľudí a vedenie zamerané na výkony.

Príklad z praxe:

Manažérka dennej zmeny, ktorá pravidelne komunikuje so svojím tímom, zaujíma sa o ich názory, ale súčasne sleduje ich prácu, plnenie úloh a dodržiavanie štandardov.

Teória líder – člen tímu (LMX – Leader-Member Exchange Theory). Teória uvádza, že vzťah medzi lídrom a každým členom tímu je individuálny. Vytvorenie pozitívnych vzťahov vedie k vyššej spokojnosti, dôvere a výkonu.

Príklad z praxe:

Vedúca sestra oddelenia si buduje vzťahy s členmi tímu, čo môže viesť k lepšej vzájomnej spolupráci a menšej fluktuácii zamestnancov.

V súčasnosti sú preferované aj novšie prístupy ako napr.: autentické vedenie kedy je líder prístupný, otvorený, čestný, s jasnými hodnotami a vedie tím na základe integrity. Ďalším typom je emocionálne vedenie (Daniel Goleman), kedy líder využíva emocionálnu inteligenciu, snaží sa pozitívne ovplyvňovať náladu a motiváciu v tíme.

7.1 PREDPOKLADY MANAŽÉRA PRE FUNKCIU VEDENIA

Predpoklady manažéra pre funkciu vedenia sú komplexným súborom osobnostných, odborných, sociálnych a situačných schopností. Úspešný manažér nie je len vykonávateľ formálnych kompetencií, ale najmä líder, ktorý svojím prístupom dokáže ovplyvniť výkon a spokojnosť ľudí vo svojom tíme. Vzhľadom na dynamický vývoj v oblasti práce a organizácií je dôležité, aby manažéri neustále rozvíjali svoje predpoklady pre vedenie a prispôbovali sa meniacemu sa prostrediu.

Osobnostné predpoklady manažéra

Osobnosť manažéra zohráva rozhodujúcu úlohu pri výkone vedúcej funkcie. Medzi najčastejšie diskutované osobnostné črty úspešného lídra patria:

- **Sebavedomie a sebadôvera** – schopnosť veriť vo svoje rozhodnutia a zároveň niesť zodpovednosť za ich dôsledky.
- **Emocionálna inteligencia** – schopnosť rozpoznať, pochopiť a regulovať vlastné emócie, ako aj empatia voči ostatným. Táto schopnosť je kľúčová pri zvládaní medziľudských konfliktov a budovaní dôvery.
- **Stresová odolnosť** – manažér často čelí náročným situáciám; schopnosť zvládať stres a tlak bez zníženia výkonnosti je preto nevyhnutná.

- **Zodpovednosť a integrita** – etické správanie a dôslednosť sú základom dôveryhodnosti lídra.

Mnohé z týchto črt sú považované za relatívne stabilné súčasti osobnosti každého človeka, no môžu byť rozvíjané prostredníctvom vzdelávania a tréningu.

Odborné predpoklady manažéra

Efektívny manažér potrebuje disponovať aj širokým spektrom odborných kompetencií, ktoré tvoria základ jeho autority a rozhodovacích schopností:

- **Odborné vedomosti** – manažér musí rozumieť špecifikám odvetvia, v ktorom pôsobí, aby mohol kvalifikovane rozhodovať.
- **Strategické myslenie** – schopnosť predvídať vývojové trendy, plánovať s víziou a formulovať dlhodobé ciele.
- **Analytické a rozhodovacie schopnosti** – orientácia v dátach, schopnosť vyhodnocovať situácie a voliť efektívne riešenia.
- **Vedomosti z oblasti organizačných procesov a štruktúr** – orientácia v interných mechanizmoch organizácie je predpokladom efektívneho vedenia tímu.

Tieto poznatky nie sú iba vstupnou požiadavkou, ale sú predmetom neustáleho vzdelávania a rozvoja počas celej profesionálnej dráhy manažéra.

Sociálne a komunikačné predpoklady

Vedenie ľudí je v zásade sociálnou aktivitou. Komunikačné a interpersonálne schopnosti manažéra majú preto zásadný vplyv na efektivitu jeho vedenia.

- **Schopnosť aktívne počúvať** – porozumenie potrebám a problémom zamestnancov umožňuje lepšie rozhodovanie.
- **Zrozumiteľná a presvedčivá komunikácia** – lídri musia vedieť jasne formulovať ciele, očakávania i spätnú väzbu.
- **Tímová spolupráca a facilitácia** – schopnosť vytvárať súdržný kolektív, podporovať spoluprácu a riešiť konflikty.
- **Motivácia a inšpirácia** – líder by mal vedieť podnietiť vnútornú motiváciu zamestnancov a viesť ich k angažovanosti.

Sociálne predpoklady tvoria most medzi odbornou autoritou a emocionálnym napojením na tím – práve ich prepojenie často rozhoduje o efektívnosti manažéra ako lídra.

Okrem individuálnych črt zohrávajú úlohu aj **vonkajšie faktory**. Konceptie leadershipu, ako napríklad situačné modely vedenia (napr. Hersey a Blanchard), zdôrazňujú, že úspešné vedenie závisí od schopnosti prispôbiť svoj štýl konkrétnej situácii. Manažér by preto mal vedieť flexibilne meniť štýl vedenia podľa potrieb tímu, úrovne ich samostatnosti a charakteru úlohy. Ďalšou významnou črtou je potreba akceptácie kultúrneho kontextu čo znamená, že v globalizovanom prostredí je nevyhnutná kultúrna senzitivita a schopnosť viesť rôznorodé tímy. V neposlednom rade, by mal byť manažér otvorený zmene – adaptabilita je nevyhnutná vzhľadom na rýchle technologické, spoločenské a trhové zmeny.

7.2 ŠTÝLY VEDENIA

V priebehu vývoja teórie manažmentu sa vyprofilovalo niekoľko štýlov vedenia, ktoré odrážajú rôzne prístupy manažérov k motivácii, rozhodovaniu a komunikácii so zamestnancami. Pochopenie týchto štýlov je nevyhnutné pre správne uplatňovanie manažérskej praxe a rozvoj líderských zručností. Správne zvolený štýl vedenia môže zlepšiť výkonnosť, podporiť iniciatívu a znížiť fluktuáciu.

V prostredí zdravotnej starostlivosti je efektívne vedenie nevyhnutné pre zabezpečenie kvalitnej starostlivosti o pacienta, efektívne fungovanie tímov a prevenciu syndrómu vyhorenia. Štýl vedenia, ktorý si zvolí vedúca sestra, hlavná sestra alebo manažér oddelenia, významne ovplyvňuje pracovnú atmosféru, spoluprácu v tíme a ochotu zamestnancov prevziať zodpovednosť.

Existuje viacero prístupov k vedeniu, ktoré možno rozdeliť podľa miery autority a participácie:

Autoritatívny (autokratický) štýl

Charakteristický silnou kontrolou manažéra nad rozhodovaním a minimálnou participáciou zamestnancov. Rozkazy sú vydávané zhora nadol a

zamestnanci majú obmedzenú slobodu v konaní. Vedúca sestra rozhoduje sama, vydáva príkazy a očakáva ich bezvýhradné plnenie. Tento štýl je vhodný v akútnych, krízových alebo vysoko rizikových situáciách.

Výhody:

- rýchle rozhodovanie,
- jasná štruktúra a disciplína.

Nevýhody:

- nízka motivácia zamestnancov,
- riziko odporu a frustrácie.

Príklad z praxe:

Počas akútnej situácie na jednotke intenzívnej starostlivosti (JIS), napr. pri masívnom príjme pacientov po hromadnej nehode, hlavná sestra okamžite prideluje úlohy: "Jana, prevezmi príjem pacienta, Katarína priprav resuscitačnú techniku." V krízovej situácii je tento štýl efektívny, pretože neexistuje priestor na diskusiu.

Demokratický štýl

Manažér **podporuje tímovú spoluprácu, zohľadňuje názory zamestnancov a rozhoduje sa na základe kolektívneho konsenzu**. Tento štýl zvyšuje angažovanosť, spoluzodpovednosť, vedie k vyššej spokojnosti personálu a rozvoju tímovej spolupráce. Vedúca sestra zapája ostatných členov tímu do rozhodovania, počúva ich názory a podporuje diskusiu.

Výhody:

- vyššia motivácia a spokojnosť,
- kvalitnejšie rozhodnutia vďaka rôznorodým názorom.

Nevýhody:

- pomalší proces rozhodovania,
- riziko nejasností v kompetenciách.

Príklad z praxe:

Na internom oddelení sestry diskutujú o tom, ako zefektívniť systém podávania liekov počas ranných vizít. Vedúca sestra zorganizuje tímové stretnutie, kde

všetci navrhnu vylepšenia. Spoločne sa rozhodnú zaviesť nový systém označovania liekov a časových tabuliek.

Na chirurgickom oddelení sa má zaviesť nový protokol hygieny rúk. Vedúca sestra zvolá poradú, na ktorej všetky sestry môžu vyjadriť svoje návrhy a obavy. Po diskusii tím spoločne dohodne úpravy, ktoré zohľadnia realitu pracovného prostredia. Takýto prístup zvyšuje ochotu protokol dodržiavať.

Laissez-faire štýl

Manažér **poskytuje zamestnancom veľkú mieru slobody, zasahuje minimálne a necháva rozhodovanie na tíme.** Vedúca sestra ponecháva tímu veľkú autonómiu. Zasahuje len v prípade potreby. Tento tip vedenia je vhodný len pre veľmi skúsené a zodpovedné tímy. Pri menej skúsených pracovníkoch môže viesť k zmätku alebo chybám.

Výhody:

- podpora kreativity a samostatnosti,
- vhodný pre expertné tímy.

Nevýhody:

- Nedostatok vedenia a kontroly.

Príklad z praxe:

Na oddelení dlhodobej starostlivosti pracuje stabilný, dobre zohraný tím sestier. Vedúca sestra sa zameriava najmä na administratívu, pričom sestry si samy organizujú zmeny, vzájomne si prideľujú pacientov a samostatne riešia bežné problémy.

Transformačný štýl

Líder **inšpiruje svoj tím spoločnou víziou, rozvíja osobný potenciál a podporuje inovácie.** Líder pôsobí ako vzor a motivátor, podporuje inovácie a osobný rast zamestnancov. V zdravotníctve je významný najmä pri implementácii nových postupov a technológií.

Príklad z praxe:

Vedúca sestra vie, že digitalizácia ošetrovateľskej dokumentácie vyvoláva stres. Organizuje preto školenia, poskytuje individuálne konzultácie a motivuje tím vysvetľovaním dlhodobých výhod – menej papierovania, presnejšie údaje o

pacientoch. Výsledkom je rýchlejšie zvládnutie nového systému a pozitívnejší postoj zamestnancov.

Vedúca sestra na geriatrii vytvorí program pre holistickú starostlivosť o pacienta, do ktorého zapojí celý tím. Organizuje školenia, podporuje spoluprácu s rodinami a zdravotnými asistentmi, zavádza nové prístupy k empatickej komunikácii.

Transakčný štýl

Zameriava sa na výmenu: výkon zamestnanca za odmenu. Kladie dôraz na štruktúru, pravidlá a kontrolu. Je efektívny pri rutinných činnostiach. Vzťah vedúceho a podriadených je založený na výmene – odmena za splnenie úloh, sankcia za nedodržanie. Je efektívny pri rutinných úlohách a dodržiavaní štandardov.

Príklad z praxe:

Vedúca sestra sľúbi tímu odmenu za zníženie výskytu dekubitov u pacientov o 30 % za nasledujúci mesiac. Sleduje výkonnosť, hodnotí výsledky, udeľuje pochvaly aj upozornenia.

Tabuľka 7.1 Štýly vedenia

štýl vedenia	charakteristika	výhody	nevýhody	využitie v praxi
autokratický	manažér rozhoduje sám	rýchle rozhodovanie	nízka motivácia tímu	krízové situácie, resuscitácie
demokratický	tím sa zapája do rozhodovania	vyššia angažovanosť, lepšia komunikácia	pomalší proces rozhodovania	plánovanie zavedenia zmien, porady
laissez-faire	minimálne zasahovanie manažéra	autonómia, kreativita	riziko nedostatku koordinácie	skúsené a samostatné tímy (ARO)

Tabuľka 7.1 **Štýly vedenia** - pokračovanie

štýl vedenia	charakteristika	výhody	nevýhody	využitie v praxi
transformačný	inšpiruje, podporuje inovácie	dlhodobá motivácia, rozvoj tímu	vyžaduje silné osobnostné predpoklady manažéra	zavedenie nových postupov, rozvoj kvality
transakčný	odmena/sankcia podľa výkonu	jasné očakávania, kontrola kvality	riziko vzniku mechanického prístupu	dodržiavanie štandardných postupov sterilizácie

Situačný prístup k vedeniu

Moderné teórie vedenia zdôrazňujú potrebu prispôbiť štýl vedenia konkrétnej situácii. Najznámejší je **Herzseyho a Blanchardov model situačného vedenia**, ktorý hovorí, že manažér upravuje svoj štýl podľa úrovne zrelosti (kompetencií a motivácie) zamestnanca.

Rozlišuje sa medzi štyrmi základnými štýlmi:

- **Inštrukčný (S1):** vysoká úroveň direktívneho správania, nízka podpora – vhodný pre neskúsených zamestnancov.

Príklad z praxe:

Nová absolventka nastúpila na chirurgické oddelenie. Vedúca sestra jej presne určuje úlohy, vysvetľuje postupy a kontroluje ich dodržiavanie.

- **Koučovací (S2):** vysoká direktíva aj podpora – vhodný pre mierne zrelých zamestnancov.

Príklad z praxe:

Sestra s kratšou dĺžkou praxe má základné skúsenosti, ale ešte si nie je istá v organizovaní práce. Vedúca sestra jej dáva jasné inštrukcie, zároveň ju povzbudzuje a dáva priestor na otázky.

- **Podporujúci (S3):** nízka direktíva, vysoká podpora – zamestnanci sú kompetentní, ale potrebujú povzbudenie.

Príklad z praxe:

Sestra s dlhoročnou praxou po chybe pri medikácii stratila sebadôveru. Vedúca sestra ju aktívne podporuje, počúva a vytvára prostredie bezpečia, kde môže opäť získať istotu.

- **Delegujúci (S4):** nízka direktíva aj podpora – vhodný pre vysoko zreľých a samostatných pracovníkov.

Príklad z praxe:

Sestra s dlhoročnou praxou, ktorá zvláda vedenie zmeny, riešenie konfliktov i školenie nových pracovníkov, dostáva voľnú ruku pri organizácii práce na nočných službách.

7.3 VYBRANÉ TECHNIKY A NÁSTROJE VEDENIA

Vedenie (leadership) je proces ovplyvňovania, motivovania a usmerňovania ľudí k dosiahnutiu spoločného cieľa. Kvalitný líder využíva rôzne techniky a nástroje, ktoré mu umožňujú efektívne koordinovať prácu tímu, riešiť konflikty a zabezpečiť produktívnu spoluprácu. Tieto techniky sa dajú prakticky využiť aj v ošetrovateľskej praxi alebo v zdravotníckych tímoch. Najprehľadnejšie je ich rozdelenie podľa cieľov na komunikačné, motivačné, rozvojové a koučovacie techniky, tímové a koordinačné techniky, techniky riešenia konfliktov, analytické a hodnotiace nástroje.

Komunikačné techniky sú zamerané na výmenu informácií, vytváranie dôvery a prevenciu konfliktov. Najčastejšie využívané sú techniky aktívneho počúvania, spätnej väzby s prvkami neverbálnej komunikácie. V manažérskej praxi je možné využiť aj komunikačný nástroj **SBAR** (Situation, Background, Assessment, Recommendation). Ide o štandardizovaný nástroj, ktorý slúži na rýchle, jasné a štruktúrované odovzdávanie informácií medzi zdravotníckymi pracovníkmi. Bol vyvinutý v zdravotníctve s cieľom minimalizovať nedorozumenia a chybovosť najmä v urgentných a kritických situáciách.

SBAR má štyri kroky:

S – Situation (Situácia)

Popis aktuálneho problému stručne, presne a bez zbytočných detailov. Cieľom je, aby prijímateľ hneď vedel, čo sa deje. Otázky, ktoré je možné položiť: Kto volá alebo informuje?

O ktorého pacienta ide (meno, vek, identifikačné údaje)? Aký je aktuálny stav alebo problém?

Príklad:

„Volám ohľadom pána Nováka, 68 rokov, ktorý má práve prudký pokles krvného tlaku na 80/50 mmHg.“

B – Background (Pozadie). Uvedenie relevantných informácií z anamnézy alebo aktuálnej hospitalizácie, ktoré súvisia s problémom. Otázky, ktoré je možné položiť: Aká je diagnóza alebo dôvod hospitalizácie? Aká je liečba a jej priebeh doteraz? Aké udalosti predchádzali aktuálnemu problému?

Príklad:

„Pacient je hospitalizovaný po operácii bedrového kĺbu, má analgetickú liečbu. Posledný odber krvi bol pred dvoma hodinami, hodnoty boli v norme.“

A – Assessment (Hodnotenie). Uvedenie výsledku odborného odhadu alebo výsledkov aktuálneho vyšetrenia. Otázky, ktoré je možné položiť: Čo si myslím, že sa deje? Aké sú aktuálne vitálne funkcie a zmeny oproti normálu? Je stav stabilný alebo sa zhoršuje?

Príklad:

„Pacient má bledú pokožku, tachykardiu 110/min, tlak 80/50 mmHg, saturáciu 94 % na kyslíku 2 l/min. Je potrebné kontaktovať lekára.“

R – Recommendation (Odporúčanie). Návrh čo by bolo vhodné urobiť. Otázky, ktoré je možné položiť: Akú pomoc alebo intervenciu očakávam? Potrebujem prísť osobne alebo mám konať podľa telefonických inštrukcií? Aký je časový rámec – okamžite, do niekoľkých minút, neskôr?

Príklad:

„Prosím, urobte ihneď vizitu u pacienta a zvažte podanie tekutín per os.“

Výhody SBAR v zdravotníctve predstavujú jasnú a zrozumiteľnú štruktúru, skrátenie času pri odovzdávaní informácií, zníženie rizika chýb pri komunikácii a podporu profesionalizmu zdravotníckych pracovníkov pri komunikácii.

Príklad z praxe:

Sestra pri odovzdávaní služby kolegyni použije SBAR: „Situácia – pacient má prudký pokles tlaku; Pozadie – liečba antihypertenzívami; Hodnotenie – možná reakcia na liek; Odporúčanie – monitorovať tlak každých 15 minút a informovať lekára.“

Tabuľka 7.2 **Komunikačné techniky**

Technika/nástroj	Popis	Príklad z praxe
Aktívne počúvanie	Plné sústredenie na partnera, kladenie doplňujúcich otázok	Líder aktívne počúva sestru, ktorá má problém v tíme
Spätná väzba (feedback)	Poskytovanie konštruktívnej, konkrétnej a včasnej spätnej väzby	Vedúca sestra pochwáli aj upozorní na chybu
Neverbálna komunikácia	Mimika, gestá, očný kontakt – podporujú alebo oslabujú verbálnu časť	Udržiavanie očného kontaktu počas rozhovoru s tímom

Motivačné techniky majú za úlohu zvýšiť angažovanosť, spokojnosť a výkon pracovníkov. K efektívnym motivačným technikám patrí **SMART**. Podstatou tejto techniky je stanovovanie cieľov. Princíp techniky SMART zabezpečuje, aby boli všetky úlohy jasné, dosiahnuteľné a merateľné. **Skratka SMART znamená:**

- **S – Specific** (špecifický) – cieľ musí byť jasne definovaný a konkrétny.
- **M – Measurable** (merateľný) – musí byť možné sledovať jeho plnenie a výsledok.
- **A – Achievable** (dosiahnuteľný) – musí byť realistický vzhľadom na dostupné zdroje.
- **R – Relevant** (relevantný) – cieľ musí byť v súlade s poslaním organizácie a potrebami pacientov.
- **T – Time-bound** (časovo ohraničený) – musí mať stanovený termín splnenia.

Príklad z praxe:

Situácia: Oddelenie má vysoký počet pádov pacientov.

Použitie nástroja: Manažérka stanovila cieľ (SMART): „Znížiť počet pádov o 25 % do 6 mesiacov pomocou edukačných a preventívnych opatrení.“

Výsledok: Tím sa sústredil na konkrétny cieľ, došlo k zlepšeniu sledovania rizikových pacientov a zvýšeniu prevencie.

Tabuľka 7.3 **Motivačné techniky**

Technika/nástroj	Popis	Príklad z praxe
Stanovenie cieľov (SMART)	Konkrétne, merateľné, dosiahnuteľné, relevantné, časovo viazané ciele	Tím má cieľ znížiť počet pádov pacientov o 20 % do 6 mesiacov
Ocenenie a uznanie	Verbálne uznanie, pochvala, malé odmeny	Vedúca sestra pochválila sestru v zmene za profesionálny prístup
Participácia	Zapájanie tímu do rozhodovania	Tím sa podieľa na tvorbe štandardov

Rozvojové a koučovacie techniky predstavujú podporu rastu a samostatnosti tímu. **Preferuje sa najmä koučing a mentoring.** **Koučing** v princípe predstavuje techniku rozvoja a podpory potenciálu zamestnanca prostredníctvom poukázania na jeho schopnosti, hodnoty a možnosti. Pomáha pri výkonnosti tímu prostredníctvom kladenia otázok a vedenia k samostatnému hľadaniu riešení. **Mentoring** v manažmente predstavuje proces, pri ktorom skúsený manažér (mentor) odovzdáva svoje vedomosti a skúsenosti menej skúsenému manažérovi alebo kolegovi s cieľom podporiť jeho rozvoj líderských schopností.

Príklad z praxe:

Situácia: Skúsená sestra sa rozhoduje, či sa prihlási na špecializačné štúdium.

Technika: Vedúca sestra použije koučovacie otázky (napr. „Čo ti to prinesie?“, „Čo ťa brzdí?“), čím sestru motivuje k premýšľaniu nad vlastným rozvojom.

Výsledok: Sestra sa rozhodne pre štúdium a jej profesijná motivácia sa zvýšila.

Tabuľka 7.4 **Rozvojové a koučovacie techniky**

Technika/nástroj	Popis	Príklad z praxe
Koučovanie (coaching)	Pomoc zamestnancovi nájsť vlastné riešenia, nie dávanie rád	Vedúca sestra kladie otázky, ktoré vedú sestru k riešeniu problému
Mentoring	Skúsenejší pracovník sprevádza nového zamestnanca	Sestra na oddelení vedie študentku počas praxe
Vzdelávanie a rozvoj	Podpora účasti na kurzoch, školeniach, workshopoch	Manažment nemocnice umožní zamestnancom účasť na konferenciách

Tímové a koordinačné techniky podporujú spoluprácu, dôveru a efektívnosť tímovej práce. Najčastejšie využívanou technikou je **brainstorming a delegovanie úloh**. V každej organizácii sú to aj **tímové porady**. O brainstormingu ako o metóde je uvedený text v kapitole 5.3.

Príklad z praxe:

Situácia: Zavádzanie nového systému elektronickej dokumentácie.

Použitie: Vedúca sestra zorganizovala tímový brainstorming, kde sestry navrhovali zlepšenia a identifikovali obavy.

Výsledok: Vyššia akceptácia systému, lepšie pochopenie zmien a znížený odpor voči novinkám.

Delegovanie úloh znamená zverenie konkrétnych úloh vhodným členom tímu spolu s kompetenciami a zodpovednosťou.

Efektívne delegovanie zahŕňa:

- výber vhodnej osoby podľa jej znalostí, zručností a skúseností,
- jasné definovanie úlohy a očakávaných výsledkov,
- poskytnutie potrebných zdrojov a podpory,
- kontrolu postupu a poskytnutie spätnej väzby.

Príklad z praxe:

Sestra počas rušnej zmeny deleguje aplikáciu inzulínu (s.c) zdravotníckemu asistentovi, ktorý má potrebnú kvalifikáciu. Tým uvoľní svoj čas pre akútne prípady.

Tabuľka 7.5 **Tímové a koordinačné techniky**

Technika/nástroj	Popis	Príklad z praxe
Tímové porady	Pravidelné stretnutia s prehľadnou agendou	Týždenné porady tímu s hodnotením problémov a návrhmi riešení
Brainstorming	Voľné vyjadrovanie nápadov bez kritiky	Tím navrhuje nové metódy pre prevenciu preležanín
Delegovanie úloh	Prideľovanie zodpovednosti primerane schopnostiam členov tímu	Manažérka dennej zmeny deleguje úlohy praktickej sestry

Techniky riešenia konfliktov sú zamerané na zvládanie napätia, zlepšovanie vzťahov, udržiavanie tvorivého, pozitívneho pracovného prostredia. Konflikty v zdravotníckych tímoch sú prirodzené, keďže sa stretávajú rôzne názory, skúsenosti a pracovné štýly. Úlohou lídra je riešiť konflikty konštruktívne, aby neohrozili spoluprácu a starostlivosť o pacienta.

Postup pri riešení konfliktov:

- Identifikovať príčinu konfliktu,
- vypočuť obe strany bez predsudkov,
- hľadať spoločné riešenie zamerané na fakty, nie na osobné útoky,
- dohodnúť konkrétne kroky a zodpovednosti,
- sledovať plnenie dohody.

Príklad z praxe:

Dve sestry sa nezhodujú na spôsobe vedenia ošetrovateľskej dokumentácie. Vedúca sestra zorganizuje stretnutie, kde sa prejde celý proces, stanoví jednotný postup podľa interných smerníc a zabezpečí jeho dodržiavanie.

Príklad z praxe:

Situácia: Napätie medzi dvoma sestrami ohľadom rozpisu služieb.

Technika: Vedúca sestra zvolila mediáciu – vypočula obe strany, sprostredkovala dohodu a hľadala kompromis.

Výsledok: Konflikt bol vyriešený bez zásahu vyššieho manažmentu, zlepšili sa vzťahy v tíme.

Tabuľka 7.6 Techniky riešenia konfliktov

Technika/nástroj	Popis	Príklad z praxe
Mediácia	Nezávislá tretia strana pomáha vyriešiť konflikt	Vedúca sestra sprostredkuje dohodu medzi dvoma kolegyňami
Otvorená komunikácia	Transparentné riešenie konfliktov bez obviňovania	Tím otvorene diskutuje o pracovnom preťažení
Model 4 krokov nenásilnej komunikácie (NVC)	Pozorovanie, emócia, potreba, požiadavka	„Keď sa mešká na porady (pozorovanie), cítim frustráciu (emócia), lebo potrebujem rešpekt (potreba). Mohli by sme sa pokúsiť o dochvilnosť? (požiadavka)“

Analytické a hodnotiace nástroje sa zaoberajú zhodnotením efektívnosti práce tímu, identifikáciu prípadných problémov a prijímanie rozhodnutí. V manažmente je kľúčová SWOT analýza, ktorá je popísaná v kapitole 4.2.1. Dotazníky spokojnosti sú štandardnou súčasťou poskytovania zdravotnej starostlivosti a sú jedným z významných ukazovateľov kvality služieb. Metóda KPI (Key Performance Indicators), teda Kľúčové ukazovatele výkonnosti, je nástroj používaný na meranie výkonnosti jednotlivcov, tímov, projektov alebo celých organizácií voči stanoveným cieľom. KPI zahŕňa kvantitatívne alebo kvalitatívne merateľné ukazovatele, ktoré odrážajú kľúčové oblasti úspechu organizácie. Pomáhajú napr. zistiť či sa naplňajú strategické a operatívne ciele organizácie, kde sú slabé miesta a kde je priestor na zlepšenie.

Tabuľka 7.7 **Analytické a hodnotiace nástroje**

Technika/nástroj	Popis	Príklad z praxe
SWOT analýza	Identifikácia silných/slabých stránok, príležitostí a hrozieb	Analýza pred rozhodnutím, či osoba zriadi ADOS
Dotazníky spokojnosti	Získanie spätnej väzby od personálu alebo pacientov	Hodnotenie spokojnosti sestier s pracovným prostredím
KPI (Key Performance Indicators)	Kľúčové ukazovatele výkonnosti – merateľné hodnoty	Počet infekcií, počet chýb pri podávaní liekov, fluktuácia

V praxi je najefektívnejšie využitie techník a nástrojov vedenia v kombinácii. **Kombinovanie rôznych nástrojov** (napr. komunikácia + motivácia + hodnotenie) vedie k udržateľnému výkonu tímu. Techniky ako **koučovanie**, **SMART ciele**, **spätná väzba** a **brainstorming** sa dajú jednoducho zaviesť aj v každodennej praxi. Všeobecné metódy, ako je delegovanie, komunikácia či spätná väzba, sa prispôsobujú špecifikám zdravotníctva a ošetrovateľstva, kde sa kladie dôraz na bezpečnosť, etiku a vzájomnú spoluprácu. V oblasti zdravotníctva a ošetrovateľskej starostlivosti sú techniky a nástroje vedenia špecifické a ich aplikácia si vyžaduje odborné vedomosti a skúsenosti.

Nástroje vedenia v zdravotníctve:

- **Klinické protokoly a štandardy** – dokumenty, ktoré vedú postupy pri liečbe.
- **Elektronické zdravotnícke systémy** – sledovanie pacientov a pracovných tokov.
- **Check-listy** – zabezpečenie, aby sa pri zdravotných úkonoch nevynechal žiadny krok.
- **Simulácie a tréningové programy** – nácvik postupov pre krízové situácie.

Príklad:

Vedúci lekár urgentného oddelenia používa check-list pri prijatí pacienta s polytraumou, aby tým postupoval systematicky. Počas epidémie COVID-19 zavádza nový elektronický systém sledovania pacientov a organizuje školenie personálu.

Techniky vedenia v ošetrovatelstve:

- **Príkladom v praxi** – líder ukazuje požadované správanie a pracovné postupy.
- **Tímová práca** – rozdelenie úloh podľa zručností a skúseností sestier.
- **Podpora a empatia** – psychická podpora kolegov v náročných situáciách.
- **Zavádzanie zmien** – implementácia nových ošetrovateľských postupov alebo technológií.

Nástroje vedenia v ošetrovatelstve:

- **Plánovanie zmien a služieb** – nástroje na tvorbu harmonogramov.
- **Ošetrovateľská dokumentácia** – elektronické systémy pre záznamy o pacientovi.
- **Vzdelávacie workshopy** – školenia v nových technikách.
- **Kontrolné zoznamy a protokoly** – napríklad pri podávaní liekov alebo preväzoch.

Príklad:

Vedúca sestra na chirurgickom oddelení vytvorí harmonogram služieb tak, aby boli skúsené sestry vždy prítomné pri náročných operáciách. Zavádza nový

protokol podávania antibiotík a organizuje školenie o správnom vedení dokumentácie.

Použitie konkrétnych techník a nástrojov vedenia pomáha lídrom v ošetrovatelstve:

- zvyšovať angažovanosť a spokojnosť tímu,
- predchádzať a riešiť konflikty efektívnym spôsobom,
- zlepšiť komunikáciu a vzájomnú spoluprácu,
- podporovať profesijný rast zamestnancov,
- zvyšovať kvalitu ošetrovateľskej starostlivosti.

Efektívny líder nie je len riadiaci pracovník, ale aj facilitátor, motivátor a vzor. Práve v zdravotníctve, kde pracujeme s ľuďmi v náročných situáciách, je mäkký manažment a ľudský prístup k vedeniu kľúčový.

7.4 VEDENIE TÍMU

Tímová práca je v zdravotníctve kľúčovým predpokladom poskytovania kvalitnej, bezpečnej a koordinovanej starostlivosti o pacienta. V prostredí, kde sa stretávajú rôzne zdravotnícke povolania – lekári, sestry, fyzioterapeuti, laboranti, administratívni pracovníci a ďalší – je nevyhnutné, aby bol tím vedený efektívne. Úlohou lídra je nielen riadiť činnosti a procesy, ale aj vytvárať prostredie, v ktorom všetci členovia tímu spolupracujú, rešpektujú sa a spoločne smerujú k rovnakému cieľu: k zlepšeniu zdravia pacienta.

Príklad z praxe:

Vedúca sestra na oddelení urgentného príjmu pred začiatkom zmeny organizuje krátke „briefing“ stretnutie, kde každý člen tímu vie, aké sú jeho úlohy, aké sú aktuálne priority (napr. pacienti s polytraumou) a aké špecifické postupy treba dodržať. Takto sa predchádza chaosu a zbytočným chybám.

Efektívne vedenie podporuje tímovú prácu, ktorá je v zdravotníctve a ošetrovatelstve nevyhnutná.

Podmienky úspešnej spolupráce:

- jasne definované roly a kompetencie,
- vzájomný rešpekt medzi profesiami (lekári, sestry, fyzioterapeuti a pod.),

- zdieľané ciele – napríklad zlepšenie kvality starostlivosti o pacienta,
- dôvera a podpora v tíme,
- spoločné riešenie problémov a otvorená komunikácia,
- líder tímu je zodpovedný za udržiavanie rovnováhy medzi individuálnymi potrebami členov a potrebami organizácie.

Úloha lídra pri podpore tímovej spolupráce

Líder má priamy vplyv na to, ako tím funguje. Musí byť vzorom v správaní, komunikácii a prístupe k práci. **Efektívne vedenie znamená:**

- organizovať pravidelné tímové stretnutia, kde sa riešia aktuálne úlohy a problémy,
- zabezpečiť, aby sa každý člen cítil vypočutý a jeho názor bol rešpektovaný,
- podporovať vzdelávanie a profesijný rast členov tímu,
- oceňovať úspechy a prínos jednotlivcov aj celého tímu.

Príklad z praxe:

Manažér oddelenia zorganizuje mesačné školenie zamerané na nové protokoly v podávaní liekov. Každému členovi umožní vyjadriť sa k navrhovaným zmenám a zohľadní pripomienky. Výsledkom je nielen lepšia pripravenosť personálu, ale aj pocit, že ich názor má váhu.

Dôsledky nedostatočného vedenia tímu

Neefektívne vedenie môže viesť k dezorganizácii, narušeniu komunikácie a strate dôvery medzi členmi tímu. V praxi to môže znamenať oneskorenú diagnostiku, nesprávne podanie liekov alebo zníženú spokojnosť pacientov. Nedostatok koordinácie často zvyšuje stres a pracovné vyhorenie zdravotníckeho personálu.

Príklad z praxe:

Na internom oddelení chýba jasné rozdelenie úloh medzi sestrami počas nočnej zmeny. Výsledkom je, že dvaja pacienti nedostanú lieky načas a dochádza k zbytočnému konfliktu medzi kolegyňami.

Efektívne vedenie nie je len manažérska úloha – je to aj zodpovednosť za vytváranie prostredia, v ktorom sa podporuje dôvera, rešpekt a spolupráca. V zdravotníctve a ošetrovateľstve je tímová práca nevyhnutnou podmienkou poskytovania bezpečnej a kvalitnej starostlivosti. Líder, ktorý dokáže inšpirovať, koordinovať a podporovať svoj tím, prispieva nielen k lepším výsledkom liečby, ale aj k dlhodobej spokojnosti a stabilite zdravotníckeho personálu.

7.4.1 FAKTORY, KTORÉ OVPLYVŇUJÚ MANAŽÉRSKY ŠTÝL VEDENIA

Manažérsky štýl vedenia je spôsob, akým manažér alebo líder vedie organizáciu alebo svoj tím. Tento štýl je ovplyvňovaný viacerými vnútornými aj vonkajšími faktormi, ktoré je možné kategorizovať podľa zamerania na osobnosť manažéra alebo na organizáciu.

Osobnostné črty manažéra

- **Temperament a charakter** – napr. extrovert vs. introvert, dominantný vs. empatický.
- **Hodnoty a presvedčenia** – niektorí manažéri preferujú autoritu, iní spoluprácu.
- **Skúsenosti a vzdelanie** – čím viac skúseností, tým sofistikovanejší prístup k vedeniu.

Typ a štruktúra organizácie

- **Veľkosť organizácie** – veľké firmy často vyžadujú formálnejší štýl vedenia, menšie firmy si môžu dovoliť neformálnejší prístup.
- **Hierarchia a stupeň centralizácie** – centralizované organizácie podporujú autoritatívnejší štýl, decentralizované skôr demokratický.
- **Typ odvetvia** – napr. výrobná firma môže vyžadovať prísnejší dohľad, zatiaľ čo kreatívne odvetvie podporuje voľnejší štýl.

Ciele a stratégia organizácie

- **Zameranie na výkon vs. ľudí** – niektoré organizácie kladú dôraz na výsledky, iné na rozvoj a spokojnosť zamestnancov.

- **Dlhodobé vs. krátkodobé ciele** – dlhodobé ciele môžu podporovať rozvojový štýl vedenia, krátkodobé zasa direktívny.

Tím

- **Vzdelanie a skúsenosti zamestnancov** – kvalifikovaní zamestnanci preferujú samostatnosť a menej kontrolovaný štýl.
- **Motivácia a angažovanosť** – nemotivovaný tím si môže vyžadovať direktívnejší prístup.
- **Veľkosť tímu** – vedenie veľkého tímu často znamená potrebu štandardizácie a pravidiel.

Situácia a podmienky

- **Krízová vs. bežná situácia** – v kríze je častejšie potrebné rázne, rozhodné vedenie.
- **Dostupné zdroje** (čas, financie) – rôzne obmedzenia často ovplyvňujú flexibilitu a voľbu štýlu.
- **Zmeny a neistota** – časté zmeny si vyžadujú prispôsobivý a transformačný štýl vedenia.

Kultúra pracoviska a národná kultúra

- **Firemná kultúra** – ak je orientovaná na spoluprácu, podporuje participačné vedenie.
- **Národné špecifiká** – napr. v niektorých krajinách sa preferuje rešpektovanie autorít, inde je žiadaná rovnosť a otvorená komunikácia.

Vedenie je dynamický proces, ktorý je v manažmente zdravotníctva neoddeliteľnou súčasťou úspechu organizácie. Efektívny líder dokáže spájať odborné vedomosti s komunikačnými a motivačnými schopnosťami, vytvárať prostredie spolupráce a zároveň zabezpečiť, aby cieľom organizácie zodpovedali potreby pacientov aj pracovníkov. Vedenie v ošetrovatelstve je komplexný proces, ktorý si vyžaduje citlivosť k situácii, zručnosti v komunikácii aj porozumenie individuálnym potrebám členov tímu. Úspešná vedúca sestra musí ovládať rôzne štýly vedenia a vedieť ich prispôbiť aktuálnym výzvam v tíme i v celej zdravotníckej organizácii. V rámci vedenia je dôležité poznamenať, že

komunikácia a motivácia predstavujú významný nástroj, prostredníctvom ktorého líder ovplyvňuje a koordinuje celý tím.

Kontrolné otázky

1. Aký štýl vedenia považujete za najefektívnejší vo vašom odbore a prečo?
2. V ktorých situáciách je podľa vás vhodné použiť autoritatívny štýl v nemocničnej praxi?
3. Aké riziká prináša rigidné uplatňovanie jedného štýlu vedenia?
4. Ako by ste ako vedúca sestra motivovali tím pomocou transformačného vedenia?
5. Máte skúsenosť s vedením, ktoré ste považovali za nevhodné? Ako by sa dalo zlepšiť?
6. Ako by ste opísali svoj vlastný preferovaný štýl vedenia?

LITERATÚRA

Armstrong, M. a Taylor, S., (2015). Řízení lidských zdrojů: moderní pojetí a postupy. 13. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s.

Bednářová, Z. a kol., (2013). Management a vedení v ošetrovatelství. Praha: Grada Publishing, a.s.

Bělohávek, F.; Košťan, P. a Šuleř, O, (2001). Management: základy, prosperita, globalizace. 3. vyd. Olomouc: Rubico.

Daft, R. L., (2021). Management. 14th ed. Boston: Cengage Learning.

Barr, J a Dowding, L, (2015). Leadership in Health Care. 3rd ed. London: SAGE Publications.

Eliášová, A., Hadašová, L. a Fedurcová, I. (2020). Manažment kvality v zdravotnej starostlivosti. Prešov: Prešovská univerzita.

Goleman, D.; Boyatzis, R. a McKee, A. (2013). Primal Leadership: Unleashing the Power of Emotional Intelligence. Boston: Harvard Business Review Press.

Huber, D. a Lindell, M. J. (2021). Leadership and Nursing Care Management. 7th ed. St. Louis: Elsevier.

Kilíková, M. (2013). Teória manažmentu v ošetrovatelstve. Příbram: Ústav sv. Jána Nepomuka Neumanna, VŠZaSP sv. Alžbety.

Koontz, H. a Weihrich, H. (2009). *Essentials of Management: An International Perspective*. 8th ed. New York: McGraw-Hill.

Marquis, B. L. a Huston, C. J. (2021). *Leadership Roles and Management Functions in Nursing: Theory and Application*. 10th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer.

Northouse, P. G., (2021). *Leadership: Theory and Practice*. 9th ed. Thousand Oaks: SAGE Publications.

Plevová, I. a kol., (2012). *Management v ošetrovatelství*. Praha: Grada Publishing, a.s.

Robbins, S. P. a Coulter, M. (2021). *Management*. 15th ed. Harlow: Pearson.

Šolcová, I. a Vacková, J. (2016). *Management a organizace ve zdravotnictví*. Praha: Grada Publishing, a.s.

Špánik, S. a kol., (2016). *Manažment v zdravotníctve*. Martin: Osveta.

Yoder-Wise, P. S., (2019). *Leading and Managing in Nursing*. 7th ed. St. Louis: Elsevier.

Zrubcová, D. a Zrubcová, K. (2019). *Manažment v ošetrovateľstve a zdravotníctve*. Bratislava: Sapiencia.

8 MANAŽÉRSKA FUNKCIA - KONTROLA

Lucia Dimunová

Ciele kapitoly:

- objasniť význam kontroly v manažmente,
- vysvetliť kontrolný proces a obsah jednotlivých fáz kontrolného procesu,
- ozrejniť metódy a postupy kontroly,
- identifikovať faktory vplývajúce na efektivitu kontroly.

Kľúčové slová: audit, fázy kontrolného procesu, funkcia kontroly, typy kontroly,

Kontrola je jednou zo základných funkcií manažmentu, ktoré zabezpečujú dosiahnutie cieľov organizácie. Ide o proces, v ktorom sa vyhodnocujú reálne dosiahnuté výsledky a následne sa porovnávajú s plánovanými cieľmi. Kontrola umožňuje manažérom identifikovať odchýlky od plánovaného priebehu činností a prijímať opatrenia zamerané na nápravu situácie. Zabezpečuje spätnú väzbu, ktorá je nevyhnutná pre zlepšovanie procesov a rozhodovanie.

Henry Fayol (in Bacud, 2020) definoval kontrolu ako: „...vidieť, že všetko sa vykonáva v súlade s prijatým plánom, vydanými pokynmi a stanovenými zásadami, s cieľom odhaliť chyby, aby mohli byť napravené a zabránilo sa ich opakovaniu.“ Kontrolný systém v manažmente zabezpečuje súbor pravidiel a postupov, ktoré vytvárajú prostredie, v ktorom manažéri na všetkých úrovniach dosahujú plánované ciele v zmysle vytýčenej stratégie.

V kontexte zdravotníctva a ošetrovateľstva má kontrola špecifický význam: zabezpečuje kvalitu poskytovaných služieb; bezpečnosť pacientov; efektívne využitie zdrojov a dodržiavanie etických a právnych noriem. Pravidelné kontroly kvality ošetrovateľskej starostlivosti prispievajú k znižovaniu výskytu nežiaducich udalostí a zvyšovaniu spokojnosti pacientov.

Predmetom kontroly sú všetky oblasti manažmentu, kde je možné systematicky merať a hodnotiť výsledky:

- **procesy/postupy** – postupy, intervencie, štandardy (ošetrovateľské, diagnostické a terapeutické),

- **výsledky/výstupy** – kvalita ošetrovateľských výkonov, spokojnosť pacienta, bezpečnostné ukazovatele (napr. výskyt nozokomiálnych nákaz),
- **zdroje** – personálne, materiálové, finančné; ich dostupnosť či efektívne využitie,
- **systémy** – dokumentácia, informačné systémy, telekomunikačné systémy.

8.1 FÁZY KONTROLNÉHO PROCESU

Kontrolný proces prebieha vo viacerých fázach (krokoch), pričom na kontrolovanie môžu byť použité viaceré metódy. V prvom rade ide o proces prípravy kontroly na jej vykonanie. Príprava musí byť dôsledná, premyslená, cieľavedomá, môže trvať niekoľko dní pred začatím kontroly. Kontrola môže byť zahájená keď sú pripravené všetky informácie a materiály o kontrolovanom pracovisku, či kontrolovanom procese. Nasleduje samotný priebeh kontroly, ktorý má byť nezávislý a objektívny. Po spracovaní výsledkov prichádza proces vyhodnotenia a záveru kontroly.

Kontrolný proces možno rozdeliť do nasledujúcich fáz:

- **Stanovenie cieľov a štandardov** (kritérií výkonu) – definovanie merateľných ukazovateľov, uvádza sa, čo sa očakáva v oblasti kvantitatívnej (čísla, náklady) a v oblasti kvalitatívnej (miera spokojnosti pacienta).
- **Meranie skutočného stavu** – zhromažďovanie dát, sledovanie procesov realizovaného výkonu (počet pacientov, doba čakania a pod.). Využíva sa napríklad audit, elektronický informačný systém.
- **Porovnanie s cieľmi** – identifikácia odchýlok, ktoré činnosti boli vykonané podľa plánu a kde nastali chyby.
- **Analýza príčin odchýlok** – určenie, či ide o systémový, personálny alebo zdrojový problém.
- **Navrhnutie a implementácia nápravných opatrení** – školenia, úprava postupov, investície do techniky.

- **Kontrola účinnosti opatrení** – opätovné meranie a overenie, či bola dosiahnutá zmena.
- **Dokumentácia a spätná väzba** – zapisovanie výsledkov a reflexia.

Príklad z praxe:

Kontrola kvality poskytovanej ošetrovateľskej starostlivosti – konkrétne príklady:

Štandardy: Maximálna doba na výmenu periférnej venózne kanyly, počet chýb pri podaní liekov, prevencia dekubitov.

Meranie: Každodenné vizuálne kontroly, audit dokumentácie, záznamy o počte dekubitov, incidencie nozokomiálnych infekcií.

Porovnanie a analýza príčin: Zistilo sa, že liekové pochybenia vznikli z dôvodu, že absentuje dvojité kontrola pri príprave liekov - dávkovaní.

Nápravné opatrenia: Zavedenie dvojitej kontroly liekov, školenia zdravotníckeho personálu o prevencii dekubitov, revízia protokolov.

Spätná väzba: Po implementácii sa sleduje, či sa počet dekubitov znížil, či sa počet chýb pri príprave liekov minimalizoval.

Manažérska kontrola nákladov a hospodárnosti

V nemocnici sa sleduje náklad na pacienta (lieky, vyšetrenia, personál).

Štandard: určený rozpočet na efektívnu liečbu určitej diagnózy, napr. pri liečbe pacienta s artériovou hypertenziou by nemali priemerné náklady presiahnuť X eur.

Meranie: zber údajov z účtovníctva, elektronických systémov nemocnice, sledovanie nákladov na lieky, personál.

Porovnanie: Ak náklady prevyšujú štandard, napr. preto, že ide o zbytočné testy alebo príliš drahé zásoby.

Analýza príčin: Zistí sa, či sú lieky vhodné, či existujú lacnejšie alternatívy, či je využitie diagnostických kapacít primerané.

Nápravné opatrenia: Zaviesť revíziu diagnostických protokolov, vyjednať lepšie ceny s dodávateľmi, školenia personálu, racionalizácia liekov.

Spätná väzba: Overenie, či sa náklady znížili a či kvalita starostlivosti zostala na požadovanej úrovni.

Manažérska funkcia „kontrola“ zahŕňa aj pojem **kontrolované prostredie**, ktorý označuje súbor podmienok a organizačného rámca umožňujúceho jednotlivcom alebo tímom efektívne riadiť a koordinovať aktivity smerujúce k napĺňaniu stanovených cieľov.

Kontrolované prostredie zahŕňa nasledovné kľúčové oblasti:

- **Organizačná štruktúra a hierarchia** predstavuje zabezpečenie jasnej organizačnej štruktúry, kde má každý zamestnanec zadefinované úlohy, čím sa podporuje efektívne delegovanie a rozdelenie práce.
- **Systém pravidiel a postupov** je základom efektívnej práce. Zavedenie jasných interných pravidiel a procesov sa zároveň znižuje riziko chýb alebo nedostatkov.
- **Komunikačné kanály** tvoria základ pre rýchle a bezpečné šírenie informácií. Je potrebné dávať pozor na komunikačný šum, čiže skreslenie alebo nepresné šírenie informácií. Šum môže viesť k nedorozumeniam a konfliktom a vyskytuje sa vo všetkých komunikačných oblastiach.
- **Mechanizmy monitorovania a hodnotenia** znamenajú priebežnú kontrolu a možnosť zachytenia nedostatkov alebo úpravu stratégie podľa aktuálnej situácie v priebehu procesu alebo výkonu. Do tejto oblasti patrí aj sebahodnotenie.

8.1.1 FAKTORY OVPLYVŇUJÚCE EFEKTIVITU KONTROLY

Aby bola kontrola skutočne užitočným nástrojom pre riadenie, musí byť vykonávaná efektívne, teda spôsobom, ktorý prináša organizácii reálnu hodnotu, vedie k zlepšovaniu procesov a výkonnosti a zároveň nezvyšuje jej náklady. Efektivita kontroly závisí od viacerých faktorov, ktoré je možné rozdeliť do niekoľkých základných oblastí ako je kvalita informácií, praktická použiteľnosť kontrolných mechanizmov, zameranie sa na kľúčové oblasti výkonnosti a pomeru medzi prínosmi a nákladmi na kontrolu.

Včasnosť (timing)

Jedným z najdôležitejších faktorov efektívnej kontroly je včasnosť informácií. Kontrolné nástroje a systémy musia poskytovať informácie dostatočne skoro,

aby manažér mohol v prípade potreby zasiahnuť. Ak sú dáta dostupné až po tom, čo došlo k problému, kontrola stráca svoj význam ako preventívny a riadiaci nástroj. Ideálne je, ak kontrola funguje v reálnom čase alebo s minimálnym časovým oneskorením. Príkladom z praxe môže byť obsadenosť lôžok v nemocnici. Ak sa manažér dozvie o kritickej obsadenosti až po týždni, situácia už môže byť nezvratná. Ak však kontrolný systém signalizuje prekročenie kapacity v reálnom čase, nemocnica môže ihneď spraviť úkony ako napr. presmerovanie pacientov do iného zdravotníckeho zariadenia alebo prerozdelenie personálu.

Presnosť a spoľahlivosť údajov

Ďalším kľúčovým faktorom je presnosť a spoľahlivosť informácií, ktoré kontrolný systém generuje. Nespoľahlivé alebo nepresné údaje môžu viesť k chybným rozhodnutiam, nežiadaným opatreniam alebo dokonca k poškodeniu „dobrého mena“ organizácie. Presnosť sa týka toho, ako verne dáta odrážajú skutočný stav procesov, výkonu alebo výsledkov. Spoľahlivosť zase súvisí s tým, že údaje nie sú ovplyvnené náhodnými chybami či nedostatočnou kvalitou vstupných údajov. Základ tvoria kvalitné informačné systémy, ktoré automatizujú zber dát a znižujú riziko ľudskej chyby. Zároveň je potrebné dbať na validáciu údajov, aby sa zabezpečilo, že výstupy sú interpretovateľné a dôveryhodné.

Schopnosť reakcie

Efektívna kontrola nemá len odhaľovať problémy, ale aj viesť k ich riešeniu. To znamená, že výstupy kontroly musia byť jednoznačne interpretovateľné, a zároveň by mali viesť k jasným odporúčaniam, aké kroky je potrebné podniknúť.

Kontrola teda nie je samoučelný proces, ale nástroj, ktorý má umožniť manažérom konať. Bez následnej akcie – napríklad zmeny v procese, preškolovania zamestnancov alebo korekcie rozpočtu – zostáva kontrola len formálnym nástrojom bez skutočného vplyvu.

Dôležité je, aby organizácia mala nastavené postupy na riešenie zistených nedostatkov. To znamená napríklad, že ak je v kontrolnom reporte zistená

výrazná odchýlka od normy, systém automaticky priradí úlohu zodpovednej osobe a stanoví lehotu na nápravu.

Zrozumiteľnosť a jednoduchosť

Manažérske informačné systémy (MIS), Business Intelligence nástroje a rôzne dashboardy dnes umožňujú zobrazíť kľúčové ukazovatele v grafickej podobe napr. farebný semafor (zelená = OK, červená = problém), trendový graf alebo prehľadnú tabuľku. Efektívny kontrolný systém musí byť zrozumiteľný a prehľadný. Zrozumiteľnosť prispieva k lepšej akceptácii kontroly medzi zamestnancami a znižuje odpor voči „kontrolným mechanizmom“.

Zameranosť na kľúčové oblasti

Kontrola by sa nemala snažiť sledovať „všetko“, pretože to môže viesť k rozptýleniu pozornosti a odklon zamerania sa na inú oblasť. Kontrola by mala byť explicitne zameraná na kľúčové faktory výkonnosti. Tento princíp sa nazýva kontrola podľa výnimiek – manažér by mal venovať pozornosť najmä tým oblastiam, kde došlo k odchýlke, riziku alebo problému. Napríklad v nemocnici sa nebude každý deň detailne kontrolovať každý pacient, ale pozornosť sa sústreďí na oddelenia, kde je prekročená priemerná dĺžka hospitalizácie alebo vysoký počet rehospitalizácií.

Nákladová efektívnosť kontroly

Aj keď je kontrola dôležitá, nesmie byť sama o sebe príliš nákladná. Efektívna kontrola znamená, že náklady na vykonanie kontroly sú nižšie ako jej prínosy. Ak by kontrola bola extrémne podrobná, zložitá a nákladná, mohla by vytvárať byrokratické prekážky, zdržiavať rozhodovanie alebo spotrebovať príliš veľa zdrojov, ktoré by mohli byť využité inde. Preto je dôležité nájsť rovnováhu medzi rozsahom kontroly a jej pridanou hodnotou.

8.1.2 FUNKCIE KONTROLY

Aktuálny prístup ku kontrole ako manažérskej funkcii zdôrazňuje, že jeho cieľom nie je hľadanie chýb alebo vinníkov ale zlepšovanie procesov a plnenie

cieľov organizácie. Z tohto hľadiska sa kontrola stáva pozitívnym nástrojom riadenia a k jej základným funkciám možno priradiť:

- **Informačná funkcia** – poskytuje manažérovi a ostatným úrovniam riadenia objektívne informácie o výkonnosti a efektívnosti organizácie.
- **Korekčná funkcia** – umožňuje včas identifikovať odchýlky a prijímať opatrenia na ich odstránenie.
- **Motivačná funkcia** – ak je kontrola konštruktívna a spravodlivá, pôsobí na zamestnancov stimulačne a podporuje ich zodpovednosť.
- **Preventívna funkcia** – systematické kontrolovanie znižuje riziko vzniku chýb, podvodov alebo neefektívnych procesov.
- **Rozvojová funkcia** – prostredníctvom spätnej väzby pomáha zlepšovať riadiace schopnosti manažéra a zvyšuje organizačné učenie.

8.2 TYPY KONTROLY

Klasifikácia typov kontroly je daná podľa jej zamerania a cieľa. Kontroly je možné deliť podľa viacerých aspektov:

Podľa obsahovej náplne

Obsahová náplň kontroly určuje, na aké oblasti sa kontrola zameriava. Môže ísť o **finančnú kontrolu**, ktorá sa zameriava na efektívnosť hospodárenia, dodržiavanie rozpočtu či efektívnosť vyžívania finančných prostriedkov. V zdravotníctve je bežná napríklad **kontrola správnosti vykazovania výkonov poisťovniam**. Nesprávne vykázané výkony môžu viesť k finančným stratám alebo sankciám. **Personálna kontrola** sa zameriava na dodržiavanie pracovných povinností, dochádzku, vzdelávanie a spokojnosť zamestnancov, napr. vedúca sestra skontroluje, či všetci zamestnanci absolvovali školenie o bezpečnosti a ochrane zdravia pri práci. Ďalšou kontrolou je **kontrola kvality**. Zameriava sa na dodržiavanie štandardov kvality poskytovanej starostlivosti, spokojnosť pacientov, bezpečnosť a efektivitu procesov. Príkladom môže byť **hodnotenie kvality ošetrovateľských intervencií pomocou auditov dokumentácie**. Stav technického vybavenia, funkčnosť prístrojov, dodržiavanie technických noriem

sleduje technická kontrola. Príkladom je **pravidelná kontrola sterility nástrojov a funkčnosť prístrojov** monitorujúcich zdravotný stav pacientov.

Podľa úrovne riadenia

Kontroly sa vykonávajú na rôznych úrovniach riadenia: **strategická kontrola** sa zameriava na dlhodobé ciele organizácie, víziu, misiu a strategické plány (napr. hodnotenie plnenia dlhodobých cieľov nemocnice); **taktická kontrola** sleduje plnenie strednodobých plánov jednotlivých oddelení, projektov alebo programov (napr. kontrola plnenia plánov oddelení, kontrola plnenia ročného plánu vzdelávania zdravotníckeho personálu); **operatívna kontrola** sa zameriava na každodenné činnosti, rutinné procesy a operatívne rozhodnutia (napr. denná kontrola dochádzky personálu, kontrola dostupnosti liekov na oddelení podľa ordinácii lekára).

Podľa charakteru vykonávania

Preventívne - realizujú sa pred začiatkom činnosti s cieľom predísť chybám, rizikám alebo nežiaducim udalostiam, predchádzajú vzniku komplikácií, napr. školenie personálu o manažmente chronických rán, kontrola dostupnosti liečiv na oddelení. **Priebežné** - sú realizované súčasne, počas činnosti, napr. kontrola operačnej rany pri ošetrovaní, evidencia podaných liekov. **Následné** (ex-post) - majú svoje opodstatnenie po ukončení činnosti alebo obdobia, napr. spätná kontrola dokumentácie, hodnotenie ošetrovateľských intervencií. **Mimoriadna** (Ad hoc) – je iniciovaná pri výskyte problémov, napr. interné vyšetrovanie nežiaducich udalostí.

Podľa subjektu kontrolovania

Kontrolu môže vykonávať: **interný subjekt** - kontrola je realizovaná pracovníkmi organizácie, často vedúcimi pracovníkmi alebo oddeleniami kvality; **externý subjekt** – kontrola je vykonávaná nezávislými subjektmi mimo organizácie, často štátnymi alebo odbornými inštitúciami (napr. Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou). Externé kontroly sú dôležité pre zabezpečenie objektivity a nezávislosti hodnotenia.

Podľa rozsahu

Rozsah kontroly môže byť úplný alebo výberový. **Úplná kontrola** zahŕňa všetky oblasti činnosti organizácie. Je komplexná a zameraná na celkové preverenie procesov, výstupov, dodržiavania štandardov, legislatívnych požiadaviek a interných smerníc (celkový audit nemocnice vrátane personálneho, materiálno-technického a klinického zabezpečenia alebo komplexná kontrola dodržiavania hygienických štandardov na oddeleniach). **Výberová kontrola** sa zameriava len na vybrané oblasti činnosti. Je efektívna najmä v prípadoch, keď je potrebné rýchlo získať informácie o konkrétnych procesoch alebo keď nie je možné vykonať úplnú kontrolu z kapacitných dôvodov (kontrola zdravotnej dokumentácie alebo kontrola sterilizácie nástrojov v ambulanciách).

Podľa spôsobu kontrolovania

Spôsob vykonávania kontroly môže byť manuálny alebo automatizovaný. **Manuálna kontrola** je vykonávaná fyzicky, často pomocou kontrolných záznamov, porovnávania údajov, rozhovorov s personálom alebo priameho pozorovania. Vyžaduje si osobnú prítomnosť osoby, ktorá je v pozícii kontrolóra. Je časovo náročnejšia, ale umožňuje detailné posúdenie (fyzická kontrola zásob liekov na oddelení). **Automatizovaná kontrola** je realizovaná pomocou softvérových nástrojov, informačných systémov alebo technológií, ktoré umožňujú rýchle a efektívne sledovanie procesov. Predstavuje vysokú efektivitu a presnosť, možnosť kontinuálneho monitorovania (napr. softvérové sledovanie dodržiavania liečebných postupov, lieková politika nemocnice).

8.2.1 AUDIT – ŠPECIFICKÁ FORMA KONTROLY

Audit predstavuje systematický, nezávislý a zdokumentovaný proces hodnotenia, ktorého cieľom je overiť, či určitá činnosť, proces alebo systém zodpovedá stanoveným štandardom, smerniciam alebo legislatíve, je efektívne vykonávaný a prináša očakávané výsledky. V zdravotníctve audit pomáha zisťovať, či poskytovaná starostlivosť spĺňa požiadavky na kvalitu, bezpečnosť a odbornosť.

Vo všeobecnosti možno konštatovať, že poznáme viaceré typy auditov (Tab. 8.1). Delenie auditov je ovplyvnené zámerom a cieľom kontroly.

Interný audit je systematické a nezávislé preskúmanie procesov, ktorého cieľom je zhodnotiť efektívnosť systému manažmentu kvality a rizík. Audit identifikuje oblasti, kde dochádza k neefektívnosti alebo nedodržiavaniu postupov a navrhuje opatrenia. Výsledky auditov predstavujú dôležitý zdroj údajov pre strategické rozhodovanie vedenia.

Externý audit je nezávislé overenie hospodárenia a vnútorných procesov organizácie, ktoré vykonáva externý (nezávislý) audítor – teda osoba alebo firma, ktorá nie je súčasťou danej organizácie. Cieľom je poskytnúť objektívne a nestranné hodnotenie o tom, či sú v organizácii nastavené procesy tak, aby boli efektívne a viedli k splneniu cieľov organizácie. Základným právnym predpisom pre túto oblasť na Slovensku je Zákon č. 423/2015 Z. z. o štatutárnom audite, ktorý upravuje oblasť štatutárneho auditu, dohľad nad jeho výkonom, postavenie audítorov a audítorských spoločností v znení neskorších predpisov.

Klinickým auditom je systematické preverovanie a hodnotenie dodržiavania štandardných postupov na výkon prevencie, štandardných diagnostických postupov a štandardných terapeutických postupov a interného systému hodnotenia bezpečnosti pacienta a minimálnych požiadaviek na interný systém hodnotenia bezpečnosti pacient (UDZS, 2022).

Tabuľka 8.1 **Typy auditov**

Typ auditu	Charakteristika	Príklad
interný audit	vykonávaný členmi organizácie (úsek kvality, vedúca sestra)	kontrola dodržiavania hygieny rúk na oddelení
externý audit	realizovaný nezávislým orgánom, externým auditorom (zdravotná poisťovňa)	audit nemocnice zameraný na overenie súladu s normami a požiadavkami (napr. ISO)
klinický audit	zameraný na hodnotenie kvality a výsledkov liečby	hodnotenie správnosti indikácie liekov u hospitalizovaných pacientov

Tabuľka 8.1 **Typy auditov** - pokračovanie

Typ auditu	Charakteristika	Príklad
ošetrovateľský audit	zameraný na ošetrovateľskú dokumentáciu, výkony a dodržiavanie protokolov	audit dokumentácie – či je zrealizovaný zápis všetkých výkonov, či je uvedený podpis sestry
finančný audit	hodnotenie hospodárnosti a efektivity financií	overenie nákladov na zdravotnícky materiál
procesný audit	posudzuje, či prebiehajúce procesy spĺňajú požadované štandardy	sledovanie procesu prijatia pacienta na urgentnom príjme

Proces interného auditu

- **Začiatok auditu** - Vedenie organizácie menuje audítorský tím podľa odbornej spôsobilosti. Vedúci auditor spolu s tímom stanoví ciele, predmet a kritériá auditu, preskúma dokumentáciu a dohodne podmienky s manažmentom organizácie. Najneskôr 14 dní pred auditom určí presný termín a členov tímu tak, aby audítori nekontrolovali vlastnú prácu. Zabezpečí prístup k dokumentácii a dohodne pravidlá dôvernosti.
- **Preskúmanie dokumentácie** - Pred auditom audítor preskúma dokumenty súvisiace s auditovanou oblasťou – postupy, záznamy a správy z predchádzajúcich auditov – s cieľom overiť ich zhodu s požiadavkami a cieľmi auditu.
- **Príprava na audit** - Vedúci audítor vypracuje plán auditu, určí auditované oblasti, rozdelí úlohy členom tímu a pripraví sa pracovné dokumenty – dotazníky a formuláre na zaznamenávanie zistení.
- **Priebeh auditu na mieste** - Vedúci auditor predstaví tím a program auditu. Počas auditu sa zhromažďujú a overujú objektívne dôkazy o zhode systému s požiadavkami. Audítori zisťujú informácie z rozhovorov, pozorovaní a dokumentov, sledujú kompetencie, dokumentáciu, zariadenia, technické vybavenie a pracovné prostredie. Pri terapeutických a ošetrovateľských auditoch hodnotia kvalitu liečby, starostlivosti, hygienu, dokumentáciu, komunikáciu a dodržiavanie štandardov.

- **Výsledky auditu** - Zistenia môžu byť zhoda, nezhoda (malá alebo veľká), príležitosť na zlepšenie. Nezhody sa dokumentujú a porovnávajú s požiadavkami normy. Tím pripraví závery, odporúčania a prerokuje ich s auditovaným útvarom. Informácie z auditu sú dôverné.
- **Správa z auditu** - Vedúci auditor vypracuje správu s cieľmi, predmetom, kritériami, zisteniami a odporúčaniami. Organizácia kde bol realizovaný audit musí navrhnúť nápravné opatrenia s termínmi odstránenia nezhôd. Ak tak neurobí, rozhoduje manažér kvality alebo vedenie organizácie. Správu potvrdí audítorský tím aj organizácia kde bol realizovaný audit.
- **Ukončenie auditu** - Audit sa považuje za ukončený po odovzdaní správy. Dokumenty sa uchovávajú podľa predpisov. Účinnosť nápravných opatrení sa môže overiť pri následnom audite.
- **Následný audit** - Vykonáva sa, ak sa opakovane vyskytnú nezhody, sťažnosti alebo zhoršenie kvality. Zameriava sa aj na preverenie plnenia nápravných opatrení.

Príklad z praxe:

Nemocnica absolvovala externý audit podľa ISO 9001. Audítor odhalil, že chýba jasne definovaný proces hlásenia pádov pacientov. Odporúčal zaviesť jednotný elektronický formulár a pravidelné mesačné vyhodnocovanie. Po implementácii sa zlepšila rýchlosť reakcie na incidenty.

8.2.2 SEBAKONTROLA MANAŽÉRA

Kontrolovanie ako manažérska funkcia nie je len technickým procesom merania výkonu, ale aj manažérskym postojom, ktorý zahŕňa zodpovednosť, reflexiu a etiku. Sebakontrola znamená, že manažér sám sebe vytvára systém kontroly: stanovuje si ciele; sleduje svoj pokrok; analyzuje chyby a prijíma opatrenia na vlastné zlepšenie. Je to forma vnútornej kontroly, ktorá vychádza z osobnej zodpovednosti a profesionálnej etiky. Základné prvky sebakontroly zahŕňajú:

- schopnosť sebareflexie (uvedomenie si vlastného správania a jeho dôsledkov),

- objektívne hodnotenie vlastného výkonu,
- sebadisciplínu pri dodržiavaní zásad, termínov a cieľov,
- učenie sa z chýb a ochotu prijať spätnú väzbu.

V súčasnom manažérskom prostredí sa čoraz viac ukazuje, že najefektívnejšia kontrola začína v myslení a správaní manažéra samotného. Sebakontrola je preto neoddeliteľnou súčasťou kontrolného procesu – je to vnútorný mechanizmus, ktorý umožňuje manažérovi objektívne hodnotiť vlastnú prácu, rozvíjať sa a tým zvyšovať výkonnosť celej organizácie.

Sebakontrola úzko súvisí s emocionálnou inteligenciou, najmä so schopnosťou sebaovládania, empatie a adaptácie. Manažér, ktorý dokáže udržať vnútornú rovnováhu aj v stresových situáciách, pôsobí na svoj tím dôveryhodne a stabilne. Z etického hľadiska sebakontrola zabezpečuje, že rozhodnutia manažéra sú v súlade s hodnotami organizácie, právnymi normami a morálnymi princípmi.

Kontrola musí byť vykonávaná v súlade s etickými princípmi a právnymi normami. V zdravotníctve je obzvlášť dôležité dodržiavať zásady dôvernosti, ochrany osobných údajov a rešpektovania práv pacientov. Manažéri musia zabezpečiť, aby kontrolné mechanizmy neohrozovali dôstojnosť zamestnancov ani pacientov.

8.3 HODNOTENIE A NÁPRAVA NEDOSTATKOV

Hodnotenie je proces vyhodnocovania zhody medzi skutočným stavom a želaným cieľom, napr. so štandardmi. Na základe zistených nedostatkov sa realizujú nápravné opatrenia ako napr. zmena pracovných postupov, školenia, reorganizácia práce, technické opatrenia. Na realizáciu hodnotenia je možné vyžívať viaceré osvedčené metódy.

PDCA cyklus

Plan (plánuj) – Do (vykonaj) – Check (skontroluj) – Act (realizuj nápravu)

PDCA cyklus je metóda neustáleho zlepšovania kvality procesov. Ide o opakovateľný (cyklický) proces, ktorý zabezpečuje systematické plánovanie, vykonávanie, kontrolu a vylepšovanie činností. Predstavuje jednoduchý a

praktický nástroj pre zlepšovanie kvality. Umožňuje tímovú spoluprácu a je vhodný aj pre menšie zmeny a inovácie.

Tabuľka 8.2 **PDCA cyklus**

Fáza	Charakteristika	Príklad z praxe
P - plánuj	Stanov ciele, štandardy, identifikuj problémy.	Zníženie počtu dekubitov na oddelení o 30 %.
D - vykonaj	Zrealizuj zmeny alebo pilotný projekt.	Zavedenie pravidelného polohovania pacientov, školenie personálu.
C - skontroluj	Vyhodnoť výsledky oproti cieľom.	Po 3 mesiacoch zhodnoť výskyt dekubitov a dodržiavanie nových postupov.
A – realizuj opravu	Prijmi rozhodnutia – ak je úspešné, implementuj trvalo; ak nie, uprav plán.	Trvalo zavedieš postup alebo ho upraviš a začneš nový cyklus.

Kľúčové ukazovatele výkonu (KPIs – Key Performance Indicators)

KPIs sú merateľné ukazovatele, ktoré vyjadrujú výkonnosť organizácie, oddelenia alebo konkrétneho procesu. Pomáhajú manažérom sledovať dosahovanie cieľov, identifikovať slabé miesta a rozhodovať na základe dát. Ku kľúčovým ukazovateľom v zdravotníctve patrí napr. počet pádov pacientov, počet hlásených chýb pri podávaní liekov, výskyt dekubitov, doba čakania na termín operácie, obloženost lôžok v nemocnici, počet rehospitalizácií, počet nozokomiálnych nákaz a iné.

Benchmarking

Benchmarking je manažérska metóda porovnávania výkonnosti, procesov alebo výsledkov organizácie s najlepšimi v odbore – tzv. „best practices“. Cieľom je identifikovať oblasti, kde sa dá zlepšiť, a následne implementovať overené postupy, ktoré vedú k vyššej efektivite, kvalite alebo spokojnosti. Základné typy benchmarkingu:

- **Interný benchmarking** – porovnávanie medzi oddeleniami alebo pobočkami v rámci jednej organizácie.

- **Konkurencieschopný benchmarking** – porovnávanie s priamymi konkurentmi.
- **Funkčný benchmarking** – porovnávanie konkrétnych funkcií (napr. HR, logistika) s organizáciami, ktoré nie sú konkurenciou.
- **Generický benchmarking** – porovnávanie univerzálnych procesov (napr. spracovanie objednávok) bez ohľadu na odvetvie.

Príklad z praxe:

Nemocnica A má nízku mieru rehospitalizácií pacientov po operáciách. Nemocnica B porovnáva svoje postupy s nemocnicou A, zistí, že A má lepší systém edukácie pacientov pred prepustením. B implementuje podobný systém a sleduje zlepšenie výsledkov.

Manažérske štíhle metódy (Lean Management)

Lean je filozofia riadenia, ktorá sa zameriava na odstraňovanie „plytvania“ a zvyšovanie kvality. Hlavné princípy tejto metódy sú:

- **Identifikácia hodnoty** – čo je skutočne dôležité pre pacienta.
- **Mapovanie hodnôt** – analýza krokov v procese, ktoré pridávajú hodnotu.
- **Odstránenie plytvania** – eliminácia zbytočných činností (napr. duplicita dokumentácie).
- **Zabezpečenie kontinuity procesov.**
- **Zavedenie systému „pull“** – produkcia alebo služba sa realizuje až na základe reálnej potreby.
- **Neustále zlepšovanie** – zapojenie zamestnancov do hľadania zlepšení.

Príklady plytvania v zdravotníctve: zbytočné čakanie pacientov, neefektívne využitie materiálu, duplicita v dokumentácii.

Six Sigma

Six Sigma je metodika zameraná na zníženie variability procesov a zlepšenie kvality pomocou štatistických nástrojov. Cieľom je dosiahnuť maximálnu presnosť. **DMAIC cyklus – základný rámec Six Sigma:**

- **Define (Definuj)** – problém, cieľ, zákazníka.
- **Measure (Meraj)** – zber dát o aktuálnom stave.
- **Analyze (Analyzuj)** – identifikácia príčin problémov.
- **Improve (Zlepši)** – návrh a implementácia riešení.
- **Control (Kontroluj)** – udržiavanie zlepšení v čase.

Príklad z praxe:

V nemocnici sa často vyskytujú chyby pri podávaní liekov. Six Sigma tím analyzuje proces, identifikuje rizikové miesta (napr. nejasné označenie), navrhne zlepšenia (napr. elektronický systém) a sleduje pokles chýb.

Na internom oddelení sa stanovil štandard, že každému pacientovi s rizikom preležanín sa musí vykonať hodnotenie podľa Bradenovej škály najneskôr do 2 hodín od prijatia. Kontrola obsahu zdravotnej dokumentácie po mesiaci ukázala, že sa to dodržalo len v 82 % prípadov. Manažérka kvality okamžite spustila nápravné opatrenia – školenie sestier a zlepšenie elektronickej pripomienky v systéme.

8.3.1 VÝHODY A OBMEDZENIA KONTROLY

Výhody

- Umožňuje včas identifikovať problémy a odchýlky, čím bráni väčším stratám alebo rizikám.
- Prispeje k efektívnemu využívaniu zdrojov – finančných, ľudských, materiálnych.
- Zvyšuje kvalitu poskytovaných služieb a spokojnosť pacienta.
- Umožňuje neustále zlepšovanie služieb a spokojnosti pacientov i zamestnancov.
- Posilňuje disciplínu, transparentnosť, dôveryhodnosť organizácie.

Obmedzenia

- Môže byť nákladná – meranie, audity, technológie, školenia.
- Ak je kontrola príliš prísna alebo byrokratická, môže demotivovať personál, viesť k strate kreativity.
- Informácie môžu byť nepresné alebo oneskorené, čo zníži účinnosť.
- Prostredie sa môže rýchlo meniť (napr. legislatíva, technológia, demografia), čo môže ovplyvňovať flexibilitu kontroly.

Ak kontrola nefunguje dostatočne môžu vzniknúť rôzne nepriaznivé situácie ako napr. nízka informovanosť manažmentu, neskoré reakcie na vzniknuté problémy alebo identifikované nedostatky, plytvanie zdrojov, strata konkurencieschopnosti či nedôvera medzi pracovníkmi a vedením. Z týchto dôvodov je dôležité kontrolný systém neustále zlepšovať a prispôbovať podmienkam prostredia.

Proces kontroly ako manažérska funkcia je neoddeliteľnou súčasťou efektívneho riadenia organizácií, obzvlášť v zdravotníctve. Umožňuje nielen udržať kurz podľa plánov, ale aj reagovať na nečakané situácie, zlepšovať kvalitu, znižovať plytvanie a zabezpečiť bezpečnosť pacientov. Je však potrebné pristupovať k nemu vyvážené, s pozornosťou k ľudskému faktoru a s flexibilitou.

8.4 NÁSTROJE A TECHNIKY KONTROLY RIZÍK V ZDRAVOTNÍCTVE

Kontrola rizík predstavuje kľúčovú fázu procesu manažmentu rizík v zdravotníctve. Jej cieľom je zabezpečiť, aby boli riziká, ktoré môžu ohroziť bezpečnosť pacienta, zamestnancov alebo organizáciu systematicky monitorované, hodnotené a efektívne riadené. Slovenská legislatíva vyžaduje, aby zdravotnícke zariadenia udržiavali systém kvality a bezpečnosti v súlade s ustanoveniami zákona č. 578/2004 Z. z. o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zákona č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti a zákona č. 581/2004 Z. z. o Úrade pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou, ktoré kladú dôraz na povinnosť poskytovať bezpečnú, odbornú a kontrolovateľnú starostlivosť, v znení neskorších predpisov.

Efektívny manažment rizík v zdravotníctve je podmienený nielen ich identifikáciou a hodnotením, ale najmä implementáciou účinných kontrolných mechanizmov, ktoré umožňujú riziká minimalizovať, eliminovať alebo včas odhaliť ich vznik. Kontrola rizík predstavuje dynamický proces, ktorého cieľom je zabezpečiť, aby úroveň rizika ostávala v rámci prijateľných hraníc a aby boli preventívne a korektívne opatrenia účinne implementované v praxi.

V prostredí zdravotníckych zariadení sa uplatňuje **princíp proaktívneho prístupu k riadeniu rizík**, čo znamená orientáciu na prevenciu nežiaducich udalostí. Preventívne opatrenia sú zamerané na predchádzanie vzniku rizík. Patria sem napríklad: pravidelné školenie zdravotníckeho personálu; implementácia štandardných postupov ošetrovateľskej starostlivosti odporúčaných Ministerstvom zdravotníctva SR; údržba a kalibrácia zdravotníckych prístrojov; audity na pracoviskách.

V prípade identifikovania chyby alebo odchýlky sú uplatňované korektívne (nápravné) opatrenia, ktorých cieľom je odstrániť príčiny vzniknutej udalosti a zabrániť jej opakovaniu. Korektívne opatrenia môžu zahŕňať napríklad: preškolenie zamestnancov po zistení pochybenia, revíziu vnútorných predpisov, aktualizáciu dokumentácie.

Medzi základné kontrolné mechanizmy v zdravotníckych zariadeniach patria:

- priebežné interné kontroly vykonávané vedúcimi pracovníkmi,
- analýzy incidentov a nežiaducich udalostí,
- audity kvality podľa noriem ISO 9001 alebo podľa požiadaviek akreditačných orgánov,
- externé kontroly (napr. Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou, MZ SR).

Systém hlásenia nežiaducich udalostí

Nežiaduce udalosti predstavujú závažný problém, ktorý ohrozuje bezpečnosť pacientov a kvalitu poskytovanej starostlivosti. Hlásenie nežiaducich udalostí je jednou z hlavných stratégií, ktoré vedú k zlepšeniu bezpečnosti pacientov. Nežiaduca udalosť má viacero definícií. „Rozumie sa ňou udalosť alebo okolnosť, ktorá mohla spôsobiť alebo spôsobila poškodenie zdravia pri

poskytovaní zdravotnej starostlivosti, ktorej bolo možné predísť. Považuje sa za ňu aj prípad, keď poškodeným je poskytovateľ alebo zdravotnícky pracovník“ (ÚDZS, 2022). Nežiaducou udalosťou je tiež neočakávané zhoršenie zdravotného stavu pacienta, v dôsledku ktorého došlo k poškodeniu zdravia s trvalými následkami alebo k úmrtiu pacienta, ktorému bolo možné predchádzať. Možno za ňu považovať aj udalosť, ktorá mohla spôsobiť alebo spôsobila poškodenie zdravia pacienta, pri ktorej sa preukázalo, že sa jej bolo možné vyhnúť. Rovnako aj situáciu, pri ktorej sa identifikoval nesprávny postup, nezodpovedajúci štandardom, a mohol by viesť k zhoršeniu zdravotného stavu pacienta.

Cieľom systému hlásenia je: identifikovať skryté zdroje rizík; analyzovať príčiny opakujúcich sa incidentov; vytvárať opatrenia na ich predchádzanie; podporovať kultúru bezpečnosti a dôvery.

Efektívny systém hlásenia by mal: podporovať nekritizujúcu a otvorenú kultúru, umožniť anonymné podanie hlásenia, zabezpečiť centrálnu evidenciu a analýzu dát, poskytovať spätnú väzbu zamestnancom. V legislatívnom rámci je tento proces uvedený v Metodickom usmernení č. 3/2014. V tejto súvislosti je potrebné uviesť aj pojem „*safety attitude*“, čo znamená postoj zamestnancov k bezpečnosti.

Do systému kontroly možno zaradiť aj **peer review hodnotenie**. V ošetrovatelstve je definované ako proces, ktorým sestry systematicky hodnotia, monitorujú, posudzujú kvalitu ošetrovateľskej starostlivosti a poskytujú spätnú väzbu kolegyniam porovnaním skutočnej praxe so zavedenými štandardmi. Peer review hodnotenie je štruktúrovaný proces, v ktorom je ošetrovateľská starostlivosť hodnotená kolegynami navzájom.

8.4.1 KONTROLA AKO MANAŽÉRSKA FUNKCIA VO VZŤAHU S INFORMAČNÝMI SYSTÉMAMI

Za účelom zefektívnenia kontrolných procesov je možné **využívanie informačných systémov (IS)**. Informačné systémy prispievajú k automatizácii procesov (elektronická preskripcia, e-zdravie), monitorovaniu a evidencii nežiaducich udalostí, prepojeniu klinických a administratívnych dát, prediktívnej analýze rizík pomocou umelých inteligentných systémov.

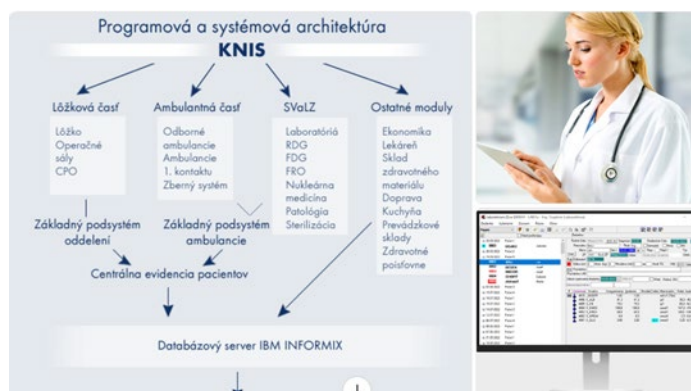
Vďaka digitalizácii je možné napríklad automaticky upozorniť na riziko zámeny pacienta pri podávaní lieku, sledovať frekvenciu pádov pacientov alebo generovať prehľady incidentov podľa oddelení a časových období.

Integrácia IS do manažérskej praxe umožňuje presnejšie, rýchlejšie a flexibilnejšie monitorovanie činností, výkonnosti a výsledkov. Informačné systémy sa v oblasti kontroly konkrétne uplatňujú napr.:

- **pri automatizácii zberu dát** – IS umožňujú automatický zber údajov z rôznych oddelení a procesov v reálnom čase,
- **na vizualizáciu a reporting** – prostredníctvom prezentácií, tabuliek, grafov alebo dashboardov (dashboard je prehliadací panel, je vizuálne rozhranie slúžiace na zobrazovanie kľúčových metrík a údajov v reálnom čase cez prehľadné grafy, tabuľky a ďalšie vizualizácie) môžu manažéri rýchlo identifikovať problémy a trendy,
- **na podporu rozhodovania** – pokročilé analytické nástroje pomáhajú pri hĺbkovej analýze problémov a návrhu riešení.

Informačné systémy prinášajú zrýchlenie kontrolných procesov, presnosť a transparentnosť, možnosť okamžitého zásahu pri zistení problému, zníženie chýb spôsobených ľudským faktorom. Na druhej strane je potrebné uviesť aj potrebu nákladov na údržbu a aktualizáciu informačných systémov, nákladov na školenie zamestnancov, zabezpečenie dátovej bezpečnosti a ochrany súkromia, riziko prílišnej závislosti od technológií.

Mnohé slovenské a české nemocnice využívajú napríklad **systém KNIS** (obr. 8.1), **MEDICUS** alebo **eHospital**, ktoré obsahujú moduly na manažérske výstupy – tzv. **Business Intelligence** pre zdravotníctvo. Business Intelligence (BI) sa v základnom zmysle týka zhromažďovania, spracovania, analýzy a vizualizácie dát s cieľom podporiť rozhodovanie manažérov. V kontexte zdravotníctva ide o to, aby zdravotnícke organizácie (nemocnice, ambulancie, poisťovne, farmaceutické firmy) dokázali využiť veľké objemy klinických, prevádzkových a ekonomických dát na optimalizáciu starostlivosti o pacienta, efektivitu procesov a finančné riadenie.



Obrázok 8.1 **KNIS – Komplexný nemocničný informačný systém**

(Zdroj: https://www.lcs.sk/charakter_knis.php)

Kontrolné otázky

1. Aký význam v kontrolnom procese má identifikácia štandardov?
2. Objasnite pojem benchmarking. Aký prínos v procese kontroly predstavuje?
3. Efektivita kontroly ako manažérskej funkcie závisí od viacerých vzájomne prepojených faktorov. Viete ich pomenovať a vysvetliť ich význam?
4. Aký je rozdiel medzi interným a externým auditom?
5. Ktoré základné kontrolné mechanizmy v zdravotníckych zariadeniach poznáte?

LITERATÚRA

Babečka, J., Lehotská, M., Kober, L. et al., (2024). Prehľad štandardizovaných dotazníkov a nástrojov na meranie fyzickej a psychickej záťaže sestier. In: Ružomberské zdravotnícke dni 2024 – XVIII. ročník. Zborník z medzinárodnej vedecko-odbornej konferencie. Ružomberok: Katolícka univerzita v Ružomberku, VERBUM – vydavateľstvo KU, s. 431–435. ISBN 978-80-561-1125-3.

Bacud, S. A. D., (2020). Henri Fayol's principles of management and its effect on organizational leadership and governance. In: Journal of Critical Reviews, 7(11), s. 162–167. DOI: 10.31838/jcr.07.11.25.

Bavoľár, J. et al., (2021). Rozhodovanie a proces dosahovania cieľov. Košice: UPJŠ.

Bolek, V.; Filanová, J.; Ondrášová, I. a Martinková, J. (2015). Process modeling of internal audit in healthcare center. In: Kontakt, 17(3), e154–e162. DOI: 10.1016/j.kontakt.2015.08.006.

Dankulincová, Z.; Husárová, D.; Madarasová Gecková, A. a Kopčáková, J. (2023). Psychológia zdravia. Košice: UPJS LF, Ústav psychológie zdravia a metodológie výskumu.

Donnelly, J.; Gibson, J. a Ivancevich, J. (1997). Management. Praha: Publishing, a.s.

Eliášová, M.; Hadašová, K. a Fedurcová, A. (2017). Vybrané kapitoly zo zdravotníckeho manažmentu. Prešov.

Hudáková, M. a Míka, V. T., (2020). Manažérske metódy a techniky. Žilina: EDIS.

Hulková, V. (2024). Sesterské peer review ako proces hodnotenia profesionálnej praxe. Prohuman.
<https://prohuman.sk/osetrovatelstvo/sesterske-peer-review-ako-proces-hodnotenia-profesionalnej-praxe>

Jakušová, V. (2016). Manažment pre nelekárske študijné programy. Osveta.

Joint Commission International, (2021). Comprehensive Accreditation Manual for Hospitals. Oakbrook Terrace, IL: JCI.

Kilíková, M. (2013). Teória manažmentu v ošetrovatelstve. Příbram: Ústav sv. Jána Nepomuka Neumanna, VŠZaSP sv. Alžbety.

Kilíková, M., et al. (2020). Bezpečnosť pacienta – ukazovateľ kvality zdravotnej starostlivosti. Příbram: Ústav sv. J. N. Neumanna.

Kohanová, D. a Faťuch, P. (2024). Hlásenie nežiaducich udalostí na jednotkách intenzívnej starostlivosti: Prierezová štúdia. Zdravotnícke listy, 12(1).

LCS Electronics, s.r.o., (2025). Charakteristika systému KNIS.
https://www.lcs.sk/charakter_knis.php

Ministerstvo zdravotníctva SR, (2023). Národná stratégia kvality a bezpečnosti pacienta 2023–2030. Bratislava: MZ SR.

Murphy, J.; et al., (2018). Comprehensive nursing peer review: Our voice, our practice, our growth. In: Nursing Management (Springhouse), 49(8), s. 49–53.

Slovensko, (2013). Zákon č. 153/2013 Z. z. o národnom zdravotníckom informačnom systéme (NZIS). Bratislava: Ministerstvo zdravotníctva SR.

Papula, J. a Gažová, A. (2023). Kontrola v manažmente. In: COPUŠ, Lukáš et al. Manažment. Bratislava: Univerzita Komenského.

Plevová, I. et al., (2012). Manažment v ošetrovatelství. Praha: Grada Publishing, a.s.

PwC Slovensko, (2025). Data analytics. <https://www.pwc.com/sk/en/risk-assurance-slovakia/data-analytics.html>

Slezáková, Z. a Padyšáková, H. (2022). Patient safety.

Stacho, Z. a Stachová, K. (2021). Základy manažmentu. Trnava: Univerzita sv. Cyrila a Metoda v Trnave.

Středa, L. a Hána, K. (2016). eHealth a telemedicína. Praha: Grada Publishing, a.s.

Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou (ÚDZS). Legislatíva k systému hlásenia nežiaducich udalostí je dostačujúca. <https://www.pravovzdravotnictve.sk/sk/aktuality/udzs-legislativa-k-systemu-hlasenia-neziaducich-udalosti-je-dostacujuca.a-2343.html>

Vyhláška MZ SR č. 444/2019 Z. z., (2019). O minimálnych požiadavkách na interný systém hodnotenia bezpečnosti pacienta.

World Health Organization, (2021). Global patient safety action plan 2021–2030: Towards eliminating avoidable harm in health care. Geneva: WHO.

Zákon č. 581/2004 Z. z. o Úrade pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou a o zmene a doplnení niektorých zákonov. Bratislava: MZ SR.

Zemanovičová, D. (2017). Kontrola v manažmente. In: Wojáček, E., et al. Manažment. Bratislava: Univerzita Komenského v Bratislave.

ZOZNAM TABULIEK

Tabuľka 1.1 Porovnanie amerického a japonského manažmentu	12
Tabuľka 2.1 Zariadenia ambulantnej zdravotnej starostlivosti	33
Tabuľka 2.2 Zariadenia ústavnej zdravotnej starostlivosti.....	34
Tabuľka 4.1 BCG matica.....	81
Tabuľka 5.1 Porovnanie individuálneho a tímového rozhodovania.....	99
Tabuľka 5.2 Rozhodovacia matica	106
Tabuľka 5.3 Chyby pri rozhodovaní	118
Tabuľka 7.1 Štýly vedenia.....	158
Tabuľka 7.2 Komunikačné techniky	162
Tabuľka 7.3 Motivačné techniky	163
Tabuľka 7.4 Rozvojové a koučovacie techniky	163
Tabuľka 7.5 Tímové a koordinačné techniky	164
Tabuľka 7.6 Techniky riešenia konfliktov	165
Tabuľka 7.7 Analytické a hodnotiace nástroje	166
Tabuľka 8.1 Typy auditov	183
Tabuľka 8.2 PDCA cyklus.....	187

ZOZNAM OBRÁZKOV

Obrázok 2.1 Porovnanie Bismarckovho a Beveridgeovho modelu.....	42
Obrázok 4.1 Porterov model piatich síl	80
Obrázok 4.2 Paretovo pravidlo	83
Obrázok 6.1 Úzka organizačná štruktúra	127
Obrázok 6.2 Široká organizačná štruktúra	127
Obrázok 6.3 Hierarchický model organizačnej štruktúry.....	129
Obrázok 6.4 Funkcionálny model organizačnej štruktúry.....	131
Obrázok 6.5 Divízny model organizačnej štruktúry	132
Obrázok 6.6 Maticová organizačná štruktúra.....	134
Obrázok 6.7 Plochá organizačná štruktúra.....	136
Obrázok 6.8 Flatarchická organizačná štruktúra	138
Obrázok 8.1 KNIS – Komplexný nemocničný informačný systém	194

Manažment v ošetrovatel'stve

Učebnica pre vysoké školy

Autori: prof. PhDr. Lucia Dimunová, PhD.
PhDr. Bc. Valéria Parová, PhD.

Vydavateľ: Univerzita Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach
Vydavateľstvo ŠafárikPress

Rok vydania: 2025
Počet strán: 199
Rozsah: 9,7 AH
Rok vydania: 2025
Vydanie: prvé



DOI: <https://doi.org/10.33542/MVO-0470-5>

ISBN 978-80-574-0470-5 (e-publikácia)