

Bratislava 26. 5. 2025

Financovanie nemocníc za rok 2024 zo zdrojov verejného zdravotného poistenia

Vo financovaní nemocničnej zdravotnej starostlivosti naďalej existujú výrazné deformácie, nejednotnosť a systémové nerovnováhy, ktoré v konečnom dôsledku vedú k nespravodlivosti. Tento záver vyplynul Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou (ďalej len "úrad") na základe analýzy dát za celý rok 2024. Nadväzujeme ňou na analýzu [Financovanie nemocníc za 3 kvartály roku 2024](#), o ktorej sme informovali verejnosť 18. marca tohto roku.

Naše aktuálne zistenia zahŕňajú len zdroje z verejného zdravotného poistenia (ďalej len „VZP“), úrad však pracuje na jej doplnení o zdroje aj mimo neho. Financovanie z VZP bolo rozdelené v súlade s programovou vyhláškou na dve časti¹, preto samostatne uvádzame financovanie nad rámec štandardného riadku Ústavná zdravotná starostlivosť v objeme 191 mil. eur (stĺpec 191. mil. v tabuľke nižšie).

Otázka úhrad za ústavnú zdravotnú starostlivosť obsahuje niekoľko aspektov, ktoré majú presah aj do iných oblastí. Preto je potrebné ich riešiť komplexne.

Medzi najdôležitejšie patria:

- Keďže cieľom analýz je zhodnotenie financovania ústavnej zdravotnej starostlivosti, údaje o úhradách a produkcii sú len za DRG ústavnú zdravotnú starostlivosť², nie za nemocnicu ako takú. V prípade nemocníc, ktoré majú veľkú časť produkcie tvorenú ambulantnou časťou, tak môže vzniknúť skreslenie platby na jednotku produkcie z dôvodu, že ambulantná časť sa v niektorých prípadoch nepriamo financuje cez platby za ústavnú zdravotnú starostlivosť. Pridruženým efektom je následne aj skreslenie pri nastavovaní a vyhodnocovaní plnenia programovej vyhlášky zdravotnými poisťovňami. Túto deformáciu však nie je možné riešiť izolovane, teda len mechanickým prechodom týchto poskytovateľov na priamu

¹ Vyhláška č. 55/2024 Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky, ktorou sa ustanovuje minimálna celková suma z celkovej sumy výdavkov určenej na zdravotnú starostlivosť v rozpočte pre jednotlivé zdravotné poisťovne na rok 2024, riadky Ústavná zdravotná starostlivosť a Ústavná zdravotná starostlivosť poskytovaná vo všeobecnej nemocnici III. až V. úrovne, v ktorej sa vykonáva vzdelávanie, veda a výskum, a zároveň je subjektom hospodárskej mobilizácie a ústavná zdravotná starostlivosť poskytovaná vo všeobecnej nemocnici alebo špecializovanej nemocnici, ktorá plní program neonatologickej starostlivosti najmenej IV. úrovne

² Úhrada za ústavnú zdravotnú starostlivosť zahŕňa celkovú platbu za DRG hospitalizačný prípad. Tá sa skladá z platby priamo nemocnici (bez pripočítateľných položiek) a platby za extramurálnu zdravotnú starostlivosť (mimo nemocnice), ktorá sa k danému hospitalizačnému prípadu vzťahuje, je uhrádzaná priamo poskytovateľom extramurálnej zdravotnej starostlivosti a odpočítaná z celkovej platby za hospitalizačný prípad nemocnici.

úhradu v ústavnej zdravotnej starostlivosti, je potrebné riešiť aj primerané financovanie iných typov zdravotnej starostlivosti, ktorú poskytujú.

- Pri hodnotení efektivity nemocníc sa zvyčajne analyzujú len zdroje z verejného zdravotného poistenia. Táto metodologická prax môže skresľovať reálne výsledky, keďže štátne nemocnice dostávajú viac dodatočných zdrojov oproti neštátnym poskytovateľom zdravotnej starostlivosti, napríklad vo forme oddľžovania (takúto [analýzu](#) úrad pripravil za kalendárny rok 2023). Ako je uvedené v úvode, úrad v súčasnosti pracuje na obdobnej analýze za rok 2024.
- Nemocnice, ktoré získali financie z plánu obnovy, môžu prirodzene z dôvodu rekonštrukčných prác dočasne vykazovať nižšie údaje o produkcii. Otázne však je, či je v takom prípade opodstatnené ponechať mesačné paušálne úhrady zo strany zdravotných poisťovní bez úpravy aj v období, keď nemocnica poskytuje výrazne menej zdravotnej starostlivosti.
- Výstupy sú čiastočne skreslené poskytovaním dlhodobej a následnej zdravotnej starostlivosti v lôžkovej časti nemocníc, na ktorú dostatočným spôsobom nereflektuje DRG ani OSN.

Tieto rozdiely sú z veľkej časti historické a rokmi sa skôr prehlbovali, keďže pri uzatváraní zmlúv s poskytovateľmi sa dostatočne neberie do úvahy produkcia nemocníc. Naďalej tak pretrvávajú u niektorých poskytovateľov a zdravotných poisťovní významné rozdiely medzi skutočnými platbami a platbami určenými Centrom pre klasifikačný systém DRG (CKS). Tie sú spôsobené hlavne výraznou nad- alebo pod-produkciou oproti predchádzajúcemu, resp. referenčnému obdobiu, ktorú úhradové mechanizmy jednotlivých poisťovní nedokážu premietnuť do úhrad.

Problémom je aj to, že sa na Slovensku diskusie vedú v zmysle percentuálneho navýšenia platieb voči predchádzajúcemu roku, prípadne na základe rozdelenia objemu peňazí určeného na valorizáciu platov na daný rok medzi nemocnice v rámci asociácie, ktorá ich zastupuje. A to bez zohľadnenia pomeru jednotlivých zdravotných poisťovní na casemixeⁱ danej nemocnice alebo počte poistencov v danom regióne. V niektorých prípadoch tak absentuje zohľadnenie, či sú platby ako celok spravodlivé vzhľadom na produkciu a náklady daného poskytovateľa. V tejto súvislosti sa anekdoticky v sektore hovorí o lepšie a horšie zaplatených nemocniciach.

Zdravotné poisťovne aj v reakcii na analýzy úradu o financovaní nemocníc verejne prezentovali úmysel upraviť úhrady nemocniciam tak, aby vo väčšej miere zohľadňovali ich produkciu, a tým sa odstránili alebo aspoň znížili historicky spôsobené nerovnosti vo financovaní. Úrad bude dáta a zmluvné vzťahy všetkých troch zdravotných poisťovní v roku 2025 sledovať, aby bolo

možné potvrdiť, či zdravotné poisťovne vo väčšej miere zohľadnili v úhradách u nemocníc ich produkciu tak, ako verejne proklamovali.

V rámci vyčíslenia financovania nemocníc za celý rok 2024 úrad pristúpil k niekoľkým spresneniam. V analýze za 3 kvartály roka 2024 sme vychádzali výlučne z Prílohy č. 10 Vyhlášky č. 522/2023 o predkladaní údajov z účtovníctva, štatistickej evidencie a ďalších údajov zdravotnou poisťovňou (ďalej len „výkaznícka vyhláška“). Tieto dáta, ktoré zdravotné poisťovne zasielajú úradu, ministerstvu zdravotníctva a ministerstvu financií, však nemajú k dnešnému dňu jednoznačnú metodiku vydanú ministerstvom zdravotníctva. Dáta v analýze za 3 kvartály roka 2024 tak obsahovali u zdravotných poisťovní Dôvera a Union aj prvú časť úhrad v rámci balíka 191 mil. eur, vyčlenených pre vybrané nemocnice, a preto úhrady týchto poskytovateľov boli čiastočne nadhodnotené. Pre účely analýzy financovania nemocníc za celý rok 2024 boli tieto diskrepancie eliminované.

Z analýzy boli vylúčené ústavy srdcovocievnych chorôb a kardiocentier³. Dôvodom je absencia DRG zmlúv u niektorých zdravotných poisťovní a poskytovateľov, zároveň boli z analýzy vylúčení ďalší menší poskytovatelia ústavnej zdravotnej starostlivosti bez DRG zmlúv u všetkých troch zdravotných poisťovní.⁴

Nižšie uvádzame súhrnnú tabuľku všetkých poskytovateľov rozdelených do skupín podľa typu vlastníka / konečného užívateľa výhod (KUV). Vyplýva z nej, že súkromné nemocnice dostali v roku 2024 zhruba o 56 miliónov eur viac, ako by dostali, keby ich produkcia bola uhrádzaná podľa základnej sadzby CKS, čo spôsobuje hlavne štátna VŠZP. Takéto preplatenie pritom nie je vysvetliteľné vyššou náročnosťou liečby, ale nesprávnym nastavením mechanizmu úhrad. Výsledkom je teda deformácia financovania, ktorá zvýhodňuje súkromný sektor. Ide o dlhodobé neriešený a zásadný systémový problém. Údaje v tabuľke sú uvedené v tisícoch eur.

³ Ide o poskytovateľov Národný ústav srdcových a cievnych chorôb, a. s., Východoslovenský ústav srdcových a cievnych chorôb, a. s., Stredoslovenský ústav srdcových a cievnych chorôb, a. s., KARDIOCENTRUM NITRA, s. r. o., CINRE s. r. o. a Kardiocentrum AGEL a. s.

⁴ Ide o poskytovateľov Vysokošpec. odb. ústav geriatrický sv. Lukáša n.o., AGEL Clinic s. r. o., Clinica Orthopedica, s.r.o., Oftal s. r. o. a Špecializovaná nemocnica pre choroby hlavy a krku Akadémia Košice, n.o. Dáta za týchto poskytovateľov nie sú kvôli rozdielnym zmluvným vzťahom plne porovnateľné. Vylúčenie týchto poskytovateľov je precizovaním použitej metodiky a nemá významný dopad na analýzu a jej výsledky.



Tabuľka 1 Poskytovatelia podľa typu vlastníka / konečného užívateľa výhod (KUV)

	ZS CKS 2024 ⁵	Efektívny casemix	Úhrada za DRG ÚZS bez PP	Cena za jednotku / eZS VZP	% rozdiel eZS z VZP a ZS CKS	Úhrada podľa ZS určenej CKS	Rozdiel úhrad	191 mil.	Upravená cena za jednotku / eZP VZP 191 mil.
Štát	3 083	383 408	1 189 732	3 103	1 %	1 182 037	7 695	191 000	-
Univerzitné nemocnice	3 242	127 307	425 295	3 341	3 %	412 728	12 567	99 397	4 122
Fakultné nemocnice ⁶	2 963	170 152	470 041	2 762	-7 %	504 245	-34 204	72 795	3 190
Onkologické ústavy	3 318	17 345	54 883	3 164	-5 %	57 550	-2 667	0	-
Detské nemocnice	3 242	24 360	95 503	3 921	21 %	78 974	16 529	18 809	4 837
MO SR a MV SR ⁷	2 903	20 524	68 763	3 350	15 %	59 582	9 181	0	-
Ostatné	2 907	23 721	75 247	3 172	9 %	68 958	6 289	0	-
Kraj + Mesto	2 830	65 014	183 079	2 816	0 %	183 988	-909	0	-
Iný verejný	2 833	38 003	114 367	3 009	6 %	107 659	6 708	0	-
Spolu verejní	3 030	486 425	1 487 178	3 057	1 %	1 473 685	13 494	191 000	-
PENTA	2 849	102 518	302 396	2 950	4 %	292 093	10 303	0	-
AGEL	2 844	65 356	215 671	3 300	16 %	185 856	29 814	0	-
Iný súkromný ⁸	2 950	23 513	84 997	3 615	23 %	69 368	15 629	0	-
Spolu súkromní	2 860	191 388	603 063	3 151	10 %	547 318	55 745	0	-
Spolu	2 982	677 812	2 090 242	3 084	3 %	2 021 003	69 239	191 000	-

Nasledujúce grafy zobrazujú cenu za jednotku produkcie (efektívnu základnú sadzbu - eZS) a základnú sadzbu určenú CKS v skupinách podľa typu vlastníka / KUV po jednotlivých zdravotných poisťovniach. Z grafov je viditeľné, ktoré poisťovne v ktorých skupinách sa najviac odkláňajú od základných sadzieb určených CKS, a teda

⁵ ZS CKS 2024 vyjadruje dopočet základnej sadzby určenej CKS vážený efektívnym casemixom nemocníc v danej skupine

⁶ Fakultná nemocnica Prešov, ktorá prešla k 1. 7. 2024 pod Ministerstvo obrany, je zaradená v skupine Fakultné nemocnice

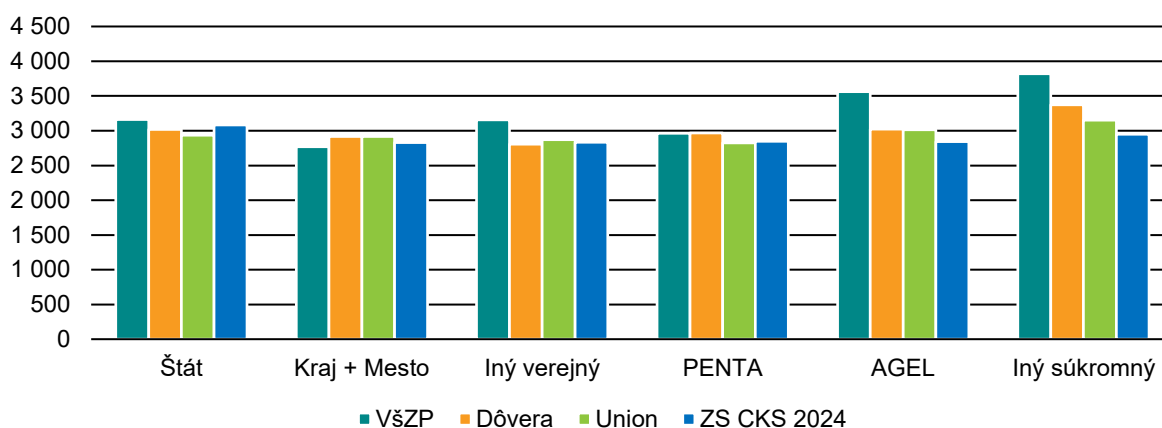
⁷ Do kategórie Ministerstvo obrany a Ministerstvo vnútra patria nasledovní poskytovatelia: Univerzitná nemocnica - Nemocnica svätého Michala, a.s., Ústredná vojenská nemocnica SNP Ružomberok - FN

⁸ Do kategórie Iný súkromný patria nasledovní poskytovatelia: Onkologický ústav sv. Alžbety, s.r.o.; UNsP Milosrdní bratia, spol. s r.o.; Nemocničná a.s.; GPN s.r.o.; PRO VITAE n. o.; Hospitale, s.r.o.; VNsP Lučenec n.o.; ORL HUMENNÉ, s.r.o.

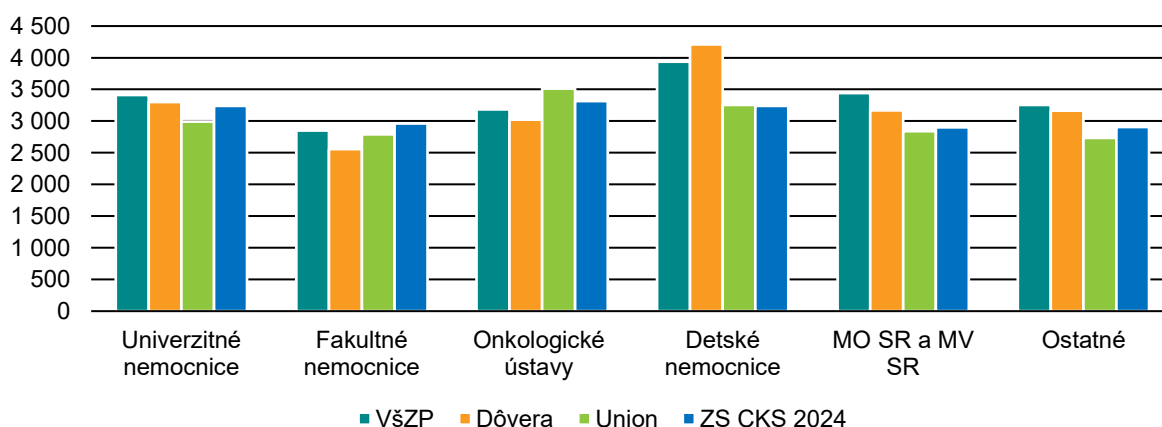


spôsobujú teoretické nedofinancovanie, respektíve preplácanie daných skupín nemocníc.

Graf 1 Cena za jednotku produkcie a základná sadzba určená CKS v skupinách podľa typu vlastníka / KUV, detail po zdravotných poisťovniach



Graf 2 Cena za jednotku produkcie a základná sadzba určená CKS v skupinách podľa typu vlastníka / KUV, detail po zdravotných poisťovniach pre typ vlastníka / KUV Štát



V prípade štátnej VŠZP je možné vidieť výraznejšie preplácanie nemocníc v kategóriách iný súkromný, AGEL a iný verejný. V rámci štátnych nemocníc VŠZP výraznejšie prepláca detské nemocnice, nemocnice patriace pod ministerstvá obrany a vnútra a ostatné štátne nemocnice. Žiadna z kategórií nemocníc nie je výraznejšie nedofinancovaná zo strany VŠZP.

U vybraných poskytovateľov s najväčšou mierou preplácania pristúpila VŠZP v priebehu roka 2024 k zmene úhradového mechanizmu tak, aby v plnej miere zohľadňoval ich produkciu. Poisťovňa zároveň deklaruje, že v roku 2025 plánuje pokračovať v zmenách úhradových mechanizmov poskytovateľov a prihlíadať najmä

na objem poskytnutej starostlivosti, kvalitu poskytovanej zdravotnej starostlivosti a potreby poistencov VŠZP.

Kategórie detských nemocníc a iný súkromný poskytovateľ sa opakujú pri preplácaní aj u zdravotnej poisťovne Dôvera. Zdravotná poisťovňa Dôvera na druhej strane nedostatočne platí štátnym fakultným nemocniciam.

U zdravotnej poisťovne Union nie je vidieť v skupinách podľa typu vlastníka / KUV ani v detaile štátnych nemocníc výraznejšie rozdiely v prípade nedofinancovania a preplácania. Na úrovni individuálnych poskytovateľov sa však nájdu prípady nedofinancovania / preplácania nemocnice v porovnaní na základnú sadzbu CKS.

Zdrojom dát sú údaje, ktoré úradu v súčinnosti poskytli zdravotné poisťovne pre účely Správy o stave vykonávania verejného zdravotného poistenia, ktorú úrad v súčasnosti pripravuje v súlade s § 19 ods. 1 písm. c) zákona č. 581/2004 Z. z. o zdravotných poisťovniach, dohľade nad zdravotnou starostlivosťou a o zmene a doplnení niektorých zákonov.

Pojmy použité v tabuľkách:

ZS CKS 2024 – [základná sadzba](#) určená Centrom pre klasifikačný systém na rok 2024.

Efektívny casemix – súčet efektívnych relatívnych váh za každý hospitalizačný prípad ukončený počas reportovaného obdobia podľa aktuálne platného Katalógu prípadových paušálov Klasifikačného systému podľa § 67b ods. 3 písm. b) zákona č. 581/2004 Z. z.

Úhrada za DRG ÚZS bez PP - celková úhrada zdravotnej poisťovne za hospitalizačný prípad vrátane úhrad za intramurálnu a extramurálnu zdravotnú starostlivosť bez úhrady za pripočítateľné položky podľa DRG, pri zdravotnej poisťovni Dôvera bez jednodňovej zdravotnej starostlivosti, ktorá je u nej súčasťou DRG ÚZS.

Cena za jednotku / eZS z VZP – zdravotnými poisťovňami uhrádzaná cena za jednotku produkcie (jednotku casemixu) nazývaná tiež efektívna základná sadzba z verejného zdravotného poistenia.

Úhrada podľa ZS určenej CKS – násobok Efektívneho casemixu a ZS CKS 2024.

Rozdiel úhrad – rozdiel Úhrada za HP (prípadový paušál) a Úhrada podľa ZS určenej CKS.

ⁱ Hospitalizačné prípady zaradené do DRG prenášobené ich náročnosťou (relatívnou váhou)