



Bratislava 23. 4. 2026

Zdravotné poisťovne plánujú v roku 2026 pozitívne hospodárske výsledky

Zdravotné poisťovne Všeobecná zdravotná poisťovňa, a. s. (ďalej len „VšZP“), DÔVERA zdravotná poisťovňa, a. s. (ďalej len „ZP Dôvera“) a Union zdravotná poisťovňa, a. s. (ďalej len „ZP Union“) doručili Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou (ďalej len „úrad“) svoje obchodno-finančné plány na rok 2026 v zákonnej lehote. Podľa nich **všetky tri zdravotné poisťovne plánujú dosiahnuť v roku 2026 kladný výsledok hospodárenia.**

Z predložených obchodno-finančných plánov je navyše zrejmé, že spoločnosť **ZP Dôvera plánuje v roku 2026 výplatu dividendy z nerozdelených ziskov vo výške 26,2 mil. eur.** Ostatné zdravotné poisťovne vo svojich obchodno-finančných plánoch neuviedli informácie o plánovanej výplate dividend.

Aj keď plány zdravotných poisťovní rátajú so ziskami, zdravotné poisťovne zhodne upozorňujú na **viaceré riziká**, ktoré môžu ohroziť ich dosiahnutie. **Odhadované riziká sa výrazne nelíšia od rizík identifikovaných v predchádzajúcich rokoch.** Ide o kombináciu makroekonomických neistôt, legislatívnych nastavení a rastúcich nákladov v zdravotníctve. Ich spoločným menovateľom je značná miera neistoty na strane príjmov a súčasne silný tlak na výdavky. Zdravotné poisťovne deklarujú záujem zabezpečiť dostupnú zdravotnú starostlivosť v zákonom stanovenom rozsahu a aj kvalite. Zároveň však upozorňujú, že parametre, v ktorých sa systém verejného zdravotného poistenia bude v roku 2026 pohybovať, sú výrazne napäté a ponechávajú len minimálny priestor na absorbovanie negatívnych vplyvov.

Jedným z kľúčových rizík je **makroekonomický vývoj** a s ním spojený **výber poistného od ekonomicky aktívnych osôb.** Prognózy Ministerstva financií SR pre rok 2026 predpokladajú síce mierny rast nominálnych miezd, no zároveň pokles zamestnanosti a citeľné dopady konsolidačných opatrení štátu na podnikateľské prostredie. Zdravotné poisťovne upozorňujú, že nenaplnenie makroekonomických



a daňových prognóz môže negatívne ovplyvniť prognózované príjmy zdravotných poisťovní.

Osobitným systémovým rizikom je podľa zdravotných poisťovní legislatívne nastavenie mechanizmu **platby za poistencov štátu**. Nový spôsob výpočtu, od roku 2026 fungujúci ako vyrovnávacía položka, reaguje na výpadok príjmov systému len v prípade, ak sa **príjmy od ekonomicky aktívnych poistencov** podľa septembrovej prognózy **odchýlia od rozpočtovaných príjmov o viac než 1,5 %**. To znamená, že pri „menšom“, no stále významnom výpadku príjmov, by zdravotné poisťovne nedostali žiadnu kompenzáciu vo forme navýšenia platby za poistencov štátu a vzniknutý rozdiel by museli kryť z vlastných zdrojov. Tento stav zdravotné poisťovne považujú za systémové riziko, ktoré oslabuje stabilitu financovania zdravotnej starostlivosti práve v období ekonomického spomalenia.

Významné riziko podľa zdravotných poisťovní predstavujú opäť **náklady na lieky**, a to z viacerých dôvodov. Jednak z predpokladanej nedostatočnej realizácie naplánovaných úsporných opatrení, z nárastu nákladov z dobiehajúcich kategorizácií liekov, ako aj zo zmeny indikácií a kategorizácií viacerých nových a drahších liekov, ktoré môžu viesť k zvyšovaniu nákladov na lieky. Rovnaké riziko bolo identifikované zdravotnými poisťovňami aj v predchádzajúcom roku, pričom toto riziko sa nakoniec v číslach za rok 2025 aj zhmotnilo, keď všetky zdravotné poisťovne vynaložili na lieky viac, ako plánovali vo svojich obchodno-finančných plánoch. Celkovú situáciu zvyšuje aj neistota okolo pripravovaných legislatívnych zmien v oblasti úhrad tzv. **liekov na výnimku**, ktoré môžu významne zvýšiť finančné nároky zdravotných poisťovní bez primeraného krytia v ich rozpočte.

Z pohľadu výdavkov zdravotné poisťovne za významné riziko ďalej považujú **riziko vyplývajúce z programovej vyhlášky** vo vzťahu k **očakávaniam poskytovateľov zdravotnej starostlivosti**, a to predovšetkým v ústavnej zdravotnej starostlivosti a v ambulantnom sektore. Ak by sa nároky na navýšenie platieb poskytovateľov zdravotnej starostlivosti premietli do zmlúv so zdravotnými poisťovňami nad rámec medziročného navýšenia zdrojov, môže to viesť k prekročeniu celkových plánovaných



nákladov na zdravotnú starostlivosť, resp. nespĺneniu limitov stanovených programovou vyhláškou pre iné typy zdravotnej starostlivosti.

Ďalšie významné riziko zdravotné poisťovne vidia v úsporných opatreniach, ktoré MZ SR zohľadnilo pri stanovovaní limitov v tzv. programovej vyhláške. Podľa zdravotných poisťovní existuje významné riziko, že tieto úsporné opatrenia nebude možné zrealizovať a prostriedky budú v konečnom dôsledku chýbať na úhradu zdravotnej starostlivosti, na ktorú boli pôvodne určené. Zdravotné poisťovne zároveň poukazujú na to, že nemajú kontrolu nad realizáciou týchto úsporných opatrení.

Ak sa začnú riziká identifikované zdravotnými poisťovňami v obchodno-finančných plánoch v priebehu roka 2026 materializovať, bude to mať negatívny vplyv na ich hospodárenie. **Úrad bude v rámci svojich kompetencií intenzívne sledovať, ako sa vyvíja ekonomická situácia v zdravotných poisťovniach a ako si plnia svoje zákonné povinnosti.** Ak by hospodárenie zdravotných poisťovní viedlo k stratám a následne k poklesu vlastného imania pod minimálnu hodnotu základného imania, ktorá je na úrovni 16,6 milióna eur, úrad prikróčí k nariadeniu ozdravného plánu v súlade so svojimi zákonnými kompetenciami.