

Prepis podcastu ÚDZS – Férové financovanie nemocníc má stále rezervy

00:00:22 Monika Beťková

Počúvate podcast Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou, Vaše zdravie pod dohľadom. Sme tu opäť so zaujímavými informáciami, vážení poslucháči. Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou pred niekoľkými dňami zverejnil výsledky analýzy, ktorú nazval Porovnanie financovania nemocníc za tri kvartály rokov 2024 a 2025. Analýza mala slušnú mediálnu odozvu, ale myslíme si, že pre jej lepšie pochopenie je potrebné venovať sa jej trošku podrobnejšie. Veď financovanie nemocníc je téma, ktorá sa dotýka každého z nás – od čakacích dôb až po kvalitu liečby. Toľko na úvod. V našom štúdiu vítam pána predsedu Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou Michala Palkoviča a zdravotnícku analytičku úradu Barboru Kováčovú. Dobrý deň.

00:01:14 Barbora Kováčová

Dobrý deň.

00:01:16 Monika Beťková

Zverejňovanie dát o financovaní nemocníc vrátane ich štruktúry prikazuje úradu legislatíva. Je to relatívne nová vec a mňa by najskôr zaujímal účel. Inými slovami, na čo sú dobré tieto dáta tak pre zdravotnú politiku, ako aj pre širokú verejnosť?

00:01:34 Barbora Kováčová

Zverejňovanie dát, z ktorých bola vypracovaná analýza, nie je pre úrad povinné. Zdravotné poisťovne majú len povinnosť ich posilať úradu. Spracovanie dát a zamyslenie sa nad nimi je naša vlastná iniciatíva, nakoľko nám tieto údaje pripadajú zaujímavé.

00:01:49 Michal Palkovič

Áno, áno. Ja by som len doplnil, že my sme toto už robili za posledných možnože päť rokov v rôznej forme, teda pozerali sme sa, akým spôsobom sú nemocnice financované. Ale musím povedať, že len posledné dva roky to naozaj robíme v štruktúre, ktorá je jednoznačná, porovnateľná a ktorá je naozaj objektívna. Sú to prvé informácie, ktoré sú zverejnené na našom webovom sídle a ktoré, samozrejme, aj komunikujeme rôznymi mediálnymi kanálmi. Ale je to prvýkrát v histórii, čo úrad aj

bez toho, aby mu to zákon ukladal, tieto dáta začal zverejňovať. Prišla potom, samozrejme, aj iniciatíva odborárov na základe zmluvy so štátom, ktorá dáva ako keby aj určitý formát úhrady v rámci systému diagnosticko-terapeutických skupín, čiže DRG. Ale zas na druhej strane treba povedať, že tá nedokonalosť takto zverejňovaných dát je, že priebežne je veľmi ťažké tieto dáta interpretovať, a to môže vytvárať možnože aj rozdielny pohľad na tie isté dáta.

00:02:57 Monika Beťková

Z akých zdrojov teda úrad tieto dáta získava?

00:03:00 Barbora Kováčová

Úrad získal dáta z prílohy číslo 10 vyhlášky číslo 522/2023 o predkladaní údajov z účtovníctva, štatistickej evidencie a ďalších údajov zdravotnou poisťovňou, poskytovaných kvartálne zdravotnými poisťovňami. Pri analýze, ako už z názvu vyplýva, sme porovnávali dáta za tri kvartály rokov 2024 a 2025. Momentálne finišujeme spracovanie dát za celý rok 2024 a 2025 a sami sme zvedaví, ako to dopadne.

00:03:29 Monika Beťková

Podme teraz do hlbších detailov. Prečo sa sleduje práve rozdiel medzi efektívnou základnou sadzbou a základnou sadzbou Centra pre klasifikačný systém DRG? Aký je medzi nimi vlastne rozdiel?

00:03:41 Barbora Kováčová

Základná sadzba CKS je suma, za ktorú je v systéme DRG uhrádzaný jednotlivý prípad s relatívnou váhou 1,0. Stanovuje sa výpočtami z disponibilných finančných zdrojov a platí pre každú skupinu nemocníc v jednotnej sume. V roku 2026 sú jednotliví poskytovatelia ústavnej zdravotnej starostlivosti rozdelení do štyroch skupín. Efektívna základná sadzba je suma, ktorá sa počíta ako podiel úhrady a case mixu. Je to suma, ktorú v skutočnosti zaplatila poisťovňa poskytovateľovi ústavnej zdravotnej starostlivosti.

00:04:18 Michal Palkovič

Ja by som povedal, že tu treba aj vyzdvihnúť prácu Ministerstva zdravotníctva a CKS, pretože to ako keby začalo viac odzrkadľovať to, čo je reálny rozdiel medzi rôznymi kategóriami nemocníc. Lebo keď bola jedna základná sadzba, tak tie nemocnice v rôznych úrovniach – čiže bavíme sa o tom, že jednotkové, dvojkové, to

sú také tie regionálnejšie, trojkové sú fakultné, špecializované a potom univerzitné, to sú štvorky až, a teda aj päťky ako nejaké centrá excelentnosti – tak mali stále jednu a tú istú sadzbu, čo, samozrejme, nepokrýva náklady pre takto veľmi rozdielne skupiny nemocníc. Čiže to je veľmi dôležitý krok ako keby k spravodlivejšiemu rozdeľovaniu týchto financií. To by som zdôraznil. A druhá vec, ktorá je veľmi podstatná, že tento rok sa začína pozeráť aj na jednodňovú zdravotnú starostlivosť, kde je snaha – a to je celosvetová, dokonca by som povedal nielen európska snaha – urýchľovať hospitalizácie, čiže nedržať pacienta príliš dlho v nemocnici. Kvôli zjavným dôvodom – je to veľmi nákladné, jednak to ten pacient nepotrebuje, sú s tým spojené ďalšie komplikácie, nozokomiálne infekcie a podobne, aj hospitalizmus, teda nejaká psychologická komponenta. A tento rok sa začína ako keby pozeráť aj na túto jednodňovú zdravotnú starostlivosť pohľadom DRG, a to sú podľa mňa veľmi dôležité veci, lebo to opäť ako keby ešte viac zefektívnilo to financovanie, stransparentnilo ho a aj sa vedia tie nemocnice lepšie porovnávať.

00:05:50 Monika Beťková

Ako by si mal laik predstaviť pojem cena za jednotku produkcie? Je to niečo ako cena za jeden hospitalizačný prípad?

00:05:58 Barbora Kováčová

Cena za jednotku produkcie sa počíta ako podiel úhrady za prípadový paušál a case mixu, kde case mix je suma relatívnych váh všetkých hospitalizačných prípadov. Tu môžeme doplniť, že jednotka produkcie je jeden hospitalizačný prípad v rámci DRG skupiny s relatívnou váhou 1,0. Čím je prípad náročnejší, tým je relatívna váha vyššia.

00:06:20 Monika Beťková

V analýze je informácia, že z porovnania boli vylúčené kardiocentrá a niektoré menšie nemocnice. Prečo je to tak?

00:06:28 Barbora Kováčová

Kardiocentrá a ústavy srdcovo-cievnych chorôb boli vylúčené kvôli absencii DRG zmlúv, a takisto aj menšie nemocnice.

00:06:35 Monika Beťková

Klasifikácia nemocníc je založená aj na ich vlastníkovi a type. Prečo je dôležité rozlišovať štátne, krajské, súkromné nemocnice, a to dokonca aj podľa ich majiteľa, napríklad Agel či Penta?

00:06:50 Barbora Kováčová

Áno, rozdelenie podľa konečného užívateľa výhod, skratka KÚV, umožňuje identifikovať rozdiely vo financovaní medzi jednotlivými kategóriami. Napríklad štátne univerzitné nemocnice dostávajú výrazne viac peňazí než štátne fakultné nemocnice. Vďaka sledovaniu konkrétnych majiteľov je systém financovania transparentnejší, pretože je jasné, kam reálne smerujú peniaze z verejných odvodov a či nie je niekto neoprávnene zvýhodnený.

00:07:16 Monika Beťková

Toto je to rozdelenie, pán predseda, čo ste spomínali.

00:07:19 Michal Palkovič

Áno, tu aj možnože trochu demystifikujeme pohľad na naše dáta zo strany rôznych iných organizácií. Mám tu potrebu to naozaj deklarovať, pretože zdroj dát by mal byť vždy len jeden, a to by mal byť Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou. Potom by sa nestalo, že niekto interpretuje tieto dáta ako keby financovanie len z verejného zdravotného poistenia. To je napríklad NKÚ, kde sa pozerá len monotematicky na to, čo vlastne dostáva nemocnica z poisťovní a ako efektívne vie s tými peniazmi narábať. Je logické, keďže štátne nemocnice dostávajú ďalšie príspevky navyše k verejnému zdravotnému poisteniu – tak to bolo v minulosti, teraz sa to už zahŕňa do základnej sadzby, takže tento rok tento rozdiel už neuvidíme, ale minulý rok sme ho ešte stále videli, a teda je to nie úplne správny pohľad. Pretože disponibilné zdroje, teda všetky zdroje, ktoré dávame my vlastne na to, aby nemocnice fungovali, je nutné zarátavať a porovnávať. To je jedna vec. Druhá vec je, operuje sa stále s tým argumentom, že štátne nemocnice dostávajú málo, a preto tvoria stratu. Naše dáta hovoria, že nie je to úplne pravda, dostávajú dosť zdrojov, a keď si pozrieme tých koncových užívateľov, tak dostávajú tie zdroje navyše práve niečím, čo môžeme volať nemocničný transfer alebo špeciálne dofinancovanie štátnych nemocníc. A z toho vyplýva, že to, čo aj odborári napríklad pomenúvajú, nie je pravda. Tie štátne nemocnice nevytvárajú dlh preto, lebo sú zle financované, ale vytvárajú dlh z mnohých iných historických, systémových a prevádzkových dôvodov. Preto je to dôležité povedať, a pani Kováčová to povedala veľmi správne. Takto z

tých dát aj vyplýva, že to nie je tak, že sú štátne nemocnice zle financované, a preto tvoria stratu. A zase je veľmi dôležité pozeráť sa aj na tých súkromných prevádzkovateľov ústavnej zdravotnej starostlivosti. Lebo povedzme si otvorene, v tej kategórii nemocníc, ktoré obhospodarujú, majú vyššiu efektivitu, a to je dobré. Všetka teda pozrime sa, ako to robia súkromníci, a okopírujme veci, ktoré už majú odladené. Ad 1. Ad 2, napríklad nemocnice v skupine Penta idú na takzvané ostré DRG – čo vyproduujú, to dostanú uhradené, a nikoho nezaujíma, že majú drahú kotolňu, prevádzku, ja neviem, transfúzne služby, alebo kosenie trávy za veľké peniaze. Jednoducho to, čo im bolo pridelené na základe produkcie, na základe toho, koľko prípadov odhospitalizovali, tak dostanú peniaze. A zas je veľmi dôležité pozeráť sa na to, pretože keď to vedia urobiť nemocnice typu Bory alebo Michalovce, no tak určite by to mali vedieť urobiť nemocnice typu Nitra, Trenčín, prípadne Trnava.

00:10:08 Monika Beťková

Počúvate podcast Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou, Vaše zdravie pod dohľadom. Viac o témach, ktoré riešime, sa môžete dozvedieť aj na sociálnych sieťach – na Instagrame, Facebooku a LinkedIn-e. Teraz sa poďme opäť na chvíľku vrátiť k technickej časti. Už vieme, čo je efektívna základná sadzba, čo štátom určená základná sadzba, aj čo je cena za jednotku produkcie. V analýze dôležitú rolu hrá pojem efektívny case mix. Čo to je a prečo je kľúčový pri porovnávaní nemocníc?

00:10:43 Barbora Kováčová

Efektívny case mix je súčet relatívnych váh za každý hospitalizačný prípad ukončený počas reportovaného obdobia. Každá diagnóza a medicínsky výkon majú v systéme priradenú určitú váhu podľa ich náročnosti, pričom komplikovaná operácia srdca má vyššiu váhu ako jednoduchý zákrok. Tento ukazovateľ je kľúčový preto, lebo umožňuje premeniť rôznorodú prácu nemocnice – tisíc rôznych operácií a liečebných postupov – na jedno spoločné číslo vyjadrujúce celkovú produkciu.

00:11:14 Monika Beťková

Ako sa teda počíta rozdiel medzi efektívnou základnou sadzbou a základnou sadzbou Centra pre klasifikačný systém?

00:11:21 Barbora Kováčová

Rozdiel medzi efektívnou základnou sadzbou a základnou sadzbou CKS sa počíta ako percentuálny rozdiel medzi skutočnou jednotkovou cenou, ktorú nemocnica

dostala ako úhradu vydelenú case mixom, a referenčnou základnou sadzbou určenou Centrom pre klasifikačný systém.

00:11:40 Monika Beťková

Nadviažem: čo znamená, keď je nemocnica nad alebo pod základnou sadzbou?

00:11:46 Barbora Kováčová

Ak je nemocnica nad základnou sadzbou, znamená to, že od poisťovne dostáva za jednotku svojej produkcie viac peňazí, než je samotná štátna referenčná hodnota. Zatiaľ čo pozícia pod sadzbou identifikuje nedofinancovanie voči referencii.

00:12:03 Michal Palkovič

Ja by som možnože upriamil tiež pozornosť na tú našu správu, pretože v tej správe si pozorný čitateľ nájde aj jednu tabuľku, v ktorej vidí také červené a zelené šípky. Tie červené a zelené šípky predstavujú vzdďalovanie, respektíve približovanie sa k základnej sadzbe. To je podľa mňa veľmi dobrý ukazovateľ vývoja, či už medziročného, alebo aj, samozrejme, priebežného, pretože budeme tie správy opäť vydávať aj priebežne. Ako sa vlastne tie jednotlivé skupiny koncových užívateľov približujú k tej základnej sadzbe? Je to prvýkrát, čo takéto niečo prezentujeme, a tam sa v podstate vedia – a bolo by výborné, keby sme to vedeli robiť ešte až na úroveň jednotlivých nemocníc, čo plánujeme možno v ďalšom nejakom období, lebo tak by sa aj tie nemocnice vedeli ako keby aj brániť voči ponúknutým zmluvám poisťovní, že: „Prepáčte, ale za minulý rok nám vychádza na základe údajov z Úradu pre dohľad takáto základná sadzba, od ktorej sa vzdďalujeme, to znamená, nie je to efektívne financovanie našej zdravotnej starostlivosti.“ Takže my by sme sa tým pádom viac a viac približovali k tomu, že máme zdroj informácií, ktorý úrad zverejňuje, a na základe toho vedia argumentovať aj poskytovatelia. Dáva im to, v angličtine sa to volá leverage point, čiže akúsi tú váhu argumentu pri vyjednávaní zmlúv.

00:13:28 Monika Beťková

Ako teda máme čítať informáciu z analýzy, že v roku 2025 sa celkový rozdiel medzi efektívnou základnou sadzbou a základnou sadzbou Centra pre klasifikačný systém zvýšil z 8,0 na 8,4 percenta? Teda akou farbou v úvodzovkách je táto šípka vyznačená, ako ste hovorili?

00:13:49 Barbora Kováčová

Informáciu o zvýšení celkového rozdielu z 8 percent na 8,4 percenta v roku 2025 – upozorňujem, že sú to dáta za 3. kvartál – treba čítať tak, že dochádza k trendu vzdďalovania sa skutočných úhrad od štátom určených referenčných sadzieb, čo prehlbuje deformácie v systéme.

00:14:08 Monika Beťková

To znamená, pán predseda, že šípka je červená, ak tomu dobre rozumiem.

00:14:11 Michal Palkovič

Áno, ale treba jedným dychom tiež povedať, že my už teda máme aj približný prehľad o dátach za všetky štyri kvartály. Tá situácia sa tam nejako významnejšie neposúva, ale treba povedať jednu dôležitú vec. Už som to spomenul v tomto rozhovore, a to je jednodňová zdravotnú starostlivosť. My sa pozeráme na viacdňové hospitalizačné prípady, ale je tam tá tendencia a mnohí poskytovatelia, napríklad Rooseveltova nemocnica, to už robili aj v minulom období, že ako keby vyčleňovali jednodňovú zdravotnú starostlivosť. Poisťovňa Dôvera má dáta vedené na jednodňovú zdravotnú starostlivosť a potom viacdňovú. Takže tie dáta my ešte budeme určite dopĺňať o vyhodnocovanie jednodňovej zdravotnej starostlivosti za predchádzajúce roky, aby sme mali ako keby lepší obraz o financovaní. Lebo môže sa stať, že síce tam je vidieť nejaký posun z 8 % verzus 8,4 percenta, ale v skutočnosti môže byť nejaká časť absorbovaná práve tou jednodňovou zdravotnou starostlivosťou. Nevylučujeme, že z analýzy tejto sekcie dohľadu nad zdravotným poistením môže nakoniec vyjsť, že v celkovom počte odhospitalizovaných prípadov alebo pacientov je tam výkonnosť vyššia, čiže treba tie čísla čítať s porozumením.

00:15:29 Monika Beťková

Pán predseda, dobre tomu teda rozumiem, že keby sme zahrnuli aj jednodňovú zdravotnú starostlivosť do produkcie nemocníc, môže sa ukázať, že ich produkcia je vyššia?

00:15:39 Michal Palkovič

Je to jeden z argumentov, ktorý napríklad odznel aj v audite, nie úplne zverejnenom, alebo teda čiastočne zverejnenom Ministerstvom zdravotníctva, kde práve odznela od piatich poskytovateľov ústavnej zdravotnej starostlivosti námietka, že nezohľadňuje ten audit jednodňovú zdravotnú starostlivosť a že v skutočnosti ich produkcia bola podstatne vyššia, ako keď sa pozeráme len na viacdňovú

hospitalizáciu. Čiže z toho dôvodu si dovoľím ako keby navrhnúť opatrnosť pri interpretácii tých dát, lebo jedna vec je, koľko je hospitalizovaných pacientov vo viacdňovej hospitalizácii, a druhá je celkový objem odliečených pacientov. Je možné, že ten pokles, ktorý my vidíme v hospitalizačných prípadoch, bol z časti presunutý do jednodňovej zdravotnej starostlivosti a je možné, že nakoniec bude viac pacientov odliečených za minulý rok ako rok predtým. Nevylučujeme to. Toto je jedna z vecí, ktorej sa v budúcnosti bude sekcia dohľadu nad zdravotným poistením detailne venovať.

00:16:48 Monika Beťková

Keď sa ešte vrátíme k tomu rozdielu, celkovému rozdielu medzi efektívnou základnou sadzbou a základnou sadzbou, ktorý v sumári za rok 2025 predstavuje preplácanie vo výške 131 miliónov eur, a rozmeníme si to na drobné, ako sú na tom jednotlivé typy nemocníc? Teda podľa vlastníka, toho konečného užívateľa výhod, ako sme už spomínali, ktoré sú podfinancované a ktoré nadfinancované?

00:17:15 Barbora Kováčová

Pri rozmenení na drobné za 3. kvartál roku 2025 vidíme, že nadfinancované sú univerzitné nemocnice o 15,2 percenta, detské nemocnice o 22,8 percenta, zariadenia ministerstiev vnútra a obrany o 11 percent, aj súkromní poskytovatelia ako Agel o 14,7 percenta a Penta o 7,2 percenta. Podfinancované zostávajú naďalej najmä fakultné nemocnice s rozdielom -2,4 percenta pod referenčnou sadzbou.

00:17:47 Monika Beťková

Pán predseda, ako tieto čísla vnímate z vášho pohľadu?

00:17:50 Michal Palkovič

Tu sa veľmi pekne demaskuje jedna veľmi dôležitá vec, a to sú univerzitné nemocnice, ktoré ako keby boli výrazne preplácané, a je to dlhodobý trend. To nie je len posledné nejaké tri roky. A tu je vidieť, že ich funkcia, to znamená univerzitné inštitúcie, ktoré majú vzdelávať, robiť vedu a výskum a poskytovať najlepšiu zdravotnú starostlivosť – tú najnáročnejšiu, najdrahšiu – tak tu je časť zaoberať sa viaczdrojovým financovaním. To znamená príspevkom z rôznych zdrojov tak, aby tá nemocnica nebola závislá len od toho, čo je dedikované či už zo štátneho rozpočtu, alebo od zdravotných poisťovní. Prečo? Pretože asistent alebo pán docent, pán profesor, ktorý v tom momente učí, nemôže poskytovať zdravotnú starostlivosť, ale náklady na jeho mzdu sú práve hradené z verejného zdravotného poistenia. To

znamená, že ako keby nepriamo to bolo dotované. Nie je to tak, že štúdium je dotované priamo z Ministerstva školstva, pretože tie hodiny sú dedikované zdroje, ktoré idú aj poskytovateľovi ústavnej zdravotnej starostlivosti, ale zjavne nestačia. Ďalšia vec je, samozrejme, Úrad práce, sociálnych vecí a rodiny, lebo určitá časť je aj sociálna hospitalizácia, kde sú pacienti, ktorí ako keby už nevyžadujú tú neodkladnú zdravotnú starostlivosť, ale skôr tú dlhodobú, čiže paliatívnu, hospicovú a tak ďalej. Mala by tam byť potom zohľadňovaná práve aj táto časť. No a potom určite sú tu inovatívne technológie, veda, výskum. Výskum ako taký je financovaný z rôznych zdrojov, či už je to nejaký farmapriemysel, alebo nejaký vývojári zdravotných pomôcok. Toto sú všetko zdroje, ktoré by mali byť centralizované a nie tak štiepené. Čiže treba sa pozeráť aj touto optikou. Ďalšia vec je, že keď sa pozrieme na možnože súkromný sektor, tak vidíme, že tam sa to ako keby v prípade Agelu začína znižovať, teda približovať sa viac k tej základnej sadzbe, čo je dobrý trend, pretože oni nejdú na DRG v plnom rozsahu. Česť niektorým výnimkám, alebo niektoré nemocnice majú hybridné financovanie. Ale je to dobrý trend, je to dobrý trend a budeme to chcieť vidieť, pretože napríklad v prípade Penty to už tak je. Takže ten smer uhrádzania cez diagnosticko-terapeutické skupiny, to je výborný smer. Áno, môžu niektorí ľudia hovoriť, že ale v iných krajinách už dávno od DRG upúšťajú. My sme ho ešte ani nezaviedli, takže ne bavme sa o tom, lebo oni sú 40 rokov pred nami, tak my by sme mali to dohnať čo najskôr a, samozrejme, na chybách, ktoré oni urobili, sa poučme a zlepšime ten systém, lebo lepší zatiaľ nemáme.

00:20:39 Monika Beťková

Počúvate podcast Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou, Vaše zdravie pod dohľadom. Viac o témach, ktoré riešime, sa môžete dozvedieť aj na sociálnych sieťach – na Instagrame, Facebooku a LinkedIn-e. Analýza ukázala v niektorých prípadoch dynamické zmeny, napríklad onkologické ústavy alebo iní súkromní poskytovatelia, ktorí z nadfinancovania plus 21 percent v roku 2024 klesli v minulom roku na 5,5 percenta. Čo môže byť za tým?

00:21:11 Barbora Kováčová

Za dynamickými zmenami, ako napríklad pri onkologických ústavoch, ktoré sa posunuli z -10 percent na +3,4 percenta, môže byť úprava zmluvných podmienok alebo zmeny v klasifikácii. Pri iných súkromných poskytovateľoch došlo k výraznému priblíženiu k referenčnej sadzbe vďaka zníženiu nadfinancovania z 21 percent na 5,5 percenta.

00:21:35 Monika Beťková

Prečo sú niektoré detské nemocnice dlhodobom výrazne preplácané? Čo je za týmto trendom?

00:21:40 Barbora Kováčová

Detské nemocnice sú dlhodobo preplácané najmä kvôli VŠZP a zdravotnej poisťovni Dôvera, ktoré im poskytujú výrazne vyššie úhrady než referenčná úroveň, hoci medziročne tento rozdiel klesol.

00:21:53 Monika Beťková

Pán predseda, prečo je to tak?

00:21:57 Michal Palkovič

Hoci klesá, ten počet detí klesá, ale vy ten tím na transplantácie, na nejaké chirurgické, polytraumatické zákroky potrebujete mať stále taký istý. Pripravenosť toho tímu musí byť, čiže celosvetovo, nie je to len u nás, je pediatrický pacient v úvodzovkách veľmi drahý. Nemáte inú alternatívu, ako centralizovať tieto výkony do samostatných nemocníc, a to na Slovensku máme. My máme tri detské nemocnice, kde centralizujeme tieto úkony. To znamená, že v tomto ohľade sme na tom dobre. Na druhej strane, vždy bude tento pacient drahý a tento typ nemocničného zariadenia bude pravdepodobne nadhodnotený aj preto, že tá demografia sa bude vyvíjať stále negatívnejšie, čiže bude stále menej a menej detí. A, samozrejme, musíme tiež podotknúť, že v prípade poisťovne Dôvera tá štruktúra poistného kmeňa je viac orientovaná na mladšie vekové skupiny. To znamená, že oni aj dávajú viac zdrojov na takýto typ zdravotnej starostlivosti.

00:23:01 Monika Beťková

Ale súčasne vidíme, že fakultné nemocnice sú dlhodobo podfinancované, a vlastne u všetkých zdravotných poisťovní je to tak. Znova tá istá otázka, čo môže byť za týmto?

00:23:12 Barbora Kováčová

Dlhodobé podfinancovanie fakultných nemocníc u všetkých poisťovní je plošným problémom, ktorý sa v roku 2025 ešte mierne prehĺbil a poukazuje na systémovú nerovnováhu v ich odmeňovaní za poskytnutú starostlivosť. Avšak predbežné dáta

za štyri kvartály 2025 ukazujú, že vďaka dodatočným zdrojom došlo k zmene a fakultné nemocnice boli dofinancované.

00:23:36 Michal Palkovič

Rozpustenie tých dodatočných zdrojov mimo verejného zdravotného poistenia, z tých 191 miliónov, ktoré ostali navyše, práve poisťovne rozpustili, teda dedikovali tie zdroje do fakultných nemocníc a tam teda došlo k pozitívnemu trendu voči základnej sadzbe. Pokiaľ si dobre pamätám, tak to bolo niekde okolo 5 percentuálnych bodov.

00:24:00 Michal Palkovič

Posunuli sa ako keby bližšie k základnej sadzbe, a teda ich dofinancovanie viedlo ku spravodlivejšiemu rozdeľovaniu zdrojov. Avšak stále tam vidíme priestor na zlepšenie.

00:24:13 Monika Beťková

Už sme si hovorili, prečo sú detské nemocnice nadfinancované, vysvetlili ste aj tie dôvody. Čím sú však spôsobené extrémne rozdiely medzi efektívnou základnou sadzbou a základnou sadzbou? Napríklad Detská fakultná nemocnica Košice v minulom roku plus 55 percent a oproti tomu Detská fakultná nemocnica s poliklinikou Banská Bystrica zas mínus 31 percent. To je obrovský rozptyl v tých platbách.

00:24:40 Barbora Kováčová

Extrémne rozdiely medzi Detskou fakultnou nemocnicou Košice (plus 55 percent u Dôvery) a Detskou fakultnou nemocnicou s poliklinikou Banská Bystrica (mínus 31 percent u Unionu) dokumentujú obrovský rozptyl v platbách, ktoré sú v analýze označené za historické deformácie.

00:24:58 Monika Beťková

Pán predseda, môže byť teoreticky ten dôvod aj ten, že Dôvera má dajme tomu na východe viac tých detských pacientov?

00:25:04 Michal Palkovič

Určite je to jeden z dôvodov, ale je to možnože aj lepšie vyrokovanie si zmluvných podmienok. Proste pán riaditeľ detskej fakultnej nemocnice ukázal ako keby lepšiu objednávku odliečených pacientov oproti iným riaditeľom, čiže deklaroval pre poisťovňu Dôvera, že odlieči kompetentnejšie, lepšie, možnože s nejakými ďalšími benefitmi pre pacientov, a teda vyrokoval si lepšiu zmluvu. Je to jedna z možností.

Samozrejme, museli by sme sa opýtať jeho, ale je to niečo, čo my vidíme aj z toho poistného kmeňa a vidíme to aj z možnože úpravy zmluvných vzťahov v porovnaní s Banskou Bystricou.

00:25:47 Monika Beťková

Počúvate podcast Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou, Vaše zdravie pod dohľadom. Viac o témach, ktoré riešime, sa môžete dozvedieť aj na sociálnych sieťach – na Instagrame, Facebooku a LinkedIn-e.

00:26:03 Monika Beťková

Pán predseda, dá sa hovoriť o tom, ako vplývajú na tieto dáta historické udalosti, napríklad prudké navýšenie platov lekárov v roku 2023? Majú aj takéto faktory na to vplyv?

00:26:15 Michal Palkovič

Určite áno. Opäť si pomôžem jednak auditom, ktorý bol zverejnený – nech mu akokoľvek veríme alebo neveríme, poskytol určitý obraz, pretože skladá sa tá záverečná správa z piatich auditov nemocníc. A jasne z nich vyplynulo, že mzdy sú v niektorých nemocničných zariadeniach hlavným prevádzkovým nákladom. To znamená, že z verejného zdravotného poistenia im ostane 10, maximálne 20 percent po tom, čo uhradia mzdy na rozvoj nemocníc, zaplatenie za lieky, materiálo-technické alebo napríklad aj za nejakú motivačnú komponentu. Keby chceli motivovať niektorých výkonných zamestnancov, tak vlastne im nezostávajú peniaze, pretože všetkým sa pridáva v platovom automate automaticky každý rok. Nehľadiac na devastačný následok pre iné zariadenia, napríklad aj Úrad pre dohľad, lebo aj my sa spoliehame na lekárov, to isté vrtuľníková záchranná služba alebo, ja neviem, Národné centrum zdravotníckych informácií, Úrad verejného zdravotníctva a podobne, kde sú lekári, ale ich platové ohodnotenie sa odvíja od platového ohodnotenia v nemocniciach, ktoré nie je férovo nastavené.

00:27:27 Monika Beťková

Podme teraz k zdravotným poisťovňam. Už sme sa tejto témy jemne dotkli, ale podme si to rozobrať bližšie. Prečo sa výsledky líšia medzi štátnou Všeobecnou zdravotnou poisťovňou a súkromnými poisťovňami Dôvera a Union? Obe totiž vykazujú iné dáta, iné čísla.

00:27:45 Barbora Kováčová

Výsledky poisťovní sa líšia, pretože každá z nich uplatňuje iný prístup k odklonu od základných sadzieb, pričom VŠZP vykazuje najvýraznejšie rozdiely pri skupinách Agel a iných verejných zariadeniach.

00:27:57 Monika Beťková

Ktorá poisťovňa je teda najbližšie k tým referenčným hodnotám?

00:28:01 Barbora Kováčová

Najbližšie k referenčným hodnotám je zdravotná poisťovňa Union, ktorej rozdeľovanie prostriedkov sa považuje za najspravodlivejšie, pretože jej rozdiely sa pohybujú v najužšom rozpätí.

00:28:12 Monika Beťková

Ako môže poisťovňa ovplyvniť financovanie nemocnice? Je to teda len o zmluvách alebo aj o štruktúre poisťencov? Niektorá má napríklad zdravší a mladší poistný kmeň, ako sme sa už rozprávali, iná starší s vyššími nákladmi na zdravotnú starostlivosť.

00:28:29 Michal Palkovič

Na otázku, ako môže poisťovňa ovplyvniť financovanie nemocníc – no zásadným spôsobom, pretože to je hlavný zdroj financovania týchto nemocničných zariadení. Čiže tá otázka by mala byť ako keby otočená: čo môže urobiť riaditeľ nemocnice, aby presvedčil poisťovňu, že potrebuje viac zdrojov? No a toto nie je úplne otázka na Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou, môžeme si len tak predpokladať, ako by odpovedal pán riaditeľ nejakej nemocnice. Základ by mal byť ale ten, že aj tá poisťovňa by mala trvať na spravodlivejšom financovaní. Tu treba tiež podotknúť, že Ministerstvo zdravotníctva podpísalo memorandum o transparentnejšom a spravodlivejšom financovaní minulé leto, ale to ovocie z toho memoranda sa dostaví pravdepodobne až tento rok, a teda my to uvidíme až v roku 2027, či tie snahy Ministerstva zdravotníctva padli na úrodnú pôdu. Zatiaľ, keď sa pozeráme veľmi, veľmi striktné na hospitalizačné prípady, tak tam nevidíme nejakú dramatickú zmenu, ale budeme robiť ďalšie analytické kroky na to, aby sme to ešte viac objektivizovali a dali zrkadlo tomu systému.

00:29:46 Barbora Kováčová

Poskytovatelia sa aktívne zaujímajú o to, v akom stave vlastne sú tie ich v úvodzovkách čísla, a sami teda potrebujú tieto čísla kvôli vyjednávaniu s poisťovňou.

00:29:55 Monika Beťková

Možno si vedia porovnať aj to, ako sú na tom ostatné nemocnice v ich kategórii.

00:30:00 Barbora Kováčová

To môžu, áno, ale hlavne majú záujem o svoje čísla.

00:30:03 Michal Palkovič

A ešte tam je potom, keď sa bavíme o perspektíve systému, tak by bolo veľmi dobré, aby sme išli dokonca nielenže na úroveň poskytovateľa ústavnej zdravotnej starostlivosti, ale jednotlivých oddelení, napríklad ktoré sú definované v rámci optimalizácie siete nemocníc, a vedeli porovnávať napríklad aj oddelenia medzi rôznymi nemocnicami typu urológia. Lebo niekde máme napríklad robotickú operatívu veľmi výrazne rozvinutú, v Rooseveltovej nemocnici, a niekde ju nemáme v tej istej kategórii štvorkovej nemocnice, nie je tam tak rozvinutá, je to klasická operatíva. A mohlo by byť zaujímavé porovnať si nákladovú komponentu jednotlivých častí poskytovanej zdravotnej starostlivosti. My veľmi radi ako úrad by sme prispeli k takýmto dátam a k ich transparentnému zverejňovaniu. Určite sa týmto budeme zaoberať.

00:30:51 Monika Beťková

Keď sa ešte vrátíme k zdravotným poisťovňam a k rozdielom, ktoré sme pomenovali, prečo má Všeobecná zdravotná poisťovňa najväčšie preplácanie pri skupine Agel až plus 24 percent?

00:31:02 Barbora Kováčová

Všeobecná zdravotná poisťovňa vykazuje najväčšie preplácanie pri skupine Agel na úrovni plus 24 percent, čo je jeden z najvýraznejších odklonov od referenčnej sadzby v celom systéme. Bude to pravdepodobne nastavením zmlúv.

00:31:16 Michal Palkovič

Ale vidíme tu teda medziročný posun k lepšiemu, to znamená, že aj Všeobecná zdravotná poisťovňa ako keby uzatvárala tie nožnice, ktoré tu boli nejako historicky

nastavené za predchádzajúcej vlády a teda sa ťahali až do tejto doby. Čiže my tu vidíme pozitívny posun a vidíme, že aj tá samostatná skupina ako keby začala oddeľovať jednoduchú zdravotnú starostlivosť od viacdňovej zdravotnej starostlivosti. Takže je tu aj zo strany tejto skupiny nemocníc vidieť posun vo vnútornej efektivite a súčasne aj spravodlivejšie dedikované zdroje. Ale opäť, to percento tiež hovorí, že stále je tu dostatočne veľký priestor na zlepšenie.

00:31:58 Monika Beťková

Ako sa tieto rozdiely premietajú do kvality zdravotnej starostlivosti? Inými slovami, ak moja poisťovňa platí nemocnici o X-Y výrazne viac, ako by mala podľa základnej sadzby Centra pre klasifikačný systém za jednotku produkcie, mám aj lepšiu zdravotnú starostlivosť? Reálne to cítim pri tej hospitalizácii?

00:32:21 Barbora Kováčová

Analýza neuvádza priamu úmeru medzi preplácaním a kvalitou, ale konštatuje, že vysoké percentuálne rozdiely efektívnej základnej sadzby indikujú nadfinancovanie danej skupiny nemocníc voči štátnemu štandardu.

00:32:33 Monika Beťková

Skúsím to teda otočiť naopak. Môžem ako pacientka pocítiť, že nemocnica, v ktorej som hospitalizovaná, je mojou poisťovňou podfinancovaná?

00:32:42 Barbora Kováčová

Pacient môže podfinancovanie pocítiť nepriamo, čo je ilustrované napríklad na fakultných nemocniciach, ktoré sú dlhodobo pod referenčnou úrovňou, čo môže limitovať ich zdroje na rozvoj a prevádzku. To je potom viditeľné pri dlhých čakacích lehotách nielen na vyšetrenie, ale hlavne na operácie.

00:32:58 Monika Beťková

Pán predseda, ako to vnímate vy?

00:33:02 Michal Palkovič

Je ťažko merateľná vôbec kvalita poskytovanej zdravotnej starostlivosti, je to téma, ktorá je nedostatočne podchytená v rámci DRG systému. A my práve tam vidíme priestor na ako keby prevzatie niektorých častí optimalizácie siete nemocníc, ktorá práve túto kvalitatívnu časť má v sebe zahrnutú, a podmienili sa platby aj kvalitou zdravotnej starostlivosti. Čiže nielenže je tam nejaká kvalitná výkaznícka činnosť

ústavnej zdravotnej starostlivosti, ale že je v tom aj tá kvalita. A na ministerstve majú jeden projekt, Ministerstve zdravotníctva, ktorý sa práve zaoberá indikátormi kvality. Je to veľmi komplikovaná téma nielen u nás, ale aj v iných vyspelých zdravotných systémoch. Kam smerujem je, že my stále nemáme definované ako keby dva celky, a to je: na čo má pacient nárok, a vtedy by sa dala ako keby aj porovnať tá kvalita. Lebo keď mám raz na toto nárok a dostávam niečo viac, no tak samozrejme som spokojnejší, ale keď neviem, na čo mám nárok, ťažko sa mi to hodnotí. A druhé je tá cesta pacienta, to znamená od tej ambulancie, akým štýlom som potom následne manažovaný v ústavnej zdravotnej starostlivosti, čiže tá otázka kvality je výborne nastavená, mala by byť inkorporovaná do platobného mechanizmu poisťovní. Určité časti, samozrejme, už dnes sú v tej zmluve, čiže nejaké kritériá kvality tam aj dnes sú hodnotené, ale nemá to ten charakter, ktorý by sme vedeli z pohľadu pacienta dobre uchopiť.

00:34:35 Monika Beťková

Pán predseda, pomáhajú teda tieto dáta Ministerstvu zdravotníctva pri plánovaní optimálnej siete nemocníc?

00:34:42 Michal Palkovič

Tieto dáta čerpajú hlavne z Centra pre klasifikačný systém, čiže naše dáta nie – ministerstvo má vlastné vnútorné štruktúry, z ktorých čerpá dáta. Ale určite tieto dáta v podobnej štruktúre, možnože v inom detaile, ale v podobnej štruktúre, určite slúžia na plánovanie zdravotnej starostlivosti na nasledujúce roky.

00:35:05 Monika Beťková

Počúvate podcast Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou, Vaše zdravie pod dohľadom. Viac o témach, ktoré riešime, sa môžete dozvedieť aj na sociálnych sieťach – na Instagrame, Facebooku a LinkedIn-e.

00:35:21 Monika Beťková

Teraz sa oblúkom vrátime na začiatok nášho podcastu. Prečo je teda dôležité, aby verejnosť rozumela týmto číslam?

00:35:29 Barbora Kováčová

Pre verejnosť je dôležité rozumieť týmto číslam preto, aby bolo zrejmé, kam smerujú zdroje z verejného zdravotného poistenia a ktoré zariadenia sú v porovnaní s ostatnými zvýhodnené alebo znevýhodnené.

00:35:40 Michal Palkovič

A ja sa tu prihrejem trochu polievočku a poviem, že je veľmi dôležité, na aký zdroj informácií sa vlastne aj pacient obracia alebo z ktorých čerpá. Úrad je nezávislá inštitúcia, naše dáta sú čerpané zo zdravotných poisťovní, sú najobjektívnejšie. Akákoľvek iná interpretácia znamená, že niekto iný sa pozerá na tie dáta svojou optikou, a teda pacient by sa mal obracať najmä na Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou a zdroje informácií, ktoré tu máme.

00:36:12 Monika Beťková

Naše dáta teda ukazujú, že za tri kvartály roku 2025 došlo celkovo k zvýšeniu rozdielu medzi efektívnou základnou sadzbou, teda skutočnou jednotkovou cenou, a referenčnou základnou sadzbou podľa Centra pre klasifikačný systém z 8 percent na 8,4 percenta. Bol tam teda nárast o 0,4 percentuálneho bodu. To indikuje vzdialenie sa od referenčných hodnôt. Otázkou teda je, čo by malo byť podľa analýzy prioritou pre rok 2026?

00:36:43 Barbora Kováčová

Prioritou pre rok 2026 by podľa analýzy malo byť riešenie trendu vzdďaľovania sa od referenčných hodnôt a eliminácia historických deformácií v úhradách.

00:36:53 Monika Beťková

Aká je v tom úloha Ministerstva zdravotníctva a zdravotných poisťovní a napokon aj nemocníc, ako sú rozdane úlohy?

00:37:01 Barbora Kováčová

Úlohou Ministerstva zdravotníctva je určovať referenčné sadzby cez CKS. Takisto úlohou poisťovní je dohodnúť s nemocnicami také ceny, ktoré sa k týmto referenciám približujú, aby bol systém spravodlivý.

00:37:14 Monika Beťková

Povedali sme si, čo tieto dáta ukazujú, ale pozrime sa na to, čo prípadne neukazujú. Mám na mysli produkciu nemocníc. Efektívna základná sadzba nehovorí nič o tom, koľko výkonov nemocnica urobila, len o tom, koľko dostala zaplatené za jednotku produkcie. Je to tak, alebo stručne odráža efektívna základná sadzba aj platbu za výkon?

00:37:38 Barbora Kováčová

Efektívna základná sadzba odráža cenu za jednotku produkcie, teda platbu za výkon očistenú o jeho náročnosť, ale nehovorí o celkovom počte hospitalizácií, ktoré nemocnica reálne vykonala.

00:37:49 Monika Beťková

Pán predseda.

00:37:51 Michal Palkovič

Ja by som tu ešte tiež možnože jednu vec povedal, a to je tvorba hodnoty jednak základnej sadzby a z toho vyplývajúcej potom efektívnej základnej sadzby, kde my – a poviem to tak, by som povedal, opatrne – my vidíme výrazný priestor na zlepšenie, ako sa základná sadzba dnes počíta. Sú aj dnes otázky, ktoré nemáme úplne zodpovedané tak, aby sme sa naozaj dnes zasadili za to, že povieme, že teraz je úplne spravodlivo a jasne základná sadzba definovaná. A myslíme si, že úrad v tejto téme DRG, a teda aj hodnoty alebo určovania hodnoty základnej sadzby, relatívnych váh a podobne, vie výrazne prispieť a sme ochotní prevziať za tento systém zodpovednosť.

00:38:42 Monika Beťková

Chcete povedať, že keďže sa základná sadzba odvíja od disponibilných zdrojov a nie od vývoja nákladov, akú máme záruku, že základná sadzba je nastavená takpovediac realisticky vzhľadom na reálne náklady poskytovateľov?

00:38:58 Michal Palkovič

Práve tu je ten problém, ktorý my vidíme, a to, že tá základná sadzba, ako vyplýva aj z celého tohto rozhovoru, pri univerzitných nemocniciach by sa mala skladať z rôznych typov príjmov, teda z viaczdrojového financovania. Tá základná sadzba na druhej strane generuje v štátnych nemocniciach stratu. To znamená, že ako keby nebolo to úplne lícované, to, čo je potreba nemocníc s tým, čo sú dedikované zdroje alebo disponibilné zdroje, ešte aj tu vzniká ako keby priestor na dofinancovanie. Ale keďže to definuje Ministerstvo zdravotníctva, my úplný detail nevidíme a opäť sa vrátim k tomu, že si myslíme, že transparentnejšie a objektívnejšie definovanie základnej sadzby by bolo v nezávislej inštitúcii.

00:39:49 Monika Beťková

Pán predseda, v tejto súvislosti mi presne napadá otázka, že ak štátne nemocnice produkujú každoročne straty, môžeme povedať, že na jednotku produkcie, teda na jeden hospitalizačný prípad, vytvoria dlh vo výške X-Y. Potom však tlak na zvýšenie produkcie štátnych nemocníc, o ktorom sa dnes hovorí v súvislosti práve s auditom Ministerstva zdravotníctva, je paradoxne zároveň aj tlakom na vyšší dlh.

00:40:18 Michal Palkovič

Niekde inde je tá odpoveď na otázku, ako sa tvorí strata v štátnych nemocniciach. Primárne je to niečo, čo nazvem zvykové právo, prosto zaužívaný systém manažovania týchto nemocníc. Ak my nezlepšíme spôsob, ako sa zo zdrojov, ktoré dostávajú nemocnice, efektívne financujú všetky časti – nielen poskytovanie zdravotnej starostlivosti, ale prevádzkové náklady a mzdy sú v tom nedeliteľnou súčasťou. Tak samozrejme, keď zvýšime, ja neviem, počet hodín, počas ktorých sa operuje, že to nebude len do druhej, ale bude to do ôsmej večera, logicky zvýšime stratu. Čiže nie je to o tom, že my teraz neúmerne budeme vyťažovať ten systém, pretože dvojzmenná prevádzka znamená, že potrebujeme dvakrát tak veľa personálu. Už dnes je problém v ÚPS-ke, to znamená v ústavnej pohotovostnej službe, zabezpečiť dostatok kvalifikovaného personálu. Takže tá otázka je, že najprv zefektívňime chod nemocníc, následne, keď už budeme mať dostatočnú dátovú analýzu, čiže budeme vedieť, ako sme na tom, efektívne manažérske opatrenia, a keď toto všetko budeme mať, tak sa poďme zaoberať tým, ako znížiť čakacie doby práve zvýšením efektivity poskytovanej ústavnej zdravotnej starostlivosti. Nie je to ľahká téma, pretože sa tu pomaly 20 rokov rôzne deformovala a dnes je v stave, ktorý bude manažérsky veľmi ťažko uchopiteľný. Chce to odvalu, ale chce to hlavne politickú silu, teda nejaké zázemie, ktoré bude tlačiť k týmto reformným zmenám, pretože budú nespokojní aj poskytovatelia ústavnej zdravotnej starostlivosti, lebo sa tlačia do efektívnejšej práce, aj lekári, pretože budú odmeňovaní za výkon, nie paušálne, ale aj pacient, pretože žiaľ, bude si musieť zvyknúť, že na niektoré typy výkonov bude musieť cestovať väčšie vzdialenosti.

00:42:12 Monika Beťková

Povedzme, že ideálom je, aby sa efektívna základná sadzba v každej nemocnici približovala alebo rovnala základnej sadzbe. Aby teda napríklad cena operácie žľzníka v jednej nemocnici zodpovedala cene tej istej operácie v inej nemocnici, a v konečnom dôsledku, aby pacient dostal rovnakú kvalitu starostlivosti bez ohľadu na to, kde býva a v ktorej poisťovni je poistený. Spravodlivosť v distribúcii zdrojov z

verejného zdravotného poistenia je však len jedna časť problému. Tou druhou je, aby nemocnice za peniaze zo zdravotných odvodov pracovali naplno a takpovediac nezaháľali. To je však už iná a rovnako vážna téma, akurát už mimo kompetencií Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou. Ďakujeme za pozornosť. Dúfame, že sme vám, vážení poslucháči, rozšírili pohľad na dôležité otázky financovania ústavnej zdravotnej starostlivosti. Moje meno je Monika Beťková a so mnou v štúdiu bol pán predseda Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou Michal Palkovič.

00:43:14 Michal Palkovič

Ďakujem za pozvanie.

00:43:15 Monika Beťková

A zdravotnícka analytička úradu Barbora Kováčová. Ďakujem.

00:43:20 Barbora Kováčová

Ďakujeme veľmi pekne.

00:43:30 Monika Beťková

Viac sa o práci Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou dozviete na našom webe udz-sk.sk a na sociálnych sieťach. Sme tu pre vás.