Autori: Adam Marek, Adam Laczkó
Útvar hodnoty za peniaze

Univerzitné nemocnice sú drahé

Slovenské univerzitné nemocnice sú v porovnaní s okolitými krajinami príliš drahé. Vysoké náklady spôsobujú najmä tri faktory. Po prvé, na počet hospitalizácií majú nemocnice veľa lekárov a nedostatok sestier a podporného personálu, ktorý limituje produktivitu lekárov. Okrem toho osobné náklady zvyšujú aj drahé nadčasy, skrátené úväzky a benefity vyplývajúce z kolektívnych zmlúv a legislatívnych zmien prijatých po vyjednávaniach s odbormi. A nakoniec, k vysokým nákladom často prispieva aj priestorová rozdrobenosť a duplikácia kapacít medzi jednotlivými nemocnicami, čo vidíme napríklad v UNB.

Pre zvýšenie nákladovej efektívnosti a produktivity lekárok a lekárov univerzitných nemocníc je popri zvyšovaní počtu sestier potrebné zverejňovať detailnejšie a kvalitnejšie dáta, porovnávať nemocnice na úrovni oddelení, analyzovať pravidlá definujúce nadčasy a skrátené úväzky a najmä pokračovať s implementáciou optimalizácie siete nemocníc s dôrazom na Bratislavu.

Minulé výstupy ÚHP porovnávali nákladovú efektivitu verejných a súkromných nemocníc v rámci porovnateľnej kategórie okresných nemocníc. Kľúčovou skupinou verejných nemocníc sú však univerzitné nemocnice, pre ktoré vzhľadom na ich špecifické postavenie v systéme neexistuje porovnateľná skupina súkromných nemocníc.

Kým v rámci krajiny je vďaka DRG možné porovnávať náklady v eurách na štandardizovanú[1] hospitalizáciu v jednotlivých nemocniciach (napr. 4 330 eur v UNB alebo 2 659 eur v nemocnici v Považskej Bystrici v roku 2024)**, medzinárodne takéto porovnanie nemá vypovedaciu hodnotu.** Vieme povedať, že štandardizovaná hospitalizácia stála v roku 2024 v univerzitných nemocniciach 4 101 eur na Slovensku a 3 334 eur v Česku. Kvôli rozdielom v národných implementáciách DRG nám však takéto priame porovnanie nemusí povedať dosť. Líšia sa napríklad v tom, ako sú v ohodnotení výkonov zohľadnené položky ako implantáty, nemocničné lieky alebo stenty.

Univerzitné nemocnice však môžeme porovnávať relatívne voči bežným nemocniciam v rámci danej krajiny. České a rakúske ministerstvo zdravotníctva sme preto požiadali o dáta a konzultáciu k porovnaniu nákladov univerzitných nemocníc voči ostatným. Slovenské, české aj rakúske všeobecné nemocnice je možné rozdeliť do troch kategórií[2]: okresné, krajské a národné univerzitné[3] nemocnice. Vo všetkých troch krajinách, aj inde vo svete, platí, že vyššie typy nemocníc majú vyššie náklady na jednotku vykonanej starostlivosti, aj po zohľadnení jej náročnosti.

Vyššie náklady na štandardizovanú hospitalizáciu vyplývajú z toho, že univerzitné nemocnice držia špičkové kapacity a drahé vybavenie na najnáročnejšie výkony, ktoré však z definície prichádzajú len príležitostne a často neplánovane. Medzi týmito výkonmi poskytujú aj bežnú starostlivosť. Celkové náklady prerátané na jednotku poskytnutej starostlivosti potom budú nevyhnutne vyššie. Univerzitné nemocnice sa zároveň venujú vzdelávaniu, výskumu a typicky sú koncentrované v rámci krajiny v mestách s vyššími mzdami. Tiež sú neproporčne zaťažené[4] extrémne nákladnými hospitalizáciami, ktorých náročnosť DRG metodika plne nezachytáva.

Legitímne dôvody pre vyššie náklady však neznamenajú, že akékoľvek náklady univerzitných nemocníc sú opodstatnené. V Česku aj Rakúsku je porovnateľná hospitalizácia v univerzitnej nemocnici drahšia[5] o 12 % a 9 % ako v bežnej okresnej nemocnici. Na Slovensku je drahšia až o 43 až 49 %.[6] Keďže štruktúra nemocníc je podobná, môžeme konštatovať, že náklady slovenských univerzitných nemocníc sú v medzinárodnom porovnaní príliš vysoké. Aby sa vyrovnali nákladom českých univerzitných nemocníc (+12 % oproti bežným nemocniciam), museli by byť nižšie o 172 mil. eur.

[1] Hospitalizačný prípad s relatívnou váhou 1,0.

[2] V terminológii CKS DRG sú okresné nemocnice C a D, krajské nemocnice B a národné univerzitné sú nemocnice A. Text ďalej pracuje s nemocnicami UNB, UNLP, UNM, FNsP BB, NÚDCH, DFN KE a DFN BB a označuje ich ako „univerzitné nemocnice“. Inštitút nukleárnej a molekulárnej medicíny do porovnaní zahrnutý nie je.

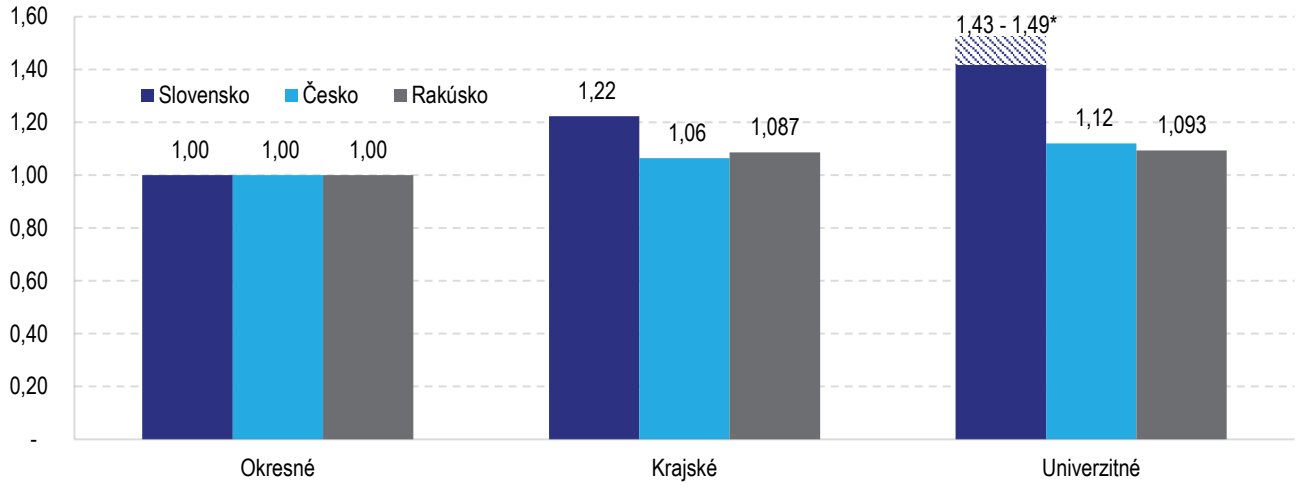
[3] V Česku je pre najvyššiu kategóriu nemocníc používané označenie “fakultné”, nie “univerzitné” ako na Slovensku.

[4] Report o extrémnych nákladoch v nemeckom DRG.

[5] Drahšie v zmysle nákladov nemocnice na zabezpečenie výkonu.

[6] Presné číslo závisí od roku porovnania a presnej voľby nemocníc v porovnaní (napr. či sú zahrnuté aj malé špecializované nemocnice).

Graf 1: Relatívne nákladové sadzby voči okresným nemocniciam, 2024



** Presné číslo závisí od roku porovnania a presnej voľby nemocníc v porovnaní (napríklad, či sú zahrnuté aj malé špecializované nemocnice).*

Zdroj: CKS DRG pre Slovensko. Údaje za Česko a Rakúsko boli vyžiadané od príslušných ministerstiev oboch krajín.

Veľa lekárov, málo sestier

Kľúčovou zložkou nákladov nemocníc sú osobné náklady, najmä náklady na lekárov a sestry, ktorí spolu tvoria približne 50 % zamestnancov univerzitných nemocníc vo všetkých troch krajinách. Slovenské univerzitné nemocnice majú na počet hospitalizácií veľa lekárov.[7]

Tabuľka 1: Porovnanie počtu lekárov a sestier v slovenských a českých univerzitných nemocniciach

	Hospitalizačné prípady (HP)	Lekári	Sestry	HP na lekára	HP na sestru	Sestry na lekára
Česko (2024)	517 598	8 641	16 436	59,9	31,5	1,9
Slovensko (2025)	158 849	3 486	5 465	45,6	29,1	1,6

Zdroj: CKS DRG a NCZI pre Slovensko, ÚZIS pre Česko ; Spracovanie: ÚHP

Za posledných 9 rokov[8] univerzitné nemocnice zvyšovali počty lekárov aj keď hospitalizácie klesali a počty sestier tiež mierne klesali. Je otázne, či nemocnice dokážu efektívne využívať lekárov, ak im chýbajú sestry.

Tabuľka 2: Pokles hospitalizácií a nárast lekárov v univerzitných nemocniciach za 9 rokov

	2017	2025	Zmena za 9 rokov
Hospitalizačné prípady so zohľadnením zmeny náročnosti[9]	221 646	179 036	-19,2 %
Lekári/ lekárky[10]	2 787	3 486	25,1 %
Sestry	5 748	5 465	- 4,9 %
Hospitalizačné prípady na lekára	79,5	51,4	- 35,4 %

Pozn.: Počty hospitalizačných prípadov vychádzajú z metodicky konzistentných dát CKS DRG, ktoré existujú od roku 2017.

Zdroj: CKS DRG, NCZI; Spracovanie: ÚHP

Slovenské univerzitné nemocnice majú výrazne menej sestier aj ostatného personálu na lekára ako české a sú na chvoste OECD krajín. Klesajúca produktivita lekárov tak môže vyplývať z toho, že nemajú priestor venovať sa pacientom, lebo trávia príliš veľa času ostatnými činnosťami, ktoré by v zahraničí vo väčšej miere pokrývali sestry a iní zamestnanci

[7] Všetky počty lekárov a sestier v texte sú vyjadrené v úväzkoch (FTE).

[8] Metodicky konzistentné dáta o počte hospitalizačných prípadov vykazovaných podľa metodiky CKS DRG existujú od roku 2017.

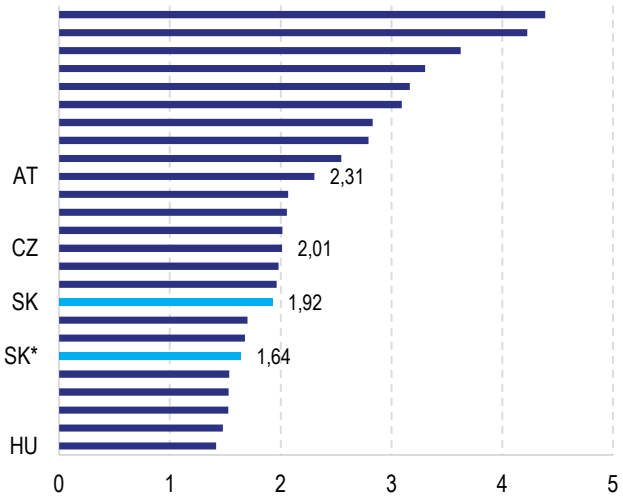
[9] Počet hospitalizačných prípadov je prenásobený case-mix indexom. Národný CMI bol normalizovaný, aby v každom roku vychádzal 1,0.

[10] Počty osôb v tabuľkách sú vždy vyjadrené v počte plných úväzkov (FTE).

nemocnice: napríklad zápisy zdravotnej dokumentácie, vykazovanie na zdravotnú poisťovňu alebo často aj vypisovanie žiadostí o výnimkové lieky (v roku 2025 ich bolo 15 511 vo všetkých nemocniciach spolu[11]).

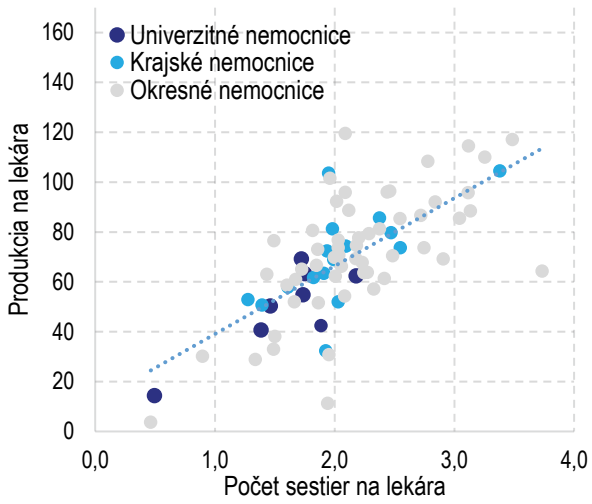
V slovenských nemocniciach vidieť silný vzťah medzi produktivitou práce lekárov a počtom sestier na lekára – produktivita lekárov rastie s počtom sestier na lekára.

Graf 2: Počet sestier na lekára v nemocniciach, v krajinách OECD, 2024



** Iba univerzitné nemocnice.* *Zdroj: OECD, NCZI; Spracovanie: ÚHP*

Graf 3: Vzťah medzi počtom sestier na lekára a lekárskou produkciou, 2024



Pozn.: r2 = 0,44 *Zdroj: CKS DRG, NCZI; Spracovanie: ÚHP*

Nedostatok sestier by čiastočne mohli kompenzovať praktické sestry, ktorých počet národne od roku 2017 narástol z 2 405 na 5 648 v roku 2025. Praktické sestry síce nemajú rovnaké kompetencie ako sestry, časť výkonov by však od nich mohli prebrať. V súčasnom prostredí to však úplne možné nie je, keďže normatívy praktické sestry nezohľadňujú. Nemocničné oddelenie potrebuje rovnako veľa sestier na lôžko bez ohľadu na to, či má 0 alebo 10 praktických sestier. Praktické sestry tak môžu odbremeniť sestry od časti povinností, nemocnici však žiadnym spôsobom nepomôžu naplniť normatív.

Nadčasy a skrátené úväzky

Platy lekárov nie sú len o platovom automate, zvyšuje ich aj iná legislatíva. Platový automat definuje minimálnu mzdu lekárov a lekárok zamestnaných v nemocniciach ako násobok priemernej mzdy. Výška násobku závisí od toho, či sú atestovaní a koľko majú odpracovaných rokov. Rozpočtové krytie rastu miezd zdravotníckych pracovníkov v súlade s platovým automatom stojí každoročne okolo 300 mil. eur.

Až tretina lekárskych miezd a odmien je však nad rámec základu, ktorý garantuje platový automat. Tvoria ju najmä príplatky za nadčasy (plynúce najmä z práce v ústavnej pohotovostnej službe), neaktívnu pracovnú pohotovosť, víkend či sviatok a rôzne benefity vyplývajúce z kolektívnych zmlúv jednotlivých nemocníc.

[11] ÚDZS Správa o stave vykonávania VZP za rok 2025.

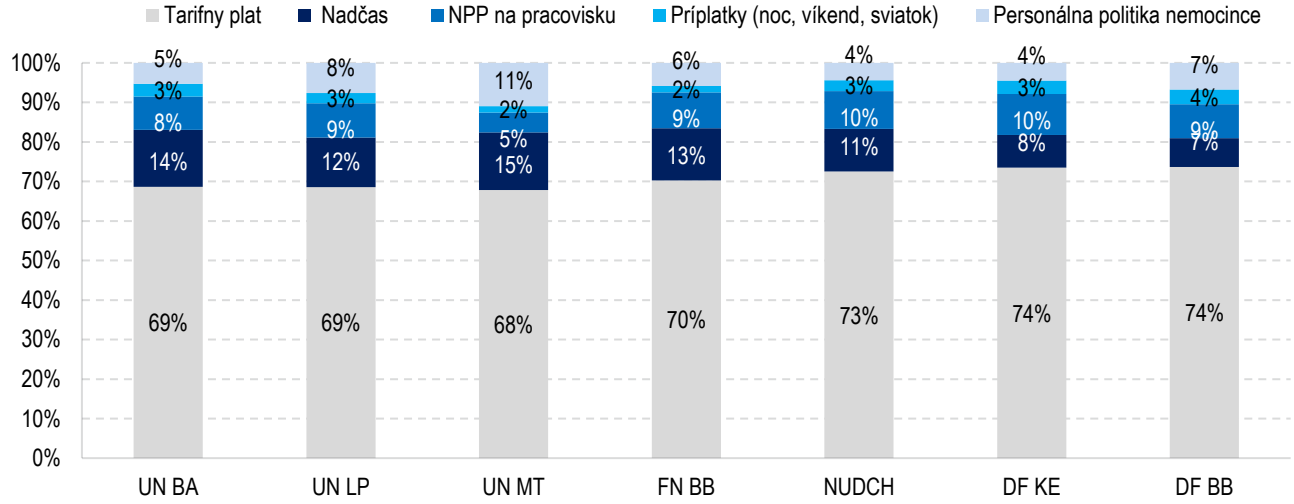
Tabuľka 3: Zloženie lekárskej mzdy v univerzitných nemocniciach, 2025

	Celkové náklady (mil. eur)	Na FTE (eur, mesačne)	V %
Celá mzda	223,61	5 469	100 %
Základná mzda	**152,30**	**3 725**	**68 %**
Organizácia práce	**55,03**	**1 346**	**25 %**
z toho: Nadčas (vrátane aktívnej PP)	*28,81*	*705*	*13 %*
z toho: Neaktívna PP (na aj mimo pracoviska)	*20,43*	*500*	*9 %*
z toho: Príplatky (noc, víkend, sviatok)	*5,79*	*142*	*3 %*
Príplatky za pracovné podmienky	**1,76**	**43**	**1 %**
Personálna politiky nemocnice	**14,52**	**355**	**6 %**

Pozn.: PP – Pracovná pohotovosť.
Zdroj: NCZI - výkaz M2; Spracovanie: ÚHP
Personálna politika nemocnice obsahuje zložky mzdy v kompetencii nemocnice (osobný príplatok, odmeny a iné relevantné príplatky).

Vzhľadom na výšku výdavkov na nadčasovú prácu je legitímne očakávať zrozumiteľné pravidlá, ktoré by ich určovali. Sú však veľmi neprehľadné. Potrebu nadčasov ovplyvňujú personálne normatívy (koľko lekárov v pohotovosti nemocnica potrebuje), zákonník práce (limity nadčasovej práce a kompenzácie za ňu) aj jeho kombinácia so zdravotníckymi zákonmi (skrátenie riadnej pracovnej doby na 37,5 h týždenne). Nad rámec zákonov ovplyvňujú nadčasovú prácu aj kolektívne zmluvy jednotlivých nemocníc a interné pravidlá (skrátená pracovná doba, výrazne vyššie príplatky za nadčasy ako určuje zákonník práce). Rozdielne prístupy nemocníc ilustruje, že zložky osobných nákladov sa medzi podobnými nemocnicami líšia (aktívna pracovná pohotovosť tvorí od 7 do 14 % mzdy, neaktívna pracovná pohotovosť 5 až 10 %).

Graf 4: Zloženie lekárskej mzdy podľa nemocnice, 2025



Pozn.: NPP – Neaktívna pracovná pohotovosť.
Zdroj: NCZI - výkaz M2; Spracovanie: ÚHP
Personálna politika nemocnice obsahuje zložky mzdy v kompetencii nemocnice (osobný príplatok, odmeny a iné relevantné príplatky).
Pre prehľadnosť boli z grafu vyradené príplatky za pracovné podmienky a príplatky za NPP mimo pracoviska, keďže každá zložka tvorila menej ako 1 %.

Počty a produktivitu lekárov ovplyvňuje aj legislatíva, ako napríklad skrátenie pracovného času zdravotníkov zo 40 na 37,5 hodiny z roku 2025[12]. Na zabezpečenie nepretržitej prevádzky tak nemocnica musí chýbajúce hodiny pokryť drahšími nadčasmi. Tie však nedokážu výkony dennej zmeny nahradiť plnohodnotne, keďže počas nadčasových hodín sa robí takmer výhradne akútna, nie plánovaná starostlivosť. Zmena zákona sa síce dotkla najmä menších nemocníc, keďže

[12] §7 ods. 10) Zákona 578/2004.

väčšina univerzitných už mala 37,5 pracovný čas vyjednaný v kolektívnych zmluvách. Pre univerzitné nemocnice však zakotvenie v zákone znamená, že pracovnú dobu už nemôžu upraviť, ani ak by sa ich výkonnosť ďalej znižovala.

Potrebu nadčasov a nových úväzkov ďalej zvyšuje nemožnosť[13] nariadiť ústavnú pohotovostnú službu lekárom nad 50 rokov. Na rozdiel od mladších kolegov, lekári nad 50 rokov môžu nadčasy odmietnuť. Pravidlá pritom k tejto skupine lekárov pristupujú nejednotne. Na jednej strane zákon vychádza z toho, že lekárov nad 50 rokov treba chrániť pred nadčasmi. Na druhej strane im platový automat zvyšuje mzdu až do 30 rokov praxe, teda minimálne do 55 až 60 rokov[14]. Z pohľadu nemocnice tak ide o najlepšie platený personál, ktorý však pri plánovaní služieb nemôžu plnohodnotne využiť. Seniornejší lekári pritom často pracujú aj mimo svojej nemocnice[15].

Veľa oddelení a budov

Počet lekárov dvíha aj fakt, že UNB je zložená zo štyroch[16] samostatných nemocníc a viaceré kliniky a oddelenia sú zdvojené, niekedy aj strojené. Nejde len o základné oddelenia, ktoré sú nevyhnutnou súčasťou každej plnohodnotnej nemocnice (chirurgia, anestéziológia), ale napríklad aj o urológiu, gynekologicko-pôrodnícku kliniku a novorodenecké oddelenie alebo neurológiu (všetky tri v Ružinove, Petržalke aj na Kramároch).

Vysoký počet budov, kliník a oddelení ilustruje porovnanie s dvoma najväčšími českými fakultnými[17] nemocnicami, ktoré zároveň zahŕňajú aj detské oddelenia, v Bratislave koncentrované v Národnom ústave detských chorôb, ktorý je samostatnou organizáciou mimo UNB. Fakultná nemocnica Brno je takisto koncová nemocnica zabezpečujúca vzdelávanie v podobne veľkom meste, ale má jednu urológiu, jednu neurologickú a jednu psychiatrickú kliniku. UNB má v každej z týchto špecializácií tri kliniky alebo oddelenia.

FN Motol je najväčšou českou nemocnicou, no nemá psychiatrické lôžka. V UNB sú v troch nemocniciach. Zo šiestich fakultných nemocníc v Prahe sú psychiatrické lôžka len v dvoch – Všeobecnej fakultnej a Ústrednej Vojenskej nemocnici. Psychiatrické lôžka sú samozrejme potrebné, ale nie nevyhnutne v každej nemocnici.

Tabuľka 4: Porovnanie vybraných ukazovateľov UN Bratislava a FN Brno, 2025

	UNB	FN Brno
Obyvatelia v meste	491 tisíc	404 tisíc
Samostatné lokality	5	3 (vrátane detskej nemocnice)
Lôžka	1 748[18]	1 651
Pôrody/ živo narodené deti	3 316[19]	4 728
Pôrodnice	3	2
Urologické kliniky/ oddelenia	3	1
Neurologické kliniky/ oddelenia	3	1
Psychiatrické kliniky/ oddelenia pre dospelých	3	1

Zdroj: Výročné správy UNB a FN Brno

Jedno oddelenie s 30 lôžkami je výrazne efektívnejšie ako tri s 10 lôžkami. Každé potrebuje vlastné vedenie a personál v pohotovosti, ktorý je menej efektívne využitý na menších oddeleniach. Napríklad v porovnaní s FN Brno pripadá na jednu pôrodnicu v UNB len polovica pôrodov. Duplicita sa navyše prenáša aj na nadväzujúce oddelenie, keďže na zabezpečenie

[13] § 97 ods. 12) Zákonníka práce, zákon č. 311/2001 Z. z.

[14] Lekári na Slovensku začínajú pracovať typicky vo veku 25 rokov.

[15] Revízia výdavkov na nemonice, strana 29-30.

[16] Nemocnica Podunajské Biskupice bola zmenená na polikliniku 1.6.2026, dovtedy tvorilo UNB 5 nemocníc.

[17] Ekvivalent slovenských univerzitných nemocníc.

[18] Priestorová kapacita UNB je vyššia. Počet lôžok bol administratívne znížený, keďže nemocnica nemá dostatok sestier na zabezpečenie vyššieho počtu lôžok pri optimálnej obsadenosti. Ešte v roku 2022 UNB vykazovala 2 531 lôžok.

[19] Ešte v roku 2022 bolo v UNB 7 155 pôrodov. Počet prepadol vplyvom poklesu pôrodnosti, ale aj presunom pôrodov do nemocnice Bory otvorenej v roku 2023.

chodu pôrodnice je v tej istej budove potrebné aj novorodenecké oddelenie. Rozdrobenosť pracovísk zároveň oslabuje kvalitu, keďže pracoviská s menším počtom pacientov si skúsenosti a špecializáciu budujú pomalšie.

Čo z toho vyplýva pre financovanie

Riadiaci výbor CKS DRG určuje sadzby (úhrady za jednotku starostlivosti), ktorými je už hradená väčšina ústavnej starostlivosti. Do roku 2024 mali sadzby len informatívny charakter a zdravotné poisťovne ani nemocnice nimi neboli viazané. Aktuálne sú vďaka legislatívnym zmenám povinné pre približne 30 % výkonov. VŠZP prešla počas roka 2026 s väčšinou nemocníc na zmluvy, podľa ktorých je ústavná starostlivosť hradená čisto podľa objemu vykonanej starostlivosti (do určitého limitu) základnou sadzbou určenou CKS DRG. Vyrovnáva to neodôvodnené rozdiely medzi jednotlivými nemocnicami z minulosti a zvyšuje dôležitosť určených sadzieb.

Ak by rozdiely v nákladoch univerzitných nemocníc oproti okresným zodpovedali Česku a Rakúsku, takto nastavené sadzby by komfortne pokrývali vyššie náklady univerzitných nemocníc. Aktuálne je sadzba pre univerzitné nemocnice 4 222 eur a pre okresné nemocnice 3 430 eur, teda sadzby univerzitných nemocníc sú o 23 % vyššie. Náklady univerzitných nemocníc sú však vyššie až o 43 až 49 %. Aj keď sa bude dariť zvyšovať nákladovú efektivitu univerzitných nemocníc (najmä UNB), dodatočné náklady bude treba minimálne niekoľko rokov vykrývať. Pre transparentnosť a predvídateľnosť financovania nemocníc by základné sadzby mali pokrývať „oprávnené“ požiadavky nemocníc a „nadmerné“ náklady by mali byť vykrývané z iných zdrojov, pravdepodobne z transferu z MZ.

Čo spraviť pre určenie správnej výšky oprávnených nákladov a zvýšenie produktivity univerzitných nemocníc

Medzinárodné porovnanie môže dať indície a poukázať veľké rozdiely, presnú výšku oprávnených nákladov univerzitných nemocníc však z neho nie je možné určiť. Nákladom univerzitných nemocníc sa preto treba venovať ďalej a nájsť detailnejšie odpovede s istotou platné v slovenskom kontexte. Mnohé z odporúčaných krokov už boli popísané v strategických materiáloch MZ ako napríklad optimalizácia siete nemocníc, v revízii výdavkov na nemocnice, alebo aj v plánoch jednotlivých nemocníc. Pre presnejšie určenie oprávnených nákladov a zvýšenie produktivity je potrebné:

1. **Zverejňovať dáta a benchmarkovať nemocnice a oddelenia.** CKS DRG zverejňuje dáta DRG nákladoch a produkcii jednotlivých nemocníc, čo umožňuje základné porovnania nákladovej efektívnosti (koľko nemocnicu stojí štandardizovaná hospitalizácia), nestačí to však na bližšiu identifikáciu problému (v ktorej kategórii nákladov sa nemocnice najviac líšia? Ktoré oddelenia v rámci nemocnice vychádzajú lepšie a ktoré horšie?).

   Český ÚZIS zverejňuje komplexný dátový súhrn o poskytovateľoch ústavnej starostlivosti. Na jednom mieste sú dáta o hospodárení, zamestnanosti, oddeleniach a lôžkach aj vykonanej starostlivosti za každú nemocnicu za posledných päť rokov. Všetky z týchto dát existujú aj na Slovensku, ale sú rozdelené medzi NCZI, CKS DRG a nemocnicami. Nie všetky z nich sú verejne dostupné a nie vždy sú konzistentne vykazované za viac rokov alebo medzi inštitúciami, čo výrazne komplikuje porovnania.

2. **Analyzovať kolektívne zmluvy a mzdové náklady nad rámec platového automatu.** Kolektívne zmluvy a náklady na nadčasovú prácu a služby ovplyvňujú až tretinu personálnych nákladov nemocníc, na úrovni systému však o nich chýba komplexný prehľad.

3. **Sledovať a vyhodnocovať presuny pacientov medzi nemocnicami s dôrazom na vplyv urgentných príjmov.** Pri diskusii o základných sadzbách okresné nemocnice poukazujú na malý rozdiel v náročnosti priemernej hospitalizácie oproti univerzitným nemocniciam. Naopak, univerzitné nemocnice niekedy poukazujú na nedostatky DRG a to, že menšie nemocnice odmietajú pacientov, o ktorých nemajú záujem a tým zvyšujú tlak na univerzitné nemocnice. Dôležitosť tejto problematiky môže narastať s postupne viac výkonnostným odmeňovaním nemocníc. Kvalite verejnej debaty aj správnemu nastaveniu sadzieb by pomohla analýza od IZA, CKS DRG alebo ÚDZS o týchto otázkach.

   Postavenie UNB a čiastočne UNLP môže byť oproti univerzitným nemocniciam v Martine a Banskej Bystrici špecifické vysokým počtom konkurenčných súkromných nemocníc priamo v meste, ktoré poskytujú celé spektrum starostlivosti – od jednoduchej až po náročnú kardiologickú a onkologickú starostlivosť, a zároveň majú voľnejšie možnosti vyberať si pacientky a pacientov.

4. **Tlačiť na vyššiu kvalitu reportovaných dát.** Nemocnice reportujú svoje DRG náklady, ktoré následne CKS DRG validuje. Tieto dáta slúžia na porovnanie nemocníc, ale ovplyvňujú aj prepočet relatívnych váh (ako sú jednotlivé výkony ohodnotené relatívne voči iným) a určite úhradových sadzieb v ďalších rokoch. Kvalita reportovaných dát je v súčasnosti výrazne vyššia v univerzitných nemocniciach oproti okresným (95 % oproti 64 % validných nákladov). CKS DRG dnes nemá ako motivovať ani prinútiť nemocnice zvýšiť kvalitu reportovaných dát, čo by v špecifických prípadoch mohlo kriviť motivácie.

5. **Sledovať vedľajšie lekárske úväzky.** Až polovica lekárov má signifikantný vedľajší úväzok.[20] Najčastejšie na univerzitách, v súlade s úlohou univerzitných nemocníc, ale často aj v iných nemocniciach a ambulanciách, ktoré niekedy aj vlastnia. Viacero úväzkov nemusí byť problém sám o sebe. Najmä u skúsenejších lekárov sú bežné aj v zahraničí. Ak však nie sú zo strany nemocnice sledované, vzniká priestor pre negatívne motivácie.

6. **Zvyšovať počty sestier.** Nedostatok sestier limituje výkonnosť lekárov a môže negatívne ovplyvňovať kvalitu poskytnutej starostlivosti. Ide o problém celého Slovenska, nie len jednotlivých nemocníc. Celonárodný nedostatok neznamená, že ním musia trpieť práve univerzitné nemocnice, ktoré majú dnes menej sestier na lekára ako ostatné nemocnice. Najímanie dodatočných sestier však bude pravdepodobne drahé a z krátkodobého hľadiska môže ešte zhoršiť nákladovú efektivitu daných nemocníc.

7. **Pokračovať s optimalizáciou siete a pripraviť plán pre nemocnice UNB.** Pôvodne stratifikácia (v rokoch 2018-2019) a neskôr optimalizácia siete nemocníc (od 2022) mali za cieľ znížiť celkový počet nemocníc a oddelení a väčšou koncentráciou starostlivosti zabezpečiť vyššiu kvalitu aj efektivitu nemocníc. Nad rámec OSN treba pripraviť plán UNB, ktorá je síce zložená zo štyroch nemocníc, ale z pohľadu OSN je jeden subjekt. UNB potrebuje plán pre redukciu zdvojených a strojených oddelení a pravdepodobné zatvorenie nemocnice Miczkiewiczova, ktorá je v havarijnom stave, ale zároveň prevádzkuje dôležitý urgentný príjem. Zverejnený zatiaľ nebol. Vzhľadom na stavbu nemocnice Vajnory je plán nutný nielen pre efektivitu UNB, ale aj pre projektovú prípravu novej nemocnice. S jej štartom bude nutné niektoré zo súčasných nemocníc zatvoriť, alebo výrazne reprofilovať.

8. **Zaviesť inštitút univerzitného lekára.** Vymedzoval by, v akom rozsahu sa má lekár, ktorý pracuje v nemocnici a zároveň pôsobí na univerzite, venovať jednotlivým aktivitám. V dnešnom systéme majú takíto lekári samostatný úväzok v každej z inštitúcií, pričom tie nemusia vždy vedieť, kedy a ktorej aktivite sa lekár bude venovať. V nemocnici to komplikuje plánovanie práce (napríklad keď lekár nemôže slúžiť, lebo odíde skúšať študentov). Zároveň to zvyšuje náklady na výkon, keď nemocnica platí za čas lekára, ktorého nemôže využiť, prípadne musí chýbajúceho lekára nahradiť. Inštitút univerzitného lekára by obe činnosti spájal v jednom pracovnoprávnom vzťahu, ktorý by jednoznačne určoval, kto je zamestnávateľom lekára, v akom pomere bude vykonávať činnosti v nemocnici a na univerzite a kto a v akom pomere bude vyplácať jeho mzdu. Takýto model funguje v mnohých krajinách, napríklad:

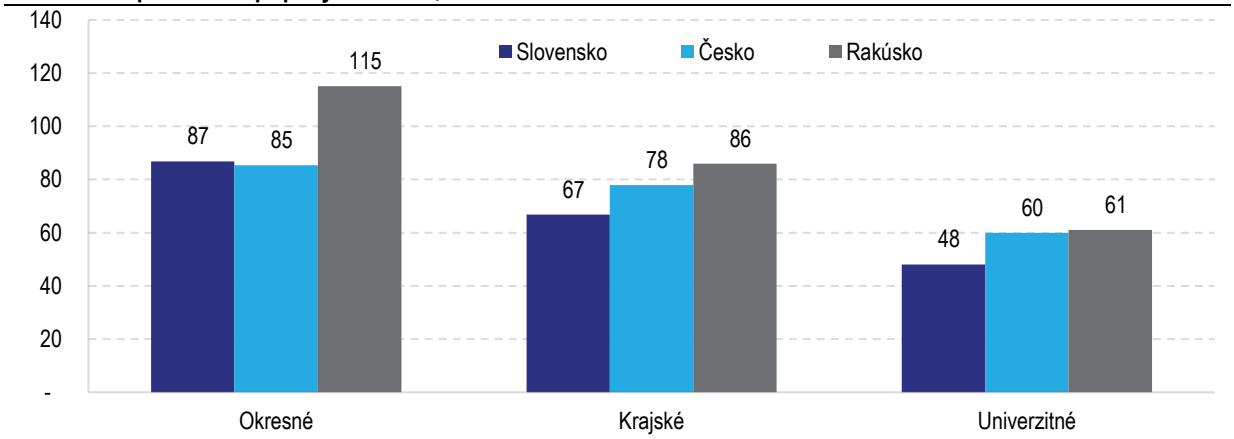
    - Anglicko: Lekári uzatvoria zmluvu s príslušnou univerzitou, ktorá určuje fixne stanovený pomer akademických a klinických pracovných činností.
    - Švajčiarsko: Lekári uzatvárajú zmluvu s poskytovateľom zdravotnej starostlivosti. Tá okrem iného obsahuje presne vymedzený čas pre akademickú činnosť, na ktorý musí poskytovateľ lekára uvoľniť. Mzdu vypláca v plnej miere poskytovateľ zdravotnej starostlivosti, pričom univerzita sa na nich podieľa z prideleného rozpočtu.
    - USA**:** Lekári majú pracovnú zmluvu uzavretú s osobitným právnym subjektom. Ten eviduje podiel práce venovaný klinickej praxi a akademickej činnosti, na základe ktorého je lekár ohodnotený.

[20] Revízia výdavkov na nemocnice, strana 30.

Zdroje a metodické poznámky

- **Nižšiu efektivitu slovenských univerzitných nemocníc naznačuje aj porovnanie počtu hospitalizácií na lekársky úväzok (FTE).** Počet hospitalizácií na FTE je menej spoľahlivý ukazovateľ ako DRG nákladové sadzby, keďže nezohľadňuje ambulantné výkony a jednodňovú starostlivosť, ktorej sa lekári venujú, ich úväzky však zarátané sú. Porovnanie je preto použité len na kontrolu a indikuje podobné závery.

Graf 5: Hospitalizačné prípady na lekára, 2024



Zdroj: CKS DRG a NCZI pre Slovensko, ÚZIS pre Česko, príslušné ministerstvo pre Rakúsko

Grafy a tabuľky

- **Graf 1:** Pre slovenské nemocnice sa DRG nákladová sadzba počíta ako podiel validných DRG relevantných nákladov bez pripočítateľných položiek a validnej produkcie nemocníc (efektívneho casemixu). České a rakúske údaje použité v analýze nie sú verejne dostupné a boli vyžiadané od príslušných ministerstiev zdravotníctva. Metodika porovnania bola zároveň konzultovaná s jednotlivými ministerstvami.

- **Tabuľka 2**: Keďže sa štruktúra hospitalizačných prípadov z hľadiska náročnosti v čase vyvíja, porovnanie absolútneho počtu hospitalizácií univerzitných nemocníc v čase nemusí byť plne výpovedné. Počet hospitalizačných prípadov bol preto vynásobený case-mix indexom (CMI) univerzitných nemocníc daného roka, ktorý vyjadruje náročnosť ich prípadov voči národnému priemeru. Národný CMI bol normalizovaný tak, aby v každom roku dosahoval hodnotu 1,0.

Pojmy v texte

- Pod pojmom „univerzitné nemocnice“ sa v texte myslia nemocnice, ktoré CKS DRG kategorizuje ako „Nemocnice A“. Teda UNB, UNLP, UNM, FNsP BB, NÚDCH, DFN KE a DFN BB. Inštitút nukleárnej a molekulárnej medicíny, ktorý patrí do rovnakej kategórie, do porovnaní zahrnutý nie je.

- Primárnym zdrojom počtu hospitalizácií v texte sú údaje od CKS DRG, ktoré podľa nimi zverejnenej definície vyjadrujú „hospitalizáciu pacienta v lôžkovom zdravotníckom zariadení (v nemocnici) od prijatia pacienta do nemocnice až po jeho prepustenie z nemocnice“. Pojmy hospitalizácia a hospitalizačný prípad sú pre účely textu zameniteľné. Metodicky konzistentné údaje zverejňuje CKS DRG od roku 2017.

- Počty jednotlivých zamestnancov národne aj za jednotlivé nemocnice sú v texte vždy uvádzané v úväzkoch (FTE – Full time equivalent).