

# Revízia výdavkov na nemocnice

marec 2025

### **Autori**

Materiál pod vedením Martina Haluša a Adama Mareka na ÚHP, Mateja Ovčiarku a Mateja Mišíka na IZA pripravili analytičky a analytici ÚHP Peter Mandžák, Slavomír Hidas, Martin Murín, Jana Kmecová, Claudia Michalisková, Adam Laczkó, Daniel Mušec, Veronika Šulková a analytičky a analytici IZA Michaela Černěnko, Juraj Hunák, Michal Cibere, Lukáš Nemčok.

### **Podakovanie**

Za hodnotné návrhy a pripomienky počas prípravy správy ďakujeme súčasným aj bývalým kolegyniam a kolegom ÚHP a recenzentom Martinovi Smatanovi (SZÚ), Máriovi Chromekovi (ÚDZS), Vladimírovi Novákovi (NBS).

### **Upozornenie**

Materiál prezentuje názory autorov a Útvaru hodnoty za peniaze (ÚHP), ktoré nemusia nutne odzrkadľovať oficiálne názory Ministerstva financií SR. Cieľom publikovania analýz ÚHP je podnecovať a zlepšovať odbornú a verejnú diskusiu na aktuálne ekonomické témy. Citácie textu by preto mali odkazovať na ÚHP (a nie Ministerstvo financií SR) ako autora týchto názorov. Chyby a opomenutia zostávajú zodpovednosťou autorov. Materiál vychádza dominantne z dát za rok 2023.

## OBSAH

Zhrnutie.....	8
1. Hodnota za peniaze nie je v slovenských nemocniciach dostatočná .....	11
1.1. Slovenské zdravotníctvo vo výsledkoch stále zaostáva.....	11
1.2. V nemocniciach je veľa hospitalizovaných s dlhou dobou hospitalizácie a chýbajú doliečovacie lôžka .....	12
1.3. Nemocnice sú v dlhodobej strate a tvoria dlhy aj napriek rastúcim príjmom.....	14
2. Nemocnice si z verejného zdravotného poistenia nevedia vyjednať dostatočné prostriedky .....	17
2.1. Rozpočty nemocníc musia byť zladené s rozpočtom verejného zdravotného poistenia .....	17
2.2. Dobré nastavený úhradový mechanizmus zvýši transparentnosť a produkciu nemocníc.....	20
3. Nemocnice majú priestor na zvýšenie nákladovej efektívnosti.....	25
3.1. Najväčší potenciál je vo vyhodnocovaní efektívnosti mzdových nákladov.....	27
3.2. Nájomy priestorov súkromných CT/MR a laboratórií majú byť vyššie.....	31
3.3. Nemocnice by mali centrálné nakupovať ŠZM, lieky a techniku .....	34
4. Absencia systému riadenia nemocníc a vysoká fluktuácia vedenia zhoršujú výsledky a bránia rozvoju .....	39
4.1. Vysokú fluktuáciu môže znížiť vyššia transparentnosť a vymedzenie kompetencií .....	40
4.2. MZ SR by malo zvážiť transformáciu nemocníc na akciové spoločnosti s tvrdými rozpočtovými pravidlami .....	43
5. Nedostatok personálu nevyriešia iba slovenské univerzity .....	46
5.1. Retenciu sestier je potrebné zvýšiť cez zlepšenie pracovných podmienok .....	47
5.2. Zdravotnícky personál je potrebné lákať aj zo zahraničia.....	50
6. Moderné nemocnice bez lepšieho plánovania nebudú .....	51
6.1. Na postupnú obnovu nemocníc je potrebné lepšie využívať dostupné zdroje .....	53
6.2. Plánovanie investičných projektov je nutné zlepšiť .....	56
Zoznam literatúry .....	59
Zoznam použitých skratiek .....	63
Prílohy.....	65
Príloha I Nemocničná sieť na Slovensku a jej optimalizácia .....	65
Príloha II Výnosy 13 fakultných a univerzitných nemocníc MZ SR.....	71
Príloha III Vyhodnocovanie paušálnej platby vo vzťahu k očakávanej a skutočnej produkcii nemocníc.....	72
Príloha IV Produktivita práce v 13 fakultných a univerzitných nemocniciach .....	76
Príloha V Výpočet potenciálu dodatočných príjmov z nájmu priestorov pre CT/MR a laboratóriá.....	80
Príloha VI Výročné správy nemocníc .....	81
Príloha VII Prognóza nedostatku sestier v Bratislavskom kraji.....	85
Príloha VIII Investičná medzera voči súkromným nemocniciam a Českej republike .....	86

**ZOZNAM TABULIEK**

Tabuľka 1: Stav záväzkov po splatnosti k 31.12. daného roku, v mil. eur.....	15
Tabuľka 2: Zmena počtu zamestnancov (FTE) v 13 fakultných a univerzitných nemocniciach .....	19
Tabuľka 3: Rast priemernej mzdy zamestnancov (vrátane nadčasov) 13 fakultných a univerzitných nemocníc.....	19
Tabuľka 4: Porovnanie dohodnutého (referenčného) a skutočne dodaného case-mixu v roku 2023 .....	21
Tabuľka 5: Odhad nákladovej neefektivity 19 nemocníc MZ SR podľa jednotlivých skupín, v mil. eur.....	26
Tabuľka 6: Celkové zisky firiem poskytujúcich laboratórnu diagnostiku, v mil. eur .....	33
Tabuľka 7: Percentá zisku z celkových tržieb firiem poskytujúcich laboratórnu diagnostiku, v %.....	33
Tabuľka 8: Prehľad výberových konaní fakultných a univerzitných nemocníc MZ SR.....	40
Tabuľka 9: Výročné správy nemocníc MZ SR a NHS nemocníc.....	41
Tabuľka 10: Porovnanie právnej formy akciová spoločnosť a príspevková organizácia .....	44
Tabuľka 11: Možný presun kompetencií z vyšších na nižšie zdravotnícke profesie .....	49
Tabuľka 12: Výpočet potrebnej ročnej investície a celkového investičného dlhu.....	53
Tabuľka 13: Čerpanie prostriedkov z fondov EÚ v období 2014 – 2020 na investície do nemocníc (mil. eur) .....	54
Tabuľka 14: PPP vs. štátny manažment v nemocniciach .....	57
Tabuľka 15: Nemocničná sieť v Revízií a objem starostlivosti jednotlivých nemocníc v roku 2023 .....	65
Tabuľka 16: Regionálne rozloženie lôžok akútnej a dlhodobej ústavnej starostlivosti, rok 2023 .....	69
Tabuľka 17: Štruktúra pracovníkov v 13 fakultných a univerzitných nemocniciach podľa FTE v roku 2022, v % .....	76
Tabuľka 18: Mesačné mzdy v nemocniciach a v hospodárstve podľa krajov, rok 2023, v eur .....	77
Tabuľka 19: Mesačné mzdy v nemocniciach a v hospodárstve podľa krajov, rok 2023, v indexoch (priemer = 100).....	78
Tabuľka 20: Platné zmluvy s poskytovateľmi laboratórnej a prístrojovej diagnostiky v roku 2024 .....	80
Tabuľka 21: Dodatočné príjmy zdravotníckych zariadení v roku 2024, v eur.....	80

**ZOZNAM GRAFOV**

Graf 1: Výdavky na zdravotníctvo, rozdelenie na súkromné a verejné (v % HDP), 2021 .....	11
Graf 2: Úmrtnosť odvrátiteľná systémom zdravotnej starostlivosti (na 100 tis. obyv.) .....	11
Graf 3: Štruktúra výdavkov v zdravotníctve v krajinách V4 v roku 2021 (v %).....	12
Graf 4: Vývoj podielu výdavkov na ÚZS (v % HDP).....	12
Graf 5: Počet všetkých hospitalizácií (na 100 tis. obyv.).....	12
Graf 6: Počet akútnych lôžok (na 1 000 obyv.) .....	12
Graf 7: Obložnosť lôžok, akútne oddelenia (v %) .....	13
Graf 8: Priemerná dĺžka hospitalizácie, akútne oddelenia .....	13
Graf 9: Počet lôžok rehabilitačnej starostlivosti (na 100 tis. obyv.) .....	14
Graf 10: Počet lôžok dlhodobej starostlivosti (na 100 tis. obyv.).....	14
Graf 11: Výnosy fakultných a univerzitných nemocníc z VZP pokrývali len 72 % ich nákladov v roku 2023 .....	14

Graf 12: Dlh príspevkových organizácií (p.o.) MZ k 31.12.2023 .....	15
Graf 13: Oddlžovanie nemocníc .....	16
Graf 14: Verejné výdavky na zdravotníctvo (v % HDP).....	16
Graf 15: Nesúlad medzi rozpočtom VS a finančnými plánmi 13 nemocníc MZ SR vo vybraných nákladových položkách ....	17
Graf 16: Fakultné a univerzitné nemocnice plánovali v roku 2023 stratu už pred finalizáciou rozpočtu VS (v mil. eur).....	17
Graf 17: Rast osobných nákladov v nemocniciach MZ SR (min, max, priemer).....	18
Graf 18: Priemerný rast miezd zamestnancov v nemocniciach MZ SR .....	18
Graf 19: DRG relevantné náklady na štandardizovanú hospitalizáciu v roku 2023 .....	25
Graf 20: Náklady a úhrady na štandardizovanú hospitalizáciu v nemocniciach I. a II. skupiny podľa CKS DRG, rok 2023 ...	26
Graf 21: Náklady a úhrady na štandardizovanú hospitalizáciu v nemocniciach III. skupiny podľa CKS DRG, rok 2023 .....	27
Graf 22: Vývoj počtu zamestnancov (FTE) univerzitných a fakultných nemocníc a hospitalizácií od roku 2015 .....	27
Graf 23: Štruktúra nákladov fakultných a univerzitných nemocníc.....	28
Graf 24: Mesačné osobné náklady 13 fakultných a univerzitných nemocníc na 1 FTE .....	28
Graf 25: Produkcia 13 fakultných a univerzitných nemocníc v case-mixe na 1 FTE.....	28
Graf 26: Priemerná mesačná hrubá mzda lekárov v 13 fakultných a univerzitných nemocniciach podľa veku lekára.....	29
Graf 27: Priemer top 20 % zarábajúcich lekárov v 13 fakultných a univerzitných nemocniciach podľa veku lekára.....	29
Graf 28: Medziročný rast priemernej mzdy lekárov v 13 fakultných a univerzitných nemocniciach podľa veku lekára.....	30
Graf 29: Rozloženie príjmov nemocničných lekárov v 13 fakultných a univerzitných nemocniciach v roku 2023.....	30
Graf 30: Podiel SValZ interných výkonov (2022) .....	31
Graf 31: Priemerná cena nájmu CT/MR pracovísk v roku 2024.....	32
Graf 32: Priemerná cena nájmu laboratórných pracovísk v roku 2024 .....	32
Graf 33: Zvýšenie nájmov by mohlo priniesť nemocniciam od 543 do 711-tisíc eur ročne .....	33
Graf 34: Nákladová štruktúra vybraných nemocníc, 2019 .....	34
Graf 35: Náklady na lieky a ŠZM a potenciálne úspory v nemocniciach III., IV. a V. úrovne OSN, v mil. eur.....	37
Graf 36: Počet riaditeľov v najväčších nemocniciach hlavných miest v rokoch 2010-2022 .....	39
Graf 37: Počet riaditeľov v najväčších štátnych nemocniciach SR a ČR a nemocníc VÚC v rokoch 2010-2022 .....	39
Graf 38: Počet lekárov v nemocniciach (FTE na tis. obyvateľov).....	46
Graf 39: Počet zdravotných sestier pracujúcich v nemocniciach (FTE na tis. obyvateľov) .....	46
Graf 40: Vývoj FTE vybraných povolání v 13 fakultných a univerzitných nemocniciach, v % .....	47
Graf 41: Počet sestier a praktických sestier na lekára v 13 fakultných a univerzitných nemocniciach .....	47
Graf 42: Platy nemocničných sestier v pomere k priemernej mzde v hospodárstve, 2021 .....	48
Graf 43: Vývoj priemerných plátov sestier v 13 fakultných a univerzitných nemocniciach.....	48
Graf 44: Odhadovaný vývoj počtu sestier v závislosti od miery retencie .....	48
Graf 45: Vývoj kapitálových výdavkov nemocníc zo štátneho rozpočtu, v mil. eur .....	54
Graf 46: Podiel pracovníkov vo vekovej skupine 60 + v 13 fakultných a univerzitných nemocniciach, 2023.....	67
Graf 47: Zastúpenie lekárov v jednotlivých vekových skupinách v 13 fakultných a univerzitných nemocniciach, 2023.....	68

Graf 48: Zastúpenie sestier v jednotlivých vekových skupinách v 13 fakultných a univerzitných nemocniciach, 2023.....	68
Graf 49: Zastúpenie praktických sestier vo vekových skupinách v 13 fakultných a univerzitných nemocniciach, 2023 .....	68
Graf 50: Výnosy 13 fakultných a univerzitných nemocníc MZ SR v roku 2023.....	71
Graf 51: Vzťah podielu zdravotníckeho personálu a produkcie na 1 FTE.....	76
Graf 52: Štruktúra pracovníkov nemocníc zoradených zostupne podľa produkcie na 1 FTE .....	76
Graf 53: Vzťah celkovej produkcie a produkcie na 1 FTE podľa efektívneho case-mixu.....	77
Graf 54: Vzťah osobných nákladov na 1 FTE a produkcie na 1 FTE podľa efektívneho case-mixu .....	77
Graf 55: Vzťah podielu osobných nákladov na celkových a produkcie na 1 FTE podľa efektívneho case-mixu.....	77
Graf 56: Zohľadnenie regionálnych rozdielov v mzdách v osobných nákladoch nemocníc na 1 FTE, rok 2023, v eur .....	78
Graf 57: Upravené osobné náklady na 1 FTE, rok 2023, v eur.....	79
Graf 58: Veková štruktúra lekárov v 13 fakultných a univerzitných nemocniciach.....	79
Graf 59: Priemerný vek lekárov v 13 fakultných a univerzitných nemocniciach.....	79
Graf 60: Chýbajúce sestry v BSK na pokrytie súčasnej pracovnej záťaže (po rokoch, v tis.).....	85
Graf 61: Prognóza počtu pacientov v BSK (po rokoch, v tis.) a pacienti na jednu sestru pri zmene dopytu .....	85
Graf 62: Pomer zostatkovej a obstarávacej hodnoty stavieb nemocníc podľa formy vlastníctva (2018 – 2022) .....	86
Graf 63: Potrebné navýšenie hodnoty majetku na dosiahnutie pomeru súkromných nemocníc (81 %) .....	86
Graf 64: Tvorba hrubého fixného kapitálu v zdravotníctve ako podiel HDP .....	87

## ZOZNAM BOXOV

Box 1: Následná starostlivosť v rámci ÚZS.....	13
Box 2: Vplyv pandémie Covid-19 na nemocnice.....	16
Box 3: Osobné náklady rastú rýchlejšie ako je rozpočtované.....	19
Box 4: Mesačné platby za očakávanú produkciu .....	20
Box 5: Efektívny case-mix a jednotkové ceny.....	22
Box 6: Diagnosticko-terapeutické skupiny (Diagnoses Related Groups - DRG).....	22
Box 7: Financovanie českých nemocníc.....	23
Box 8: Verejné nemocnice nie sú nákladovo menej efektívne ako súkromné .....	26
Box 9: Nové platové podmienky od roku 2023 pomáhajú najmä seniornejším lekárom .....	29
Box 10: Pro Diagnostic Group .....	31
Box 11: Ceny nájmov v nemocniciach by mali zodpovedať očakávanej ziskovosti .....	32
Box 12: SVaLZ v Českej republike.....	33
Box 13: Referencovanie cien liekov a ŠZM .....	34
Box 14: Nakupujú nemocnice lieky a ŠZM pridraho a neefektívne?.....	35
Box 15: Dobrá prax riadenia nákupov liekov a ŠZM .....	36
Box 16: Výberové konania – Riaditeľ/riadiateľka nemocnice .....	40

Box 17: Rozdelenie kompetencií medzi MZ SR, vedenie nemocníc a ich dozorné rady .....	41
Box 18: Príklady dobrej praxe zverejňovania informácií vo výročných správach nemocníc .....	42
Box 19: MZ SR môže riadiť svoje príspevkové organizácie .....	43
Box 20: Možné zmeny kompetencií sestier a praktických sestier .....	49
Box 21: Výber dobrej architektúry nemocničného zariadenia je kľúčový .....	51
Box 22: Výpočet investičného dlhu podľa MF SR .....	53
Box 23: České verejné nemocnice mohli čerpať európske prostriedky aj keby boli zadlžené .....	55
Box 24: Alternatívne možnosti riešenia investičného dlhu .....	57
Box 25: Výpočet investičnej medzery pomocou hodnoty nehnuteľného majetku .....	86

## Zhrnutie

**Na Slovensku sa zdravotné výsledky napriek rastúcim výdavkom nedarí dostatočne rýchlo zlepšovať.** Vo výsledkoch zaostávame za susedmi aj zvyškom EÚ. Okrem nižšej celkovej priemernej dĺžky života máme výrazne kratšie trvanie života v dobrom zdraví a vyššiu novorodeneckú úmrtnosť. Pandémia Covid-19 toto zaostávanie aj kvôli slabšej pripravenosti systému ešte prehĺbila. Ak by bola napríklad úmrtnosť odvrátiteľná včasnou a efektívnou starostlivosťou na úrovni Českej republiky, v roku 2021<sup>1</sup> by sa dalo predísť až 4 096 úmrtiam.

**Pilierom akútnej a život zachraňujúcej zdravotnej starostlivosti sú nemocnice.** Na Slovensku im prácu sťažuje nedostatočné financovanie, chýbajúci personál, slabé riadenie, pretrvávajúce problémy s dlhmi či zanedbávanie ich rozvoja kvôli chýbajúcim investíciám. Z celkového počtu 90 nemocníc sa táto revízia sústreďí najmä na 13 fakultných a univerzitných nemocníc<sup>2</sup> MZ SR s nákladmi 2,2 mld. eur v roku 2024, ktoré poskytujú takmer polovicu ústavnej starostlivosti v krajine. V týchto nemocniciach sú zároveň najviac koncentrované dlhodobé problémy so zadlžovaním a nedodržiavaním rozpočtu.

**Rozpočty fakultných a univerzitných nemocníc nie sú zladené s rozpočtom verejného zdravotného poistenia.** Náklady nemocníc dlhodobo rastú nad očakávania rozpočtu aj nad dostupné zdroje, čo spôsobuje opakované straty a zadlžovanie. V roku 2024 bolo v rozpočte verejného zdravotného poistenia na dofinancovanie nemocníc vyčlenených dodatočných 261 mil. eur, problém to však nevyriešilo. Náklady stále rastú nad rozpočtované zdroje a nemocnice vytvárajú nové dlhy.

**Vyrovnané hospodárenie nemocníc a zastavenie zadlžovania nie je možné dosiahnuť bez adekvátnych platieb od zdravotných poisťovní.** Vyjednané paušálne úhrady v minulosti nepokrývali náklady najväčších nemocníc a tieto sumy sa pri obnovovaní zmlúv na ďalšie obdobie iba navyšovali o nárasty miezd a infláciu, ktoré nereflektovali predošlé straty. Len od roku 2017 dosiahli výdavky na oddlžovanie 1,16 mld. eur. Štátne nemocnice na rozdiel od súkromných rokujú s poisťovňami samostatne, čo oslabuje ich vyjednávaciu pozíciu.

- **Súčasný úhradový mechanizmus má málo motivujúce k zvyšovaniu produkcie.** Nemocnice sú najčastejšie financované prostredníctvom paušálnych platieb za očakávanú produkciu. Pri zmene produkcie je paušál upravený len minimálne. Výkonnosť nemocnice tak nie je dostatočne zohľadnená v mesačných platbách, ani v medziročných vyjednávaniach, čo nevytvára tlak ani motivácie na zvyšovanie produkcie nemocnice.
- **Vhodne nastavený úhradový systém DRG môže prispieť k zastaveniu neustáleho zadlžovania nemocníc. K jeho plánovanému spusteniu v roku 2024 nedošlo.** Postupný nábeh financovania nemocníc podľa produkcie cez DRG by mal priniesť vyššiu efektívnosť, zvýšiť produkciu a transparentnosť. V roku 2024 sa mali na základe dohody medzi nemocnicami, poisťovňami a MZ SR spustiť prvé skupiny výkonov hrađených cez DRG tvoriace približne 15 % ústavnej zdravotnej starostlivosti. Zámer však nebol legislatívne ukotvený a k úprave zmlúv medzi zdravotnými poisťovňami a nemocnicami vo väčšine prípadov nedošlo, napriek sektorovej dohode. MZ SR tak zabezpečilo povinnosť používania DRG úhradového mechanizmu cez legislatívu. Od 1.4.2025 bude povinný pre 15% produkcie ústavnej zdravotnej starostlivosti – najmä pôrody, starostlivosť o novorodencov, výmeny kolenných a bedrových kĺbov, vybrané onkologické a kardiologické hospitalizácie. Podiel priamych DRG úhrad sa bude postupne rozširovať až na 40 % celkovej produkcie nemocníc v roku 2027.
- **Ťažko čitateľné zmluvy medzi zdravotnými poisťovňami a nemocnicami znemožňujú verejnú kontrolu.** Napriek tomu, že fakultné a univerzitné nemocnice sú verejné inštitúcie financované z verejných zdrojov, prehľadné informácie o ich produkcii a úhradách nie sú verejne dostupné. Povinne zverejňované zmluvy medzi nemocnicami a poisťovňami, ktoré definujú aj úhradové mechanizmy, nie sú zverejňované v konsolidovanom znení. Dostupná je len pôvodná zmluva s desiatkami samostatných dodatkov. Okrem toho vôbec nie sú zverejňované faktúry nemocníc, reálne úhrady za ústavnú starostlivosť, ani produkcia nemocníc, čo znemožňuje verejnú kontrolu a porovnateľnosť. Výsledkom je neprehľadný systém, ktorý vytvára informačné asymetrie a nerovnosti v cenách výkonov a nedostatočne motivuje k zvyšovaniu produkcie a efektivity.

<sup>1</sup> Posledné dostupné dáta. Pred pandémiou Covid-19 bol rozdiel oproti Českej republike menší, odvrátiteľnou úmrtnosťou na úrovni Českej republiky by sa v rokoch 2015 až 2019 dalo ročne predísť 2 176 úmrtiam.

<sup>2</sup> Vrátane Fakultnej nemocnice J. A. Reimana Prešov, ktorá od júla 2024 patrí pod Ministerstvo obrany SR. Bližšie k slovenskej nemocničnej sieti v Prílohe I.



- **Úhrady zdravotných poisťovní za rovnaké výkony sú stále rozdielne medzi poisťovňami v tej istej nemocnici, ale aj v rámci jednej poisťovne medzi porovnateľnými nemocnicami.** Ak by sa v roku 2023 zdravotné poisťovne podieľali na úhradách za ústavnú starostlivosť v 13 fakultných a univerzitných nemocniciach podľa svojho podielu na vykonanej starostlivosti, VŠZP by pri zachovaní celkového financovania ušetrila 27,6 mil. eur a súkromné poisťovne by zaplatili o 27,6 mil. eur viac. Úhrada za rovnako náročných pacientov je naprieč poisťovňami aj nemocnicami odlišná – rozdiely v cenách za štandardnú hospitalizáciu sú bežne v stovkách eur.

**Druhou najväčšou výzvou slovenských nemocníc je nákladová efektívnosť.** V nemocniciach MZ SR existuje priestor na zvýšenie efektívnosti vo výške 27 až 168 mil. eur ročne, ak by sa dorovnali na efektívnosť porovnateľných nemocníc. Celkový potenciál je však pravdepodobne ešte vyšší.

- **Chýba kontinuálne porovnávanie nákladov, výsledkov a produkcie nemocníc, ktoré by vedelo výrazne zvýšiť efektívnosť.** Pre dosiahnutie zlepšenia je potrebné vyhodnocovať a porovnávať náklady a výsledky nie len na úrovni jednotlivých nemocníc, ale aj detailnejšie na úrovni poskytovaných medicínskych programov podľa OSN (napr. oftalmologický program, program hrudníkovej chirurgie a podobne). Potrebné údaje k tomu existujú, nie sú však na jednom mieste zbierané a najmä vyhodnocované.
- **Osobné náklady, ktoré tvoria 56 % nákladov nemocníc, dlhodobo rastú rýchlejšie ako je rozpočtované.** Rozpočtovaný rast miezd v zdravotníctve medzi rokmi 2015 až 2023 bol 89 %, osobné náklady nemocníc MZ SR sa zatiaľ zvýšili o 130 %. Nesúlad medzi rozpočtovaným a skutočným rastom osobných nákladov prispieva k zadlžovaniu nemocníc.
- **Počet lekárov a administratívnych pracovníkov rástol, aj keď počty sestier klesali a hospitalizácie mierne klesli.** Je otázne, či tieto kapacity dokážu všetky nemocnice efektívne využiť, keďže ich výkonnosť limituje najmä nedostatok sestier. Medzi fakultnými a univerzitnými nemocnicami sú rozdiely v objeme štandardizovaných výkonov na zamestnanca v desiatkach percent.
- **Efektívnejšími nákupmi liekov, ŠZM a zdravotníckej techniky by nemocnice mohli uvoľniť od 17,5 do 54,5 mil. eur ročne na iné priority.** Tie väčšinu nákupov realizujú individuálne a málo využívajú napríklad white-listy<sup>3</sup>. Skúsenosť s centrálnym obstarávaním už máme z roku 2016 pri CT prístrojoch, kedy sa podarilo ušetriť 30 až 40 %.
- **Zmluvy s nájomcami, ktorí zabezpečujú laboratórnu a zobrazovaciu diagnostiku, nie sú vždy pre nemocnice výhodné.** Na zabezpečenie CT/MR/USG vyšetrení či laboratórnej diagnostiky niektoré nemocnice prenajímajú svoje priestory súkromným spoločnostiam často za nízke nájom, ktoré nezohľadňujú ich vysokú ziskovosť.

**Nemocniciam MZ SR chýba riadenie z ministerstva.** Nemocnice nemajú jasne definované manažérske ciele, ani pravidlá ako sú ich riaditelia a riaditeľky vyberaní, hodnotení a odvolávaní. Nízka transparentnosť v riadení nemocníc prispieva k vysokej fluktuácii ich vedenia. Riaditeľ / riaditeľka fakultnej a univerzitnej nemocnice zotrvá vo funkcii v priemere len dva roky, čo ďalej prehľbuje existujúce problémy.

**Pre postupnú obnovu a rozvoj nemocníc je potrebná transparentná investičná stratégia.** Výška investičného dlhu všetkých nemocníc MZ SR dosahuje 4,5 až 7,1 miliárd eur. Priemerný vek budov nemocníc často prekračuje 50 rokov a väčšina z nich nevyhovuje dnešným štandardom, čo ohrozuje zdravie pacientov. Keďže len rekonštrukciou existujúcich budov sa nedajú vyriešiť dispozičné nedostatky, výstavbe nových sa nevyhne. MZ SR však musí procesne podchytiť najmä projektovú časť plánovanej výstavby a lepšie využívať existujúce zdroje. Kľúčovým nástrojom je investičný plán prípravy a realizácie projektov na horizonte aspoň 5 rokov.

<sup>3</sup> Zoznamy tovarov a služieb, ktoré by sa mali v organizácii prednostne používať.

**Odporúčané opatrenia:****1. Zastaviť zadlžovanie nemocníc zlepšením rozpočtovania**

- 1.1. Očakávané a oprávnené výdavky nemocníc zahrnúť do rozpočtových požiadaviek verejného zdravotného poistenia.
- 1.2. Finančné plány upraviť po schválení rozpočtu verejnej správy tak, aby zodpovedali jeho možnostiam.
- 1.3. Nad rámec obchodno-finančných plánov zvyšovať výdavky štátnych nemocníc jedine po konzultácii a schválení MZ SR.

**2. Zvýšiť nákladovú efektívnosť**

- 2.1. Porovnávať nemocnice medzi sebou a kontinuálne vyhodnocovať príčiny rozdielov až na úroveň medicínskych programov, najmä v rozdielnej efektívnosti osobných nákladov.
- 2.2. Vzhľadom na Zmluvu o nastolení sociálneho zmluvy v zdravotníctve medzi vládou Slovenskej republiky a LOZ nie je aktuálnou témou vlády prehodnotenie platového automatu a odmeňovania za odpracované roky, z dlhodobého hľadiska udržateľnosti verejných financií bude však vhodné odmeňovanie za odpracované roky aspoň čiastočne nahradiť flexibilnejším odmeňovaním založeným aj na plnení KPIs lekára/lekárky.
- 2.3. Zvýšiť výnosy nemocníc od externých prevádzkovateľov laboratórnej a zobrazovacej diagnostiky cez vyššie nájomné.
- 2.4. Zaviesť centrálnu obstarávanie liekov, špeciálneho zdravotníckeho materiálu a techniky a vytvoriť tzv. whitelisky a jednotnú metodiku vykazovania nákladov a spotreby.

**3. Aktívne riadiť nemocnice a zabezpečiť transparentné financovanie**

- 3.1. Zaviesť manažérske ciele najmä na dodržanie schválených finančných plánov, zverejňovať ich cez štandardizované výročné správy a verejne odpočtovať ich plnenie prostredníctvom centrálného riadenia nemocníc.
- 3.2. Centrálnu riadiť vyjednávanie nemocníc so zdravotnými poisťovňami podobne, ako to robia siete súkromných nemocníc.
- 3.3. Kontinuálne prehodnocovať zmluvné vzťahy medzi nemocnicami a zdravotnými poisťovňami.
- 3.4. Riaditeľov / riaditeľky nemocníc vyberať cez transparentné výberové konania a odvolávať na základe (ne)plnenia definovaných cieľov.
- 3.5. Zaviesť v legislatíve definovaný jednotný úhradový mechanizmus medzi nemocnicou a zdravotnou poisťovňou a v prípade dodatkov k zmluve povinne zverejňovať jej konsolidované znenie. NR SR v tejto súvislosti už prijala vo februári 2025 legislatívne zmeny úpravou zákona 581/2004<sup>4</sup>.
- 3.6. Zverejňovať faktúry nemocníc voči ZP v prehľadnej štruktúre. MZ SR aj v tomto bode iniciovalo zmenu legislatívy. Od 1.1.2025 majú poskytovatelia ústavnej zdravotnej starostlivosti povinnosť<sup>5</sup> zverejňovať výročnú správu.
- 3.7. Zaviesť a zverejňovať štandardizované výročné správy.

**4. Zabezpečiť dostatok kvalifikovaného a adekvátne motivovaného personálu**

- 4.1. Vyššie kompetencie sestier (napríklad pôrodných asistentiek) dostať do praxe, zatriktívniť povolanie výrazným znížením administratívnej záťaže a presunom menej náročných činností na praktické sestry.
- 4.2. Sledovať vedľajšie úväzky lekárov, zverejňovať základné informácie o ich vývoji v štandardizovaných výročných správach a zaviesť pozíciu univerzitného lekára, ktorý súčasne pôsobí ako nemocničný lekár a akademik na VŠ.
- 4.3. Zjednodušiť zamestnávanie zdravotných pracovníkov, najmä sestier, z tretích krajín, predovšetkým zrýchlením uznávania ich kvalifikácie a znížením výšky poplatkov za uznanie kvalifikácie.

**5. Plánovať obnovu nemocníc a stavať**

- 5.1. Pripraviť a dodržiavať jeden investičný plán, ktorý definuje prioritné projekty rezortu a prestať vytvárať oddelené plány pre odlišné zdroje financovania, kvôli ktorým v súčasnosti nie je jasné, čo sú priority rezortu.
- 5.2. Zlepšiť čerpanie prostriedkov zo štátneho rozpočtu alebo fondov EÚ prostredníctvom podpory kvalitnej projektovej prípravy a naplňania stratégie na zníženie investičného dlhu.

<sup>4</sup> § 15, ods. 1, písmene ao) definuje rozšírenú povinnosť informovať MZ SR a ÚDZS o úhradách a ich štruktúre.

<sup>5</sup> Podľa zákona 578/2004 Z.z., § 79, ods. 1, písmena bw).

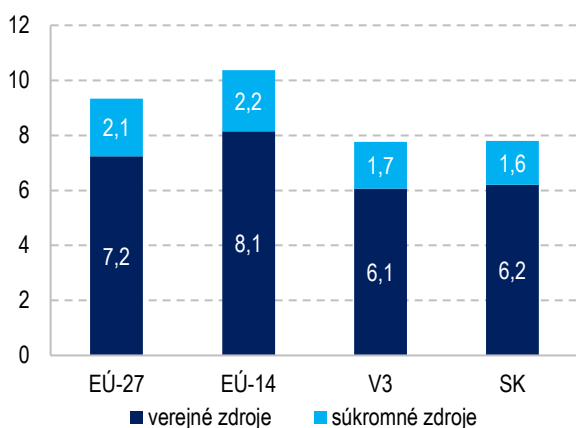
## 1. Hodnota za peniaze nie je v slovenských nemocniciach dostatočná

Napriek rastúcim výdavkom do zdravotníctva sa výsledky zlepšujú pomaly a zaostávame najmä v odvrátiteľnej úmrtnosti. Hospitalizácie sú na Slovensku častejšie a dlhšie a využitie lôžkového fondu podpriemerné. Do nemocníc smeruje vyše tretina všetkých zdrojov v zdravotníctve. Nemocnice dlhodobo operujú s nákladmi presahujúcimi ich výnosy, dôsledkom čoho sa neustále zadlžujú aj napriek pravidelnému dofinancovaniu zo strany MZ SR. Štát k ich oddlžovaniu nepristupuje systémovo a preto hrozia pokuty od Európskej komisie.

### 1.1. Slovenské zdravotníctvo vo výsledkoch stále zaostáva

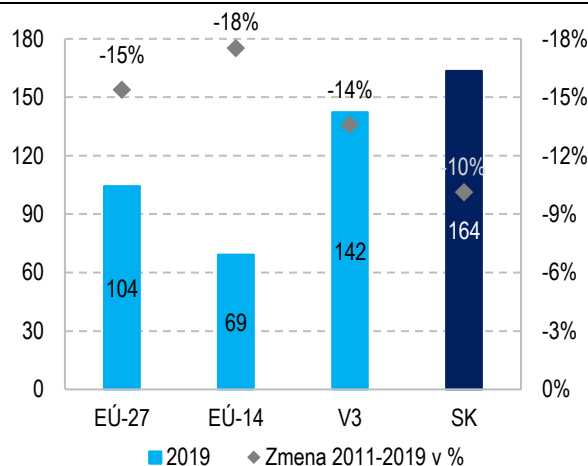
Výdavky na zdravotníctvo súvisia s bohatstvom krajiny a jej demografickou štruktúrou. Bohatšie krajiny so staršou populáciou míňajú viac peňazí nie len z verejných ale aj súkromných zdrojov (ÚHP, 2023). Celkové slovenské výdavky na zdravotníctvo za rok 2021 tvorili 7,8 % HDP (z toho súkromné 20 %), čo je rovnaká úroveň ako priemer krajín V3 (7,8 %). Najväčší podiel na HDP vynakladajú krajiny EÚ-14, v priemere až 10,3 % HDP.

Graf 1: Výdavky na zdravotníctvo, rozdelenie na súkromné a verejné (v % HDP), 2021



Zdroj: OECD, IZA

Graf 2: Úmrtnosť odvrátiteľná systémom zdravotnej starostlivosti (na 100 tis. obyv.)



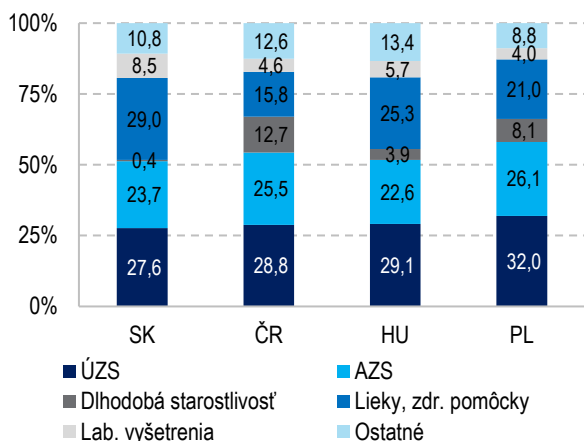
Zdroj: OECD, IZA

Hoci sa výsledky slovenského zdravotníctva pred pandémiou zlepšovali, len pomaly dobiehame krajiny EÚ a V3, horšie výsledky sú najmä v počte odvrátiteľných úmrtí systémom zdravotnej starostlivosti. Pomalšie zlepšovanie v porovnaní s priemerom krajín V3, EÚ-14 či EÚ-27 spôsobuje, že rozdiely sa v čase prehĺbujú. Najlepšie výsledky aj najrýchlejší pokles v sledovanom období dosiahli najbohatšie krajiny (EÚ-14). Pandémia slovenské zaostávanie ešte zvýraznila, odvrátiteľná úmrtnosť systémom zdravotnej starostlivosti<sup>6</sup> v roku 2021 stúpila oproti Grafu 2 na 206 osôb na 100 tisíc obyvateľov mladších 75 rokov.

Podiel výdavkov smerujúcich do nemocníc je na Slovensku v porovnaní s priemerom iných krajín nižší aj napriek tomu, že akútnych lôžok máme viac (Graf 3 a 4). Z celkových výdavkov na zdravotníctvo tvoria náklady na ústavnú zdravotnú starostlivosť (ÚZS) skoro tretinu. Slovensko na ňu vynakladá (2021: 2,1 % HDP) dlhodobo o čosi menej ako je priemer krajín EÚ-27 (2021: 2,5 % HDP) a dokonca aj V3 (2021: 2,3 % HDP), väčšinu tvoria verejné zdroje. Rastúci trend výdavkov na ÚZS je evidentný vo všetkých krajinách.

<sup>6</sup> Z anglického treatable mortality.

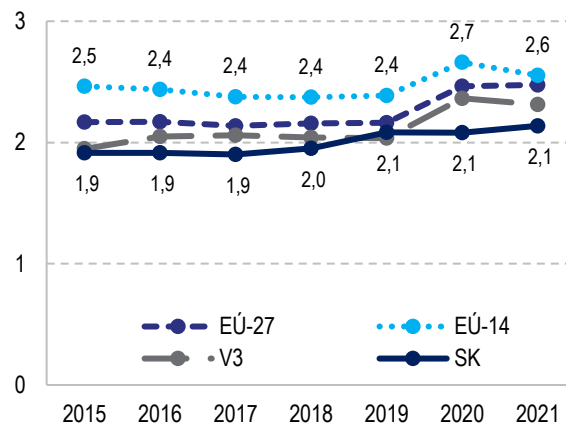
**Graf 3: Štruktúra výdavkov v zdravotníctve v krajinách V4 v roku 2021 (v %)**



Pozn.: Slovenské výdavky na ÚZS sú mierne podhodnotené, pretože časť výdavkov na SZM spotrebovaná v nemocniciach je nesprávne vykazovaná do liekov a zdravotníckych pomôcok. Podiel výdavkov na nemocnice je väčší ako na ÚZS, pretože do nich smerujú aj iné skupiny výdavkov (napr. za ambulantné výkony).

Zdroj: OECD, IZA

**Graf 4: Vývoj podielu výdavkov na ÚZS (v % HDP)**

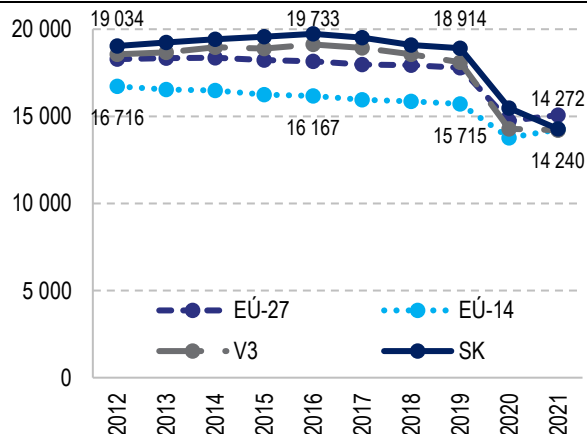


Zdroj: OECD, IZA

## 1.2. V nemocniciach je veľa hospitalizovaných s dlhou dobou hospitalizácie a chýbajú doliečovací lôžka

Počtom hospitalizácií Slovensko prevyšuje priemer ostatných krajín, nízka miera obloženosti naznačuje neprimerane veľký lôžkový fond. V krajinách EÚ dochádza k postupnému znižovaniu počtu hospitalizácií a tento trend kopíruje aj vývoj počtu lôžok. Na Slovensku a v krajinách V3 sa pokles hospitalizácií prejavil až od roku 2016. Počas pandémie bola plánovaná zdravotná starostlivosť značne redukovaná naprieč celou EÚ. Počet akútnych lôžok klesá iba pomaly a ich obloženosť je podpriemerná oproti EÚ (rozdiel oproti EÚ-14 je viac ako 10 p. b. za rok 2019). Obloženosť slovenských nemocníc je dlhodobou nízkou.

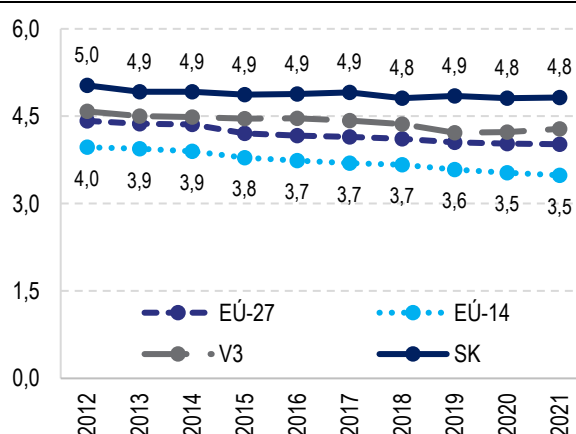
**Graf 5: Počet všetkých hospitalizácií (na 100 tis. obyv.)**



Pozn.: EÚ-14: okrem Grécka a Holandsko; EÚ-27: okrem Cyprus, Grécko, Malta a Holandsko.

Zdroj: OECD, IZA

**Graf 6: Počet akútnych lôžok (na 1 000 obyv.)**

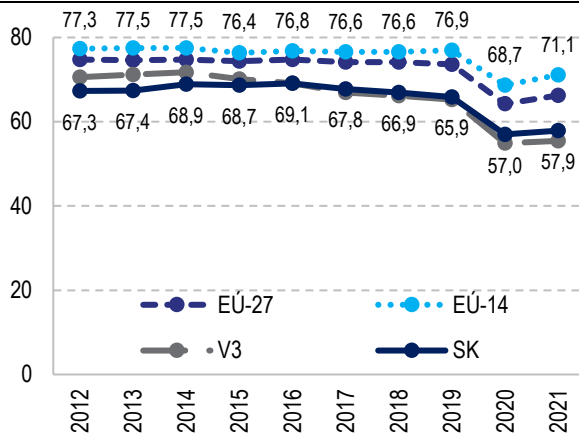


Pozn.: EÚ-14: okrem Dánsko, Francúzsko. Grécko a Holandsko od roku 2015, Luxembursko od roku 2013; EÚ-27: okrem Cyprus, Dánsko, Estónsko, Lotyšsko, Malta, Slovinsko a Francúzsko. Grécko a Holandsko od roku 2015, Luxembursko od roku 2013.

Zdroj: OECD, IZA

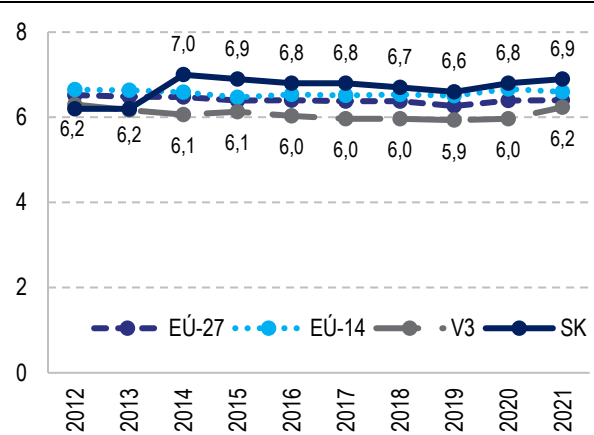
**Krajiny s najlepšimi výsledkami dosahujú vysokú mieru obloženosti.** Nie je možné ani žiaduce dosiahnuť plnú obsadenosť akútnych oddelení. Podľa odporúčania OECD je miera obloženosti akútnych oddelení na úrovni 85 % stále bezpečná a nepredstavuje riziko pre pacienta ani fungovanie nemocnice (NICE, 2018). Veľmi vysoká obloženosť (napríklad 98 %) môže ohrozovať pacienta, zatiaľ čo nízka miera (40 %) naznačuje neefektívne využívanie materiálnych, či personálnych zdrojov zdravotníckeho zariadenia (Lechintan, 2017) alebo ich nedostatok.

Graf 7: Obložnosť lôžok, akútne oddelenia (v %)



Pozn.: V3: okrem Poľsko EÚ-14: okrem Fínsko, Grécko, Holandsko od roku 2015; EÚ-27: okrem Bulharsko, Cyprus, Estónsko, Fínsko, Grécko, Malta, Poľsko, Rumunsko, Holandsko od roku 2015.  
Zdroj: OECD, IZA

Graf 8: Priemerná dĺžka hospitalizácie, akútne oddelenia



Pozn.: EÚ-14: okrem Dánsko, Grécko, Holandsko od roku 2015; EÚ-27: okrem Cyprus, Dánsko, Grécko, Malta, Holandsko od roku 2015. Bulharsko od roku 2019; Od roku 2014 sú do slovenských údajov o priemernej dĺžke hospitalizácie zaradené aj hospitalizácie z akútnych psychiatrických oddelení.  
Zdroj: OECD, IZA

**Ak by sme sa priemernou dĺžkou hospitalizácií vyrovnali ostatným krajinám, obložnosť akútnych oddelení by bola ešte nižšia.** Nízke miery obložnosti akútnych oddelení na Slovensku sú dosahované aj napriek dlhším hospitalizáciám v porovnaní s ostatnými skupinami krajín. Najkratšie hospitalizácie mali krajiny V3 (6 dní), EÚ-14 o pol dňa viac. Pozitívny trend skracovania hospitalizácií na Slovensku prerušila pandémia. Ideálny scenár je mať menej lôžok s dostatkom ošetrovateľského personálu a vyvarovať sa príliš vysokej obsadenosti (Sharma et al. 2022).<sup>7</sup> Výraznejšiemu skracovaniu hospitalizácií však bráni nedostatok kapacít následnej starostlivosti.

**Problém nadbytočnej lôžkovej kapacity akútnych lôžok je sprevádzaný nedostatkom lôžok rehabilitačnej starostlivosti (Box 1) a nedostatočnou následnou starostlivosťou.** Slovensko by sa malo v najbližšom období zamerať na reštrukturalizáciu lôžkového fondu, zefektívniť využívanie akútnych lôžok ako aj postupne ďalej skracovať hospitalizácie na akútnych oddeleniach. Vzhľadom na demografický vývoj bude potrebné transformovať časť akútnej kapacity na následnú starostlivosť – rehabilitačnú a dlhodobú.

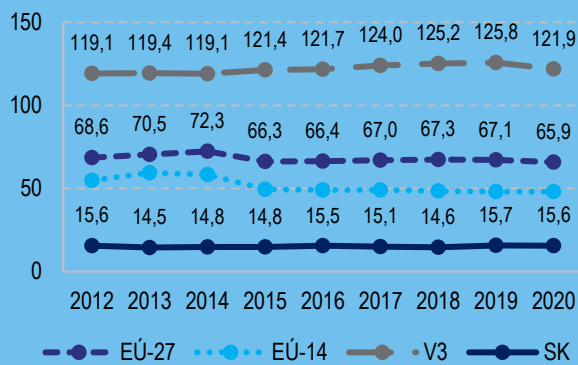
**Nízkou obložnosťou slovenských nemocníc spôsobuje okrem chýbajúceho personálu aj nadmerná hustota siete nemocníc, ktorá ďalej zvyšuje personálne nároky.** Nemocniciam chýbajú hlavne sestry, a to nie len na oddelení a pri lôžku, ale aj na sále (predovšetkým operačné sestry so špecializáciou, tzv. inštrumentárky). Sieť nemocníc je roztrieštená. Oddelenia, po ktorých nie je dostatočný dopyt sú postupne zatvárané. Príkladom je zánik viacerých pôrodníc za posledných 15 rokov. Naopak, niektoré oddelenia ostávajú zachované aj napriek tomu, že ich obsadenosť je nízka a rovnaké oddelenie má aj susedná nemocnica vzdialená len niekoľko desiatok kilometrov. Optimalizovať sieť nemocníc má za cieľ prebiehajúca reforma siete nemocníc, známa ako OSN (bližšie v Prílohe I).

### Box 1: Následná starostlivosť v rámci ÚZS

**Slovensko je oproti priemeru ostatných krajín EÚ na chvoste v počte lôžok rehabilitačnej starostlivosti.** Pri lôžkach rehabilitačnej starostlivosti nie je za posledných 9 rokov badať významné zmeny. Pri následnej zdravotnej starostlivosti (lôžka dlhodobej starostlivosti) je trend v EÚ klesajúci. Súvisí to najmä s presunom lôžok dlhodobej starostlivosti z ÚZS do domáceho prostredia alebo komunitných, či iných centier pre seniorov. Pre Slovensko by malo byť vysokou prioritou zriaďovanie tohto typu lôžok najmä z dôvodu starnutia populácie.

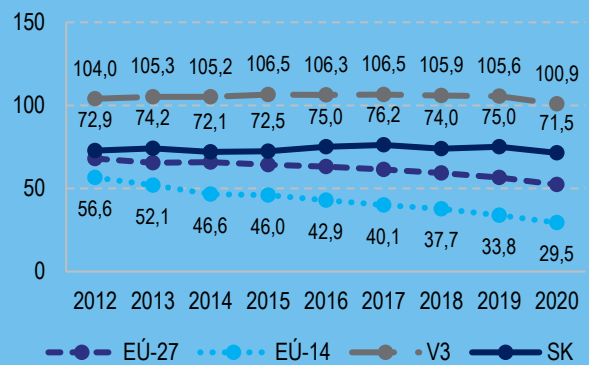
<sup>7</sup> Úspešným krajinám sa darí znižovať dĺžku hospitalizácie a zároveň udržať alebo zlepšiť kvalitu starostlivosti (bližšie napr. v Golinelli et al., 2024 alebo OECD, 2013). Umožňujú to nové metódy a technológie využívané v zdravotníctve, zlepšenie post-akútnej a primárnej starostlivosti. Určitý vplyv môžu mať aj úhradové mechanizmy, ktoré nemotivujú k dlhšiemu pobytu pacienta v nemocnici. Dôležitá je aj podpora nemocníc v zlepšovaní koordinácie starostlivosti naprieč diagnostickými a liečebnými cestami pacienta. Skracovanie doby hospitalizácie je pritom kľúčové nie len pre verejné financie, ale aj pre zdravie pacientov. Dlhší pobyt pacienta v nemocnici môže výsledky starostlivosti zhoršiť. Nemocnice sú totiž potenciálne rizikovým miestom, v ktorých pacientov môžu za istých okolností ohrozovať napr. nozokomiálne nákazy alebo procesné a komunikačné zlyhania (napr. nesprávne podanie medikácie).

**Graf 9: Počet lôžok rehabilitačnej starostlivosti (na 100 tis. obyv.)**



Pozn.: EÚ-14: okrem Dánsko, Francúzsko, Švédsko. Grécko a Holandsko od roku 2015; EÚ-27: okrem Cyprus, Dánsko, Estónsko, Francúzsko, Lotyšsko, Slovinsko a Švédsko. Grécko a Holandsko od roku 2015  
Zdroj: OECD, IZA

**Graf 10: Počet lôžok dlhodobej starostlivosti (na 100 tis. obyv.)**

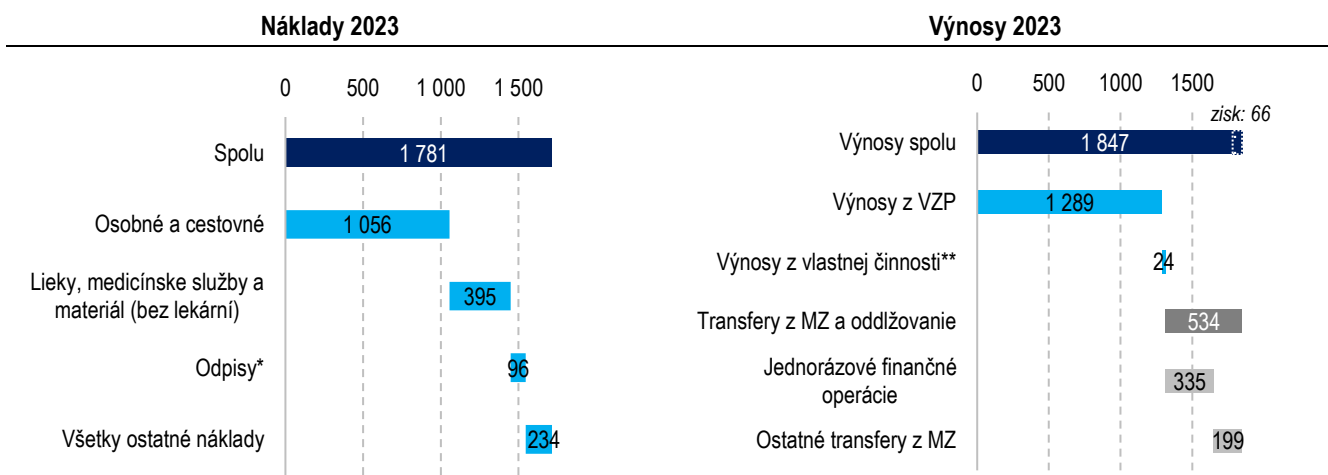


Pozn.: EÚ-14: okrem Dánsko, Francúzsko, Nemecko, Portugalsko a Švédsko. Grécko a Holandsko od roku 2015, Luxembursko od roku 2019; EÚ-27: okrem Cyprus, Dánsko, Estónsko, Francúzsko, Nemecko, Lotyšsko, Luxembursko, Portugalsko, Slovinsko, Švédsko. Grécko a Holandsko od roku 2015, Luxembursko od roku 2019  
Zdroj: OECD, IZA

### 1.3. Nemocnice sú v dlhodobej strate a tvoria dlhy aj napriek rastúcim príjmom

Výnosy slovenských nemocníc z verejného zdravotného poistenia (VZP) dlhodobo nepokrývajú ich náklady, pravidelne sú preto dofinancované a oddlžované mimo VZP. V roku 2023 by bez všetkých vládnych transferov a dofinancovania (534 mil. eur) chýbalo fakultným a univerzitným nemocniciam MZ SR 468 mil. eur<sup>8</sup>, cez jednorazové finančné prostriedky im bolo poskytnutých 335 mil. eur, len bez nich by ich celková strata dosiahla 269 mil. eur (MZ SR, 2023).

**Graf 11: Výnosy fakultných a univerzitných nemocníc z VZP pokrývali len 72 % ich nákladov v roku 2023**



\* Odpisy, rezervy a opravné položky z prevádzkovej a finančnej činnosti

\*\* Výnosy z podnikateľskej činnosti a tržby z verejných lekární znížené o ich náklady, ktoré nie sú započítané ani v nákladoch (ľavý graf).

Zdroj: NCZI, ÚHP

Osobné náklady, ktoré tvoria najväčšiu časť nákladov nemocníc, sú z hľadiska ich hospodárenia kľúčové. Viac ako 2,5-násobne prevyšujú druhú najväčšiu kategóriu lieky, medicínske služby a materiál. Ich rast dlhodobo predbieha rozpočtované nárasty (bližšie v časti 2.1), čo prispieva k zadlžovaniu nemocníc.

Dôsledkom dlhodobého nesúladu medzi celkovými výnosmi a nákladmi nemocníc je ich zadlžovanie. Dlh po splatnosti slovenských verejných nemocníc na konci roku 2023 prevyšuje 800 mil. eur a stále sa zvyšuje. Najväčšia

<sup>8</sup> Rozdiel medzi nákladmi nemocníc a súčtom ich výnosov z VZP a vlastnej činnosti v Grafe 11, konkrétne rozdelenie výnosov 13 najväčších nemocníc MZ SR je uvedené v Prílohe II.

časť dlhu pripadá na príspevkové organizácie MZ SR (90 %). Tento dlh je súčasťou konsolidovaného dlhu verejnej správy podľa [metodiky ESA 2010](#).

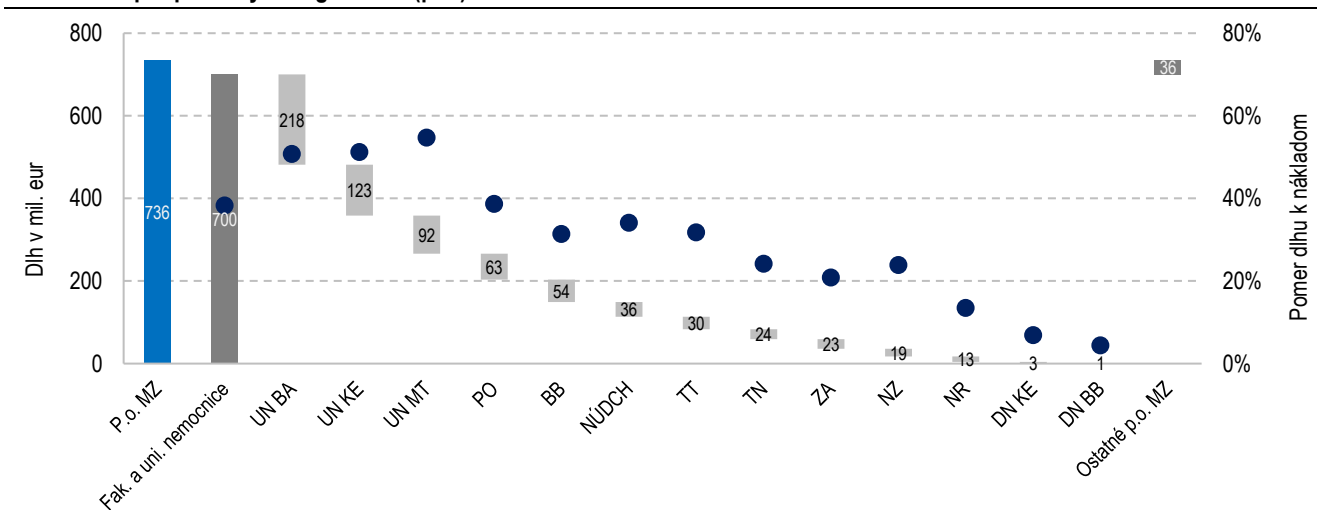
**Tabuľka 1: Stav záväzkov po splatnosti k 31.12. daného roku, v mil. eur**

Typ zariadenia	2019	2020	2021	2022	2023
Príspevkové organizácie v pôsobnosti MZ SR	541,8	605,5	718,7	723,0	735,6
Zariadenia v pôsobnosti MV SR a MO SR	17,8	21,4	30,7	32,0	29,7
Zariadenia delimitované na obce a VÚC	40,1	39,3	51,8	56,8	51,2
Zariadenia transformované na a.s.	0	0	0	0	0
Zdravotné poisťovne	0,0	0,4	0,4	0,6	0,6
<b>Spolu</b>	<b>599,7</b>	<b>666,6</b>	<b>801,6</b>	<b>812,4</b>	<b>817</b>

Zdroj: MZ SR, Informácia o vývoji dlhu v rezorte zdravotníctva za rok 2023, ÚHP

**Až 86 % celkového dlhu vytvorilo 13 fakultných a univerzitných nemocníc.** Väčšie nemocnice generujú väčšie dlhy len v eurovom vyjadrení, ale aj v podiely k ich celkovým nákladom alebo produkcii. Najväčší dlh má v súčasnosti UN BA (218 mil. eur), v pomere k nákladom je to UN MT (55 % z celkových nákladov). Polovica dlhu nemocníc v pôsobnosti MZ SR je voči Sociálnej poisťovni, štvrtinu dlhujú dodávateľom liekov a zdravotníckeho materiálu, 19 % patrí nebankovým inštitúciám<sup>9</sup> ([MZ SR, 2023](#)).

**Graf 12: Dlhy príspevkových organizácií (p.o.) MZ k 31.12.2023**



Zdroj: MZ SR, Informácia o vývoji dlhu v rezorte zdravotníctva za rok 2023, ÚHP

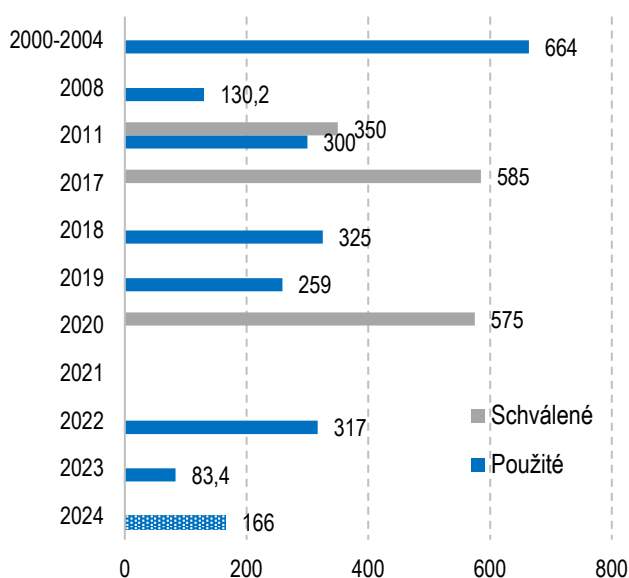
**Nesplatené záväzky stoja minimálne 20 mil. eur ročne na úrokoch voči súkromným veriteľom.** Nesplatené záväzky voči súkromným veriteľom sú úročené v priemere 9 % ročne, takže ide o výrazne drahšie financovanie, ako by dokázal zabezpečiť štát. Navyše, [Európska komisia](#) už žaluje Slovensko, pretože štátne nemocnice nerešpektujú európsku smernicu o boji proti oneskoreným platbám. Štátu hrozí pokuta 800-tisíc eur a 50-tisícové penále za každý deň do odstránenia nedostatkov.

**Nemocnice sú pravidelne oddlžované, od roku 2000 v piatich kolách spolu za 2,4 miliardy eur. Systémové zmeny, ktoré by zastavili vznik ďalších dlhov, však neboli prijaté ([NKÚ, 2024](#)).** Takýto postup vytvára morálny hazard. Manažmenty nemocníc nenesú zodpovednosť za zadlžovanie a nemusia mať dostatočnú motiváciu správať sa rozpočtovo zodpovedne či už pri vyjednávaní o výnosoch od poisťovni alebo pri strážení svojich nákladov. Oddlžovanie je nesystémové a nerieši príčiny zadlžovania nemocníc, na čo upozorňuje aj Európska komisia. Doterajšie oddlžovania sa týkali dominantne

<sup>9</sup> Nebankové inštitúcie sú finančné inštitúcie, ktoré nedisponujú bankovou licenciou. Ide napríklad o firmy, ktoré skupujú pohľadávky po splatnosti (faktoring), spoločnosti poskytujúce spotrebiteľské úvery alebo leasingové spoločnosti a pod.

záväzkov voči Sociálnej poisťovni. Pohľadávky súkromných dodávateľov vo veľkej miere zostali nesplatené, a teda stále narastajú cez penále a úroky z omeškania.

Graf 13: Oddlžovanie nemocníc



**Hlavné kroky oddlžovania nemocníc:**

1. **2000-2004** (664 mil. eur) záväzky postúpené spol. Veriteľ, a.s.
2. **2008** (130,2 mil. eur) finančné prostriedky mali byť pôvodne vrátené do 15 rokov, neskôr bol dlh nemocniciam odpustený
3. **2011** (350 mil. eur) Uznesenie vlády SR č. 548/2011 Z.z.(17.8.2011), vyčerpaných 300 mil. eur
4. **2017** (585 mil. eur) Uznesenie vlády SR č. 425/2017 (13.9.2017) pre nemocnice 557 mil. eur a Uznesenie vlády SR č. 937/2017 pre NTS 28 mil. eur
5. **2018-2019** spolu vyčerpaných 325 mil. eur (28 mil. pre NTS)
6. **2020** - Návrh finančnej stabilizácie ZZ (575 mil. eur)
7. **2021** - Memorandum o spolupráci MZ SR a MF SR (21.1.2021) a 30.3.2022 spresňoval úlohy, definoval úsporné opatrenia pre nemocnice
8. **2022** - z 575 mil. eur vyčerpaných 317 mil. Návrh následnej finančnej stabilizácie ZZ schválený vládou (1.12. 2022) pre dočerpanie zvyšných 258 mil. eur podľa nových podmienok.
9. **2023** - z 258 mil. eur bolo uvoľnených 83,4 mil. eur a v decembri žiadosť o uvoľnenie ďalších 174,8 mil. eur.
10. **2024** - očakávané uvoľnenie min. 166 mil. eur.

Zdroj: ÚHP

**Box 2: Vplyv pandémie Covid-19 na nemocnice**

**Kvôli pandémie Covid-19 čelilo Slovensko v zdravotníctve novým výzvam, ktoré vyžadovali pružné a rýchle reakcie.**

Pandémia výrazne ovplyvnila výdavky v rokoch 2020 a 2021. Išlo hlavne o zvýšenú potrebu liečby a ochrany pred Covid-19. Rozpočet sa musel prispôbiť na rýchle nákupy zdravotnej výbavy, diagnostických prostriedkov a na zabezpečenie primeranej starostlivosti pre infikovaných pacientov.

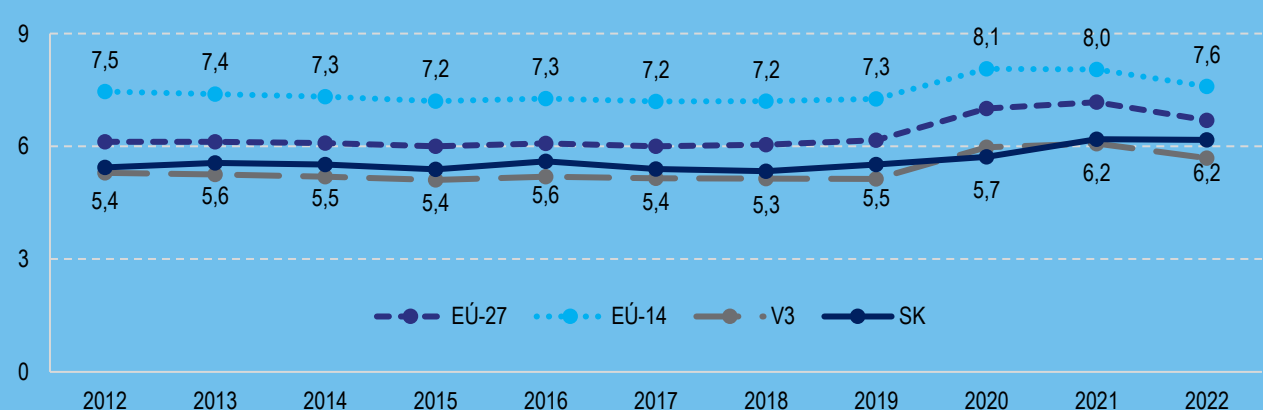
**Hoci v iných krajinách výdavky na zdravotníctvo výrazne vzrástli už v roku 2020, slovenské až o rok neskôr.**

S príchodom pandémie v roku 2020 narástli verejné výdavky na Slovensku len o 0,2 p. b. HDP, české o 1,6 p. b. a v krajinách EÚ-27 aj EÚ-14 o 0,8 p. b. Tie slovenské dobehli ostatné krajiny V4 až v roku 2021. So zlepšujúcou sa pandemickou situáciou mierne klesali zdravotnícke výdavky naprieč celou EÚ.

**V rozpore s výdavkami produkcia klesla, vplyvom pandémie sa totižto zásadne obmedzila zdravotná starostlivosť, veľká časť plánovaných hospitalizácií a výkonov sa odložila.**

Počet hospitalizácií sa medzi rokmi 2019 a 2020 prepadol o 18 %, porovnateľne s krajinami EÚ-27 (pokles o 17 %). V krajinách V3 bol pokles razantnejší (21 %). Naopak vo vyspelých krajinách (EÚ-14) sa obmedzil počet hospitalizácií iba o 12 %.

Graf 14: Verejné výdavky na zdravotníctvo (v % HDP)



Zdroj: Eurostat, IZA



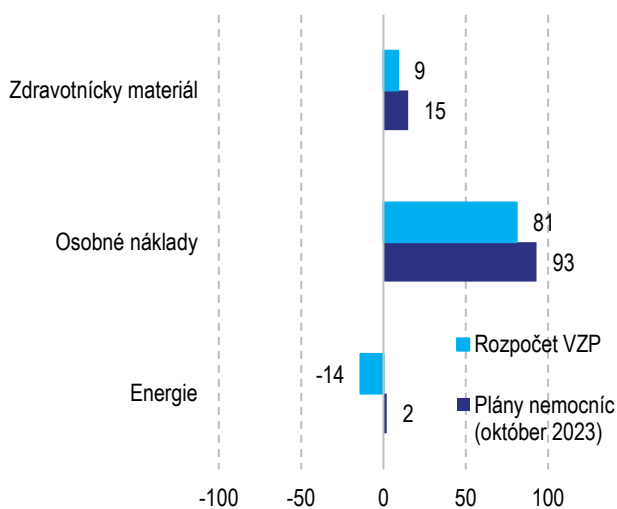
## 2. Nemocnice si z verejného zdravotného poistenia nevedia vyjednať dostatočné prostriedky

Z finančných plánov nemocníc vyplýva, že ich financovanie nie je nikdy dostatočné a takmer každá štátna nemocnica každoročne plánuje straty vo výške desiatok miliónov eur. MZ SR musí vo väčšej miere začať riadiť svoje nemocnice a zabezpečiť ich financovanie v súlade s možnosťami rozpočtu verejných financií. Vyššia transparentnosť v hospodárení nemocníc a v úhradových mechanizmoch zlepši nákladovú efektívnosť, proces vyjednávania so zdravotnými poisťovňami a najmä pomôže zastaviť neustále zadlžovanie.

### 2.1. Rozpočty nemocníc musia byť zladené s rozpočtom verejného zdravotného poistenia

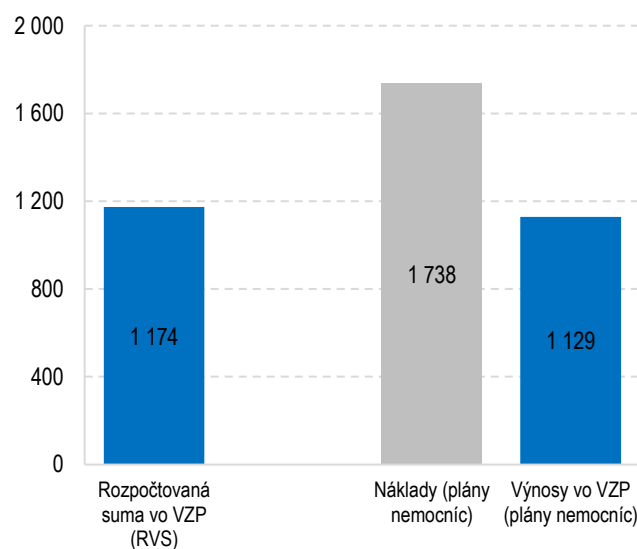
Finančné plány fakultných a univerzitných nemocníc MZ SR nie sú zohľadnené pri príprave rozpočtu VZP. Rozpočty nemocníc pripravované nemocnicami sú ministerstvom len pasívne vyzbierané. Napríklad pri príprave rozpočtu na rok 2024 boli v rozpočtoch nemocníc nárasty osobných nákladov 9,3 %, zatiaľ čo rozpočet VZP (v súlade s platovým automatom<sup>10</sup>) alokoval len 7,7 % nárast. Výrazný nesúlad bol aj pri energiách či zdravotníckom materiáli.

**Graf 15: Nesúlad medzi rozpočtom VS a finančnými plánmi 13 nemocníc MZ SR vo vybraných nákladových položkách v mil. eur (plánované zmeny roku 2024 oproti roku 2023)**



Zdroj: MZ SR, ÚHP

**Graf 16: Fakultné a univerzitné nemocnice plánovali v roku 2023 stratu už pred finalizáciou rozpočtu VS (v mil. eur)**



Zdroj: MZ SR, ÚHP

**Očakávané náklady ani výnosy nemocníc nezodpovedajú očakávaným nákladom ani výnosom VZP na daný segment starostlivosti.** Plánované náklady 13 fakultných a univerzitných nemocníc prevyšovali plánované výnosy z VZP o 609 mil. eur, po započítaní ostatných výnosov bola očakávaná strata v ich finančných plánoch 335 mil. eur. Nemocnice a MZ SR ako ich zriaďovateľ teda očakávali, že rozdiel medzi VZP a nákladmi nebude plne pokrytý ani z iných zdrojov (napr. transferov od MZ SR).

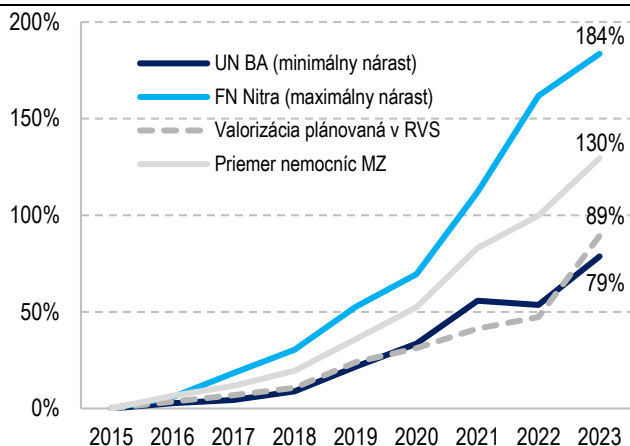
**Osobné náklady tvoriace 56 % z celkových nákladov nemocníc dlhodobo rastú výrazne rýchlejšie ako je rozpočtované.** Kým ich rozpočtovaný kumulatívny nárast medzi rokmi 2015 až 2023 bol 89 %, 13 fakultným a univerzitným nemocniciam sa zvýšili v priemere o 130 %. Podobný nárast zaznamenali aj viaceré veľké súkromné nemocnice.<sup>11</sup>

<sup>10</sup> Zákon 578/2004 definuje minimálne mzdy jednotlivých kategórií zdravotníckych pracovníkov v ústavnej starostlivosti ako násobok priemernej mzdy dva roky dozadu, čo zabezpečuje ich rast v súlade s rastom priemernej mzdy v hospodárstve (s dvojročným posunom). Rozpočet VZP každoročne počítá s rastom všetkých osobných nákladov v ústavnej aj ambulantnej starostlivosti v súlade s priemernou mzdou.

<sup>11</sup> Napr. NsP Michalovce o 182 %, Agel Zvolen 168 %, Penta Hospitals Spišská Nová Ves 126 %, Agel Kočice-Šaca 118 %, Penta Hospitals Galanta 111 %, Penta Hospitals Dunajská Streda 90 %.

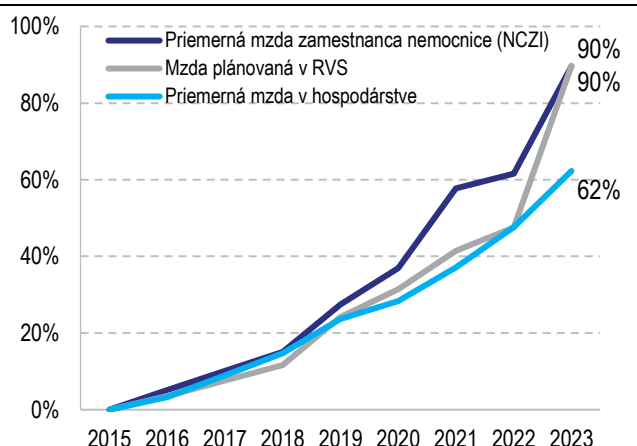
Pri zostavovaní rozpočtu sa v rokoch 2015 až 2023 nepočítalo ani s rastom počtu zamestnancov v nemocniciach, v skutočnosti však rástol (Box 3).

**Graf 17: Rast osobných nákladov v nemocniciach MZ SR (min, max, priemer)**



Zdroj: Účtovné závierky nemocníc, ÚHP

**Graf 18: Priemerný rast miezd zamestnancov v nemocniciach MZ SR**



Pozn.: FTE v roku 2017 sú priemerom roku 2016 a 2018; Priemerná mzda zamestnanca nemocnice za rok 2023 je priemerom Q1-Q3  
Zdroj: NCZI, ÚHP

**Významnú časť mzdových nákladov (až okolo 30 %) tvoria tie nad rámec legislatívy v podobe kolektívne a individuálne vyjednaných podmienok.** Nad rámec priamych mzdových nákladov sú v kolektívnych zmluvách dojednané aj ďalšie nefinančné zvýhodnenia v podobe napr. extra dní dovolenky. Dodatočná dovolenka vytvára potrebu zamestnať okolo 600 FTE<sup>12</sup> zdravotníckych pracovníkov navyše na dosiahnutie ekvivalentného pracovného fondu bez takéhoto benefitu s nákladmi okolo 20 mil. eur v roku 2022. Lepšie vyjednané podmienky bez ich prepojenia na rozpočet tak ešte viac prehĺbujú rozdiel medzi finančnými plánmi nemocníc a rozpočtom.

**Nemocniciam sa nedarí ustrážiť si svoje náklady ani vyjednávať so zdravotnými poisťovňami tak, aby boli ich náklady kryté dostatočnými výnosmi.** Vedenie nemocníc je častokrát menené (bližšie v časti 4.2), takže skúsenosti s vyjednávaním s poisťovňami riaditeľom / riaditeľkám chýbajú. Nedostatočné plánovanie rozpočtu či manažovanie nákupov a prevádzkových nákladov deklarovalo MZ SR riešiť od roku 2024 mesačným kontrolingom 13 fakultných a univerzitných nemocníc a hĺbkovými kontrolami miezd, kolektívnych zmlúv či personálnych normatívo (osobitná dôvodová správa k vyhláske č. 55/2024 Z. z.).

**O plánovaných nákladoch (a výdavkoch) nemocníc má byť MZ SR informované ešte pred zostavovaním rozpočtu.** Pri tvorbe rozpočtu MZ SR vyjednáva o hlavných potrebách sektoru, pričom je automaticky zohľadňovaný prirodzený nárast cien či rast platov zdravotníckeho personálu v súlade s priemernou mzdou. Skontrolované plány výdavkov nemocníc poslúžia MZ SR ako podklady do vyjednávaní o rozpočte verejného zdravotného poistenia. Na základe schváleného rozpočtu sa majú následne aktualizovať finančné plány nemocníc. Z nich budú vyplývať rozpočtované výdavky pre jednotlivé nemocnice, a teda aj potrebné príjmy, ktoré majú byť predmetom rokovania so zdravotnými poisťovňami.

**MZ SR musí začať aktívne komunikovať rozpočtované zdroje s jednotlivými zdravotníckymi zariadeniami.** Aktualizácia finančných plánov, a taktiež platná vyhláska o minimálnych sumách, sú regulačné nástroje ministerstva, vďaka ktorým budú alokované financie viac predvídateľné – celkovo pre ústavnú starostlivosť a aj pre jednotlivé nemocnice MZ SR. Na základe schválených obchodno-finančných plánov by preto v priebehu roka nemalo dochádzať k samovoľnému zvyšovaniu výdavkov bez predchádzajúcej konzultácie s MZ SR, a teda obchádzaniu stanovených rozpočtových limitov a finančných záväzkov nemocníc. Nemocnica by mala s MZ SR potrebu prekročenia limitu vždy konzultovať a MZ SR by malo rozhodovať o jeho schválení.

<sup>12</sup> FTE z anglického full time equivalent je ekvivalentom plného pracovného úväzku, teda prepočítava zamestnanosť nie podľa počtu osôb ale podľa veľkosti úväzkov

**Box 3: Osobné náklady rastú rýchlejšie ako je rozpočtované**

**Výrazný nárast osobných nákladov je spôsobený aj rastom zamestnanosti aj miezd pracovníkov nemocníc.** Počet zamestnancov fakultných a univerzitných nemocníc medzi rokmi 2015 a 2022 narástol o 15 %, najviac rástli asistenti (36 %) a nezdravotnícky personál (33 %). Priemerná mzda v nemocniciach sa v rovnakom období zvýšila o 62 % na 1 922 eur, čo je zvýšenie predbiehajúce kumulatívne rozpočtované či mzdové nárasty v celom hospodárstve o 14 percentuálnych bodov (ďalej len p. b.). Nárast miezd nad rozpočtovanú úroveň spôsobujú aj kolektívne a individuálne zmluvy uzatvárané medzi vedením nemocnice a pracovníkmi, ktoré nerešpektujú možnosti rozpočtu. MZ SR donedávna nemalo vôbec žiadny prehľad o týchto zmluvách ani záväzkov z nich vyplývajúcich, prvé zbery údajov prebehli v druhej polovici roku 2024, výstupy z nich zatiaľ neboli zverejnené.

**Viac ako 65 % z celkových osobných nákladov nemocníc tvoria lekári a sestry.** Zvyšok je tvorený ostatným zdravotníckym personálom a administratívnymi pracovníkmi. Akékoľvek zmeny v počte lekárov a sestier a ich ohodnotení tak majú výrazný vplyv na celkovú výšku nákladov.

**Ak by nemocnice nenaberali ľudí, na ktorých neboli rozpočtované prostriedky, v roku 2022 by ušetrili 91 mil. eur.** Nemocniciam sa darí zvyšovať počty lekárov. Najzásadnejším personálnym problémom slovenských nemocníc však sú sestry, ktorých počet v čase mierne klesá a plnohodnotne a efektívne ho nie je možné nahradiť nárastom asistentov a lekárov (viac v kapitole 5).

**Tabuľka 2: Zmena počtu zamestnancov (FTE) v 13 fakultných a univerzitných nemocniciach**

	2015	2022	Rast počtu zamestnancov	Nárast	Vplyv FTE na rast osobných nákladov <sup>13</sup>
<b>Zamestnanec</b>	<b>23 295</b>	<b>26 792</b>	<b>3 498</b>	<b>15%</b>	<b>91 mil. €</b>
Nezdravotnícky pracovník	4 824	6 431	1 607	33%	30 mil. €
Zdravotnícky pracovník	18 471	20 362	1 891	10%	62 mil. €
Lekár*	4 238	5 041	803	19%	43 mil. €
Sestra	9 280	8 922	-358	-4%	- 9 mil. €
Asistent	3 369	4 577	1 208	36%	21 mil. €

\*V skupine sú zarátaní aj zubní lekári, ktorých v roku 2022 bolo v nemocniciach 70.

Zdroj: NCZI, ÚHP

**Tabuľka 3: Rast priemernej mzdy zamestnancov (vrátane nadčasov) 13 fakultných a univerzitných nemocníc**

	2015	2022	Nárast v %	Nárast v €	Nárast oproti legislatíve	Nárast osobných nákladov oproti legislatíve € <sup>14</sup>
<b>Zamestnanec</b>	<b>1 189 €</b>	<b>1 922 €</b>	<b>62%</b>	<b>733 €</b>	<b>14%</b>	<b>70 mil. €</b>
Nezdravotnícky pracovník <sup>15</sup>	728 €	1 216 €	67%	488 €	19%	10 mil. €
Zdravotnícky pracovník	1 310 €	2 145 €	64%	835 €	16%	61 mil. €
Lekár*	2 420 €	3 556 €	47%	1 135 €	11%	16 mil. €
Sestra	1 048 €	1 810 €	73%	761 €	18%	27 mil. €
Asistenti	760 €	1 408 €	85%	648 €	30%	11 mil. €

\*V skupine sú zarátaní aj zubní lekári, ktorých v roku 2022 bolo v nemocniciach 70.

Zdroj: NCZI, ÚHP

**Ak by mzdy rástli iba podľa legislatívy (platový automat), nemocnice by v roku 2022 ušetrili 70 mil. eur.** Reálnosť tejto úspory je však otázna, keďže najvýraznejšie rástli mzdy nízkoprijmových pracovníkov. Lekári, ktorí majú zo zamestnancov nemocníc najvyššie príjmy, predbehli rast automatu o 11 p. b.

**Nové podmienky odmeňovania platné od 1.1. 2023 značne navýšili mzdy zdravotníckeho personálu a zvýraznili tlak na náklady nemocníc.** Priemerná mzda lekára v nemocnici sa v roku 2023 zvýšila o 26 %. Koeficienty, slúžiace na výpočet mzdy sa najviac navýšili seniornejším lekárom (bližšie v časti 3.1). [RVS \(2022\)](#) odhadoval zvýšenie osobných nákladov v celej ústavnej starostlivosti na 84 mil. eur len za valorizáciu a pôvodný mechanizmus a ďalších 358 mil. eur

za nový. Sledované nemocnice tvoria približne polovicu nákladov celej ústavnej zdravotnej starostlivosti, ich osobné náklady sa z roku 2022 na rok 2023 zvýšili o 137 mil. eur.

**Aj rozpočet osobných nákladov je preto nutné previazať s rozpočtami nemocníc.** Pri zostavovaní rozpočtu je potrebné zrealizovať predpokladané zmeny FTE a vývoj miezd, legislatívny rámec by mal určovať hlavne spodnú hranicu ich vývoja. Nemocnice nemôžu dlhodobo fungovať s vyššími nákladmi, ako im umožňujú rozpočtové prostriedky a mali by byť výrazne rozpočtovo zodpovednejšie.

## 2.2. Dobre nastavený úhradový mechanizmus zvýši transparentnosť a produkciu nemocníc

**Súčasný úhradový mechanizmus sú málo motivujúce k zvyšovaniu produkcie, ťažko porovnateľné a netransparentné.** Bez prehľadných zmlúv s jednotným úhradovým mechanizmom je náročné porovnávať úhrady a produkciu jednotlivých nemocníc aj zabezpečovať súlad s rozpočtom verejného zdravotného poistenia. Jednotkové ceny sú stále veľmi rozdielne medzi poisťovňami pre konkrétnu nemocnicu, ale aj medzi porovnateľnými nemocnicami od tej istej poisťovne ([ÚDZS, 2024](#)).

Dnes sú najčastejšie nemocnice financované prostredníctvom mesačných paušálnych platieb za očakávanú produkciu (Box 4). Nemocnica dostáva od poisťovne mesačný paušál, ktorý môže byť mierne upravený podľa objemu vykazanej produkcie (miera úpravy závisí od detailov zmluvy). Výška paušálnej platby aj očakávaná produkcia je výsledkom vyjednávania medzi zdravotnou poisťovňou a nemocnicou, teda nie sú dané žiadnymi pevnými pravidlami.

### Box 4: Mesačné platby za očakávanú produkciu

Nemocnice od zdravotných poisťovní dostávajú úhrady prevažne podľa vopred zmluvne stanovených mesačných platieb. [ÚDZS \(2024\)](#) uvádza, že v roku 2023 u jednotlivých poisťovní prevažovali nasledujúce platové mechanizmy:

- VŠZP – prospektívny rozpočet zohľadňujúci iba ústavnú zdravotnú starostlivosť (DRG aj nonDRG)<sup>16</sup>.
- Dôvera – paušálna úhrada za ústavnú zdravotnú starostlivosť (samostatne na DRG a nonDRG).
- Union – globálny rozpočet zahrňujúci ústavnú zdravotnú starostlivosť (DRG aj nonDRG), ambulantnú starostlivosť a SValZ.

Medzi jednotlivými mechanizmami sú relatívne malé rozdiely, preto sú pre zjednodušenie všetky tri v revízií nazvané ako mesačné paušálne platby, resp. paušálne platby.

**Paušálne platby nedostatočne motivujú nemocnice k zvyšovaniu produkcie a skracovaniu čakacích dôb.** Hoci zmluvy obsahujú mechanizmus, ktorým sa upraví paušálna platba o rozdiel medzi očakávanou a skutočne dodanou produkciou, konkrétne v prípade VŠZP je „penalizácia“ nedostatočná. Ak napr. nemocnica dodá o 50 % menej ako sa očakávalo, klesne jej úhrada iba o necelých 10 %. Zmluvou očakávaná produkcia VŠZP kontinuálne prevyšuje reálne dodanú o desiatky percent, čo vysvetľuje vyššie jednotkové ceny VŠZP. Platí to aj pre jednotlivé nemocnice – čím viac neplnia očakávanú produkciu, tým vyššia je ich reálna jednotková cena. Paušálne platby však majú aj výhody – zabezpečujú vyššiu predvídateľnosť nemocniciam aj zdravotným poisťovňam.

Vyjednávania medzi zdravotnými poisťovňami a nemocnicami sú najmä o medzoročnom navýšení paušálnych platieb a náraste osobných nákladov, menej o zmene produkcie, medicínskych výsledkoch alebo náraste efektivity, takže zle nastavené zmluvné objemy môžu pretrvávajúť aj niekoľko rokov. Z porovnania zmlúv VŠZP a poisťovne Dôvera vyplýva, že kým Dôvera dokázala zazmluvniť očakávanú produkciu blízko reálnej, vo VŠZP bola vo všetkých zmluvách nadhodnotená.

<sup>13</sup> Rozdiel v počte zamestnancov vynásobený ročnou priemernou mzdou a nákladmi zamestnávateľa.

<sup>14</sup> Rozdiel v priemernej ročnej mzde za rok 2022 a rozpočtovanej mzde podľa platnej legislatívy, vynásobený nákladmi zamestnávateľa a počtom zamestnancov v roku 2015.

<sup>15</sup> Mzda nezdravotníckeho pracovníka nie je naviazaná na platový automat. V tabuľke rozpočtový nárast kopíruje rast priemernej mzdy v hospodárstve.

<sup>16</sup> Definícia DRG je uvedená v Boxe 6.

Tabuľka 4: Porovnanie dohodnutého (referenčného) a skutočne dodaného case-mixu v roku 2023<sup>17</sup>

	Zazmluvnený case-mix		Dodaný case-mix		% plnenia	
	VšZP	Dôvera	VšZP	Dôvera	VšZP	Dôvera
NÚDCH	10 356	6826	8 690	6 336	84%	93%
DFN BB	2088	2 124	1 720	1 576	82%	74%
DFN KE	neuvedené	5 356	3 491	4 190	-	78%
UN BA	66 960	18 732	49 700	16 935	74%	90%
FNsP FDR BB	29 208	9 470	24 155	10 070	83%	106%
UNLP KE	29 148	15 198	25 472	14 985	87%	99%
UN Martin	26 844	9 777	22 986	9 082	86%	93%
FN Trnava	18 804	5 551	16 849	5 766	90%	104%
FN Nitra	19 464	7 807	15 195	8 121	78%	104%
FN Trenčín	22 908	6 555	16 936	6 011	74%	92%
FNsP Prešov	30 012	11 043	27 251	10 042	91%	91%
FNsP Žilina	27 888	6 015	22 988	5 495	82%	91%
FNsP Nové Zámky	14160	10 536	11 823	10 191	83%	97%
Spolu	297 840	114 990	247 256	108 798	83%	95%

Zdroj: Zverejnené zmluvy VšZP, Dôvera, CKS DRG, ÚHP

**Súčasný úhradový mechanizmus a zmluvné podmienky nie sú jednoducho porovnateľné.** Nemocnice vykazujú produkciu a tá je následne revidovaná zdravotnou poisťovňou, pričom každá zdravotná poisťovňa môže používať iné revízie pravidiel a rozdielne zohľadňuje prípadne neplnenie alebo prekročenie očakávaného intervalu produkcie (Príloha III). Zdravotné poisťovne môžu tiež rozdielne pristupovať k zarátaniu (resp. nezarátaniu) ambulantných a diagnostických výkonov v nemocnici do paušálnej platby.

**Úhrady za zdravotnú starostlivosť a produkciu nemocníc ani konsolidované znenia zmlúv dnes zverejňované nie sú.** Zverejňovanie zmlúv má tak len veľmi limitovanú hodnotu, keďže z dostupných údajov nie je možné porovnať reálne úhrady zdravotných poisťovní alebo jednotkové ceny. Každá poisťovňa používa iný vzor zmluvy a konsolidované znenia zverejňované nie sú. Napr. dnes<sup>18</sup> platná [zmluva](#) medzi ZP Dôvera a Univerzitnou nemocnicou Bratislava je z roku 2013 a následne bola dodatková 51 krát. Zverejnená je pôvodná zmluva a 51 dodatkov, nie jedno konsolidované znenie, v dôsledku čoho je pre nájdenie konkrétneho detailu potenciálne potrebné naštudovať 52 samostatných dokumentov. Situácia je podobná aj pre ostatné zdravotné poisťovne a nemocnice.

**Keby každá zdravotná poisťovňa platila 13 nemocniciam MZ SR rovnakú jednotkovú cenu za poskytnutú starostlivosť, ZP Dôvera a ZP Union by museli kumulatívne za rok 2023 doplatiť poskytovateľom zdravotnej starostlivosti 27,6 mil. eur a VšZP by uhradila poskytovateľom zdravotnej starostlivosti o rovnakú čiastku menej ([ÚDSZ, 2024](#)).** Takéto informácie však nie je možné zistiť z verejne dostupných zdrojov, ale len z údajov, ktoré má k dispozícii MZ SR (Box 5). Najvyššie jednotkové ceny mala v roku 2023 VšZP z časti aj preto, že nepriamo zvýhodňuje neplnenie očakávanej produkcie vďaka nedostatočnej korektúre rozdielov medzi očakávanou a skutočnou produkciou v čase. Výnimkou sú viaceré nemocnice na východnom Slovensku, ktorým na jednotku produkcie najviac platila ZP Dôvera. Problém s nerovným financovaním bol v minulosti ešte výraznejší ([ÚHP, 2022](#)). Aj vďaka vyhláske o [minimálnych platbách pre jednotlivé typy starostlivosti](#) z VZP by mali od roku 2024 platby poisťovní lepšie reflektovať skutočne dodaný objem starostlivosti.

<sup>17</sup> Zmluvy medzi nemocnicami a Union neobsahujú takéto informácie.

<sup>18</sup> Stav v máji 2024.

**Box 5: Efektívny case-mix a jednotkové ceny**

MZ SR zbiera od každej zdravotnej poisťovne dáta o objeme vykonanej starostlivosti (tzv. efektívny case-mix) a o celkových úhradách za túto starostlivosť. Ambulantná starostlivosť vykonaná v nemocniciach do týchto porovnaní nespadá. Efektívny case-mix je zjednodušene počet hospitalizácií (hospitalizačných prípadov) so zohľadnením ich nákladovej náročnosti – casemix 10 môže vyjadrovať 10 priemerne náročných hospitalizácií, alebo jednu 10 krát tak nákladnú ako je priemerná hospitalizácia. Slúži práve na to, aby bolo možné porovnávať nákladovosť rôznych výkonov a výkonnosť nemocníc naprieč odbornosťami.

Case-mix popisuje starostlivosť vykazovanú cez DRG (Box 6), čo je približne 94 % ústavnej starostlivosti. Výnimkou sú najmä psychiatrické lôžka (bližšie v [zozname DRG nerelevantných odborností](#)). Ak má zdravotná poisťovňa 50 % podiel na case-mixe nemocnice, znamená to, že 50 % starostlivosti bolo vykonanej v prospech poistencov danej zdravotnej poisťovne. Podiel na case-mixe by mal zodpovedať podielu na úhradách. Ak nezodpovedá, znamená to, že zdravotné poisťovne majú rozdielne jednotkové ceny.

**DRG úhrady zvýšia transparentnosť platieb za výkony nemocníc.** DRG systém sa mal začať postupne uplatňovať ako úhradový mechanizmus už v roku 2024 a spolu s ním by sa mali zavádzať výkonové kontrakty podľa DRG produkcie, čo pre nemocnicu bude znamenať priamu úmeru medzi výkonom a výnosmi (do istého limitu). Pre rok 2024 MZ SR v spolupráci so zdravotnými poisťovňami a nemocnicami vybralo 5 skupín starostlivosti, ktoré budú uhrádzané podľa produkcie, nie paušálom.

Na konci roka 2024 bolo prijaté splnomocňovacie ustanovenie § 67a ods. 1 písm. j) zákona č. 581/2004 Z. z., na základe ktorého MZ SR vydáva vyhlášku pre povinný DRG úhradový mechanizmus na Slovensku. MZ počas prvého kvartála roku 2025 pracovalo na príprave zavedenia DRG do priamych úhrad. Od 1.4.2025 bude účinná [nová vyhláška](#), ktorá zavedie povinné úhrady pre 15% produkcie ústavnej zdravotnej starostlivosti – najmä pôrody, novorodenci, výmeny kolenných a bedrových kĺbov, vybrané onkologické a kardiologické hospitalizácie.

Zmluva o nastolení sociálneho zmiernu v zdravotníctve medzi vládou Slovenskej republiky a Lekárskym odborovým združením a o usporiadaní vzájomných vzťahov garantuje, že v roku 2025 bude systém DRG tvoriť najmenej 15 % úhrad zdravotníckych výkonov v ÚZS, čo naplňuje vyššie popísaná vyhláška.

Zmluvné strany sa dohodli, že v roku 2026 sa rozšíria priame úhrady za hospitalizácie na DRG približne na 30 % celkovej produkcie nemocníc a v roku 2027 sa rozšíria priame úhrady za hospitalizácie na DRG tak, aby odhadovaná produkcia nemocníc za DRG skupiny s priamymi úhradami predstavovala približne 40 % celkovej produkcie nemocníc.

**Box 6: Diagnosticko-terapeutické skupiny (Diagnoses Related Groups - DRG)**

Diagnosticko-terapeutické skupiny (Diagnoses Related Groups - DRG) umožňujú zoskupiť jednotlivých pacientov v nemocniciach do zvláduteľného počtu klinicky významných a ekonomicky homogénnych skupín, na základe ktorých môžeme porovnávať produkciu nemocníc. Tento nástroj štandardne pozostáva z dvoch základných parametrov - relatívnych váh a základnej sadzby. Relatívne váhy definujú rozdielnosť nákladov pre rôzne diagnózy a hospitalizácie. Základná sadzba predstavuje náklady na priemernú hospitalizáciu pacienta (jednotkovú cenu). Úhradový mechanizmus pre konkrétnu DRG skupinu je zjednodušene vynásobením základnej sadzby príslušnou relatívnou váhou.

Základná sadzba sa stanovuje v rôznych krajinách odlišne, napríklad celoštátne, na úrovni regiónov, alebo nemocníc. DRG nástroj priamo prepája produkciu nemocníc s prislúchajúcimi platbami, čo má vplyv obvykle na nárast produkcie nemocníc (viac hospitalizácií). Zavedenie DRG úhradového mechanizmu môže ovplyvniť dĺžku hospitalizácií alebo skrátiť čakacie doby cez motiváciu k vyššej produkcii. Zo zahraničných skúseností však nie je jasný vplyv DRG úhrad na nákladovosť nemocničného sektora alebo kvalitu zdravotnej starostlivosti.

Výkony týkajúce sa pôrodov a fyziologických novorodencov budú **hradené bezlimitne**. To podporí zlepšovanie kvality služieb s cieľom prilákania pacientiek bez dopadov na celkové finančné zdroje. Zvyšné tri skupiny výkonov **budú hradené s limitom**. Tieto skupiny dnes predstavujú hospitalizačné prípady, pri ktorých existujú dlhšie čakacie doby. Vyňatím týchto výkonov z režimu paušálnych platieb a presunom pod priamu úhradu podľa DRG sa podporí skracovanie čakacích lehôt. Na

zabezpečenie predvídateľnosti potrebných finančných zdrojov bol pre tieto skupiny **určený minimálny limit vo výške 120%** očakávanej produkcie roka 2024.

**Plánované spustenie DRG úhrad od roku 2024 sa opieralo o sektorovú dohodu bez legislatívneho ukotvenia. K jej naplneniu zatiaľ nedošlo. Používanie DRG úhradového mechanizmu by preto malo byť zavedené cez legislatívu.** Podľa sektorovej dohody medzi MZ SR, nemocnicami a poisťovňami mal byť DRG mechanizmus implementovaný cez zmluvy medzi poisťovňami a nemocnicami. K ich úprave však ani na začiatku druhej polovice roku 2024 vo väčšine prípadov nedošlo. MZ SR v súčasnosti pripravilo ukotvenie definície úhradových mechanizmov v legislatíve, kde určilo minimálny limit pre DRG skupiny s limitom na úrovni 110% očakávanej produkcie roka 2025. Jeho výhodou bude jasné pomenovanie povinností aktérov, ktoré sa nebude v čase meniť podľa ich arbitrárnych rozhodnutí.

**Pre maximalizáciu benefitov zo zavádzania DRG ako úhradového mechanizmu je potrebné zvýšiť transparentnosť úhrad a prehľadnosť zmlúv. Všetky fakultné a univerzitné nemocnice by mali používať v legislatíve definovaný jednotný úhradový mechanizmus s každou poisťovňou, podobne ako v Česku (Box 7) a vždy zverejňovať aj konsolidované znenie zmluvy.** MZ SR by tiež malo zabezpečiť zverejňovanie ďalších údajov potrebných pre vyhodnotenie zmlúv a výšky úhrad. Nemocnice by vo svojich výročných správach mali jasne uvádzať výnosy a náklady spojené s poskytovaním zdravotnej starostlivosti pre každú zdravotnú poisťovňu individuálne a v rovnakej štruktúre ako je postavená zmluva. Týmto spôsobom by sa umožnila jednoduchá kontrola, či každá zdravotná poisťovňa platí rovnako za to isté, a či úhrady od zdravotných poisťovní zodpovedajú očakávaným nákladom na poskytnutú starostlivosť.

### Box 7: Financovanie českých nemocníc

Hlavným nástrojom regulácie a nastavenia financovania českého zdravotníctva, vrátane nemocníc je tzv. [úhradová vyhláška](#). Tá zabezpečuje, že poskytovatelia vedia, aké úhrady môžu dostať za aké výkony, vrátane limitácii (obvykle maximá v prípade nehomogénnych výkonov) a revízných pravidiel. Individuálne dohodnuté úhrady medzi nemocnicou a ZP od roku 2021 tvoria len ich nevýznamnú časť ([European Observatory on Health Systems and Policies, 2023](#)).

Vyhlášku publikuje spolu s [odôvodnením](#) MZ ČR. Je buď výsledkom sektorovej dohody medzi zástupcami poskytovateľov a poisťovní, alebo ak sa nedohodnú, stanoví ju priamo ministerstvo. V prípade ústavnej zdravotnej starostlivosti k dohode obvykle nedochádza. Nad rámec úhradovej vyhlášky môžu nemocnice a poisťovne uzatvárať k základným zmluvám tzv. úhradové dodatky. Zvyčajne sa tak deje len pri niektorých špecifických výkonoch, napr. ak ich vyhláška výkony nepokrýva alebo si pri nich zjednávajú iné podmienky.

Vyhláška na rok 2025 definuje úhrady za výkony podľa skupín úhrad a CZ-DRG relatívnych váh:

- Paušálne úhrady – nehomogénne výkony pomenované v zozname výkonov s potrebou limitovania zdravotnej starostlivosti z dôvodu vysokej spotreby (45,3 % očakávaných úhrad v roku 2025).
- Úhrady vyčlenené z paušálu – stredne až vysoko homogénne výkony s individuálnou základnou sadzbou, bez potreby limitovania výkonov, napríklad sem patria novorodenci, pôrody (29,9 % očakávaných úhrad v roku 2025).
- Úhrady formou prípadového paušálu – homogénne výkony s jednotnou (národnou) sadzbou, kde je možné ponechať produkciu na nemocniciach. Definované aj špecializované výkony, ktoré zohľadňujú špecializované nemocnice (22 % očakávaných úhrad v roku 2025).
- Špecificky sa definujú úhrady pre psychiatrickú starostlivosť (2,7 % očakávaných úhrad v roku 2025), reziduálne zložky nezahnuté vyššie (napr. nemocničné lekárne).

České zmluvy zdravotných poisťovní s nemocnicami obsahujú okrem základnej zmluvy, ktorá vychádza z tzv. rámcovej zmluvy a je naprieč nemocnicami a poisťovňami takmer rovnaká, aj úhradové dodatky. Ďalej býva súčasťou zvláštna zmluva pre liečivá a zoznam dohodnutých výkonov, ktoré nemocnica vykonáva.

**Z dlhodobého hľadiska je potrebné zabezpečiť, aby základné sadzby (jednotkové ceny) zohľadňovali oprávnené náklady nemocníc.** Do roku 2023 nevychádzali základné sadzby z nákladov, ale z tzv. DRG disponibilných zdrojov, čo boli peniaze alokované zdravotnými poisťovňami na ústavnú starostlivosť (ÚS) valorizované o medziročný nárast rozpočtu VZP. Takýto prístup zabezpečil súlad medzi základnými sadzbami a rozpočtom VZP, neriešil však nesúlad medzi nákladmi a výnosmi nemocníc. Ak raz platili poisťovne za ÚS málo, z tohto nedostatočného balíka bola vytvorená báza pre ďalšie roky a nedostatočné financovanie pretrvávalo. Nedostatok financií však nepriniesol znižovanie nákladov. To je potrebné adresovať

inými opatreniami, napr. zvyšovaním efektívnosti. Náklady namiesto toho rástli, aj keď neboli kryté, čo spôsobilo ďalšie zadlžovanie. V roku 2024 preto došlo k dofinancovaniu ÚS v rozpočte VZP nad rámec štandardnej valorizácie, vďaka čomu sú v ňom náklady nemocníc už plne kryté. Publikovanie základných sadzieb vychádzajúcich z reálnych nákladov (čo nemocnice potrebujú) aj z disponibilných zdrojov (aké sú možnosti rozpočtu) sprehľadní ich financovanie.

**Je vhodné sadzby odstupňovať tak, aby zohľadňovali odlišnú priemernú náročnosť liečby pacienta. Veľké všeobecné nemocnice totiž zabezpečujú komplexnejšiu starostlivosť ako malé regionálne nemocnice, potrebujú preto drahšie vybavenie a nákladnejší personál aj na bežné výkony.** Vo viacerých krajinách sadzby berú do úvahy náročnosť starostlivosti nemocníc alebo špecifiká regiónov (napr. rozdielne cenové hladiny). V slovenských podmienkach by bolo možné základné sadzby naviazať na kategórie nemocníc plynúce z [optimalizácie siete nemocníc](#) (ďalej len OSN, bližšie v Prílohe I). Ak by sa zaviedla jednotná základná sadzba, stále bude potrebné zaviesť udržiavací paušál alebo inú formu príplatkov, aby sa zabezpečilo pokrytie vyšších nákladov komplexnejších nemocníc.



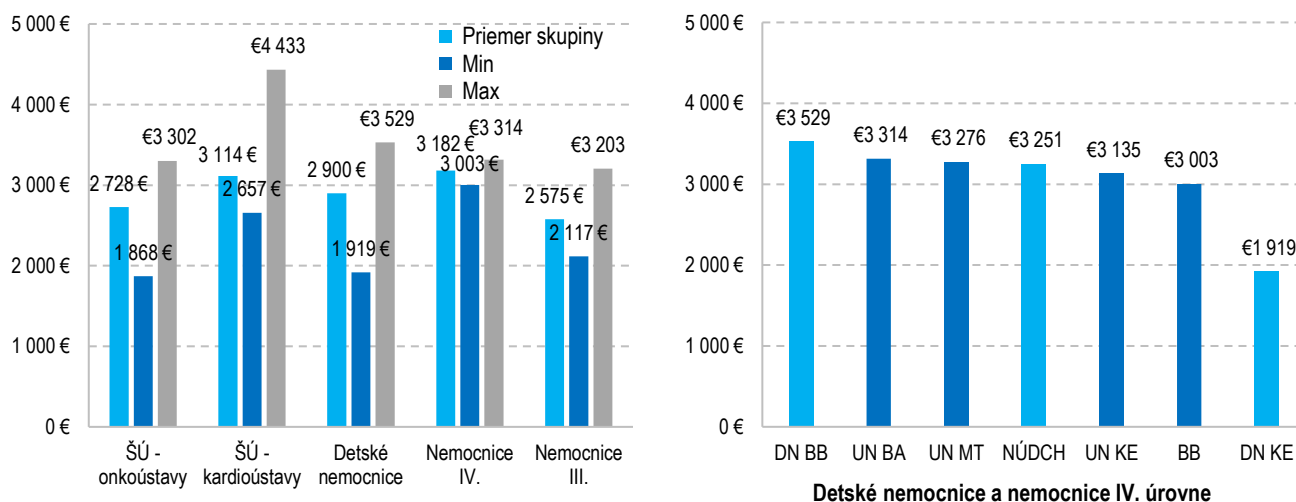
### 3. Nemocnice majú priestor na zvýšenie nákladovej efektívnosti

Okrem zvýšenia výnosov z VZP je potrebné, aby nemocnice zlepšili hospodárnosť ich využitia. Medzi porovnateľnými nemocnicami sú viditeľné rozdiely v efektívnosti. Priestor na jej zvýšenie je najmä v osobných nákladoch a nákupoch liekov, špeciálneho zdravotníckeho materiálu a techniky. Vyšší príjem by mohli dosiahnuť tie nemocnice, ktoré nakupujú služby CT/MR či laboratórií od externých dodávateľov sídlacích v ich vlastných priestoroch. Celkový potenciál zvýšenia efektivity je však ťažké kvantifikovať, pretože na to v súčasnosti ešte nie sú vhodné dáta. Potrebná je ich postupná kultivácia v DRG a zjednotenie vykazovania nákladov až na úroveň medicínskych programov podľa OSN, vďaka čomu ju bude možné vyhodnocovať presnejšie a porovnávať medzi nemocnicami.

**Medzi nemocnicami sú veľké rozdiely v nákladovej efektívnosti** (Graf 19). Priemerný hospitalizačný<sup>19</sup> prípad stál v roku 2023 v nemocniciach tretej skupiny<sup>20</sup> od 2 117 eur (nemocnica Michalovce) až do 3 203 eur (Nemocnica svätého Michala). Časť rozdielov vysvetľuje komplexnosť nemocníc a ich rozdielne zameranie či zaradenie v OSN – vzdelávacie alebo špecializované nemocnice majú vyššie náklady na rovnakú hospitalizáciu ako menšie všeobecné nemocnice, pretože musia držať kapacity a vybavenie na najťažšie prípady, väčšinu času však poskytujú bežnú starostlivosť. Koncové nemocnice majú bežne vyššie jednotkové náklady aj v zahraničí.

Rozdiely v jednotkových nákladoch pretrvávajú aj medzi nemocnicami v tej istej skupine charakterovo-podobných nemocníc. Najpravdepodobnejšie vysvetlenie je v rozdielnej nákladovej efektívnosti – napríklad DN KE spotrebuje na jednotku výkonu o 46 % menej ako DN BB. Ak by sa nemocnice s nadpriemernými nákladmi na jednotku výkonu dorovnali na priemer svojej skupiny, 19 nemocníc MZ SR by uvoľnilo 27 mil. eur (13 nemocníc MZ SR 23 mil. eur). Ak by znížili náklady na úroveň najefektívnejšej nemocnice zo skupiny, mohlo by ísť až o 168 mil. eur v prípade 19 nemocníc MZ SR a 135 mil. eur v 13 (Tabuľka 5).

Graf 19: DRG relevantné náklady na štandardizovanú hospitalizáciu<sup>21</sup> v roku 2023



Pozn.: ŠÚ sú špecializované ústavy, Nemocnice sú všeobecné nemocnice, rozdelené do charakterovo-podobných nemocníc podľa CKS DRG.

Zdroj: MZ SR (CKS DRG), ÚHP

**Celková výška neefektivity môže byť vyššia. Výpočet potenciálu je totiž založený na porovnaní nemocníc, ktoré podľa OSN (ľavý graf) spadajú do rovnakej skupiny. Predpokladom teda je, že v každej skupine je aspoň jedna nemocnica efektívna.** V prípade, že majú všetky nemocnice spoločný problém s neefektívnosťou, v odhadnutom potenciáli sa to neprejaví. Je preto pravdepodobné, že je podhodnotený. DRG dáta v súčasnosti umožňujú porovnávať nemocnice medzi

<sup>19</sup> Hospitalizačný prípad s relatívnou váhou 1, ďalej aj ako „jednotka výkonu“.

<sup>20</sup> Podľa CKS-DRG.

<sup>21</sup> Štandardizované hospitalizácie vyjadrujú počet hospitalizačných prípadov so zohľadnením ich nákladnosti. Napríklad hospitalizačný prípad, ktorý je trikrát tak nákladný ako priemerný hospitalizačný prípad je zarátaný ako tri štandardizované hospitalizácie. V DRG terminológii ide o hospitalizačný prípad s relatívnou váhou 1,0.

sebou, s postupnou kultiváciou bude možné porovnávať aj jednotlivé medicínske programy podľa OSN a hľadať rozdiely vo výkonoch nemocníc podrobnejšie. Tým by sa spresnil aj odhad úspory.

Tabuľka 5: Odhad nákladovej neefektivity 19 nemocníc MZ SR podľa jednotlivých skupín, v mil. eur

Skupiny nemocníc	Zníženie nákladov na priemer skupiny	Zníženie nákladov na minimum skupiny
ŠÚ - onkoústavy	4,2	16,8
ŠÚ - kardiústavy	0,0	11,6
Detské nemocnice	8,7	30,1
Nemocnice IV. (bez detských)	12,9	38,2
Nemocnice III.	1,7	71,1
<b>Spolu</b>	<b>27,5</b>	<b>167,9</b>

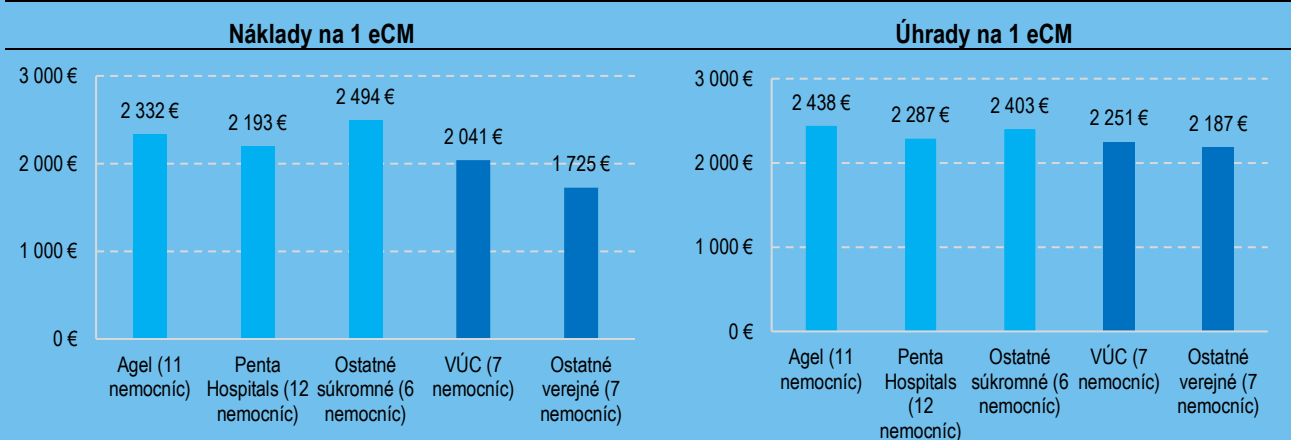
Pozn.: Bez onkoústavov a kardiústavov ide o 13 fakultných a univerzitných nemocníc MZ SR a nemocnicu Poprad.

Zdroj: MZ SR (CKS DRG), ÚHP

### Box 8: Verejné nemocnice nie sú nákladovo menej efektívne ako súkromné

Podľa dostupných údajov o nákladoch na štandardizované hospitalizácie<sup>22</sup> slovenské verejné nemocnice v kategóriách, kde ich je možné porovnávať so súkromnými (nemocnice I a II, kde je väčšie zastúpenie súkromných aj verejných nemocníc), **nie sú nákladovo menej efektívne**. Podobné zistenia prinášajú aj medzinárodné výskumy ([European Observatory on Health Systems and Policies, 2022](#)), ktoré nenachádzajú systematické rozdiely v nákladovej efektivite verejných a súkromných nemocníc.

Graf 20: Náklady a úhrady na štandardizovanú hospitalizáciu v nemocniciach I. a II. skupiny charakterovo-podobných nemocníc podľa CKS DRG, rok 2023

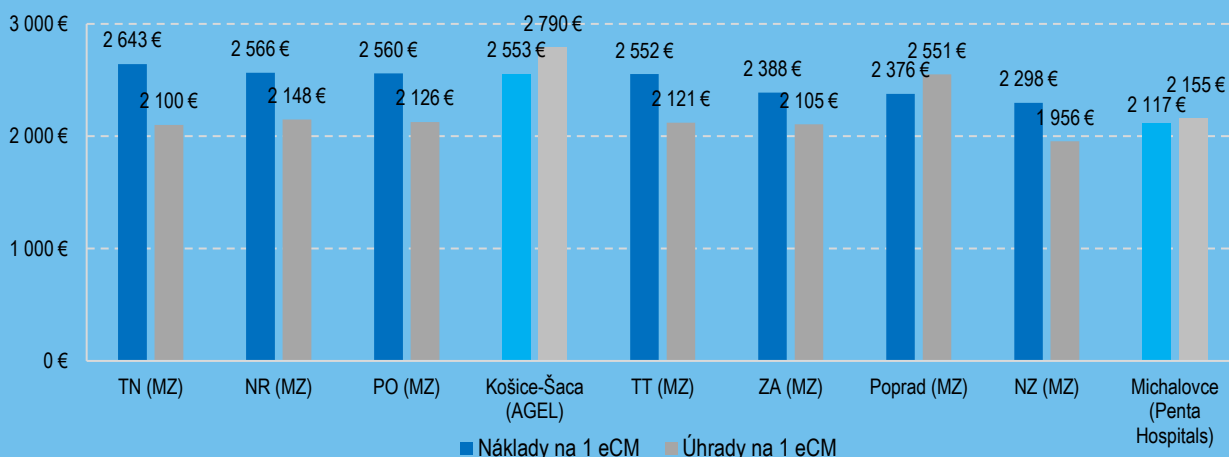


Pozn.: Do ostatných verejných nemocníc neboli zahrnuté Piešťany kvôli metodickým nedostatkom v ich DRG relevantných nákladoch.

Zdroj: MZ SR (CKS DRG), ÚHP

**Lepšie hospodárenie súkromných nemocníc je spôsobené najmä lepšími podmienkami od zdravotných poisťovní.** [Jeurissen et al. \(2020\)](#) označujú lepšie podmienky súkromných nemocníc ako jednu z príčin, prečo v niektorých krajinách rastie ich podiel na ústavnej zdravotnej starostlivosti. Aj na Slovensku vedia súkromné nemocnice získať z verejného zdravotného poistenia viac ako verejné, obzvlášť v prípade úhrad od VŠZP.

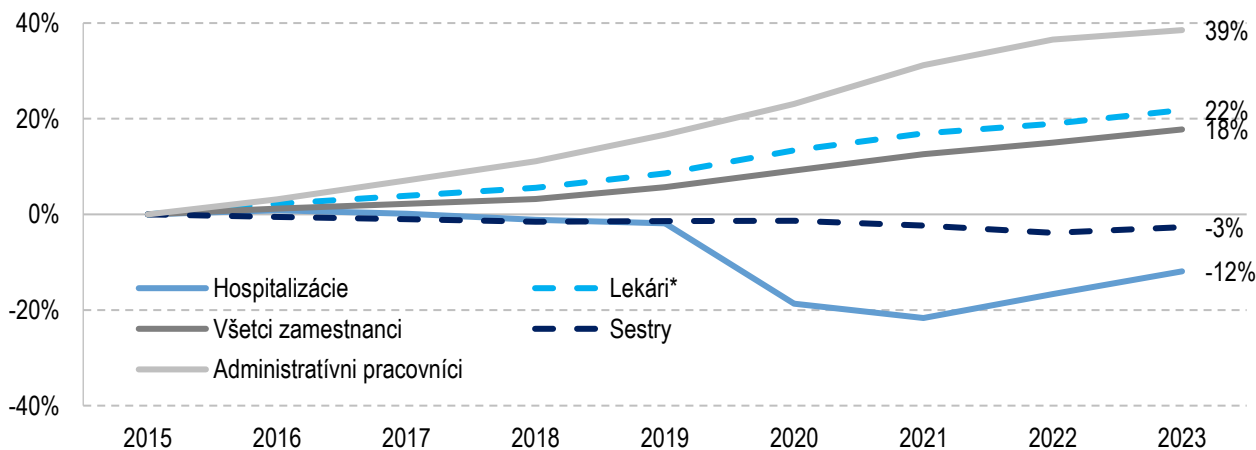
<sup>22</sup> DRG náklady bez pripočítateľných položiek reportované nemocnicami pre Centrum pre klasifikačný systém DRG.

**Graf 21: Náklady a úhrady na štandardizovanú hospitalizáciu v nemocniciach III. skupiny charakterovo-podobných nemocníc podľa CKS DRG, rok 2023**


Zdroj: MZ SR (CKS DRG), ÚHP

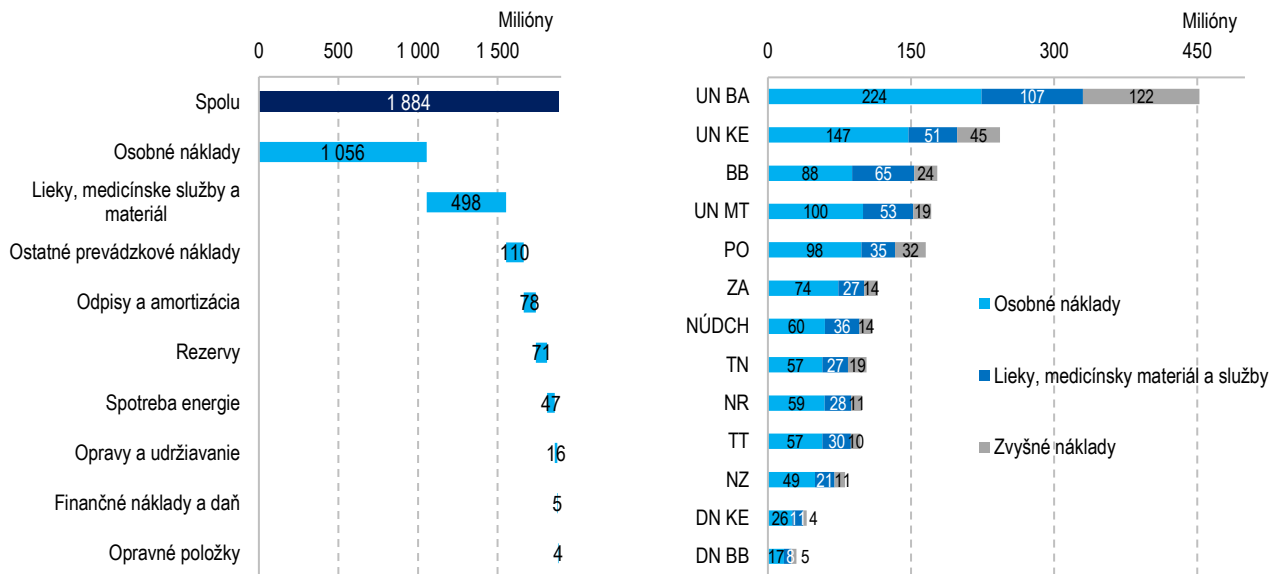
### 3.1. Najväčší potenciál je vo vyhodnocovaní efektívnosti mzdových nákladov

**Počty zamestnancov nemocníc rastú, no počty hospitalizačných prípadov nie.** Celkový počet zamestnancov 13 fakultných a univerzitných nemocníc vzrástol oproti roku 2015 o 18 % na viac ako 27 tisíc. Najviac rástli počty administratívnych pracovníkov (39 %), výrazne sa zvýšili aj počty lekárov (22 %), ktorých v roku 2023 bolo vyše 5 000, čo mohlo súvisieť aj s prípravou nemocníc na blížiacu sa odchody silných ročníkov lekárov do dôchodku. Zvýšenie zamestnanosti sa však nepretavilo do väčšieho počtu hospitalizačných prípadov, ktoré prudko poklesli počas pandémie Covid-19 a zatiaľ sa nevrátili na pôvodnú úroveň.

**Graf 22: Vývoj počtu zamestnancov (FTE) univerzitných a fakultných nemocníc a hospitalizácií od roku 2015**


Zdroj: NCZI, ÚHP

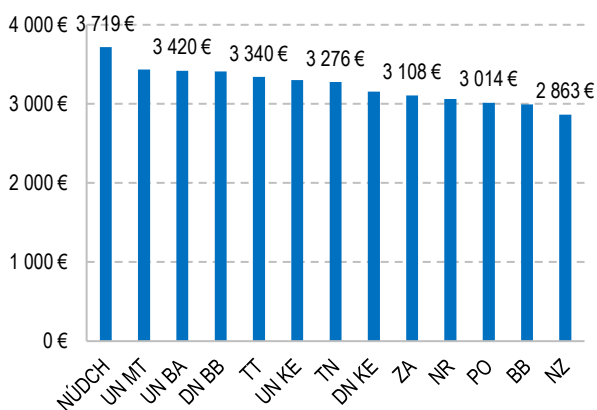
**Osobné náklady tvoria 56 % z celkových nákladov nemocníc, predstavujú pravdepodobne najväčší potenciál zvýšenia efektívnosti.** Ich podiel sa líši od 49 % v Univerzitnej nemocnici v Bratislave do 64 % v Žiline. Príčinou môže byť rozdielna náročnosť produkcie a s tým spojené vyššie iné náklady (napr. na ŠZM, krv či odpisy technológií), využitie externých dodávateľov pre niektoré činnosti (napr. outsourcing upratovania), ale aj odlišná efektívnosť využitia pracovnej sily.

**Graf 23: Štruktúra nákladov fakultných a univerzitných nemocníc**


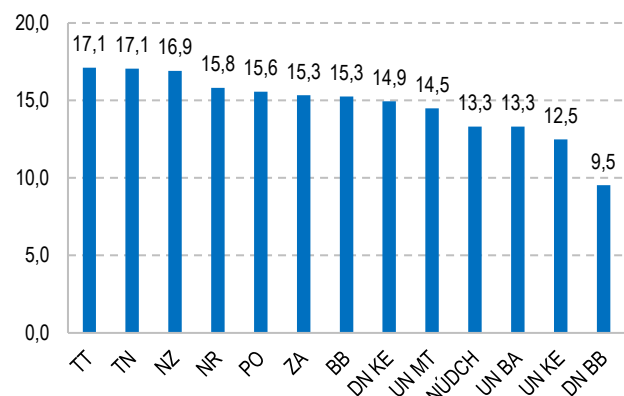
Pozn.: Vrátane nákladov na lekárne (103 mil. eur).

Zdroj: NCZI, ÚHP

Medzi nemocnicami sú veľké rozdiely v efektívnosti osobných nákladov, viditeľné najmä v prepočte na jednotku práce. Kým rozdiely v odmeňovaní na 1 FTE nie sú tak výrazné (Graf 24), v hodnote produkcie, ktorú za 1 FTE vedie nemocnica vytvoriť, sú signifikantnejšie (Graf 25). Pritom neplatí, že pracoviská s vyššími odmenami majú aj vyššiu produktivitu.

**Graf 24: Mesačné osobné náklady 13 fakultných a univerzitných nemocníc na 1 FTE**


Zdroj: NCZI, MZ SR, ÚHP

**Graf 25: Produkcia 13 fakultných a univerzitných nemocníc v case-mixe na 1 FTE**


Zdroj: NCZI, MZ SR, ÚHP

Ak by sa dorovnala produktivita pracovníkov na priemer skupiny charakterovo-podobných nemocníc podľa **CKS DRG**, 13 fakultných a univerzitných nemocníc by uvoľnilo takmer 39 mil. eur ročne. Časť rozdielov v jednotkových osobných nákladoch (Graf 24) môže byť pripísaná aj regionálnym rozdielom v mzdových hladinách (Príloha IV). Produktivita práce (Graf 25) by mala byť menej variabilná najmä pri porovnateľných nemocniciach. Rozdiely by mohli byť spôsobené napr. tým, že nemocnice s nižšou produkciou na 1 FTE majú viac nezdravotníckeho či administratívneho personálu. Ukazuje sa však, že to pri sledovaných nemocniciach úplne neplatí (Príloha IV) a s veľkou pravdepodobnosťou ide o dôsledok rozdielnej efektívnosti využívania pracovnej sily.

**Neefektívnosť v osobných nákladoch je pravdepodobne vyššia ako vyplýva z uvedeného porovnania nemocníc.** To predpokladá, že aspoň 1 z nemocníc v danej skupine využíva svoje osobné náklady efektívne. Ak majú všetky nemocnice istú mieru neefektívnosti spoločnú (napr. spôsobenú kolektívnymi zmluvami), v odhadovanej úspore sa to neukáže a v takom prípade by aj tá bola podhodnotená.

**Pre určenie neefektívnosti sú potrebné kvalitnejšie dáta idúce až na úroveň medicínskych programov podľa OSN.** V DRG sú zbierané nákladové dáta, ich priradenie k oddeleniam nebolo vždy jednotné, navyše organizačná štruktúra

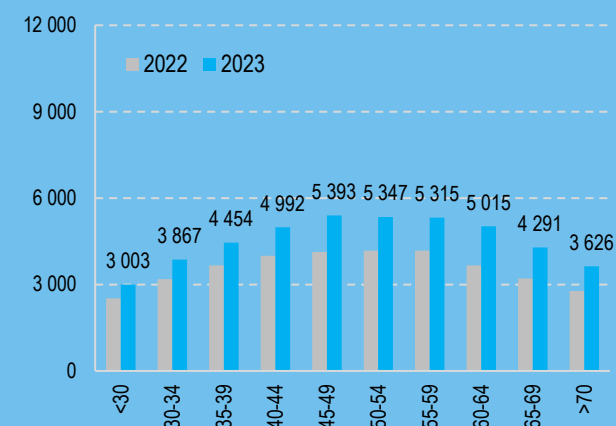
nemocníc je v ich kompetencii a konkrétne členenie tak nemusí byť vzájomne porovnateľné, čo sťažuje analýzu. Priradenie nákladov k medicínskym programom podľa OSN podobné problémy odstráni. Z takýchto údajov budú vedieť získať lepšie informácie aj manažéri a riaditelia nemocníc, či samotné MZ SR.

**Efektívitu treba skúmať najmä u seniornejších lekárov, ktorí majú od roku 2023 zákonom garantované vysoké mzdy vďaka rokom praxe bez ohľadu na ich výkonnosť, odbornosť alebo typ nemocnice, v ktorej pracujú.** Vďaka jednorazovému navýšeniu a novému mechanizmu odmeňovania stúpli v roku 2023 priemerné mzdy lekárov v nemocniciach o 26 % na 4 410 eur<sup>23</sup>. Najlepšie zarábajúcich 10 % lekárov dosiahlo na 6 692 eur mesačne. Lepšie zarábajúcich 60 % lekárov je v priemere o 9,2 rokov starších ako spodných 40 % príjmovej distribúcie.

### Box 9: Nové platové podmienky od roku 2023 pomáhajú najmä seniornejším lekárom

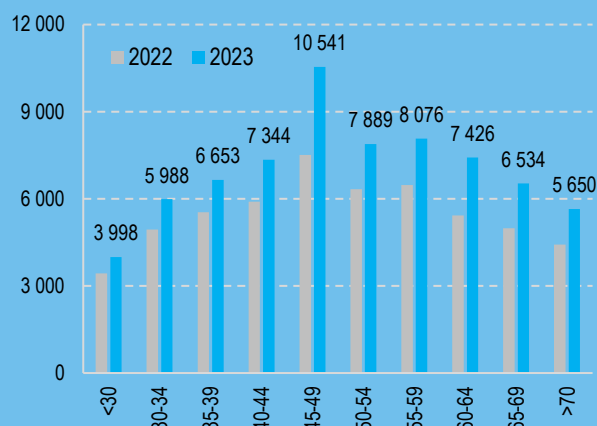
**Nové podmienky platového automatu platné od 1.1.2023 značne navýšili mzdy zdravotníckych zamestnancov.** Koeficienty, slúžiace na výpočet mzdy sa najviac navýšili lekárom. V rozličnej miere sa však navýšili u všetkých zdravotníckych pracovníkov v nemocniciach. Spolu so zvýšeným koeficientom sa po novele do výslednej mzdy započítavajú aj roky praxe odpracované v nemocniciach.

**Graf 26: Priemerná mesačná hrubá mzda lekárov v 13 fakultných a univerzitných nemocniciach podľa veku lekára**



Zdroj: Sociálna poisťovňa, ÚHP

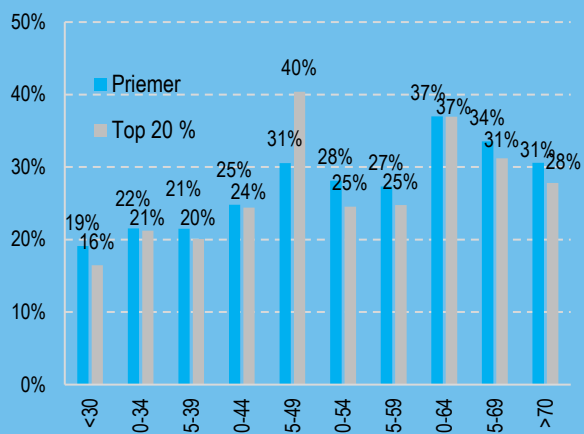
**Graf 27: Priemer top 20 % zarábajúcich lekárov v 13 fakultných a univerzitných nemocniciach podľa veku lekára**



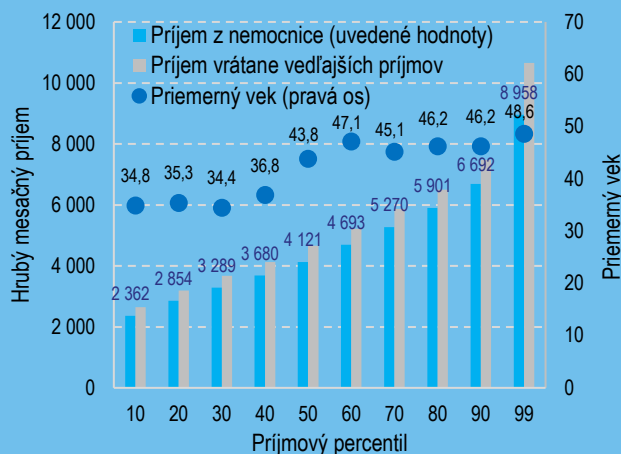
Zdroj: Sociálna poisťovňa, ÚHP

**Lekári vo vyššom veku s dlhou praxou si v roku 2023 polepšili najviac.** Mzdy sa síce zvyšovali plošne, najviac však seniornejším lekárom, ktorí už dovtedy patrili k lepšie ohodnoteným. Kým lekárom starším ako 50 rokov narástla mzda v priemere o 30 %, mladším ako 40 rokov sa zvýšila o 21 %. Najväčší nárast nastal u lekárov vo veku 60-64, ktorých mzda sa zvýšila o 37 %, čo je zhruba 1 354 eur mesačne. V rokoch 2024 a 2025 spolu bol rozpočtovaný nárast zdravotníckych miezd o ďalších 18 %, čo znamená, že lekárske mzdy v roku 2025 by mali byť v priemere o 18 % vyššie ako hodnoty uvedené pre rok 2023. Rast skutočných miezd v minulosti zodpovedal alebo predbiehal rozpočtovaný nárast (Graf 18).

<sup>23</sup> Priemerné hrubé mzdy vrátane nadčasov, pre medziročné porovnanie a zohľadnenie vedľajších príjmov vypočítané podľa postupu uvedeného v Boxe 9. Môžu sa minimálne odlišovať od NCZI výkazov.

**Graf 28: Medziročný rast priemernej mzdy lekárov v 13 fakultných a univerzitných nemocniciach v roku 2023 podľa veku lekára**


Zdroj: Sociálna poisťovňa, ÚHP

**Graf 29: Rozloženie príjmov nemocničných lekárov v 13 fakultných a univerzitných nemocniciach v roku 2023**


Zdroj: Sociálna poisťovňa, ÚHP

Informácie o príjmoch lekárov pochádzajú z anonymizovaných mesačných vymeriavacích základov sociálneho poistenia. Za nemocničných boli označení takí, ktorí boli po celý rok v zamestnaneckom vzťahu s jednou z 13 fakultných a univerzitných nemocníc. Z dát Sociálnej poisťovne nebolo možné určiť veľkosť úväzku ani objem nadčasov, preto boli pre analýzu distribúcie použité iba lekári, ktorých príjem z nemocnice zodpovedal aspoň najnižšej základnej mzde neatestovaného lekára (v roku 2023 bola 1 816,5 eur mesačne, resp. 21 798 eur ročne).

**Nemocnice prakticky nesledujú bočné úväzky svojich lekárov, pritom 49 % z nich malo v roku 2023 nejaký vedľajší príjem zo závislej práce. Viac ako polovica bočných zárobkov bola zo slovenských vysokých škôl (51 %).** Priemerný vedľajší príjem všetkých lekárov v nemocnici bol 1 102 eur za mesiac, mediánový 529 eur.

**Vedľajší príjem vyšší ako 2 000 eur mesačne v roku 2023 malo takmer 461 nemocničných lekárov.** Dáta zo Sociálnej poisťovne neumožňujú priamo posúdiť veľkosti úväzkov. Pri vedľajších príjmoch vyšších ako 2 000 eur sa však dá očakávať, že ide o pomerne veľký úväzok. Takto si títo lekári prilepšili o 3 477 eur mesačne pri priemernej mzde 3 921 eur z ich hlavnej nemocnice. Zahnuté sú iba zárobky zo závislej práce, príjmy z podnikania neboli zohľadnené. Niektorí nemocniční lekári však pracujú aj vo vlastných ambulanciách, z ktorých môžu získavať aj iné ako mzdové príjmy (napr. podiel na zisku).

**Nemocnice by mali sledovať úhrn úväzkov svojich lekárov a dbať na efektívne a spravodlivé využitie ich pracovného fondu, vrátane adekvátneho ohodnotenia za výkonnosť.** Prilepšiť si k nemocničnému platu vedľa skôr seniornejší lekári. Tí, s bočnými príjmami nad 2 000 eur mesačne sú v priemere o 10,2 rokov starší ako tí, ktorí nemali žiadny vedľajší úväzok (rozdiel v mediánoch oboch skupín je 12 rokov). Dôvodom môže byť aj nerovné rozloženie pracovného fondu v nemocniciach, mladší lekári majú v priemere odpracovaných viac hodín do mesiaca vrátane nadčasov.

**Mechanizmy zavedené v platovom automate platnom od roku 2023 by mali byť prehodnotené.** Znížiť by sa mal hlavne princíp odmeňovania za odpracované roky, a naopak posilniť princíp založený na produktivite lekára previazanej s jeho odborným rastom ako aj ďalšími vykonávanými činnosťami – ako napr. manažment, vzdelávanie či vedecká činnosť.<sup>24</sup> V roku 2024 má aj v malej nemocnici [atestovaný lekár 30 ročnou praxou](#) základný (minimálny) plat 4 238 eur bez ohľadu na jeho odbornosť či výkonnosť. Potom nemusí ostávať dosť peňazí na odmeňovanie motivujúce k zvyšovaniu produktivity a kvality zdravotnej starostlivosti.

**Vhodné je vytvoriť pozíciu univerzitného lekára, aby nemocnica a univerzita vzájomne vedeli o spoločných odmenách lekárov, ktorí sú aj akademikmi (učiteľmi a výskumníkmi na VŠ).** Oba príjmy plynú z verejných zdrojov. Je preto namieste vedieť, aký veľký je takýto úhrnný úväzok a aké celkové príjmy z týchto činností lekári / akademici majú.

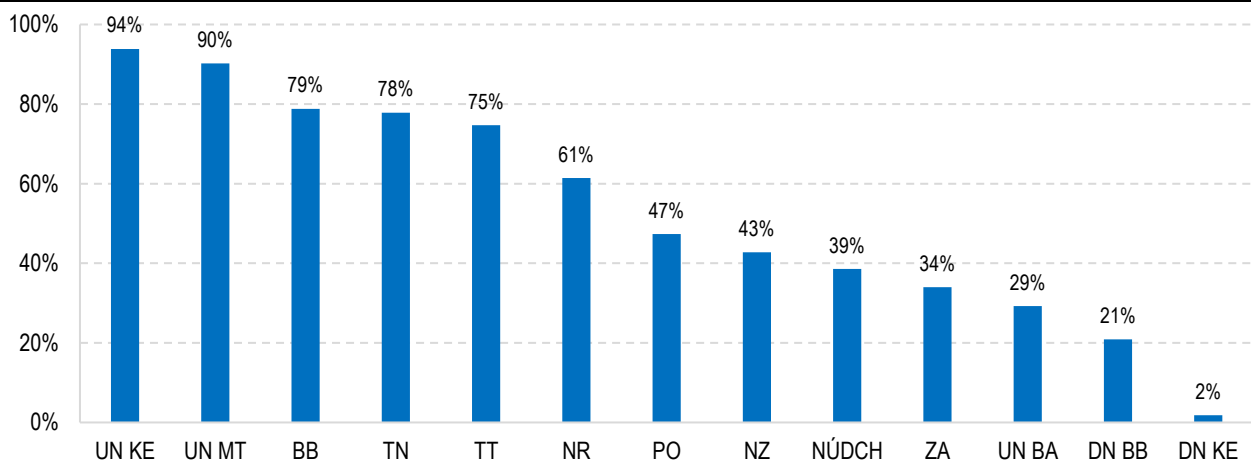
<sup>24</sup> Takéto odmeňovanie môže fungovať už dnes, no kvôli automatickému zvyšovaniu platu za odpracované roky naň nemusí ostať dostatok prostriedkov.

### 3.2. Nájmy priestorov súkromných CT/MR a laboratórií majú byť vyššie

Nakupovanie služieb od externých dodávateľov v zdravotníctve sa hlavne v posledných rokoch rozširuje z neklinických služieb na tie priamo súvisiace so zdravotnou starostlivosťou ako ústavnú pohotovosť, anesteziológia, laboratórna medicína a rádiológia. So zabezpečením týchto služieb externými dodávateľmi súvisia aj určité riziká. Nemocnica pri ich využívaní stráca priamu kontrolu nad dostupnosťou vyšetrení a klinickou kvalitou, a zároveň, sa táto spolupráca môže stať pre nemocnicu nevýhodnou v dlhodobom horizonte, najmä ak dochádza k zvyšovaniu cien v priebehu času.

Väčšina veľkých nemocníc poskytuje pre svojich pacientov interné výkony, ktoré patria pod tzv. spoločné vyšetrovacie a liečebné zložky (SValZ: CT a MR vyšetrenia, laboratórna diagnostika). Laboratórna a prístrojová diagnostika je nevyhnutnou súčasťou zdravotnej starostlivosti o pacienta v nemocniciach. Preto nemocnice v posledných rokoch nakupovali potrebné (najmä zobrazovacie) vybavenie. Laboratórne a prístrojové diagnostické služby môžu poskytovať aj súkromní poskytovatelia. Viacerí prevádzkujú svoje pracoviská priamo v nemocniciach.

Graf 30: Podiel SValZ interných výkonov (2022)



Zdroj: MZ SR, ÚHP

**Najväčšia koncová nemocnica (UN BA) zabezpečuje interne iba tretinu zobrazovacích vyšetrení a laboratórnej diagnostiky. Prenájom priestorov sa javí ako výhodný najmä pre súkromné spoločnosti.** Celkové úhrady od poisťovní firme Dr. Magnet, ktorá poskytuje CT a MR služby aj pre Univerzitnú nemocnicu v Bratislave, dosiahli v roku 2022 skoro 7,5 mil. eur.<sup>25</sup> Za prenájom priestorov v UNB zaplatí podľa CRZ len 220-tisíc eur ročne plus spotrebované energie za obe pracoviská aj v Ružinove, aj v nemocnici na Kramároch. Pracoviská sú prevádzkované priamo v nemocnici a teda jej pacienti priamo využívajú služby týchto poskytovateľov.

#### Box 10: Pro Diagnostic Group

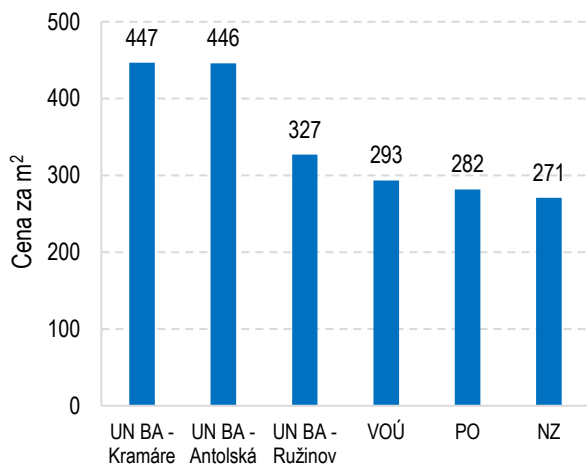
Pro Diagnostic Group je najväčší poskytovateľ MR a CT vyšetrení na Slovensku a prevádzkuje poskytovanie týchto služieb najmä v priestoroch nemocníc. V súčasnosti prevádzkuje 14 diagnostických centier, najznámejšie sú Dr. Magnet a PRO Magnet. Podľa Finstatu bol ročný zisk za rok 2023 Pro Diagnostic Group 3,69 mil. eur pri 6,36 mil. výnosoch. Celkové tržby spoločnosti Dr. Magnet boli v roku 2023 skoro 11 mil. eur. Vysoký obrat a ziskovosť týchto spoločností sú dané tým, že svoje služby poskytujú priamo v nemocniciach pre ich pacientov a majú zmluvne garantované platby od zdravotných poisťovní z verejného zdravotného poistenia.

**Prikladom lepšie nastavených podmienok s externým poskytovateľom je Východoslovenský onkologický ústav (VOÚ).** Ten má zmluvu uzavretú so spoločnosťou PRO Magnet. Výška nájomného sa skladá z dvoch častí. Z pevnej zložky nájomného na m<sup>2</sup> priestoru a tiež z variabilnej zložky, ktorá je dohodnutá na 2,5 % z obratu nájomcu. Obratom sa v tomto

<sup>25</sup> Podľa informácií zverejnených na webe [PRO Diagnostic Group](#) (Box 10) má Dr. Magnet s.r.o. 3 pracoviská, konkrétne v UNB v Ružinove a Kramároch a v Ružinovskej poliklinike.

pripade mysli dohodnutá platba poisťovní pre spoločnosť PRO Magnet z verejného zdravotného poistenia. Toto je oveľa výhodnejší spôsob nájmu pre nemocnicu, pretože sa čiastočne zúčastňuje aj na výnosoch spoločnosti z VZP na pacienta.

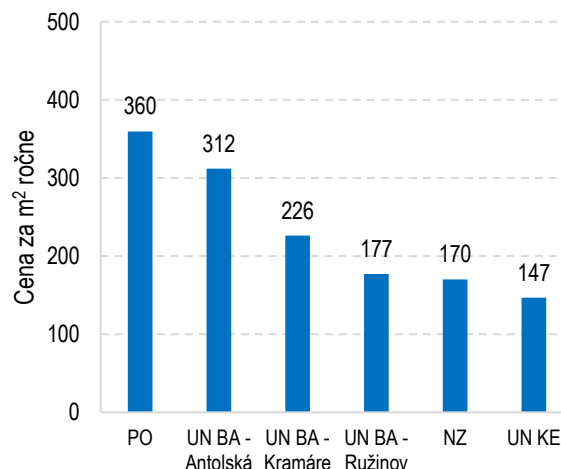
Graf 31: Priemerná cena nájmu CT/MR pracovísk v roku 2024



Pozn.: Ceny upravené o index spotrebiteľských cien.

Zdroj: CRZ, ÚHP

Graf 32: Priemerná cena nájmu laboratórnych pracovísk v roku 2024



Pozn.: Ceny upravené o index spotrebiteľských cien.

Zdroj: CRZ, ÚHP

**Ak by aj ostatné nemocnice, ktoré majú zmluvy s CT a MR poskytovateľmi, premietli do nájmu aj dohodnuté percento z obratu nájomcu ako VOÚ, na výnosoch by dodatočne získali 320-tisíc eur ročne.** Len UN BA by mala dodatočný príjem viac ako 200-tisíc eur. Štátne nemocnice (príspevkové organizácie) však podľa [zákona o správe majetku štátu](#) prenajímajú svoje priestory cez verejnú súťaž, v ktorej môžu byť akceptované iba ponuky s pevnou sumou. Akciové spoločnosti (napr. VOÚ) takto obmedzované nie sú. Ak by si UN BA služby CT a MR prevádzkovala sama, je pravdepodobné, že by jej výsledok hospodárenia mohol byť ešte pozitívnejší.

### Box 11: Ceny nájmov v nemocniciach by mali zodpovedať očakávanej ziskovosti

**Minimálne ceny nájmov v nemocniciach musia zo zákona zodpovedať aspoň trhovej hodnote nájmov priestorov na porovnateľné účely.** Podľa [zákona o správe majetku štátu](#) štátne nemocnice vyberajú najlepšiu ponuku z verejnej súťaže. Všetky ponuky musia zodpovedať aspoň nájmu obdobných priestorov na porovnateľné účely. Určiť, čo je trhovú cenu nemocničných priestorov, nie je jednoduché.

**Ceny UN BA zodpovedajú skôr nájmom kancelárskych priestorov a nie ziskovým zdravotníckym službám v priestoroch nemocnice.** Podľa zmlúv medzi UN BA a Medirex bolo nájomné za priestory [na Antolskej](#) 22,5 eur za m<sup>2</sup> mesačne, [na Kramároch](#) v priemere za 19 eur za m<sup>2</sup> a [v Ružinove](#) 12,8 eur za m<sup>2</sup>. Pritom nájom kancelárskych priestorov v Bratislave sa pohybujú od 10 do 16 eur a tie najlepšie sa vyrovnávajú nájmom v nemocnici na Antolskej. V administratívnych budovách sa prenajíma iba priestor, nemocnice dávajú k dispozícii aj lukratívny a stabilný prístup k zákazníkom.

**Je bežné, že nájom reflektujú očakávanú ziskovosť nájomcov, nemocnice to musia robiť tiež.** Napr. bratislavská časť Staré mesto prenajíma plochu pod niektorými vianočnými stánkami od [250 eur](#) do [438 eur](#)<sup>26</sup> na m<sup>2</sup> v závislosti od obdobia predaja. Cena nájmu tak odráža aj očakávanú výnosnosť prevádzky. Podobne sa správajú napr. nájom na letiskách či obchodných centrách. Takéto princípy by mali platiť aj v nemocniciach, ktoré zdravotníckym zariadeniam (MR/CT a laboratóriám) priamo dodávajú podstatnú časť ich obchodu, vďaka čomu sú pomerne ziskové (Tabuľka 7).

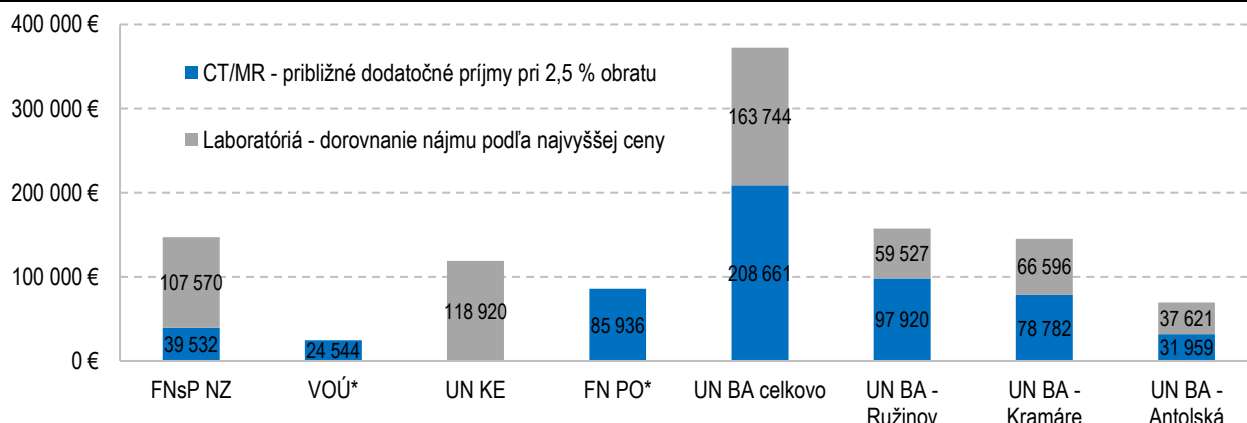
**Podobne ako pri CT/MR je vhodné obdobne nastaviť zmluvy aj s laboratóriami. Keby nemocnice dorovnali ceny prenájmu na úroveň FN Prešov, spolu by získali ďalších takmer 400-tisíc eur ročne.** Ceny nájmu za m<sup>2</sup> prenajímaných priestorov sa medzi nemocnicami líšia. Pri priemerných cenách priestorov pre CT a MR prístroje nie sú veľké rozdiely. Výraznejší rozdiel je v priemernej cene za m<sup>2</sup> prenajatých priestorov pri službách laboratórnej diagnostiky. Priemerná cena

<sup>26</sup> Prepočítané z 1-dňových nájmov na 30-dňový mesiac.



nájmu za m<sup>2</sup> priestorov v Univerzitnej v nemocnici v Košiciach v roku 2024 nedosiahla ani 150 eur za m<sup>2</sup>. Pritom vo Fakultnej nemocnici v Prešove bola cena nájmu v tom istom roku cez 350 eur za m<sup>2</sup>.

**Graf 33: Zvýšenie nájmov by mohlo priniesť nemocniciam od 543 do 711-tisíc eur ročne<sup>27</sup>**



\* Uvedené hodnoty pri dorovnaní najvyššej ceny nájmu.

Zdroj: CRZ, IZA, ÚHP

**Pre menšie nemocnice môže byť prenájom a zazmluvnenie súkromných poskytovateľov laboratórií výhodnejšie ako vlastníť vlastné laboratóriá.** Pri menších objemoch môže veľké súkromné laboratórium ušetriť na rozsahu služieb, ktoré poskytuje aj iným zdravotníckym zariadeniam. Naopak veľké nemocnice ako napríklad Rooseveltova nemocnica v Banskej Bystrici alebo Fakultná nemocnica Trnava si tieto služby ziskovo zabezpečujú samé. Externé laboratória BB využíva len na 12 % z objemu všetkých výkonov, čo je bežné aj pri veľkých nemocniciach v Česku (Box 12).

**Tabuľka 6: Celkové zisky firiem poskytujúcich laboratórnú diagnostiku, v mil. eur**

	2019	2020	2021	2022	2023
Medirex	-1,6	6,6	17,6	17,5	3,8
Unilabs	-0,9	0,9	5,7	0,8	-5,4
Skupina Klinická Biochémia	1,9	2,8	8,5	9,9	-
Synlab	0,04	2,3	4,0	1,8	1,0

Zdroj: Finstat, ÚHP

**Tabuľka 7: Percentá zisku z celkových tržieb firiem poskytujúcich laboratórnú diagnostiku, v %**

	2019	2020	2021	2022	2023
Medirex	-2%	8%	17%	20%	0%
Unilabs	-1%	1%	5%	1%	-6%
Skupina Klinická Biochémia	12%	14%	30%	39%	-
Synlab	0%	13%	18%	10%	6%

Zdroj: Finstat, ÚHP

### Box 12: SValZ v Českej republike

**Veľké fakultné nemocnice v Českej republike si väčšinou zabezpečujú služby laboratórnej diagnostiky a CT a MR služby priamo vlastnými oddeleniami.** Podľa WHO si veľké české nemocnice zabezpečujú služby laboratórií a CT samé bez využívania externých poskytovateľov. Fakultná nemocnica v Brne využíva služby externých laboratórií len v malej miere v objeme do 10 % z celkového objemu diagnostiky, ktorú vykonáva. Prenájom priestorov nemocnice súkromným poskytovateľom využívajú iba v špecifických prípadoch ortoplastických a zubných laboratórií. Na vykonávanie MR a CT diagnostiky nevyužíva externých dodávateľov a zabezpečuje tieto služby vlastným oddelením.

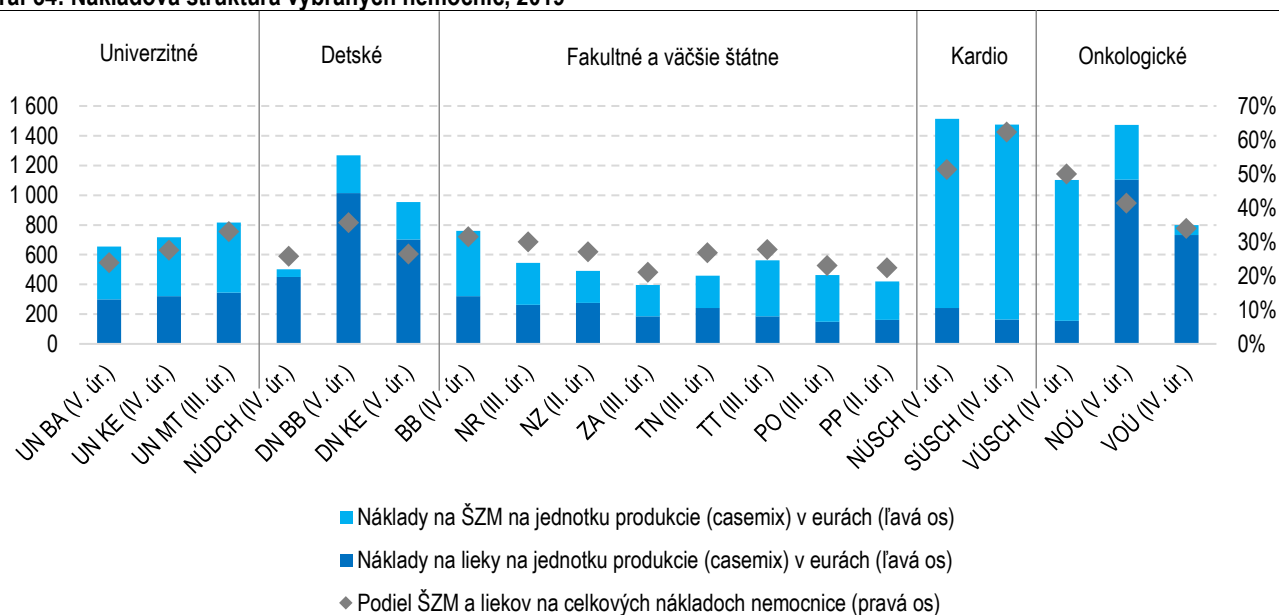
**Množstvo a rozmiestnenie zdravotníckych prístrojov hradených z VZP je v ČR regulované.** Česká republika má od roku 2014 na MZ ČR zriadenú Komisiu pre posudzovanie rozmiestnenia prístrojových zdravotných prostriedkov a kapacít hradených zo zdravotného poistenia. Komisia zasadá 4-krát do roka alebo mimoriadne podľa potreby a vydáva stanovisko k obnove prístrojového vybavenia alebo k zaradeniu nových prístrojov do systému verejného zdravotného poistenia. Jej úlohou je predovšetkým posudzovanie prostriedkov hradených z verejného zdravotného poistenia na prístrojové vybavenie, čiže napríklad CT a MR prístroje. Posudzovanie prebieha z hľadiska účelnosti vzhľadom k potrebnej dostupnosti, efektívneho vyťaženia a tiež táto komisia posudzuje aj nákup nových technológií a ich zaradenie do systému verejného zdravotného poistenia.

<sup>27</sup> Detaily výpočtov sú uvedené v Prílohe VI.

### 3.3. Nemocnice by mali centrálné nakupovať ŠZM, lieky a techniku

Lieky a ŠZM tvoria významnú časť nákladov nemocníc, podiel a štruktúra týchto nákladov je podľa typu nemocnice v rozmedzí 20-60 % celkových nákladov. V srdcovo-cievnych ústavoch prevažujú náklady na ŠZM, pretože využívajú drahšie ŠZM (napr. tzv. stenty).

Graf 34: Nákladová štruktúra vybraných nemocníc, 2019



Pozn.: Úrovne nemocníc podľa OSN

Zdroj: MZ SR, IZA

#### Box 13: Referencovanie cien liekov a ŠZM

Cena kategorizovaných liekov a ŠZM je na Slovensku prísne regulovaná, dlhodobo funguje referencovanie cien liekov, zdravotníckych pomôcok (vrátane ŠZM) a dietetických potravín, vďaka čomu sú ceny, najmä nových liekov, pomerne nízke. Cena lieku pri vstupe na slovenský trh nesmie presiahnuť priemer troch najnižších cien v rámci EÚ. Do konečnej ceny liekov sa ešte pripočítava daň a regulovaná marža distribútora a predajcu. Príliš nízke ceny môžu spôsobiť aj problémy, napríklad výpadok distribúcie alebo rovno vynechanie slovenského trhu.

Aj napriek totožnej legislatíve nie je referencovanie pri ŠZM tak účinný nástroj ako pri niektorých kategorizovaných liekoch. Hlavným dôvodom je náročnosť medzinárodného porovnávania cien. EÚ neprikazuje výrobok registrovať jednotne a konkrétny ŠZM môže byť v každej krajine registrovaný pod iným názvom. V praxi je len na distribútorovi, aké ceny predloží pri žiadosti o kategorizáciu, často uvádza čo najmenej referenčných cien s veľmi veľkým rozptylom, čo vo finále zvyšuje priemernú cenu.<sup>28</sup> Podobne sa však distribútor môže správať aj pri liekoch.

Väčšinu liekov a ŠZM si nemocnice nakupujú samostatne prostredníctvom paušálnych úhrad. Môže ísť o niekoľko centové položky (napr. fyziologické roztoky, lieky proti bolesti, obvazy) až po naozaj drahé. Tieto lieky a ŠZM sú súčasťou paušálnych úhrad za hospitalizáciu (resp. v budúcnosti DRG platieb) a zdravotné poisťovne ich priamo neuhrádzajú. Ich skutočná obstarávací cena môže byť nižšia ako je stanovená cena v rámci prípadového paušálu, existuje preto priestor na úsporu.

Časť liekov a ŠZM (hlavne tie drahšie) je hradená priamo zdravotnými poisťovňami v hodnote, ktorú nemocnica vykáže. Tá nemusí byť dostatočne motivovaná vyjednať si nižšie ceny. Niektoré lieky a ŠZM sú hradené ako

<sup>28</sup> Tento problém sa týka aj ostatných krajín EÚ. V snahe riešiť ho, vznikla iniciatíva zriadenia európskej databázy zdravotníckych pomôcok EUDAMED ako aj zavedenie unikátnych identifikačných čísel zdravotníckych pomôcok (UDI). Veľmi účinným nástrojom nad rámec plánovaných opatrení by bolo aj zavedenie celoeurópskej databázy výšky úhrad zdravotníckych pomôcok z verejného zdravotného poistenia na jednotlivých trhoch EÚ. Takáto databáza by významne napomohla objektivizácii stanovovania ich úhrad a úspore verejných prostriedkov.

pripočítateľné položky<sup>29</sup> vo výške nákupnej ceny (majú úradne určenú maximálnu výšku úhrady). Až na výnimky obstarávané zdravotnými poisťovňami si ich nemocnice nakupujú samostatne. Pritom nenesú zodpovednosť za prípadne vyššie ceny a nie sú motivované vyjednať si ich čo najnižšie, to sa môže prenášať do efektivity nákupov (Box 14).

#### Box 14: Nakupujú nemocnice lieky a ŠZM pridraho a neefektívne?

**Viac ako 20 % z 800 miliónového dlhu najväčších štátnych nemocníc<sup>30</sup> tvoria dlhy voči dodávateľom liekov a zdravotníckeho materiálu, čo môže zvyšovať nákupné ceny liekov a ŠZM.** Zlá platobná disciplína, oneskorené splácanie faktúr a následné oddĺženia nemocníc vedú k ešte vyšším maržiam dodávateľov, komplikujú vstup menších dodávateľov a celkovo predražujú štátnym nemocniciam nákupy.

**Niektoré zadokumentované prípady navyše naznačujú, že nákupy ŠZM a liekov sú spojené s nízkou efektivitou, pokriveným trhovým prostredím, či rovno podozreniami z nekalých praktík.** Transparency International Slovensko (ďalej „TIS“) analyzovalo faktúry dvanástich najväčších štátnych nemocníc v rokoch 2016-2021 v objeme takmer 3 miliardy EUR. Z týchto faktúr viac ako 1,3 mld. tvoria práve lieky a ŠZM. Podľa [TIS \(2021\)](#) je vlastnícka štruktúra viacerých dodávateľov nejasná až podozrivá a podmienky niektorých súťaží boli netransparentné.

**V štátnych zariadeniach absentuje jednotné zaznamenávanie spotreby liekov a ŠZM. Ak existujú, tak sa uplatňujú neaktuálne politiky a postupy stanovenia výšky a sledovania cien.** Nie je tak možné využiť ich pre efektívnejšie riadenie nákladov. Uvedené vyplýva z dotazníkového prieskumu vo vybraných štátnych zdravotníckych zariadeniach, ktorí sa uskutočnil vo 4. kvartáli 2023, ktorého hlavné zistenia a závery sú:

- Spôsob zaznamenávania spotreby liekov a ŠZM je rôznorodý. Je možné nájsť zariadenia, ktoré sledujú spotrebu liekov v jednotlivých kusoch liekov, iné v celých baleniach. Pri liekoch a ŠZM sa tiež uvádza sledovanie od spotreby na jedného pacienta až po celé oddelenie dokopy.
- Metodika záznamov preukázala výraznú rozmanitosť pri sledovaní ceny spotreby liekov a ŠZM. Niektoré štátne zariadenia vedú záznamy spotreby od minimálnych hodnôt až po maximálne hodnoty. Rozptyl sledovania ceny sa pohybuje od 0,01 eur až po tzv. „en bloc“ cenu, ktorá zahŕňa celkové náklady za celú procedúru alebo balík služieb.
- White-listy<sup>31</sup> nepoužívajú všetky nemocnice. Niektoré nemocnice dokonca umožňujú zamestnancom voľný výber liekov. Tento prístup môže viesť k neefektívnemu využívaniu zdrojov a nekonzistencii v riadení nákladovej efektivity.

**Problémom je aj vnútorná organizácia procesov nemocníc a ich riadenia zo strany MZ SR, ktorú je potrebné výrazne zlepšiť.** TSI<sup>32</sup> projekt pre UN BA<sup>33</sup> odporúča zlepšiť procesy kontroingu, zavedenie výkonnostného odmeňovania a KPI, či monitoring efektivity obstarávania. Ďalší TSI projekt [A comprehensive health system reform in Slovakia](#)<sup>34</sup> odporúča vytvoriť centrum zdieľaných služieb (tzv. SSC) pre nemocnice v priamej zriaďovateľskej pôsobnosti MZ SR s cieľom postupnej centralizácie agendy v oblastiach ako napríklad ľudské zdroje alebo ekonomika a financie. [Plán obnovy a odolnosti, komponent 11, reforma 3](#) predpokladá centralizáciu riadenia najväčších štátnych nemocníc do 30. júna 2025.

**Pri svojich nákupoch nevyužívajú verejné nemocnice tzv. white listy v takej miere ako súkromné.** Ide o zoznamy vopred vysúťažených tovarov (liekov a ŠZM) za dohodnuté ceny, ktoré sa majú na oddeleniach nemocníc používať prednostne. Ich opakom sú tzv. black-listy, čiže zoznamy vyslovene zakázaných tovarov a služieb. White-listy predstavujú

<sup>29</sup> Pripočítateľné položky predstavujú priamo hradené lieky a ŠZM ktoré sa uhrádzajú samostatne nad rámec hospitalizácie alebo iného výkonu vo výške, ktorú za produkt zaplatila nemocnica.

<sup>30</sup> UN BA, UN KE, UN MT, NUDCH, DN KE, DN BB, BB, TN, TT, PO, ZA, NR, NZ, údaje o stave záväzkov po splatnosti z 3. kvartálu 2023.

<sup>31</sup> White-list je opak tzv. black-listu, čiže zoznamu vyslovene zakázaných tovarov a služieb. Vo všeobecnosti, organizácia tovarom a službám z white-listu dôveruje, resp. sú pre ňu výhodné. Personál následne pre svoju prácu využíva prioritne tieto tovary a služby v závislosti od pravidiel konkrétnej organizácie.

<sup>32</sup> TSI, z angl. technical support instrument, je nástroj technickej pomoci pre členské štáty EÚ.

<sup>33</sup> Interné dokumenty MZ SR z TSI projektu „Analýza výdavkov štátom vlastnených projektov“.

<sup>34</sup> Kompletná analýza je ako interný materiál dostupná pre MZ SR.

jeden z potenciálnych nástrojov znižovania nákladov na položky nakupovaných vo veľkých množstvách (Box 15). Napriek tomu sú v súčasnosti využívané hlavne súkromnými nemocnicami.<sup>35</sup>

### Box 15: Dobrá prax riadenia nákupov liekov a ŠZM

**V riadení podnikov, nielen nemocníc, existuje niekoľko efektívnych nástrojov ako znižovať náklady na položky nakupované vo veľkých objemoch. Medzi základné patrí centrálny nákup.** V minulosti sa realizovali jednorazové centrálné obstarávania napríklad na nemocničné lôžka, pôrodné postele a podobne. Systém na pravidelné nákupy ŠZM a liekov však chýba. **Na princípe úspor z rozsahu fungujú aj tzv. white-listy a čiastočne aj systém cashbackov.**

**White-listy predstavujú zoznamy vopred vysúťažených tovarov za dohodnuté ceny, ktoré sa majú na oddeleniach preferovane používať.** Umiestnením tovaru alebo služby na white-list dáva organizácia najavo, že sú pre ňu výhodné. Personál ich potom využíva prioritne v závislosti od pravidiel konkrétnej organizácie. Tieto listy sú vedené tak, aby poskytovali vedúcim zamestnancom jasný rámec pre výber liekov a ich použitie s dôrazom na dosiahnutie stanovených cieľov generickej substitúcie a nákladovej efektivity. White-listy sú v súčasnosti využívané hlavne súkromnými nemocnicami.

**Benefity nemocniciam môžu prinášať aj tzv. cashbacky, čiže množstevné zľavy dodávateľov pri väčšom odbere za určité obdobie.** Pri takýchto zmluvách príde po dosiahnutí dohodnutého zmluvného limitu k vráteniu časti kúpnej ceny, resp. vytvoreniu kreditu na ďalší nákup. To je pre nemocnicu prínosné za predpokladu, že je tento nástroj zameraný aj zmluvne a tieto financie sa vrátia späť ako výnosy nemocnice.

**Avšak pri cashbackoch je otáznym ich dopad na efektivitu využitia prostriedkov z VZP.** Z pohľadu zdravotnej poisťovne, najmä ak sa jedná o pripočítateľné položky, by malo byť aj v jej záujme preniesť aspoň časť tejto výhody na seba. Ak mechanizmus cashbacku nie je oficiálne zaznamenaný vo zverejnených zmluvách, zdravotné poisťovne nevedia takéto peňažné toky vyhodnotiť a pretaviť do úhrad.

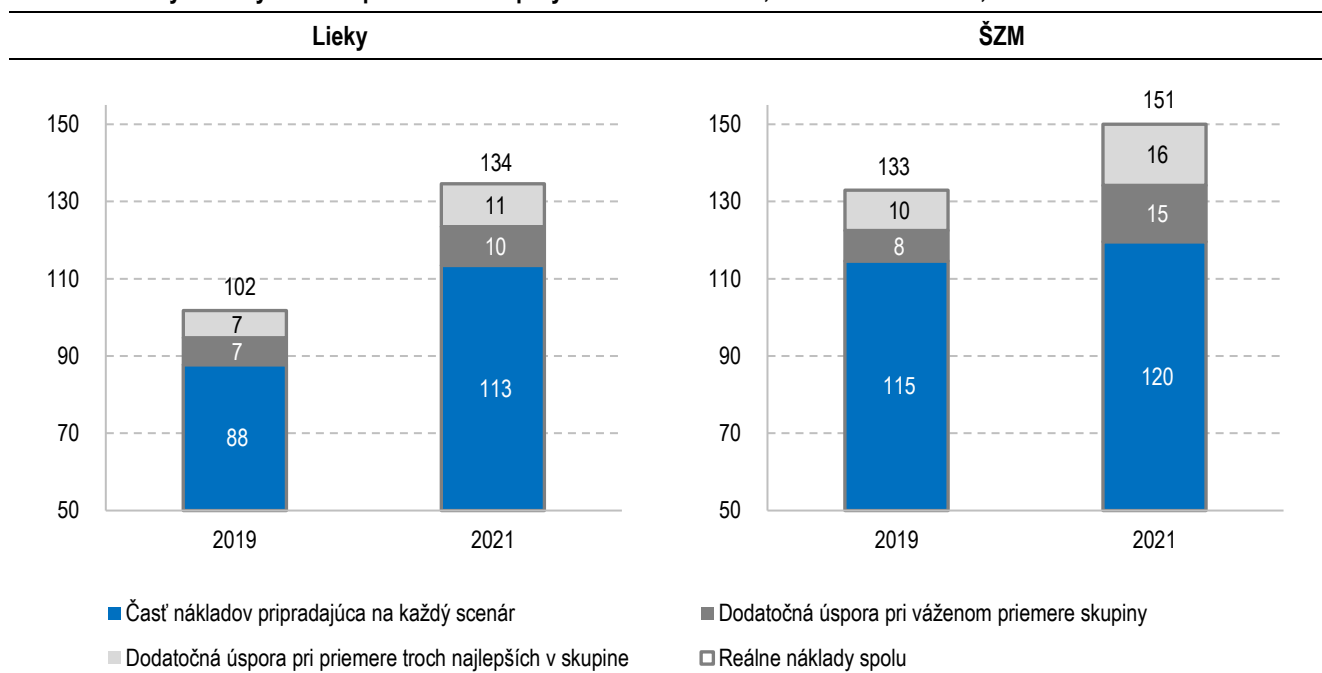
**Cashbacky využívajú aj poisťovne prostredníctvom bonifikácie. Jej zámerom je motivovať poskytovateľov ušetriť na liekoch, ktoré sú podávané ambulantne (tzv. A-liekh) a často sú drahé.** Tieto lieky a ŠZM uhradza poisťovňa poskytovateľovi priamo ako pripočítateľnú položku. Ak poskytovateľovi klesne ich spotreba oproti referenčnému obdobiu, poisťovňa vyplatí zmluvne dohodnutú čiastku. Takto motivuje poskytovateľa správať sa hospodárne tam, kde by inak takáto motivácia chýbala.

**Na výšku jednotkových cien ako aj ďalšie podmienky má vplyv aj spoľahlivosť odberateľa (nemocnice) a jeho platobná disciplína.** Dodávatelia, ktorí predpokladajú u svojich odberateľov zhoršenú platobnú disciplínu, si do svojich ponúk obvykle kalkulujú náklady na financovanie budúcich pohľadávok alebo náklady na zabezpečenie svojho cashflowu. V prípade štátnych nemocníc ide o dlhodobý problém.

**Schopnosť efektívne manažovať spotrebu a náklady pri liekoch a ŠZM je do značnej miery závislá aj na prepracovanom reportingu a jasných pravidlách v rámci nemocnice.** Finančné náklady by mali byť sledované minimálne na úrovni jednotlivých oddelení.

<sup>35</sup> Pre ich využívanie vo verejných nemocniciach by bolo pravdepodobne potrebné meniť legislatívu.

Graf 35: Náklady na lieky a ŠZM a potenciálne úspory v nemocniciach III., IV. a V. úrovne OSN, v mil. eur



Zdroj: MZ SR, IZA

**Efektívnejšími nákupmi by veľké štátne nemocnice<sup>36</sup> mohli len na liekoch a ŠZM ušetriť ročne od 15 do 52 mil. eur.** Graf 35 zobrazuje kumulatívne náklady týchto nemocníc na lieky a ŠZM v rokoch 2019 a 2021 (celá oblasť grafu v tmavosivom ráme, resp. modrá, tmavosivá a bledosivá dokopy). Bledosivá časť predstavuje náklady, ktoré by nemocnice vedeli ušetriť, ak by tie, ktoré nakupujú drahšie ako priemer skupiny podľa OSN (Príloha I), nakupovali aspoň za priemerné skupinové ceny. Tmavosivá časť predstavuje dodatočnú úsporu, ktorá by sa ešte pridala, ak by všetky horšie nemocnice nakupovali ako priemer troch najlepších v skupine.

**Časť úspor môže priniesť zavedenie centrálného nákupu liekov a ŠZM prostredníctvom dynamického nákupného systému.** V súčasnosti prevládajúci individuálny nákup vedie k fragmentácii nákupu, čo má za následok vyššie ceny liekov ako keby išlo o hromadný nákup. Centrálny nákup s jednotnou a koordinovanou stratégiou nákupu môže viesť k nižším cenám a optimalizácii zásob.

**Centrálnym obstarávaním zdravotnej techniky by nemocnice usporili minimálne 2,5 milióna eur ročne<sup>37</sup>.** Výška potenciálnej úspory závisí od množstva a druhu obstarávanej techniky. Vo všeobecnosti vedie centrálné obstarávanie k úsporám v rozmedzí 10 – 15 % a vychádza z úspory z rozsahu, centralizácie personálnych kapacít a know-how, a zefektívnenia procesov v dôsledku štandardizácie postupov a eliminácie duplicitných činností. Na Slovensku je verejnými nemocnicami zo štátneho rozpočtu ročne obstaraný objem veľkej zdravotníckej techniky (nad 500 tis. eur) približne za 13 mil. eur a spolu s menšou technikou celkovo za 19 mil. eur (v r.2018 - 2022).<sup>38</sup>

**Skúsenosť s hromadným obstarávaním techniky Slovensko už má napríklad s CT prístrojmi (v roku 2016), kde ušetrilo podľa odhadov 30 – 40 % výdavkov oproti scenáru individuálneho obstarávania nemocnicami.** Okrem toho MZ SR centrálné obstarávalo aj nemocničné lôžka a lineárne urýchľovače s podobnou deklarovanou úsporou. Centrálné obstarávanie formou centrálného nákupu alebo rámcovej zmluvy je realizované tiež v zahraničí s odhadovanou úsporou 10 – 25 % (napríklad Taliansko, Fínsko, UK).

<sup>36</sup> Nemocnice III. úrovne: UN MT, NR, ZA, TN, TT, PO; nemocnice IV. úrovne: UN KE, BB, UN BA.

<sup>37</sup> Konzervatívny odhad.

<sup>38</sup> Zdrojový objem obstarávanej techniky, z ktorého bola počítaná výška úspory (10 až 15 %), bol určený na základe údajov Úradu pre verejné obstarávanie. Použité boli CPV kódy bežnej diagnostickej a operačnej techniky (CT, MR, USG, RTG prístroje). Zahnuté boli najviac používané CPV kódy (s najvyššími počtami obstarávaní). Výpočet teda nezachytáva kompletný obstarávaný objem.

**Bez ohľadu na zavedenie centrálného nákupu je nutné nastaviť jednotnú metodiku sledovania nákladov. Ide o jeden z kľúčových krokov pre správne plánovanie, kontrolu a optimalizáciu nákladov v zdravotníckych zariadeniach. V štátnych zariadeniach v súčasnosti jednotná metodika absentuje (Box 14), tá prináša niekoľko výhod:**

- **Transparentnosť a porovnatelnosť** – jednotná metodika umožňuje jednoduché porovnávanie nákladov na lieky, čo uľahčuje identifikáciu oblastí, v ktorých je potrebné zlepšiť efektívnosť.
- **Predchádzanie nadmernej spotreby** – s jednotnou metodikou je možné monitorovať a kontrolovať spotrebu liekov naprieč nemocnicami, čím sa predchádza nadmernej spotrebe a zbytočným výdavkom.
- **Lepšie vyjednanie s dodávateľmi** – vďaka lepším informáciám majú nemocnice silnejšiu pozíciu pri vyjednávaní s dodávateľmi. To môže viesť k nižším cenám a lepším podmienkam.
- **Kvalitnejšia starostlivosť** – efektívne riadenie nákladov na lieky umožňuje nemocniciam uvoľniť viac finančných prostriedkov do zlepšenia poskytovanej starostlivosti.

**Zefektívnenie procesu referencovania cien najmä ŠZM na európskej úrovni by uľahčilo vyhodnocovanie a znižovanie nákladov aj slovenských nemocníc.** Problém malého množstva referenčných cien s veľkým rozptylom ŠZM a zdravotníckych pomôcok sa týka aj ostatných krajín EÚ. Výrazne by preto pomohlo spustenie európskej databázy zdravotníckych pomôcok<sup>39</sup>.

**Zavedenie tzv. white-listov v súlade s dobrou praxou a dôsledný manažment a optimalizácia skladových zásob môžu tiež výrazne prispieť k vyššej efektívnosti.** Verejné nemocnice by si mali osvojiť efektívne nástroje znižujúce náklady na položky nakupované vo veľkom množstve (Box 15). Nákupy je potrebné sledovať a vyhodnocovať, aby bolo možné optimalizovať ich v čase.

**Pri liekoch môže k väčšej efektívnosti a prehľadnosti prispieť aj zavedenie robotickej prípravy a vydávania liekov.** Hoci takýto krok treba v prvom rade vnímať ako investíciu do bezpečnosti pacientov a odbremenenie práce sestier, z dlhodobého hľadiska môže priniesť aj úspory (nižšia miera komplikácií a chybovosti pri liečbe). Presnejšia evidencia a monitorovanie spotreby lieku na pacienta (napr. zosnímaním QR kódu na náramku pacienta) prispeje k lepšiemu prehľadu o nákladoch.

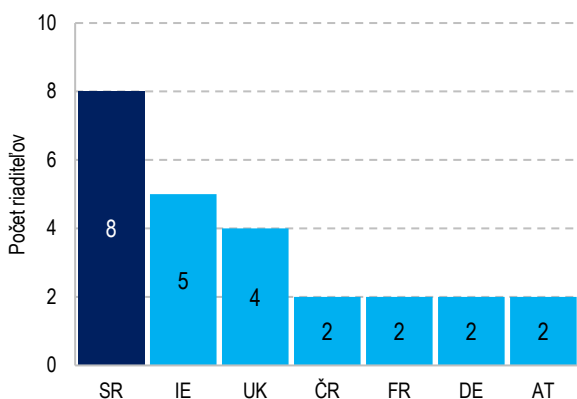
<sup>39</sup> Iniciatíva zriadenia európskej databázy zdravotníckych pomôcok EUDAMED ako aj zavedenie unikátnych identifikačných čísel zdravotníckych pomôcok (UDI) vznikli v dôsledku problémov s referenčnými cenami ŠZM a zdravotníckych pomôcok. Obe by výrazne zjednodušili proces referencovania ich cien. Veľmi účinným nástrojom nad rámec plánovaných opatrení by bolo aj zavedenie celoeurópskej databázy výšky úhrad zdravotníckych pomôcok z verejného zdravotného poistenia na jednotlivých trhoch EÚ. Takáto databáza by významne prispela k objektivizácii stanovovania úhrad aj na Slovensku s pozitívnym dopadom na úsporu verejných prostriedkov.

## 4. Absencia systému riadenia nemocníc a vysoká fluktuácia vedenia zhoršujú výsledky a bránia rozvoju

MZ SR nemá systém riadenia nemocníc a nemocnice trpia vysokou fluktuáciou vedenia. Problémy sú navzájom prepojené. Krátke zotrvanie vo funkcii znižuje ochotu manažmentov nemocníc robiť náročné, ale z dlhodobého hľadiska potrebné rozhodnutia, čo zhoršuje výsledky. Slabé výsledky následne ospravedlňujú časté výmeny manažmentov zo strany MZ SR. Pre zlepšenie je potrebné jasne pomenovať a rozdeliť zodpovednosti MZ SR (ako zriaďovateľa), dozorných rád a manažmentov nemocníc a tiež verejne definovať ciele nemocníc a odpočtovať ich plnenie. MZ SR by malo zvážiť transformáciu fakultných a univerzitných nemocníc na akciové spoločnosti, čo by automaticky zabezpečilo časť potrebných krokov, no samotná transformácia nemá potenciál vyriešiť všetky problémy, napr. zadlžovanie. Zlepšenie je možné dosiahnuť nezávisle od právnej formy nemocníc.

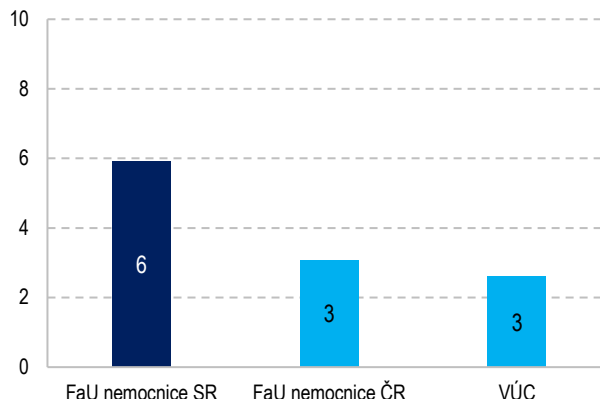
**Fluktuácia vo vedení fakultných a univerzitných nemocníc je príliš vysoká podľa domácich aj zahraničných porovnaní.** Za 12 rokov bolo sa v UN BA vystriedalo až 8 riaditeľov / riaditeľiek, v jej českom náprotivku (fakultná nemocnica v Motole) len dvaja. Častá výmena vedenia je symptomatická vo všetkých fakultných a univerzitných nemocniciach MZ SR. Nielen české fakultné a univerzitné, ale aj slovenské nemocnice v správe VÚC sú z tohto pohľadu ďaleko stabilnejšie.

**Graf 36: Počet riaditeľov v najväčších nemocniciach hlavných miest v rokoch 2010-2022**



Zdroj: Výročné správy nemocníc: Vienna General Hospital, Charité – Universitätsmedizin Berlin, Assistance Publique–Hôpitaux de Paris, Fakultní nemocnice v Motole, St George's University Hospitals NHS Foundation Trust, St James's Hospital, Univerzitná nemocnica BA, ÚHP

**Graf 37: Počet riaditeľov v najväčších štátnych nemocniciach SR a ČR a nemocníc VÚC v rokoch 2010-2022**



Zdroj: IZA a výročné správy nemocníc: 10 nemocníc VÚC SR, 13 fakultných a univerzitných nemocníc SR a ČR, ÚHP

**Krátke zotrvanie vo funkcii môže znižovať ochotu a možnosti manažmentov nemocníc otvárať konfliktné vyjednávania alebo spúšťať dlhodobé projekty.** Aserťívnejšie vyjednanie so zdravotnými poisťovňami (kapitola 2), tlak na efektívnosť osobných nákladov, prehodenie kolektívnych zmlúv a vyjednanie vyššieho nájomného od súkromných firiem v priestoroch nemocnice (kapitola 3) môžu spôsobiť krátkodobé problémy (nezmluvný vzťah so ZP, štrajk zamestnancov), z dlhodobého hľadiska by tieto kroky výrazne zlepšili hospodárenie nemocníc. Z pohľadu manažmentu, ktorý je v nemocnici v priemere menej ako dva roky, však môže ísť o istotu krátkodobých problémov, pričom v čase zlepšenia výsledkov už pravdepodobne nebudú vo funkcii. Takisto veľké stavebné projekty nutné pre obnovu nemocníc si vyžadujú viacročnú prípravu a viditeľné výsledky prinesú najskôr o tri roky v prípade rekonštrukcii.

**Krátke zotrvanie vo funkcii výrazne znižuje šancu na úspech v rokovaníach s poisťovňami.** Vyjednanie so zdravotnými poisťovňami je kľúčová kompetencia vedenia nemocníc. Riaditelia / riaditeľky nemocníc však nemali kde získať skúsenosti s takýmto vyjednaním – vyžaduje si znalosti regulácii v zdravotníctve, úhradových mechanizmoch a rozpočtu verejného zdravotného poistenia. Vyjednávania medzi nemocnicami a poisťovňami typicky prebieha raz ročne. Dvojročné zotrvanie vo funkcii tak znamená, že vedenie je vymenené skôr ako môže získať s vyjednaním opakované skúsenosti.

#### 4.1. Vysokú fluktuáciu môže znížiť vyššia transparentnosť a vymedzenie kompetencií

**Stabilita vedenia nemocníc by pomohlo verejne definované a odpočtovateľné ciele pre nemocnice.** Verejne definované ciele môžu zvýšiť stabilitu vedenia nemocníc, keďže budú jasné dlhodobejšie priority. Výsledky vedenia nemocníc budú podliehať verejnej kontrole, čo zlepší pozíciu manažmentom s dobrými výsledkami a tiež vytvorí predpoklady na to, aby boli riaditelia a riaditeľky odvolávané z legitímnych dôvodov, ak to bude potrebné.

**Súčasný výberový konania zvyčajne dočasne vymenovaných riaditeľov / riaditeľky,** čo spolu s častým odvolávaním bez uvedenia dôvodu a jasne definovaných cieľov znižuje šancu, že sa do výberových konaní prihlásia najschopnejší kandidáti a kandidátky. Do 5 z posledných 12 výberových konaní vo fakultných a univerzitných nemocniciach sa prihlásil len dočasne poverený riaditeľ (Box 16).

##### Box 16: Výberové konania – Riaditeľ/riaditeľka nemocnice

**Výberové konanie je často iba formalitou – väčšinou sa na ponúkanú pozíciu hlási iba 1 uchádzač.** Vo väčšine prípadov je to súčasný, dočasne poverený riaditeľ nemocnice. Dočasne povereného riaditeľa vymenuje MZ SR a je poverený riadením do riadneho výberového konania, najdlhšie na dobu 6 mesiacov.

Tabuľka 8: Prehľad výberových konaní fakultných a univerzitných nemocníc MZ SR

Nemocnica	Rok posledného VK	Počet uchádzačov	Dočasne poverený
FN TT	2024	1	áno
FN TN	2024	1	áno
FN NZ	2024	6	
FN NR	2023	1	áno
UN MT	2023	1	
UN KE	2022	2	áno
UN BA	2022	1	áno
FN ZA	2022	2	
DFN KE	2022	1	áno
FN BB	2021	3	
DFN BB	2021	1	
FN PO	2020	2	

Pozn.: Stav k augustu 2024.

Zdroj: MZ SR, ÚHP

**Výsledok výberového konania je zverejnený na stránke MZ SR – avšak ľahko dohľadateľné sú iba tie najaktuálnejšie.** Výberové konania na funkciu riaditeľov sa musia zverejňovať na stránkach ministerstva minimálne tri týždne pred ich začatím. Zápisnica o priebehu výberového konania nie je dostupná. Zverejňuje sa však zloženie komisie a projekty úspešných uchádzačov či bodové hodnotenia uchádzačov s anonymizovanými hodnotiacimi hárkami komisie za jednotlivé časti výberového procesu.

**Predpoklady na kvalifikáciu sú jednotné pre každú organizáciu a majú dva zásadné problémy. Prvým je vážna požiadavka na 5 ročnú odbornú prax,** ktorá nedefinuje aká prax je požadovaná.

**Druhým je zjavné zvýhodnenie potenciálnych uchádzačov zvnútra organizácie,** keďže súčasťou je strategický projekt rozvoja nemocnice. Ten má za cieľ presne definovať ako v praxi budúci riaditeľ/riaditeľka dosiahne napr. vyrovnané hospodárenie, zvýšenie efektívnosti nákladov či riešenie aktuálnych problémov nemocnice. Vzhľadom na veľmi nízku dostupnosť zverejňovaných údajov, je takéto zadanie výrazne jednoduchšie pre ľudí z prostredia nemocnice.

**Definovanie cieľov pomôže rozdeliť kompetencie medzi MZ SR ako zriaďovateľa nemocníc, riaditeľov a riaditeľky nemocníc a ich dozorné rady.** Rozdelenie kompetencií dnes nie je jasné. Napríklad limity na osobné výdavky sú určené rozpočtom VZP, ale nemocnice podpisujú kolektívne zmluvy a najímajú ľudí nad očakávania rozpočtu bez konzultácií s MZ SR.



**Box 17: Rozdelenie kompetencií medzi MZ SR, vedenie nemocníc a ich dozorné rady**

V ideálnom svete MZ SR vykonáva svoje kompetencie zriaďovateľa, ekvivalent materskej firmy v holdingovej štruktúre, teda najmä:

- Stanovuje ciele jednotlivým nemocniciam v súlade so zdravotnou politikou štátu a investičnými prioritami.
- Nastavuje rozpočty a monitoruje ich dodržiavanie, najmä v osobných nákladoch.
- Koordinuje vyjednávanie so zdravotnými poisťovňami pre zabezpečenie súladu s prijatým rozpočtom verejného zdravotného poistenia aj s plánmi nemocníc.
- Monitoruje a priebežne vyhodnocuje prevádzkovú efektívnosť pre nastavovanie cieľov.
- Monitoruje plnenie cieľov a ak je to nutné, iniciuje výmenu na pozícii riaditeľa / riaditeľky nemocnice. Nové vedenie je vyberané cez výberové konanie s vopred definovanými cieľmi.

Vedenie nemocníc zodpovedá za medicínske výsledky a prevádzkovú efektívnosť a realizáciu cieľov definovaných ministerstvom, v rámci existujúcich finančných, personálnych a legislatívnych limitov.

Dozorné rady kontrolujú, či priority manažmentov zodpovedajú definovaným cieľom zriaďovateľa a či je plnenie cieľov korektné odpočítané.

**Transparentnosť podporia prehľadné a štandardizované výročné správy nemocníc.** Niektoré nemocnice publikujú prehľadné výročné správy, niektoré žiadne. Správy nemajú štruktúru, čo znemožňuje jednoduché porovnanie nemocníc v ich efektívnosti, ani v plnení spoločných cieľov (napr. najímať mladých zdravotníckych pracovníkov).

**Okrem základného prehľadu o nemocnici by výročné správy mali informovať aj o činnosti vedenia a dozorných rád, o odmeňovaní ich členov, zmenách v investičných a strategických plánoch či hlavných indikátoroch kvality nemocnice.** Správy zahraničných nemocníc väčšinou informujú aspoň stručne o svojom hospodárení, výkonnosti, modernizáciách, ale aj o prijatých daroch. Podobne ako pri obchodných spoločnostiach by súčasťou výročnej správy mohla byť správa nezávislého externého audítora.

**Tabuľka 9: Výročné správy nemocníc MZ SR a NHS nemocníc**

	NHS	UN BA	UN KE	UN MT	FN BB	FN NR	FN NZ	FN PO	FN TN	FN TT	FN ZA	DFN KE	DFN BB	NÚDCH
Zverejnenie	✓	✓	x	✓	✓	x	x	✓	x	✓	x	x	x	x
Výsledkové indikátory	✓	✓	x	✓	✓	x	x	✓	x	✓	x	x	x	x
Mzdy	✓	✓*	x	✓	✓*	x	x	✓*	x	✓	x	x	x	x
Počet zamestnancov	✓	✓	x	✓	✓	x	x	✓	x	✓	x	x	x	x
Správa audítora	✓	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Hospodárska bilancia	✓	✓	x	✓	✓	x	x	✓	x	✓	x	x	x	x
Manažment a ich odmena	✓	x	x	x	✓**	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Dozorné orgány a ich odmena	✓	x	x	x	✓**	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Sťažnosti pacientov	✓	✓	x	x	✓	x	x	✓	x	✓	x	x	x	x

\* Údaje obsahujú informácie len o celkovom náklade na mzdy za celú nemocnicu.

\*\* Bez údajov o odmenách.

Zdroj: Výročné správy nemocníc, ÚHP

**Dobrá štruktúra výročných správ pomôže MZ SR riešiť súčasné problémy aj bez jeho priamej participácie.** Verejný tlak a ním vyvolaná sebakontrola manažmentu je jeden z nástrojov na zabezpečenie efektivity verejných inštitúcií. V súčasnosti sa verejnosť nemá ako dozvedieť o potenciálne kontroverzných témach, napríklad ako a za čo je odmeňované vedenie nemocnice alebo aké percento lekárov má bočné úväzky a ako nemocnica rieši možné konflikty záujmov. Výročné správy by mali obsahovať najmä informácie o:

- počte lôžok, hospitalizácií, case-mixe po poisťovniach a obložnosti lôžok po jednotlivých medicínskych programoch,
- zmluvných a skutočných výnosoch a hospitalizáciách rozdelených podľa zdravotných poisťovní,
- počte zamestnancov po profesiách, ich priemerných platoch a FTE, ako aj ich vekovej štruktúre,
- vedení nemocnice, dozorných radách a ich činnosti a odmeňovaní v oboch orgánoch.

### Box 18: Príklady dobrej praxe zverejňovania informácií vo výročných správach nemocníc

**Prax poskytovania verejne dostupných a ľahko zrozumiteľných informácií sa líši naprieč krajinami.** Vo viacerých krajinách EÚ majú nemocnice povinnosť zverejňovať rôzne dáta o výkonnosti, štruktúre či financovaní. Neexistuje však jednotný európsky štandard. Transparentnosť nechýba len Slovensku, ale aj ďalším krajinám, ktoré vstúpili do EÚ po roku 2004 ([WHO](#); [OECD](#), 2019).

**Verejné nemocnice v Spojenom Kráľovstve, ktoré spadajú pod NHS Trust Fund, majú povinnosť publikovať výročné správy danú zákonom.** Ten okrem iného určuje, aké informácie je nemocnica povinná v správe vykazovať. Nemocnice musia pri písaní výročnej správy postupovať podľa [manuálu](#) NHS, ktorý je každoročne aktualizovaný. Výročná správa musí obsahovať minimálne dve veľké kategórie, konkrétne Správu o výkonnosti a Správu o zúčtovateľnosti (Accountability report).

Manuál nemocniciam okrem iného ukladá povinnosť zverejňovať platy vyššieho manažmentu. Ak je ročný zárobok niekoho z jeho členov vyšší ako 150 tis. libier, je nutné aj jeho zdôvodnenie. Nemocnice tiež musia informovať o zložení, činnosti a odmenách členov svojich dozorných rád (Príloha VI).

**V Nemecku musia nemocnice poskytovať verejnosti štruktúrne a výkonnostné údaje.** Dáta sú v štandardizovanom formáte (tzv. *Structured quality reports*), takže sú naprieč poskytovateľmi ľahšie porovnateľné. Ich zverejnenie je povinné zo zákona a sú navrhnuté tak, aby zabezpečili podrobné informácie o zdravotných zariadeniach pre verejnosť. Skladajú sa z troch častí:

- štruktúra nemocnice a údaje o jej výkonnosti,
- údaje o štruktúre a výkone organizačných jednotiek a špecializovaných oddelení,
- zabezpečovanie kvality.

**Väčšina nemocníc v USA musí vyplňať podrobný daňový formulár o svojich finančných tokoch. Podobne ako v Spojenom kráľovstve, nemocnice v USA majú povinnosť uviesť vo formulári aj odmeny riaditeľov, členov dozornej rady a kľúčových zamestnancov nemocnice.** Výročné správy tu slúžia skôr ako komunikačný a propagačný materiál nemocnice. Avšak vďaka tomu, že americké nemocnice sú neziskové organizácie, majú povinnosť vyplňať formulár 990. Ten obsahuje všetky príjmy a výdavky organizácie. Jeho cieľom je zabrániť, aby organizácie oslobodené od daní zneužívali toto postavenie.

**Veľmi užitočné informácie poskytuje českej verejnosti FN Brno.** Výročná správa z roku [2015](#) obsahuje všetky dôležité informácie a je dobrým príkladom najmä v časti personálnej a mzdovej politiky. Tá obsahuje časový rad plánovaných a skutočných mzdových nákladov, počty pracovníkov, vývoj nadčasovej práce a priemerných miezd rozdelených podľa jednotlivých profesií, či kvalifikačnú štruktúru lekárov (bez atestácie, s atestáciou – I., II., stupeň, atď.).

**Dobrym príkladom sú aj výročné správy niektorých slovenských nemocníc.** FN BB zverejňuje detailné informácie o ÚZS (Príloha VI). Konkrétne o počte lôžok, hospitalizácií, case-mixu a obložnosti lôžok aj po oddeleniach, z ktorých sa dá zistiť, ktoré oddelenia nemocnice sú viac a ktoré menej vyťažené a v akej miere sú obsadené jednotlivé lôžka.

**Príjmy a hospitalizácie rozdelené na jednotlivé zdravotné poisťovne umožňujú porovnať príjmy od zdravotných poisťovní pri zohľadnení počtu hospitalizácií alebo case-mixu.** Príkladom je ÚN v Martine alebo nemocnica Sv. Michala (Príloha VI). Pri detailnom informovaní o príjmoch by bolo možné skontrolovať aj, či sa dodržal limit na produkciu nemocnice uvedený v zmluve, aký bol objem uznaných výkonov zdravotnou poisťovňou a skutočne uhradenými výkonmi.

**Informačne bohatú výročnú správu, najmä o zamestnancoch, zverejňuje Kysucká nemocnica** (Príloha VI). Údaje o počte zamestnancov, ich priemernom plati a vekovej štruktúre umožňuje porovnať, aký počet sestier a lekárov v akom veku pracuje v jednotlivých nemocniciach a za aké priemerné odmeny.

**Z informácií o vedení nemocnice a jej dozornej rade by bolo zrejmé, kto je ich členom, či bol zvolený alebo dosadený a na aké dlhé obdobie, ako a za čo je odmeňovaný.** Taktiež by bolo možné zistiť, koľkokrát do roka mali stretnutie, čo bolo predmetom stretnutia, aj na koľkých stretnutiach sa ktorý člen zúčastnil. Časť informácií (napríklad o obsadení dozornej rady a vedení nemocnice) obsahuje výročná správa FN BB, chýbajú však údaje o ich stretávaní a odmeňovaní.

#### 4.2.MZ SR by malo zvážiť transformáciu nemocníc na akciové spoločnosti s tvrdými rozpočtovými pravidlami

*Fakultné a univerzitné nemocnice majú právnu formu príspevkovej organizácie. MZ SR síce nič nebráni centrálne riadiť príspevkové organizácie, zavádzanie systému riadenia nemocníc by mohlo byť jednoduchšie, ak by išlo o akciové spoločnosti. Centrálne / holdingové riadenie príspevkových organizácií vyvoláva právne otázky, ktoré by pri akciových spoločnostiach nebolo potrebné riešiť. Holdingová štruktúra akciových spoločností je bežná prax.*

**V súčasnosti má väčšina veľkých štátnych nemocníc právnu formu príspevkovej organizácie.** Výnimkou sú špecializované kardio ústavy, VOÚ a Nemocnica Poprad, ktoré sú akciovými spoločnosťami od roku 2006 a sú tak príkladmi transformácie nemocníc na a.s. Národný ústav srdcových a cievnych chorôb, ktorý prešiel v rokoch 2017 až 2021 rekonštrukciou s dostavbou nového pavilónu za 50 miliónov eur, z čoho 20 miliónov bolo financovaných bankovým úverom; Nemocnica Poprad sa dlhodobo radí medzi popredné štátne všeobecné nemocnice a netvorí žiadnu stratu, naopak za posledných 10 rokov vytvorila zisk 2 milióny eur; alebo Východoslovenský onkologický ústav so ziskom 1,0 až 1,5 mil. eur ročne. Žiadny poskytovateľ zdravotnej starostlivosti nezanikol kvôli zmene právnej formy na a.s., práve naopak ozdravil svoje hospodárenie, aj vďaka tomu, že pri jeho založení získal lepšie prostriedky, ako mal k dispozícii predtým.

**Lepšie finančné výsledky nemocníc s právnou formou a.s. môžu byť zapríčinené aj tým, že ide o formálne mladšie organizácie.** V čase, keď boli vytvorené alebo oddelené od nemocníc (napr. SÚSCH od FNŠP FDR v Banskej Bystrici) si od zdravotných poisťovní vyjednali lepšie podmienky ako mali ako príspevkové organizácie. Lepšie hospodárenie v nasledujúcich rokoch mohlo byť „len“ dôsledkom udržiavania lepších podmienok. Naopak, nemocniciam, ktoré nezmenili svoju právnu formu sa ich pôvodne nedostatočné financovanie darilo do roku 2024 zvyšovať iba o valorizáciu.

#### Box 19: MZ SR môže riadiť svoje príspevkové organizácie

**Právna subjektivita príspevkových organizácií (p.o.) neznamená, že zriaďovateľ nemá právomoc zasahovať do ich činnosti. Slovenská právna úprava<sup>40</sup> poskytuje legitímny a dostatočný právny základ pre zriadenie a následné riadenie p.o. MZ SR v pozícii zriaďovateľa.** Podľa platnej právnej úpravy zriaďovateľ disponuje silnými nástrojmi riadenia p.o. Je potrebné zdôrazniť, že zriaďovateľ rozhoduje o tom, či vôbec organizáciu zriadi a ak áno, akú právnu formu bude mať a aké úlohy bude plniť, t. j. definuje jej poslanie a zmysel jej zriadenia.

**Aj vo finančnej oblasti zriaďovateľ disponuje silnými nástrojmi riadenia,** ktorými priamo ovplyvňuje a zasahuje do finančných oblastí a finančného riadenia, ako aj oblasti činnosti organizácie, keďže zriaďovateľ zriaďuje p.o s cieľom, aby plnila a zabezpečila prioritne tie úlohy, ktoré od nej vyžaduje.

Správca kapitoly, ktorý je zároveň zriaďovateľom p.o.:

1. rozpisuje schválené záväzné ukazovatele kapitoly aj pre rozpočtové organizácie a p.o. vo svojej vecnej pôsobnosti<sup>41</sup>;
2. umožňuje rozhodnúť pri rozpise záväzných ukazovateľov na príslušný rozpočtový rok o odvode príjmov z prevodu správy alebo z prevodu vlastníctva majetku štátu v správe štátnej p.o. do príjmov štátneho rozpočtu<sup>42</sup>;

<sup>40</sup> Právny základ pre výkon práv zriaďovateľa k jeho príspevkovým organizáciám poskytujú ustanovenia zákona č. 523/2004 Z. z. o rozpočtových pravidlách verejnej správy.

<sup>41</sup> V zmysle § 9 ods. 4 písm. f) zákona č. 523/2004 Z. z.

<sup>42</sup> V zmysle § 24 ods. 1 zákona č. 523/2004 Z. z.

3. tiež usmerňuje hospodárenie s rozpočtovými prostriedkami kapitoly, tým, že má povinnosť určovať limit verejných výdavkov p.o., ako aj zabezpečovať dodržiavanie limitu verejných výdavkov kapitoly<sup>43</sup>.

**Zriaďovateľ taktiež disponuje vymenúvacou a odvolacou právomocou vo vzťahu k štatutárnemu orgánu PO.** MZ SR je v pozícii zriaďovateľa vo vzťahu k p.o., ktorú zriadi, legitímne oprávnené jej riadením. Zriaďovateľ taktiež vydáva o zriadení p.o. zriaďovaciu listinu, ktorá vymedzuje predmet činnosti PO, rozhoduje o dátume jej zriadenia, ako aj o označení štatutárneho orgánu, o vecnom a finančnom vymedzení majetku, ktorý je jej zverený do správy pri zriadení. Zriaďovateľ v zriaďovacej listine určuje tiež dobu, na ktorú sa p.o. zriaďuje. Aj samotná zriaďovacia listina je teda nástrojom riadenia, keďže rozhodnutím o jej zmene môže zriaďovateľ počas fungovania p.o. zmeniť predmet jej činnosti alebo dobu, na ktorú sa zriaďuje. Zriaďovateľ je povinný p.o. zrušiť, ak tá neplní úlohy štátu, na ktoré bola zriadená.

**Zákonné ustanovenia týkajúce sa aktívneho riadenia vlastných organizácii má MZ SR zakotvené aj vo vlastnom štatúte, podľa ktorého „riadi a kontroluje štátne rozpočtové organizácie a štátne príspevkové organizácie vo svojej zriaďovateľskej pôsobnosti“<sup>44</sup>.**

**Akciová spoločnosť je obchodnou spoločnosťou s jednoznačne definovanými povinnosťami s určenou zodpovednosťou za výkon nemocníc.** Funguje podľa detailnej právnej úpravy ukotvanej v obchodnom zákonníku (513/1991 Z. z. § 154 – 220gd), ktorá vytvára tlak na zodpovednú prípravu obchodno-finančných plánov a dôsledného mesačného reportingu umožňujúceho vykonávať včasné opatrenia v prípade pochybení v jej hospodárení. Podmienky správy majetku dovoľujú a.s. väčšiu voľnosť, napr. môžu prenajímať priestory aj za podiel na obrate nájomcu. Zverejnenie vybraných údajov v Obchodnom registri a povinné zverejňovanie účtovných závierok a ďalších dokumentov by výrazne zvýšilo transparentnosť hospodárenia a zjednodušilo vzájomné porovnávanie výkonnosti jednotlivých nemocníc.

**Tabuľka 10: Porovnanie právnej formy akciová spoločnosť a príspevková organizácia**

	<b>Príspevková organizácia</b>	<b>Akciová spoločnosť</b>
Zákonná úprava	Zákon 523/2004 Z. z. § 21 - 28	Obchodný zákonník (513/1991 Z. z. § 154 – 220gd)
Vlastníctvo / dosah	Jeden zriaďovateľ	Možnosť viacerých akcionárov prostredníctvom valného zhromaždenia (napr. MFSR, MH SR, VÚC, mesto, univerzita a podobne)
Ručenie	Ad-hoc oddĺženia	Rezervný fond vytvorený pri vzniku a povinne dopĺňaný zo zisku
Účtovníctvo	Podvojne, bez auditu a bez zverejnenia	Povinne auditovaná účtovná závierka*, zverejnená
Vedenie	Podľa rozhodnutia zriaďovateľa, typicky 1 riaditeľ(ka)	3-členné predstavenstvo
Dozor	Podľa rozhodnutia zriaďovateľa, dozorný orgán bez zverejnenia členov	Povinne zriadená dozorná rada s kompetenciami podľa 513/1991 Z. z. § 197 – 201, zverejní členovia
Tvorba dlhu	Morálny hazard opakovaných oddĺžení zo strany zriaďovateľa a viacročná kumulácia dlhu	Schopnosť tvoriť stratu iba do výšky rezervného fondu a nevyhnutnosť adresovať dlh v priebehu roku
Konkurz	Nie je možné vyhlásiť konkurz na majetok	Možnosť podať návrh na konkurz
Investičné financovanie	Kapitálové príspevky z kapitoly MZ SR v rámci rozpočtu verejnej správy	Emisia akcií, komerčná úverová linka, zisk minulých období
Dodatočné operatívne financovanie	Príspevok z kapitoly MZ SR	Zvýšenie základného imania (riziko štátnej pomoci), komerčná úverová linka

\* Povinnosť auditu je podmienená splnením zákonných veľkostných kritérií v súlade so zákonom o účtovníctve 431/2002 Z. z., § 19, ods. 1, písmeno a), ktorú spĺňajú všetky slovenské nemocnice.

Zdroj: ÚHP

**Akciové spoločnosti by umožnili delené vlastníctvo medzi viaceré inštitúcie ako MZ SR, MF SR / MH SR a VÚC, prípadne konkrétne lekárske fakulty, čo by prispelo k aktívnejšej spolupráci kľúčových aktérov, väčšiemu dohľadu,**

<sup>43</sup> V zmysle § 9 ods. 4 písm. i) zákona č. 523/2004 Z. z.

<sup>44</sup> Čl. 9, ods. (2) písm. a) bod 1.

**ale aj k väčšej stabilite vo vedení a vízií týchto nemocníc.** V prechodnom období by bolo možné poskytnúť inštitúciám nominovať svojich zástupcov do dozorných orgánov príspevkových organizácií.

**Dobrou praxou aj zo zahraničia je vlastníctvo Ministerstva zdravotníctva koncentrovať do holdingu,** ktorý bude okrem majetkovej účasti zároveň vykonávať implementáciu projektu Centralizácia riadenia a Centrálné obstarávanie štátnych nemocníc, zodpovedať za investície do pravidelnej obnovy aktív (výstavba a rekonštrukcie zdravotníckej infraštruktúry) a vykonávať centrálné (holdingové) riadenie nemocníc. Obstarávanie dodávok homogénnych tovarov a služieb by malo ísť centrálné, aby sa dosiahli úspory z rozsahu a minimalizovalo riziko nekalých praktík pri obstarávaní. Zamestnanecké zmluvy, resp. kolektívne zmluvy by nemali vytvárať významné nerovnosti medzi nemocnicami v holdingu a mali by byť koordinované z tejto úrovne.

**Koncept holdingového vlastníctva a riadenia verejných nemocníc je rozšírený napríklad aj v Českej republike, kde sú bežne zaužívané krajské nemocničné holdingy združujúce verejné nemocnice v danom kraji.** Spoločnosť Krajská zdravotní, a.s. združuje 7 nemocníc Ústeckého kraja a spoločnosť Jihočeské nemocnice, a.s. združuje 8 nemocníc Juhočeského kraja vrátane Nemocnice České Budějovice, a.s., ktorá sa s 1 473 lôžkami radí medzi najväčšie nemocnice v Česku.

**Iba zmena právnej formy však nemá potenciál vyriešiť najväčšie problémy slovenských nemocníc ako ich neustále zadlžovanie, či nedostatočné riadenie.** Právna forma je len parciálnou súčasťou zmien smerujúcich k lepšiemu riadeniu štátom vlastnených nemocníc. Tie by sa z veľkej časti mohli udiť aj v súčasnosti, kedy sú nemocnice MZ SR prevažne príspevkovými organizáciami (Box 19). Praktické rámce správy a riadenie štátom vlastnených organizácií v oblastiach transparentnosti, výberu riadenia, merania výkonnosti či kontrolného prostredia popisujú štúdie od [OECD \(2015\)](#) a [WB \(2014\)](#).

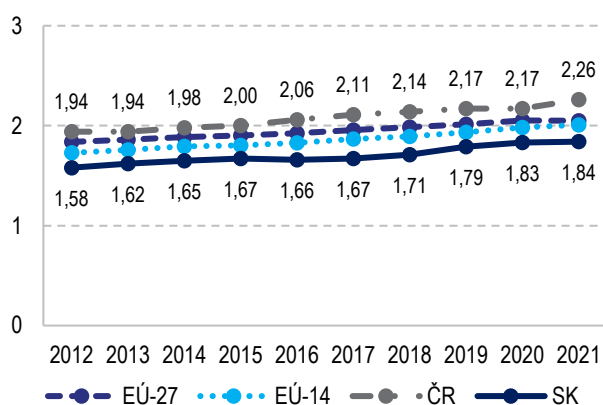
Transformácia štátnych nemocníc bola v závere roka 2024 odmietnutá Lekárskym odborovým združením (LOZ) a bola jednou z kľúčových podmienok LOZ pre stiahnutie výpovedí lekárov v nemocniciach. Na základe toho, vláda SR prijala uznesenie vlády č. 754/2024, kde vyhlasuje, že počas funkčného obdobia súčasnej vlády nedôjde k transformácii zariadení ústavnej zdravotnej starostlivosti v zriaďovateľskej pôsobnosti ministerstva zdravotníctva na akciové spoločnosti podľa Obchodného zákonníka.

## 5. Nedostatok personálu nevyriešia iba slovenské univerzity

Slovensko má nedostatok zdravotníckeho personálu, najmä zdravotných sestier. Zvyšujúca sa vyťaženosť sestier spolu s ich postupným odchodom do dôchodku a starnutím populácie tento problém ešte prehĺbi. Je preto potrebné zvýšiť atraktivitu sesterského povolania najmä prerozdelením kompetencií medzi zdravotné a praktické sestry a odbúraním ich administratívnej záťaže. Zvýšenie atraktivity povolania pomôže zvýšiť aj záujem o štúdium odborov ošetrovateľstva. Bez pracovníkov zo zahraničia však nedostatok nebude možné vyriešiť úplne. Popri získavaní a udržiavaní personálu je potrebné aj znižovať dopyt po ústavnej starostlivosti cez skracovanie hospitalizácií, posilnenie ambulantnej starostlivosti alebo lepšou triážou pacientov.

**Slovenské zdravotníctvo čelí nedostatku personálu.** Medzinárodné porovnanie je komplikované kvôli rozdielnym kompetenciám a vykazovaniu. Ak by boli u nás rovnaké ako vo vyspelých krajinách, do ich priemeru by v celom systéme chýbalo 14 000 sestier<sup>45</sup> a 1 200 lekárov (ÚHP, 2019)<sup>46</sup>. Po zohľadnení potrieb a súčasných minimálnych noriem chýba podľa MZ SR Slovensku aspoň 4 600 sestier a 3 350 lekárov<sup>47</sup>. Personálny nedostatok pritom negatívne vplyva aj na dosahované výsledky zdravotníctva (Philip et al. 2021). V celom zdravotníctve pripadá na jedného lekára približne 1,6 sestry, priemer OECD je 2,7, vo viacerých krajinách s veľmi dobrými výsledkami takmer 4 sestry. Takéto porovnanie však komplikujú rozdiely v činnostiach, ktoré môžu lekári a sestry vykonávať, napr. v Rakúsku alebo Poľsku predpisujú sestry niektoré druhy liekov.

**Graf 38: Počet lekárov v nemocniciach (FTE na tis. obyvateľov)**

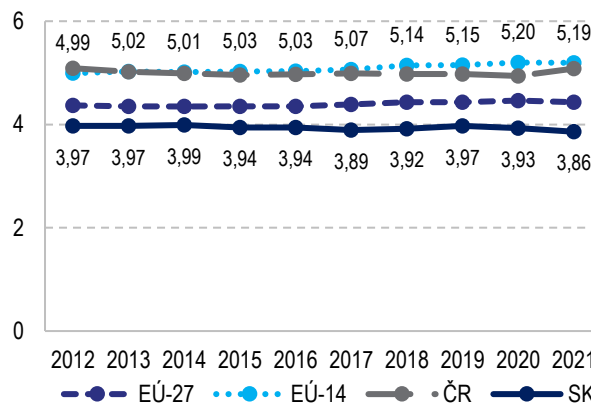


Pozn.: EÚ-14: okrem Finsko, Grécko, Taliansko, Luxembursko, Portugalsko, Španielsko a Švédsko

EÚ-27: okrem Bulharsko, Chorvátsko, Cyprus, Finsko, Grécko, Taliansko, Lotyšsko, Luxembursko, Malta, Poľsko, Portugalsko, Slovinsko, Španielsko a Švédsko

Zdroj: OECD, IZA

**Graf 39: Počet zdravotných sestier pracujúcich v nemocniciach (FTE na tis. obyvateľov)**



Pozn.: EÚ-14: okrem Finsko, Grécko, Taliansko, Luxembursko, Portugalsko, Španielsko a Švédsko

EÚ-27: okrem Bulharsko, Chorvátsko, Cyprus, Finsko, Grécko, Taliansko, Lotyšsko, Luxembursko, Malta, Poľsko, Portugalsko, Slovinsko, Španielsko a Švédsko

Zdroj: OECD, IZA

**Aj v slovenských nemocniciach sú dlhodobo najväčším problémom zdravotné sestry. Do hrubého európskeho priemeru by ich chýbalo od 3 100 (EÚ-27) do 7 200 (EÚ-14) a do naplnenia slovenských minimálnych štandardov<sup>48</sup> 2 605 (12 % z potrebného počtu). Počet sestier v nemocniciach mierne klesá a vďaka rastúcemu počtu lekárov, ktorý nie je veľmi vzdialený od ostatných krajín (Graf 38), tak výrazne klesá ich podiel na jedného lekára. Hoci sa v posledných rokoch**

<sup>45</sup> Za sestry sú v texte považované sestry a pôrodné asistentky. V roku 2023 bolo v 13 fakultných a univerzitných nemocniciach 9 005 sestier a 498 pôrodných asistentiek. Pomer je dlhodobo stabilný, sestry tvoria približne 95 % z ich súčtu.

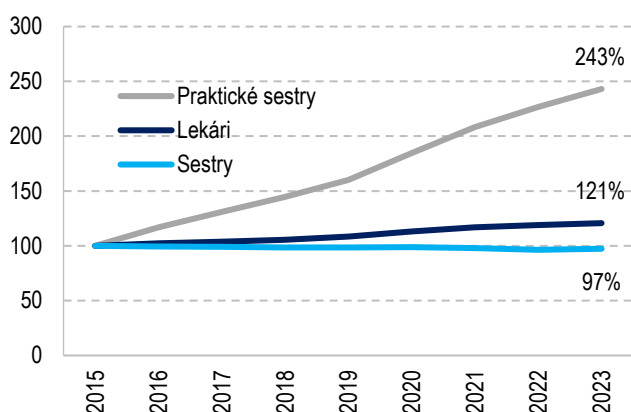
<sup>46</sup> Odhad realizovaný na dátach z roku 2016.

<sup>47</sup> Podľa výsledkov priameho zberu dát.

<sup>48</sup> Minimálne štandardy vznikajú spojením dvoch normatívo. Z vyhlášky 316/2022, ktorá definuje minimálne počty personálu podľa konkrétneho programu z OSN a výnosu 09812/2008-OL, ktorý stanovuje minimálne počty FTE na pacienta na lôžku. Ak napríklad nemocnica spĺňa podmienky programu kardiokirurgia z OSN, ktorý je povinný pre nemocnice IV. a V. úrovne (minimum 4 kardiokirurgovia), ale podľa počtu pacientov na oddelení chýbajú 2, nemocnica vykáže 2 chýbajúcich. Podobné platí aj naopak, ak by nemocnica mala dostatočný počet kardiokirurgov podľa počtu pacientov na lôžkach, ale chýbali by jej podľa programových požiadaviek z OSN, vykáže ich ako chýbajúcich. Výpočet je realizovaný podľa legislatívy účinnej v roku 2023.

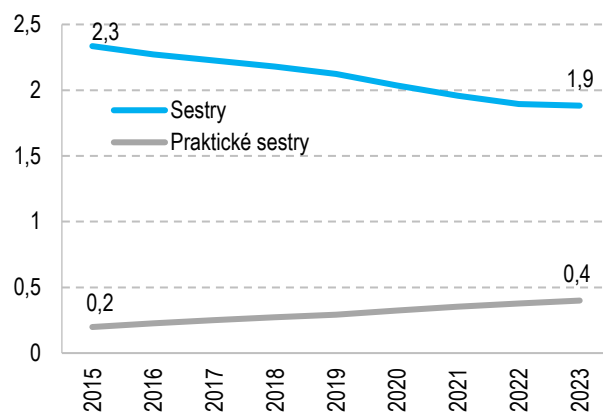
darí zvyšovať počet praktických sestier, pri súčasnom nastavení systému to veľmi nerieši celkový problém. Praktická sestra nemôže plnohodnotne nahradiť zdravotnú sestru (bližšie v Boxe 20 v časti 5.1).

**Graf 40: Vývoj FTE vybraných povolání v 13 fakultných a univerzitných nemocniciach, v %**



Zdroj: NCZI, ÚHP

**Graf 41: Počet sestier a praktických sestier na lekára v 13 fakultných a univerzitných nemocniciach**



Zdroj: NCZI, ÚHP

**Bez zmien budú sestry starnúť a s ich postupným odchodom do dôchodku sa bude nedostatok ešte viac prehľbovať** (Príloha I). Kým v roku 2011 bola takmer polovica sestier mladšia ako 40 rokov, v roku 2021 ich nebola ani štvrtina. Počet sestier starších ako 60 rokov sa za rovnaké obdobie takmer strojnásobil. Ich postupné odchádzanie do dôchodku nebude možné kompenzovať bez zmien súčasného pribúdania nových sestier a zvýšenia retencie v zdravotníctve. Prvé veľké odchody je možné očakávať v roku 2029, ešte citeľnejšie budú po roku 2035 (RRZ, 2023). Na rozdiel od lekárov sa pri sestrách nedá očakávať, že ostanú pracovať aj po dovŕšení dôchodkového veku.<sup>49</sup>

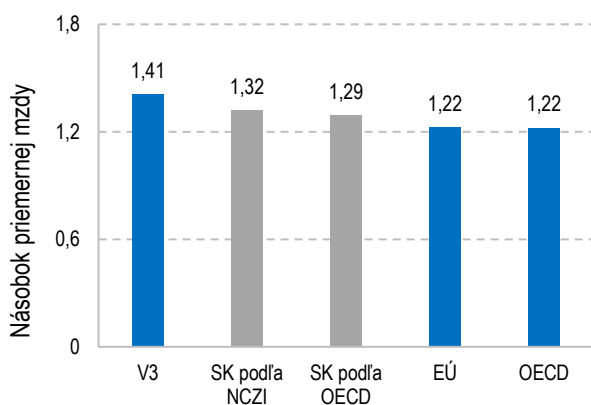
**Prehľbujúci sa nedostatok sestier bude ešte zvyšovať pracovnú záťaž zostávajúcich sestier, čo zvyšuje riziko ďalších odchodov.** Štúdia BCG<sup>50</sup> odhaduje, že v Bratislavskom kraji narastie počet hospitalizácií do roku 2050 o 46%, čo bez ďalších zmien vytvorí neudržateľný nápor na prácu sestier (bližšie v Prílohe VII).

### 5.1. Retenciu sestier je potrebné zvýšiť cez zlepšenie pracovných podmienok

**Napriek rastúcim priemerným platom sa nedarí zvyšovať atraktivitu povolania zdravotných sestier v nemocniciach.** Priemerné mzdy sestier pracujúcich vo všetkých nemocniciach dosiahli podľa OECD v roku 2021 1,3 násobok priemerných miezd v hospodárstve, v 13 fakultných a univerzitných nemocniciach takmer 1,5 násobok. Plat sestier v koncových nemocniciach tak narástol z 1 047 v roku 2015 na 2 093 eur v roku 2023 (nárast o 100 %), zatiaľ čo priemerné mzdy sa v rovnakom období zvýšili z 883 na 1 433 eur (nárast o 62,3 %). Priestor na ich ďalšie skokové navyšovanie vo verejných financiách nie je. Odmeňovanie pritom nemusí byť jediným dôvodom pretrvávajúcej nízkej atraktivity profesie.

<sup>49</sup> Praktické sestry podobným výzvam nečelia. Ich veková štruktúra je výrazne lepšia. Bližšie porovnanie je uvedené v Prílohe I.

<sup>50</sup> Štúdia predpokladá, že sa počet obyvateľov v BSK od roku 2019 do roku 2050 zvýši o 25 % (na cca 830-tis. ľudí), podiel ľudí vo veku 65+ vzrastie takmer na 26 % (17 % v roku 2019) a podiel tejto vekovej skupiny na 15 až 64 ročných sa zvýši na 44 % (26 % v roku 2019).

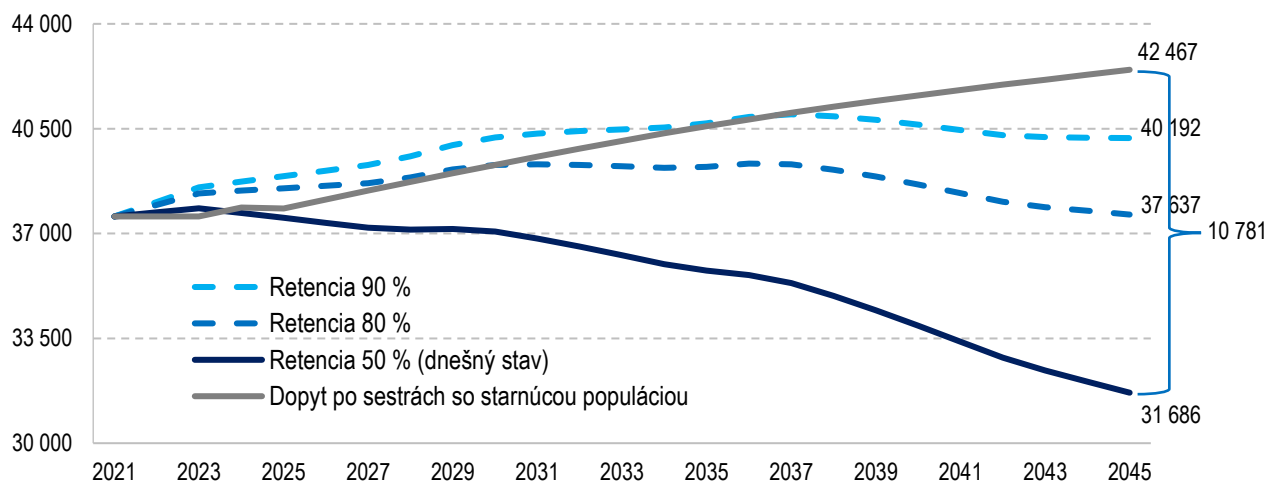
**Graf 42: Platy nemocničných sestier<sup>51</sup> v pomere k priemernej mzde v hospodárstve, 2021**


Zdroj: OECD, NCZI, ÚHP

**Graf 43: Vývoj priemerných plátov sestier<sup>52</sup> v 13 fakultných a univerzitných nemocniciach**


Zdroj: NCZI, ŠÚSR, ÚHP

Dôsledkom nedostatočnej atraktivity je aj klesajúci záujem o štúdium a nízka retencia (udržanie) absolventov odborov ošetrovateľstva. Napriek zvyšovaniu plátov klesol počet absolventiek a absolventov odborov ošetrovateľstva za posledných 10 rokov o viac ako polovicu. Navyše 50 % z nich sa ani nezapojí do zdravotníctva na dlhšie ako 5 rokov (RRZ, 2023)<sup>53</sup>. Nie len zvýšenie počtu absolventiek a absolventov, ale aj ich udržanie v systéme je pritom kľúčové.

**Graf 44: Odhadovaný vývoj počtu sestier v závislosti od miery retencie\***


\* Pozn.: Dopyt po sestrách vychádza zo scenára nezmenených politík, demografických a makroekonomických prognóz a zachovania súčasného pomeru sestier na lekára.

Zdroj: RRZ (2023), ÚHP

Hlavnými prekážkami sú náročnosť povolania, pracovná záťaž vyplývajúca z nedostatku personálu a slabšie možnosti kariérneho rozvoja (Tupá, 2020). Práca zdravotnej sestry je fyzicky aj emocionálne náročná. Nedostatok personálu spôsobuje, že sestry v nemocniciach majú výrazne viac pracovného stresu ako v iných zariadeniach či sociálnych službách. Najmä mladých ľudí môže tiež odrádzať nedostatočné vzdelávacie možnosti a slabšie možnosti ich kariérneho rozvoja.

<sup>51</sup> V stĺpci SK podľa NCZI je priemerný plat sestier v 13 fakultných a univerzitných nemocniciach podľa NCZI, ostatné dáta sú z OECD. Priemer EÚ tvoria krajiny Belgicko, Česko, Dánsko, Estónsko, Fínsko, Francúzsko, Grécko, Holandsko, Írsko, Luxembursko, Maďarsko, Nórsko, Poľsko (rok 2020), Portugalsko, Slovensko, Slovinsko, Španielsko, Švédsko a Taliansko. V priemere OECD chýbajú Austrália, Japonsko, Kórea, Kostarika, Litva, Lotyšsko, Nemecko a Turecko. V krajinách V4 je nahradený chýbajúci údaj Poľska v roku 2021 rokom 2020.

<sup>52</sup> Priemerná mzda v Grafe 43 je zo ŠÚSR. Práve na ňu sa odkazuje aj legislatíva upravujúca tarifné platy v zdravotníctve. Takáto priemerná mzda je nižšia ako tá, s ktorou pracuje OECD (Graf 42).

<sup>53</sup> Štúdia RRZ (2023) pracuje s pojmom sestra+, ktorý zahŕňa všetky povolania sestier, pôrodných asistentiek, praktických sestier – asistentov a zdravotníckych asistentov.



**Zmeny v kompetenciách sestier a ich nižšia administratívna záťaž majú potenciál zvýšiť atraktivitu povolania.** Sestry dnes robia aj také úkony, ktoré by nemuseli robiť, ide najmä o administratívne činnosti. Keďže ich nedostatok je veľký, mali by časť ich kompetencií prevziať praktické sestry (ktorých počet na Slovensku rastie) a administratívnu prácu prebrať podporné profesie.

### Box 20: Možné zmeny kompetencií sestier a praktických sestier

Slovenský systém rozlišuje medzi sestrami (vrátane pôrodných asistentiek) a praktickými sestrami. Rozdiel je v tom, čo ktoré povolanie môže (resp. nemôže) robiť vyplývajúci aj z rozdielnych minimálnych požiadaviek na vzdelanie. Praktickej sestry (kedysi zdravotníckemu asistentovi) postačuje ukončené stredoškolské zdravotnícke vzdelanie v obore. Sestry potrebujú mať vysokoškolské vzdelanie alebo strednú školu s nadstavbou. To sa potom odráža aj na vyššej zodpovednosti a samostatnosti práce sestier.

**Prenos kompetencií by umožnil praktickým sestram vykonávať širšiu škálu ošetrovateľských činností a odľahčil by prácu sestier.** Kvôli plošnému nedostatku personálu musia v praxi zdravotníci aj nezdravotnícki pracovníci často vykonávať činnosti aj mimo svojich kompetencií. V niektorých prípadoch môžu robiť sestry prácu za nezdravotnícky personál, v iných prípadoch zas už dnes musia praktické sestry alebo sanitári vykonávať činnosti pripadajúce sestram. Pre posilnenie kapacít je preto, v prípade, že to je možné, posúvať kompetencie smerom na nižší personál. MZ SR pripravilo návrh zmien kompetencií, ktorý bol však v [medzirezortnom pripomienkovanom konaní](#) odmietnutý Asociáciou stredných zdravotníckych škôl ako celok.

Tabuľka 11: Možný presun kompetencií z vyšších na nižšie zdravotnícke profesie

<i>Zo sestier na praktické sestry</i>	<i>Z praktických sestier na sanitárov</i>
Nad rámec aktuálnych kompetencií by mohli zabezpečovať a vykonávať činnosti súvisiace s prijatím, prepustením, preložením, umieraním a úmrtím pacientov. Posudzovať a monitorovať zdravotný stav pacientov pomocou hodnotiacich a meracích nástrojov. Aplikovať zábaly, obklady, kyslíkovú a inhalačnú liečbu, enterálnu výživu alebo klystíry. Odsávať sekrety z horných a dolných dýchacích ciest, ošetrovať stómie, vykonávať základnú resuscitáciu a aplikovať parenterálnu výživu.	Informovať pacientov o dodržiavaní hygienických zásad, zabezpečovať hygienu prostredia, dezinfikovať zdravotnícke pomôcky, prístroje a nástroje. Kontrolovať teplotu v miestnostiach a chladničkách s liekmi. Preberať, ukladať a kontrolovať zdravotnícke pomôcky a materiál. Pripravovať obväzový materiál, starať sa o lôžka a bielizeň. Zabezpečovať bezpečné prostredie a ochranu intimity pacientov, vykonávať s nimi nácvik sebaobslužných činností, polohovať ich, podávať im jedlo a tekutiny, vykonávať hygienickú starostlivosť. Asistovať pri diagnostických a liečebných výkonoch, podieľať sa na starostlivosti o mŕtve telo.

**Prerozdelenie časti úloh v zdravotníckom tíme aj na nezdravotnícky personál by mohol zlepšiť kvalitu starostlivosti o pacientov.** Opatrovatelia síce nie sú zdravotnícki pracovníci, ale pre uvoľnenie kapacít je potrebné zvážiť prenos časti úloh zo sanitárov aj na nich. Mohlo by ísť napríklad o činnosti ako základná dezinfekcia a hygienická starostlivosť o pomôcky a prostredie, príprava zdravotníckych pomôcok na sterilizáciu, starostlivosť o posteľ a bielizeň, preprava osôb na vyšetrenia a biologického materiálu do laboratórií. Opatrovatelia by mohli tiež dopravovať stravu na oddelenia, pomáhať pacientom pri ich stravovaní a pitnom režime a niektorých činnostiach hygieny.

**Zatraktívniť sesterské povolanie by mohlo pomôcť aj rozumné rozšírenie niektorých kompetencií.** V krajinách ako Rakúsko či Poľsko môžu sestry predpisovať niektoré skupiny liekov. Dlhšiu dobu prebiehajú diskusie o posilnení právomocí pôrodných asistentiek pred pôrodom a pri fyziologických pôdoch ([TASR, 2017](#)). Ukazuje sa však, že zaužívané postupy je náročné meniť a iba úprava kompetencií vo výnose či legislatíve nemusí stačiť. V praxi totiž vidieť rozdielnu mieru uplatňovania existujúcich kompetencií pôrodných asistentiek naprieč nemocnicami, ktoré majú zverenú pri fyziologických pôdoch už dnes. Prevažujú nemocnice, kde je ich zapojenie minimálne a aj fyziologické pôrody sú takmer výlučne vedené lekármi. Dôvodom môže byť aj to, že personál stratil zručnosti, ktoré získal počas štúdia a prípravy. Na druhú stranu, pre širšie uplatňovanie kompetencií pred pôrodom (napríklad v podobe domácich návštev a príprav na pôrod) chýba dostatočná finančná motivácia v podobe platieb od ZP.

## 5.2. Zdravotnícky personál je potrebné lákať aj zo zahraničia

Slovenské zdravotníctvo potrebuje pracovníkov aj zo zahraničia. Hlavnými prekážkami zamestnávania osôb mimo EÚ sú náročnosť a dĺžka povoľovacieho procesu, nákladnosť uznania vzdelania a kvalifikácie a jazyková bariéra. Najväčší priestor na zlepšenie je v zjednodušení získavania pracovných víz, zrýchlení uznávania odbornej kvalifikácie, podpore jazykovej prípravy a efektívnejšej integrácii pracovníkov a ich rodín.

**Netreba sa zamerať iba na sestry a lekárov, pomohli by aj ostatné zdravotnícke profesie.** Sanitári a praktické sestry majú nižšie nároky na prípravu a môžu výrazne odľahčiť prácu lekárov a sestier. Alternatívou je aj príprava pomocného nezdravotníckeho personálu, ktorý by bol užitočný pri základných interakciách s pacientom, ako je prezliekanie bielizne, nosenie stravy, umývanie, apod. Doba prípravy nezdravotníckeho pracovníka sa pohybuje v mesiacoch, na rozdiel od rokov prípravy zdravotníckeho personálu.

**Personál s nižšou kvalifikáciou je na Slovensku ľahšie udržateľný.** Lekári aj sestry majú vo všetkých krajinách EÚ rovnaké požiadavky na vzdelanie a odborné predpoklady. Po odbornej stránke tak majú ľahký prístup do okolitých krajín. To sa netýka sanitárov a praktických sestier, ktorých profesie nie sú regulované na európskej úrovni. Ich udržanie je preto v praxi jednoduchšie. Zároveň by bolo možné podporovať ich v ďalšom vzdelávaní a postupne tak znižovať nedostatok aj niektorých kvalifikovaných zdravotníckych pracovníkov.

**Je potrebné zjednodušiť zamestnávanie osôb z tretích krajín, ktoré by chceli pracovať v zdravotníctve.** MZ SR predstavilo návrh opatrení, ktoré majú za cieľ podporiť a zefektívniť proces ich zamestnávania na Slovensku. Akčný plán pre koordináciu zamestnávania štátnych príslušníkov tretích krajín bol predložený na rokovanie rovnako pomenovanej pracovnej skupiny s cieľom zamerať sa práve na tretie krajiny. Cieľovou skupinou akčného plánu nie je len zdravotnícky personál, potenciál je aj v menej kvalifikovaných podporných profesiách. V závislosti od typu personálu sa môžu líšiť aj opatrenia. Pre ten zdravotnícky je súčasný proces od požiadavky o vstup až po uznanie vzdelania a kvalifikácie náročný nie len na čas, ale aj na financie. Len uznanie vzdelania z neeurópskych krajín môže trvať 2 roky a záujemcu stáť do 2 500 eur.

**Vhodne nastavená podpora a stimuly môžu výrazne pomôcť zatraktívniť slovenský pracovný trh.** Pomôcť zlepšiť konkurencieschopnosť môžu nástroje ako podpora náborových aktivít v zahraničí, systematického vzdelávania jazykovej a odbornej prípravy, dostatočne rýchla integrácie pracovníkov a ich rodinných príslušníkov, pomoc pri bývaní a riešení životných situácií či dočasné daňové úľavy na príjmy zo závislej práce v zdravotníckych zariadeniach.

## 6. Moderné nemocnice bez lepšieho plánovania nebudú

*Budovy nemocníc majú v priemere 50 rokov a často nespĺňajú aktuálne medicínske požiadavky. Investičný dlh všetkých nemocníc MZ SR vo výške 4,5 mld. až 7,1 mld. eur je dôsledok dlhodobého zanedbaných investícií a údržby infraštruktúry. Na jeho zníženie bude potrebné zlepšiť plánovanie investícií, efektívnejšie čerpať EÚ zdroje aj zabezpečiť, aby nemocnice vykryvali údržbu z adekvátne zvýšených príjmov z verejného zdravotného poistenia. Investície vo forme PPP projektov treba vnímať najmä ako nástroj na zvýšenie efektivity. Bez dostatočných skúseností sú však pre štát rizikové.*

**Priemerný vek budov štátnych nemocníc dosahuje 50 rokov a mnohé nemocnice majú nevyhovujúcu dispozíciu aj kapacitu. Napriek tomu v posledných desaťročiach neboli realizované významné investície.** Za posledných 30 rokov bola postavená iba jedna nová štátna nemocnica (Nemocnica sv. Michala v Bratislave otvorená 2015) a komplexne obnovená nebola ani jedna. Verejné obstarávanie na komplexnú rekonštrukciu Fakultnej nemocnice s poliklinikou F.D. Roosevelta v Banskej Bystrici (2019) a Univerzitnej nemocnice Bratislava Ružinov (2020) boli zrušené pred podpisom zmluvy. Podľa pasportizácie<sup>54</sup> budov MZ SR až 83 % plochy nemocníc nie je zateplených alebo sú zateplené nedostatočne. Potrebné investície do nemocníc sú v štáte riešené spravidla len čiastkovo, podľa dostupných financií.

**Väčšina súčasných nemocníc nespĺňa aktuálne nároky na zdravotnú starostlivosť a má predimenzovaný lôžkový fond, ktorý môže byť využívaný efektívnejšie.** Slovenské nemocnice majú o 33 % vyšší počet postelí na 1 000 obyvateľov oproti [priemeru OECD](#)<sup>55</sup> a dosahujú nízku mieru využitia lôžok<sup>56</sup> (tzv. obložnosť, viac v kapitole 1.2). Dôsledkom predimenzovaného lôžkového fondu môžu byť neefektívne využité priestory, nadbytočná rozloha a dodatočné náklady (napr. energie, údržba, modernizácia). Priestory nemocníc často nevyhovujú dispozične a nespĺňajú aktuálne nároky na zdravotnú starostlivosť (napr. menej lôžok na izbe, sociálne zariadenie na izbe, priestory pre stacionárne a jednodňovú zdravotnú starostlivosť). Rekonštrukcie nevyriešia všetky tieto problémy a preto bude nevyhnutnou súčasťou modernizácie aj výstavba nových nemocníc (viac v Boxe 21)<sup>57</sup>. Pri výstavbe nemocníc je potrebné dbať na optimálne stanovený rozsah lôžok a obložnosť nemocnice. Zároveň je potrebné myslieť aj na presmerovanie časti lôžkovej starostlivosti do primárnej, následnej alebo jednodňovej starostlivosti.

### Box 21: Výber dobrej architektúry nemocničného zariadenia je kľúčový z hľadiska ekonomickej efektivity a zlepšenia starostlivosti o pacienta

**V posledných rokoch boli [hodnotené](#) projektové zámery viacerých nemocníc, ktoré poukázali na ich nevhodné usporiadanie a z toho vyplývajúce problémy.** Napríklad, pri starších nemocniciach je bežné pavilónové usporiadanie, ktoré je dnes považované za zdroj neefektivity najmä kvôli potrebe presunu pacientov, materiálu a personálu medzi viacerými budovami. Časté a dlhé presúvanie pacientov nie je v súlade s novými prístupmi v [dizajne nemocníc](#) a starostlivosti. Okrem vnútorného usporiadania nemocnice je problémom aj presun pacientov na lôžkach vonkajším prostredím. Niektoré z pavilónových nemocníc disponujú prepájacími chodbami, tie sú však často v havarijnom stave a nie je možné ich využívať. Ďalším problémom sú izby s tri a viac lôžkami a zdieľanými sociálnymi zariadeniami.

**Dizajn nemocníc a z neho vyplývajúci manažment pacienta je dôležitý aj kvôli [vplyvu na mieru stresu pacientov](#) a tým môže ovplyvniť ich zdravotný stav.** Moderné nemocnice sa odkláňajú od jasne oddelených odborností a namiesto toho smerujú k ich prepájaniu s cieľom sústredenia starostlivosti okolo pacienta. Prepájanie odborností umožňuje zdieľanie lôžok, ktoré zas môže zvýšiť obložnosť nemocnice.

<sup>54</sup> Mapovanie existujúceho stavu budov.

<sup>55</sup> Potrebu lôžok určuje aj nastavenie systému, konkrétne či a akým spôsobom funguje primárna a následná starostlivosť a do akej miery sú nemocnice schopné využívať jednodňovú starostlivosť a stacionárne.

<sup>56</sup> Na mieru využitia lôžok vplyva počet lôžok na izbe, čo uvedená štatistika OECD nezohľadňuje. Nižšiu obsadenosť majú typicky viaclôžkové izby, ktorých plnú kapacitu nie je možné využiť, ak to nedovoľuje stav pacienta. Jednolôžkové izby však majú aj niektoré [nevýhody](#) (ťažšie monitorovanie pacientov, vyššie počiatočné náklady a pod.). Nové projekty nemocníc často používajú kombináciu jedno- a dvojlôžkových izieb.

<sup>57</sup> Priestory nemocníc sa môžu stať nadbytočnými aj z dôvodu nedostatku personálu, čo vedie k uzatváraniu alebo redukovaniu oddelení. Nie je jasné, či sú takéto lôžka vykazované do štatistík NCZI a ovplyvňujú následne vykazovanú efektívnosť nemocnice. Flexibilnejšie využitie a zvýšenie využiteľnosti lôžok môže zabezpečiť systém zdieľaných (plávajúcich) lôžok.

**Výber vhodného prístupu, rekonštrukcie alebo výstavby novej nemocnice, súvisí s medicínskym programom, ktorý je určený pre danú úroveň nemocnice v rámci programu Optimalizácia siete nemocníc.** Pri výstavbe nového zariadenia je potrebné v prvom rade definovať vhodnú formu a tvar objektu, ktorá vyplýva z požiadaviek programu a mala by byť základom pri tvorení zadania pre obstaranie projektovej dokumentácie.

**Špecializované zariadenia vyššej úrovne kladú vysoký dôraz na efektívnu cestu pacienta a prepojenie oddelení.** Pri zariadeniach koncového typu, t.j. III. a vyššej úrovne, ktoré poskytujú špecializované komplexné výkony a multidisciplinárny prístup k diagnostike a liečbe ochorení, je dôraz kladený na zabezpečenie efektivity cesty pacienta a dobrých prepojení jednotlivých oddelení s cieľom sústredenia starostlivosti. Ideálnym je v tomto prípade tzv. blokový typ nemocnice, ktorý sa javí efektívny aj vzhľadom na [požiadavky udržateľnosti](#). Blokový typ (resp. typ tzv. podstavy s vežou), zabezpečuje plynulý presun pacienta a prepojenia v rámci nemocnice, je aj efektívny vzhľadom na dostupnosť pozemkov a využiteľnosť územia, ktorá sa práve vo väčších mestách v súčasnosti ukazuje ako problém.

**Nemocnice nižšej úrovne sa orientujú primárne na vytvorenie vhodného prostredia na doliečenie a rehabilitáciu blízko domova pacienta.** Nemocnice I. úrovne sú orientované na jednoduchovú a súčasne i následnú starostlivosť, t.j. na vytvorenie prostredia pre doliečenie a rehabilitáciu pacienta, ktoré je bližšie k jeho domovu a blízkym. Ide o nemocnice v menších mestách, ktoré disponuje dostatočným priestorovým potenciálom na výstavbu nemocníc tzv. átriového typu. Átriá vytvárajú uzavreté mikro-dvory s vládnejšou atmosférou, lepším presvetlením denným svetlom, kontaktom so zeleňou. Takéto priestorové usporiadanie sa [prejavuje efektívne](#) z dlhodobého hľadiska na zvýšení kvality zdravotnej starostlivosti a zrýchlenia liečebného procesu pre pacienta. Zdravotná starostlivosť v nemocniciach II. úrovne bude rozmanitejšia a bude ich budovy potrebné posudzovať individuálne podľa programov.

**Súčasťou prístupov k budovaniu nových [nemocničných zariadení orientovaných na pacienta](#) je koncept liečivého prostredia.** Hlavným cieľom takéhoto prístupu, tzv. „healing environment“ je práve zníženie miery stresu a jeho fyzických prejavov a s ním vznikajúcich problémov, ako sú [medicínske pochybenia](#), neschopnosť sústredenia sa a tiež rýchlejšieho uzdravovania pacientov cez formovanie fyzického a sociálneho prostredia nemocnice. Z uplatnenia tohto konceptu nebenefitujú len pacienti a ich rodiny, ale zabezpečuje aj vytvorenie kvalitných [pracovných podmienok pre zdravotnícky personál](#). Zároveň, existujúce štúdie ukázali, že v nemocničnom prostredí možno dosiahnuť rýchlejšie zotavenie pacienta, a teda [skrátit čas hospitalizácie](#), ak sú fyzické aspekty nemocnice, ako napríklad výhľad na zeleň, súkromie pacientov, použité materiály alebo [denné či umelé osvetlenie](#) realizované v súlade s konceptom liečivého prostredia. V konečnom dôsledku aplikácia konceptu liečivého prostredia má pozitívny dopad aj na [ekonomickú efektivitu](#) nemocničného zariadenia.

**[MZ SR v roku 2013](#) odhadlo investičný dlh v celej sieti poskytovateľov zdravotnej starostlivosti na 3,9 mld. eur. S využitím aktuálnych nákladov na výstavbu a vybavenie nemocníc by išlo o 4,8 mld. eur, takýto odhad je pravdepodobne podhodnotený (Box 22).** MZ SR vypočítalo investičný dlh prostredníctvom potrebných lôžok, priestoru na lôžko a jednotkového nákladu na výstavbu nemocnice. [HPI \(2014\)](#) podobným spôsobom, no s upravenými parametrami odhadlo dlh v celej sieti na 4,2 až 8,9 mld. eur. HPI pracuje s odlišnými potrebami lôžok a priestoru na lôžko a jednotkovej ceny výstavby.

**Podľa MF SR dosahuje investičný dlh len verejných nemocníc od 4,5 do 7,1 mld. eur v závislosti od počtu hospitalizácií, priemernej ošetrovacej doby a miery využitia lôžok nových nemocníc.** Prepočet MF SR vychádza, podobne ako HPI a MZ SR, z počtu lôžok a priestorovej potreby, ale do intervalu zahŕňa nižšiu efektivitu nemocníc a nižšiu potrebu priestorov. Zahnuté boli lôžka na akútnych oddeleniach verejných nemocníc. Odhad je konzervatívny, keďže očakáva, že nové projekty budú kladť dôraz na efektívnosť nemocníc a budú optimalizovať lôžkový fond. Investičný dlh zahŕňa aj očakávané náklady na obnovu zdravotníckej techniky. Detailnejší postup výpočtu je uvedený v Boxe 22. Výstavba všetkých lôžok je v praxi nepravdepodobná a zrejme by nebola potrebná vo všetkých prípadoch, ale podľa stavu objektov. Ak by všetky verejné nemocnice boli iba rekonštruované s ponechaním súčasného lôžkového fondu (22 tis.), náklady by boli 6,7 mld. eur.<sup>58</sup> Zlý stav verejných nemocníc ilustruje aj ich porovnanie so súkromnými alebo rozdielna investičná aktivita voči Česku, viď Príloha VIII.

<sup>58</sup> Pri jednotkovom náklade na lôžko 308 374 eur prevzatom z revízie Plánu obnov z roku 2023.

**Box 22: Výpočet investičného dlhu podľa MF SR**

**MZ SR vo svojom výpočte investičného dlhu používa parametre, ktoré môžu viesť k podhodnoteniu investičného dlhu.** Potrebne lôžka vo výpočte MZ SR nezahŕňali psychiatrické lôžka a lôžka pre dlhodobú starostlivosť, keďže priemerná dĺžka hospitalizácie použitá vo výpočte je na týchto oddeleniach nezanedbateľne dlhšia. Investičný dlh tak môže byť v tomto výpočte podhodnotený. Zároveň bol počet hospitalizácií vo výpočte MZ SR prispôsobený cieľom OECD – hospitalizácie mali klesnúť o 20 %, priemerná dĺžka pobytu na 5 dní a obložnosť dosiahnuť 85 %. To je optimistický scenár a potrebná investícia by bola vyššia, ak nemocnice nedosiahnu predpokladanú efektívnosť, a preto nebudú môcť znižovať počet lôžok (a s ním súvisiaci potrebný priestor nemocnice).

**Prepočet MF SR počíta investičný dlh tiež cez potrebné lôžka, v intervale však počíta aj s nižšou efektívnosťou nemocníc či vyššou priestorovou potrebou.** Prepočet MF SR obsahuje dva varianty predstavujúce interval od minimálnej po maximálnu potrebnú investíciu, pričom počíta iba s verejnými nemocnicami. Variant s minimálnou investíciou predpokladá vyššiu efektívnosť nemocníc a vyššiu životnosť budov. Variant s maximálnou investíciou bol počítaný na základe konzervatívnejšieho odhadu efektivity poskytovanej starostlivosti. Predpoklad obložnosti bol znížený na 80 %, avšak stále ide o optimistický odhad, ktorý predpokladá zvýšenie efektívnosti nemocníc (v súčasnosti dosahujú priemernú obložnosť 56 %). Investičné náklady boli vypočítané na základe údajov z uzatvorenej zmluvy na výstavbu novej nemocnice v Banskej Bystrici (jednotkové stavebné náklady na m<sup>2</sup>), ktoré boli navýšené o predpokladané dodatočné náklady. Projekt novej Univerzitnej nemocnice v Martine nebol použitý z dôvodu vyšších jednotkových nákladov projektu, ktoré vyplynuli z nadštandardných prvkov stavby a typu nemocnice (univerzitná), čo nie je reprezentatívne pre zvyšné nemocnice. Reálna investičná potreba môže byť nižšia z dôvodu jednoduchšej výstavby nemocníc nižšieho typu a pravdepodobnej rekonštrukcie niektorých budov namiesto výstavby.

**Tabuľka 12: Výpočet potrebnej ročnej investície a celkového investičného dlhu\***

	MZ SR	MF SR prepočet min	MF SR prepočet max
Ročný počet hospitalizácií	789 658	674 671	674 671
Cieľová obložnosť	85 %	85%	80%
Cieľová priemerná dĺžka hospitalizácie (dni)	5	5	6
Potrebný počet lôžok	12 726	10 873	13 863
Počet m <sup>2</sup> na lôžko	128	128	158
Celková priestorová potreba	1 628 948	1 391 747	2 186 315
Suma za m <sup>2</sup>	2 596	2 596	2 596
Suma za m <sup>2</sup> vrátane ZT techniky a mobiliáru	3 245	3 245	3 245
Životnosť nemocnice	35	40	35
<b>Priemerná ročná investícia (mil. eur bez DPH)</b>	<b>137,6</b>	<b>90</b>	<b>162</b>
Investičná potreba výstavba (mld. eur bez DPH)	3,9	3,6	5,7
<b>Investičná potreba celkom (mld. eur bez DPH)</b>	<b>4,8</b>	<b>4,5</b>	<b>7,1</b>

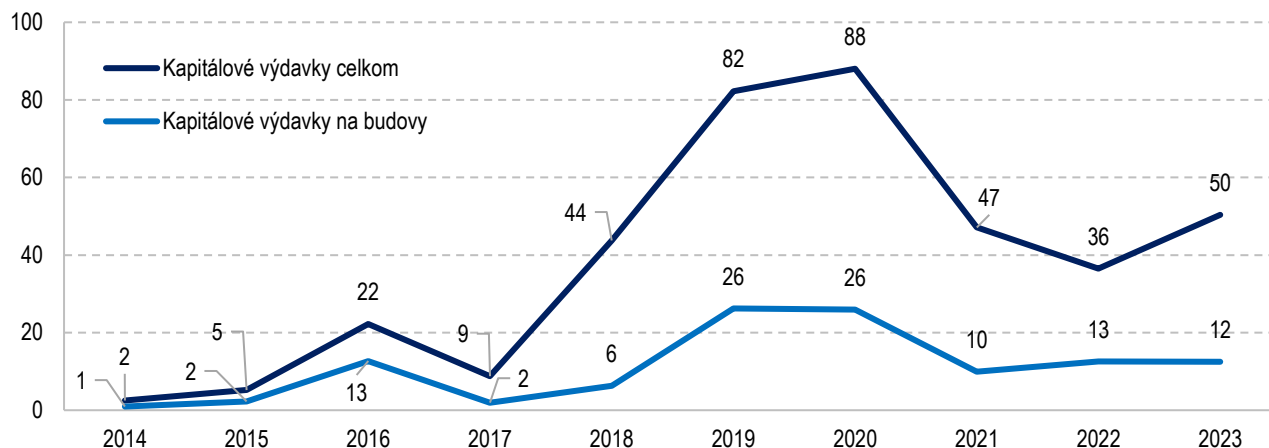
\* Benchmarkom je projekt výstavby nemocnice v Banskej Bystrici navýšený o očakávané dodatočné náklady

Zdroj: ÚHP

**6.1. Na postupnú obnovu nemocníc je potrebné lepšie využívať dostupné zdroje**

Investície zo štátneho rozpočtu do verejných nemocníc dosahovali v rokoch 2019 – 2023 priemerne 60 mil. eur ročne, z toho 17 mil. eur na budovy. Zníženie investičného dlhu na úroveň súkromných nemocníc v horizonte 20 rokov by nad rámec udržiavacích investícií vyžadovalo modernizáciu budov tempom aspoň 78 mil. eur ročne. Prijmy nemocníc z verejného zdravotného poistenia dlhodobo nepokrývajú potrebné výdavky na údržbu majetku a malé priebežné investície. Nemocnice sú preto odkázané na dodatočné prostriedky z iných zdrojov. V priebehu rokov boli kapitálové výdavky zo štátneho rozpočtu pre zdravotníctvo navyšované. V rokoch 2014 – 2018 dosiahli priemerné výdavky 16,5 mil. eur, od roku 2019 je to 61 mil. eur. Do výstavby či rekonštrukcie budov je ročne investovaných približne 17 mil. eur. Zvyšok smeruje do technického zariadenia, či IT vybavenia nemocníc.

Graf 45: Vývoj kapitálových výdavkov nemocníc zo štátneho rozpočtu, v mil. eur



Pozn.: Nárast výdavkov v 2018 až 2020 bol spôsobený najmä centrálnym obstarávaním niektorých prístrojov a zdravotníckych pomôcok.

Zdroj: Rozpočtový informačný systém, ÚHP

**Podstatná časť investícií do nemocníc je financovaná zo zdrojov EÚ. Najvýznamnejším zdrojom v najbližších rokoch bude Plán obnovy a odolnosti (POO).** V rámci POO je vyčlenených 998 mil. eur na výstavbu, rekonštrukciu a vybavenie nemocníc. POO počítal pôvodne s vytvorením 2 118 nových lôžok a rekonštrukciou 548 lôžok v nemocniciach vyššieho typu (koncové a špecializované nemocnice), čo by pokrylo približne 16 % potrebných lôžok. Z POO sa realizuje čiastočné financovanie výstavby dvoch úplne nových nemocníc v Banskej Bystrici a Martine. Ďalšie desiatky zdravotníckych zariadení budú zrekonštruované a dobudované.

**Dôležitým európskym zdrojom sú aj štrukturálne fondy, tzv. eurofondy. Verejné nemocnice na Slovensku ich však čerpajú menej úspešne ako súkromné.** V programovom období 2014 – 2020 využili zdravotnícke zariadenia celkom 287 mil. eur. V rámci výzvy zameranej na modernizáciu infraštruktúry bolo verejným nemocniciam pridelených 94 mil. eur, neverejným 96 mil. eur.<sup>59</sup> Čerpanie je na podobnej úrovni napriek tomu, že výrazne väčšiu časť lôžok a starostlivosti zabezpečujú verejné nemocnice (súkromne vlastnených je iba 25 % lôžok) a preto by mali byť schopné čerpať približne alikvotný objem zdrojov. K nízkemu čerpaniu štátnych nemocníc mohla prispievať aj podmienka týkajúca sa Integrovaného regionálneho operačného programu z 2017<sup>60</sup>, aby žiadateľ nebol podnik v ťažkostiach (bližšie v Boxe 23), pričom veľa štátnych nemocníc má dlhy voči dodávateľom a Sociálnej poisťovni. V novom [Operačnom programe Slovensko 2021 – 2027](#) už nemocnice nemajú priamo alokované prostriedky na obnovu a výstavbu infraštruktúry. Program sa zameriava viac na klimatické ciele a rozvoj vedy a výskumu.

Tabuľka 13: Čerpanie prostriedkov z fondov EÚ v období 2014 – 2020 na investície do nemocníc (mil. eur)

	Súkromné nemocnice	Verejné nemocnice
Podiel lôžok	25 %	75 %
Investície celkom	112	175
Počet projektov	54	82
Investície do infraštruktúry	96	94

Zdroj: ITMS, MZ SR, ÚHP

**Slovenské verejné nemocnice v čerpaní eurofondov zaostávajú aj za inými krajinami EÚ.** Eurofondy sú významným zdrojom investícií do obnovy zdravotníckej infraštruktúry pre mnohé krajiny EÚ (napr. Poľsko, Litva, Estónsko). Podľa [analýzy úradu vlády](#) je v SR nastavenie čerpania eurofondov všeobecne neefektívne. Napríklad, oproti iným krajinám je výrazný rozdiel kontrahovanej a čerpanej sumy. Dôvodom môže byť [neskoršie vyhlásovanie](#) výziev a neposkytovanie prostriedkov na prípravu. Štátne nemocnice v čase vyhlásenia výzvy často nemajú pripravené projekty a na prípravu musia žiadať prostriedky

<sup>59</sup> Suma je vpočítaná z aktuálne zazmluvnenej celkovej sumy a berie do úvahy výzvy na modernizáciu infraštruktúry v rámci operačného programu IROP, ktoré sa týkajú budov a vybavenia. Zvyšok projektov tvoria výzvy zamerané na zvládanie pandémie COVID-19, IT projekty, znižovanie energetickej náročnosti a pod.

<sup>60</sup> Podmienka bola tiež súčasťou [aktuálnejších výziev](#). V prípade nemocníc je [overovaný pomer](#) medzi dlhom a vlastným imanom a zisku a úrokového krytia.

od MZ SR, ktorých schválenie vyžaduje čas. Poľsko tento problém rieši poskytnutím prostriedkov na prípravu vopred a spätným preplácaním z eurofondov.

**Bežná údržba infraštruktúry nemocníc by mala byť pokrývaná z príjmov z verejného zdravotného poistenia na predchádzanie ďalšej tvorby investičného dlhu.** Okrem postupného sanovania historického dlhu je potrebné zabezpečiť aj dlhodobý systém na predchádzanie jeho vzniku. Vo viacerých krajinách (napr. Česko či Anglicko) sú v DRG úhradách zahrnuté aj odpisy, keďže sú brané ako prevádzkové náklady.

### Box 23: České verejné nemocnice mohli čerpať európske prostriedky aj keby boli zadližené

Podľa podmienok stanovených MZ SR boli/sú niektoré štátne nemocnice podnikmi v ťažkostiach, v dôsledku čoho bol iba zlomok zo 44 štátnych nemocníc oprávnený žiadať o prostriedky z EÚ fondov. V rokoch 2017 a 2018 v tlačových správach MZ SR komunikovalo, že prostriedky z Integrovaného regionálneho operačného programu (IROP) zo zdrojov EÚ nemôžu byť poskytované podnikom v ťažkostiach, čím boli kvôli dlhom vylúčené viaceré štátne nemocnice. MZ SR pravdepodobne vychádzalo z analýzy Deloitte, ktorá však hneď v úvode uvádza, že „*návrhy riešení, ktoré poskytuje, majú len teoretický charakter a na ich realizáciu je nutné vykonať podrobnú analýzu dopadov týchto riešení.*“ Deloitte upozorňoval, aby sa MZ SR možnosťou čerpania finančných prostriedkov z IROP štátnymi nemocnicami ďalej zaoberalo. To sa však nestalo.

**V rovnakom období čerpala z IROP finančné prostriedky aj Česká republika, ktorá ale podmienku „nebyť podnikom v ťažkostiach“ neskúmala, a teda ani neaplikovala.** Európske pravidlá IROP uvádzajú, že štátne príspevkové organizácie nemusia preukazovať, že nie sú podnikom v ťažkostiach. Zavedením podmienky pri posudzovaní oprávnenosti slovenských nemocníc na finančný príspevok je možné hovoriť o tzv. gold platingu zo strany orgánov SR.

**MZ SR pritom kontinuálne ignoruje judikatúru súdneho dvora EÚ, podľa ktorej je možné všetky nemocnice zaradiť medzi subjekty oprávnené na čerpanie finančných príspevkov z IROP bez ohľadu na to, či sú v dlhoch alebo nie.**<sup>61</sup>

Napr. rozsudok C-492/21 P<sup>62</sup>, je vhodné vyhodnotiť aj vo vzťahu k doterajšiemu postoju MZ SR, podľa ktorého „štátnou pomocou sú také opatrenia v prospech podnikov, ktoré spĺňajú nasledujúce kumulatívne kritériá:

- prevod verejných zdrojov (v čl. 107 ZFEU označené ako „štátne prostriedky“) a pripísateľnosť štátu;
- ekonomické zvýhodnenie príjemcu pomoci, (veľa podnikov má problémy s platením svojich záväzkov);
- selektívnosť opatrenia pomoci (len zdravotnícke zariadenia v zriaďovateľskej pôsobnosti MZ SR);
- vplyv na hospodársku súťaž (súkromné spoločnosti takú možnosť nebudú mať);
- vplyv na vnútorný obchod EÚ (odberateľmi veriteľov sú rôzne podniky).“

Rozsudok vychádzal z rozsudku z 11. júna 2020, Komisia a Slovenská republika/Dôvera zdravotná poisťovňa (C-262/18 P a C-271/18 P, EU:C:2020:450, bod 32) a najmä záveru, že systémy sociálneho zabezpečenia vrátane toho zdravotníckeho postaveného na verejnom zdravotnom poistení implementujú princíp solidarity. V dôsledku toho týchto poskytovateľov nemožno považovať za podniky v zmysle článku 107 ods. 1 ZFEÚ. Išlo pritom o prípad, kedy sa neexistencia hospodárskej súťaže posudzovala voči akciovej spoločnosti, ktorá je vlastnená súkromnými investormi.

**Uvedené skutkové okolnosti boli naplnené aj v prípade C-492/21, ani činnosti verejných zdravotníckych zariadení tak nemôžu byť považované za podnikanie.**

**Je potrebné zhodnotiť vplyv tohto rozsudku na doterajšie chápanie postavenia nemocníc, ktoré MZ SR klasifikuje ako podniky.** Práve vymedzenie nemocníc ako podnikov, resp. pri tých štátnych často podnikov v ťažkostiach viedlo k zamedzeniu čerpaniu eurofondov. Výsledkom je výraznejšie prehĺbenie investičnej medzery medzi štátnymi a neštátnymi nemocnicami. Medzera sa prejavila v zadližení štátnych nemocníc. Tento problém sa ale netýka minulosti, ale naopak, vďaka potrebe dofinancovania výstavby nových nemocníc z Plánu obnovy, o ktorú kontinuálne žiada MZ SR, je prítomný aj v súčasnosti.

<sup>61</sup> Rozsudok Súdneho dvora z 19. decembra 2019 vo veci C-262/18 P a C-271/18 P Európska komisia/Dôvera zdravotná poisťovňa, a. s.

<sup>62</sup> Rozsudok Súdneho dvora z 2. júna 2021 vo veci C-492/21 P Casa Regina Apostolorum della Pia Società delle Figlie di San Paolo/Komisia.

## 6.2. Plánovanie investičných projektov je nutné zlepšiť

Okrem obmedzených finančných zdrojov je významným problémom aj nedostatočné strategické a investičné plánovanie. MZ SR dlhodobo chýba jasný plán, ako riešiť vysoký investičný dlh a nemocniciam chýbajú pripravené projekty. Jedným z dôvodov prečo dlhodobo nie sú pripravené investičné projekty nemocníc je aj nízka miera predvídateľnosti zdrojov ich financovania. Je úlohou MZ SR, aby vypracovalo dlhodobý plán financovania investičného dlhu a pomenovalo konkrétne nemocnice, ktorých projekty sa majú pripravovať z verejných prostriedkov.

Z plánovaných investícií v hodnote 228 mil. eur na rok 2023 bolo vyčerpaných 17 mil. eur. Vyplýva to najmä z horšieho čerpania Plánu obnovy a odolnosti a situáciu mohlo zhoršiť aj nepridelenie prostriedkov priamo do rozpočtu MZ SR. Ministerstvá, ktoré priemerne za rok investujú viac ako 20 mil. eur majú od roku 2021 [povinnosť](#) každoročne pripraviť a zverejniť prioritizovaný investičný plán pre všetky projekty nad 1 mil. eur. Cieľom tohto plánu je, na základe vopred určených kritérií, stanoviť investičné priority rezortu na minimálne päť rokov. MZ SR v roku 2023 plánovalo investície samostatne pre financovanie zo štátneho rozpočtu a fondov EÚ (114,2 mil. eur; čerpanie 10 %) a samostatne pre Plán obnovy a odolnosti (113,9 mil. eur; čerpanie 5 %). Na rok 2023 MZ SR nedostalo prostriedky priamo do rozpočtu kapitoly, ale cez rozpočtové opatrenia a z prenesených prostriedkov počas roka čerpal primárne na projekty, ktoré neboli v investičnom pláne. Reálne čerpanie dosiahlo 53 mil. eur, ale z toho len 17 mil. eur bolo uvedených vo zverejnených investičných plánoch na daný rok. Roky 2024 až 2026 budú prvé, kedy bude možné sledovať napĺňanie investičných plánoch bez rizika nepridelenia prostriedkov z MF SR a komplexne vyhodnotiť ich plnenie v horizonte viacerých rokov.

Hlavným nedostatkom investičných plánov je krátkodobé plánovanie projektov a absencia prípravy strategických investícií do najväčších nemocníc. Plány sú zároveň tvorené samostatne podľa zdroja financovania, čo znemožňuje stanovenie celkových priorít rezortu. MZ SR v investičných plánoch neadresuje dlhodobú prípravu veľkých projektov štátnych nemocníc nad rámec Plánu obnovy a odolnosti. Vzhľadom na vysoký investičný dlh by v investičnom pláne mali byť jasne pomenované prioritné projekty a na viac rokov alokované finančné prostriedky na ich prípravu. Na druhej strane sa do plánu dostávali aj projekty s nedostatočne pripravenou dokumentáciou, na ktoré sa nestihli vyčerpať pridelené prostriedky. Tvorba plánov samostatne podľa zdroja financovania (ŠR, POO, EŠIF) zas znemožňuje komplexné stanovenie a sledovanie priorít. Priority by mali byť zachytené vo zverejnenom zásobníku investičných zámerov, z ktorého sa neskôr tvorí konkrétny investičný plán podľa dostupných možností financovania a pripravenosti projektov.

Skutočnosť, že financie nie sú jediným problémom sa výrazne prejavila pri Pláne obnovy a odolnosti, v ktorom síce bola na modernizáciu nemocníc vyhradená 1 mld. eur, chýbali však pripravené projekty štátnych nemocníc. Napriek tomu, že finálne znenie slovenského Plánu obnovy bolo odsúhlasené v 2021, rozhodnutie o podpore konkrétnych projektov padlo až v júni 2022 a to bolo následne zmenené v lete 2023. V dôsledku vízie dostupného financovania a absencie jasných priorít začali štátne nemocnice pripravovať veľké rozvojové projekty naraz. V rokoch 2022 a 2023 bolo zverejnených desať veľkých investičných zámerov v celkovej hodnote 2,8 mld. eur. Je dobré, že viaceré nemocnice majú pripravené dlhodobé plány rozvoja, ktoré môžu v budúcnosti využiť. Tomuto neriadenému procesu sa však dalo predísť lepším investičným plánovaním.

MZ SR by malo vypracovať investičnú stratégiu, ktorá pomenuje konkrétne priority rezortu z hľadiska riešenia investičného dlhu štátnych nemocníc. Stratégia by mala adresovať postupnú prípravu veľkých strategických investícií na dlhodobom horizonte. Zohľadnený by mal byť nielen havarijný stav alebo súčasná pripravenosť projektov, ale aj postavenie nemocníc v sieti a dopad na bezpečnosť a kvalitu zdravotnej starostlivosti.

Je potrebné zlepšiť proces investičného plánovania s cieľom, aby výdavky smerovali na prípravu projektov, ktoré sú zahrnuté v investičnom pláne rezortu a boli plánované na viac rokov dopredu. Investičný plán by mal byť skutočne zostavený aspoň na päť rokov dopredu a mal by zahŕňať všetky zdroje financovania, aby umožnil komplexne stanoviť a sledovať priority rezortu. Vyššia kvalita investičného plánovania môže zvýšiť transparentnosť a predvídateľnosť financovania pre nemocnice, ktoré potom vedú cielenejšie pripravovať projekty.

Výber projektov by mal byť realizovaný na základe jasne určených priorít bez ohľadu na zdroj financovania. Následné rozhodnutie o forme financovania je sekundárne a malo by byť prijaté s ohľadom na typ projektu. MZ SR by malo priebežne zbierať investičné zámery do zásobníka projektov a zoradovať ich podľa priority. Až následne by malo na základe zásobníka vytvoriť investičný plán podľa dostupných zdrojov a pripravenosti. Na posúdenie, či je konkrétny projekt vhodný na



realizáciu cez PPP je schválený metodický postup MF SR<sup>63</sup>. Vo všeobecnosti je tento spôsob vhodný najmä pri projektoch, kde vie súkromný partner pri prevádzke ovplyvniť dopyt (napr. letisko), menej pri externe danom počte používateľov (napr. diaľnica).

**Pred prípadnou realizáciou projektov formou PPP je potrebné vybudovať inštitucionálne kapacity, ktoré budú dohliadať na fiškálne implikácie projektov a vytvoriť silný rámec na rozhodovanie, pre ktoré projekty je PPP vhodné.** Táto inštitúcia by mala mať možnosť pozastaviť alebo zrušiť projekt v akomkoľvek štádiu, pokiaľ by mal priniesť vysoké fiškálne riziko. Zároveň je potrebné ukotvenie procesov a pravidiel v legislatíve, ktorá je jasná a konzistentná. Fiškálna transparentnosť musí byť zabezpečená spoľahlivým dokladovaním záväzkov.

#### Box 24: Alternatívne možnosti riešenia investičného dlhu

**Neúspešné riešenie investičného dlhu nemocníc otvára otázku použitia iných spôsobov, ako sú napríklad verejno-súkromné partnerstvá (PPP). O PPP je vhodné uvažovať ako o nástroji na zvýšenie kvality a efektivity, ale nie ako o novom zdroji financovania.** Pri PPP projektoch štát v horizonte desiatok rokov zaplatí súkromnému partnerovi viac, ako keby investíciu realizoval bežným spôsobom. Samotné zapojenie súkromného partnera nevyrieši nedostatok finančných zdrojov štátu a nenahradí jeho nedostatočné plánovacie kapacity. Naopak, môže oslabovať schopnosť budovať nemocnice. Štát musí mať aj pri tejto forme spolupráce kľúčovú pozíciu pri príprave nových nemocníc, nakoľko ide o strategické investície.

**Najviac skúseností s PPP má SR pri nemocniciach samospráv, ktoré sú prenajímané a prevádzkované súkromnými spoločnosťami. Pri veľkej nemocnici zatiaľ PPP na Slovensku úspešné nebolo.** [Audit NKÚ zameraný na nemocnice](#) spravované vyššími územnými celkami poukázal na nedostatočnú kontrolu napĺňania kontraktov zo strany samospráv a nedostatočnú starostlivosť o majetok. Plánovaný PPP projekt na nemocnicu v Bratislave bol [podľa materiálu schváleného na vláde](#) zrušený aj kvôli nevyváženému rozloženiu rizík medzi partnerov a potrebnej platbe za dostupnosť. Dôležitým predpokladom efektívne fungujúceho PPP je transparentné nastavenie platieb za hospitalizácie. Nejasné pravidlá predstavujú riziko, ktoré môže súkromný partner pretaviť do požiadavky na paušálnu platbu za dostupnosť. Tá však znižuje jeho motiváciu na efektívnosť. Riešením môže byť napr. komplexné zavedenie DRG úhradového mechanizmu, ktorý ocení jednotlivé výkony (v zahraničí pokrýva od 30 do 80 % zdravotnej starostlivosti).

**Existujú príklady zahraničných PPP projektov nemocníc, ktoré priniesli finančné a kvalitatívne benefity, ale odborná literatúra sa ich dopadu zatiaľ dostatočne nevenovala.** Podľa [štúdie PwC](#) súkromný partner v Španielsku (Alzira model) dosiahol o 30 % nižšie prevádzkové náklady na obyvateľa, ako oblasti, v ktorých boli nemocnice riadené štátom. V roku 2018 však štát nepredĺžil zmluvu s koncesionárom [kvôli finančným problémom a zlyhaniu riadenia](#) projektu. Ďalšia [štúdia z Iránu](#) ukazuje, že použitie PPP viedlo k lepšiemu manažmentu koncesionára po prevzatí riadenia štátnej nemocnice. V tomto prípade sa manažment preukázal znížením priemernej doby hospitalizácie, zvýšením obložnosti a lepším vybavením pacientov. [Štúdia z Portugalska](#) ukázala, že PPP nemocnice mali kratšie čakacie doby ako štátne, ale v iných kvalitatívnych benefitoch sa nemocnice nelíšili.

Tabuľka 14: PPP vs. štátny manažment v nemocniciach

Štúdia	Krajina	Pozorovanie	Zlepšenie oproti štátu
PwC (2012)	Španielsko Valencia	Prevádzkové náklady	o 30 % úspornejší oproti štátu
Miguel a Belda (2019)	Španielsko - Madrid	Prevádzkové náklady	86% nákladová efektívnosť oproti 53% efektívnosti štátu
Bastani et al. (2019)	Irán	Kvantitatívne ukazovatele	Zníženie ALOS, zvýšenie obložnosti, vybavenie väčšieho objemu pacientov
Ferreira a Marques (2021)	Portugalsko	Kvalitatívne ukazovatele	Kratšie čakacie doby

Zdroj: ÚHP

<sup>63</sup> Zrušený PPP projekt nemocnice v Bratislave bol [podmienený platbou za dostupnosť](#), ktorá by pokrývala medzeru medzi ziskom súkromného partnera a celkovou výškou kapitálovej investície.

Spojené kráľovstvo sa po viac ako 30-ročnej skúsenosti s PPP projektmi rozhodlo ich využívanie zastaviť kvôli fiškálnemu riziku, nedostatku flexibility a nízkej transparentnosti. UK bola jedna z prvých krajín, ktorá využívala PPP projekty. Vyše 700 zrealizovaných projektov sa koncentrovalo najmä na zdravotníctvo a školstvo, ale boli využívané v takmer všetkých sektoroch. V 2018 sa Británia rozhodla [zrušiť ďalšie PPP](#) projekty do budúcnosti, lebo nepriniesli očakávanú hodnotu za peniaze. Vo väčšine prípadov boli projekty drahšie, ako sa pôvodne predpokladalo. V prípadoch, kde štát hradil udržiavacie náklady, dochádzalo [k násobnému preplácaniu výdavkov](#). Zmluvy neboli flexibilné a [zmeny navyšovali náklady](#) cez administratívne či riadiace poplatky. V [niektorých prípadoch](#) sa projekty nemocníc predražili až o 50 %. Jednou z nevýhod bola komplikovanejšia fáza obstarávania a to najmä v prípadoch, keď bola naliehavá potreba rozvoja infraštruktúry. Nedostatok transparentnosti zas prispel k tomu, že takmer polovica projektov, ktoré skúmal [National Audit Office](#) nebola v uspokojivom stave pri prechode do vlastníctva štátu.

## Zoznam literatúry

- Abdelaal, M. S., & Soebarto, V. (2019). Biophilia and salutogenesis as restorative design approaches in healthcare architecture. *Architectural Science Review*, 62(3), 195–205. Dostupné na: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/00038628.2019.1604313?src=recsys>
- Alexa, J., Rečka, L., Votápková, J., et al. (2015). Czech Republic: Health system review. World Health Organization. Regional Office for Europe. Dostupné na: <https://iris.who.int/handle/10665/330255>
- Altimier, L. B. (2004). Healing environments: For patients and providers. *Newborn and Infant Nursing Reviews*, 4(2). Dostupné na: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1527336904000455?via=ihub>
- Amato, C., et al. (2022). The hospital of the future: Rethinking architectural design to enable new patient-centered treatment concepts. *International Journal of Computer Assisted Radiology and Surgery*. Dostupné na: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34910277/>
- Bastani, P., Barati, O., Sadeghi, A., Ramandi, S., & Javan-Noughabi, J. (2019). Can public-private partnership (PPP) improve hospitals' performance indicators? *Medical Journal of the Islamic Republic of Iran*, 33, 4. Dostupné na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6504942/>
- Bryndová, L., Hroboň, P., Šlegerová, L., Shuftan, N., Votápková, J., a A. Spranger. Czechia: health system review 2023. *Health Systems in Transition*, 25(1). Dostupné na: <https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/czechia-health-system-review-2023>
- Busse, R., Klazinga, N., Panteli, D., & Quentin, W. (Eds.) (2019). Improving healthcare quality in Europe: Characteristics, effectiveness and implementation of different strategies. Health Policy Series, No. 53. Copenhagen, Denmark: European Observatory on Health Systems and Policies. ISBN-13: 9789289051750 Dostupné na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK549276/>
- Coalition for Health Environments Research. (2004). The use of single patient rooms vs. multiple occupancy rooms in acute care environments. Dostupné na: [https://www.healthdesign.org/sites/default/files/use\\_of\\_single\\_patient\\_rooms\\_v\\_multiple\\_occ\\_rooms-acute\\_care.pdf](https://www.healthdesign.org/sites/default/files/use_of_single_patient_rooms_v_multiple_occ_rooms-acute_care.pdf)
- Davies, R. (2018). Hammond abolishes PFI contracts for new infrastructure projects. Dostupné na: <https://www.theguardian.com/uk-news/2018/oct/29/hammond-abolishes-pfi-contracts-for-new-infrastructure-projects>
- Dubas-Jakóbczyk, K., & Kozieł, A. (2022). European Union Structural Funds as the source of financing health care infrastructure investments in Poland-A longitudinal analysis. *Frontiers in Public Health*. Dostupné na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8989962/>
- European Commission. (2023). The European Commission decides to refer PORTUGAL and SLOVAKIA to the Court of Justice of the European Union for not paying for the delivery of goods and services businesses on time. Dostupné na: [https://ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/en/ip\\_23\\_2133](https://ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/en/ip_23_2133)
- Európska Komisia. (2014). Oznámenie komisie. Usmernenia o štátnej pomoci na záchranu a reštrukturalizáciu nefinančných podnikov v ťažkostiach. Dostupné na: [https://eur-lex.europa.eu/legal-content/SK/TXT/PDF/?uri=CELEX:52014XC0731\(01\)&from=CS](https://eur-lex.europa.eu/legal-content/SK/TXT/PDF/?uri=CELEX:52014XC0731(01)&from=CS)
- Eurostat, E. C. (2014). Manual on Government Deficit and Debt Implementation of ESA 2010: 2014 Edition. Dostupné na: <https://ec.europa.eu/eurostat/documents/3859598/5937189/KS-GQ-14-010-EN.PDF>
- EY s.r.o., & Stengl a.s. (2020). Analýza súčasného stavu riadenia a implementácie EŠIF v podmienkach SR vrátane porovnania systému riadenia a implementácie EŠIF v SR so systémami riadenia a implementácie vybraných členských krajín a identifikácie „Best Practice“ vo vybraných oblastiach. Dostupné na: [https://www.vlada.gov.sk/data/files/7966\\_analyza-sucasneho-stavu-riadenia-a-implementacie-esif-v-podmienkach-sr-vratane-porovnania-systemu-riadenia-a-implementacie-esif-v-sr-so-systemami-riadenia-a-implementacie.pdf](https://www.vlada.gov.sk/data/files/7966_analyza-sucasneho-stavu-riadenia-a-implementacie-esif-v-podmienkach-sr-vratane-porovnania-systemu-riadenia-a-implementacie-esif-v-sr-so-systemami-riadenia-a-implementacie.pdf)

- Ferreira, D. C., & Marques, R. C. (2021). Public-private partnerships in health care services: Do they outperform public hospitals regarding quality and access? Evidence from Portugal. *Socio-Economic Planning Sciences*, 73, 100798. <https://doi.org/10.1016/j.seps.2020.100798>. Dostupné na: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0038012119301697>
- Franco Miguel, J. L., & Fullana Belda, C. (2019). Los nuevos modelos de gestión de hospitales como alternativa para la sostenibilidad del sistema hospitalario público: Un análisis de eficiencia en gasto sanitario. *Journal of Healthcare Quality Research*, 34(3), 131-147. <https://doi.org/10.1016/j.jhqr.2019.01.009>. Dostupné na: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0038012119301697>
- Golinelli, D. Sanmarchi, F., Toscano, F., Bucci, A. & Nante, N. (2024). Analyzing the 20-year declining trend of hospital length-of-stay in European countries with different healthcare systems and reimbursement models. *International Journal of Health Economics and Management*, open acces. Dostupné z: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10754-024-09369-0>
- Health Policy Institute. (2014). Modernizácia slovenských nemocníc – základné rámce zdravotnej politiky 2014 – 2016. Dostupné na: [https://hpi.sk/cdata/Publications/hpi\\_zakladne\\_ramce\\_2014.pdf](https://hpi.sk/cdata/Publications/hpi_zakladne_ramce_2014.pdf)
- Huisman, E. R. C. M., Morales, E., van Hoof, J., & Kort, H. S. M. (2012). Healing environment: A review of the impact of physical environmental factors on users. *Building and Environment*, 58, 70-80. Dostupné na: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0360132312001758>
- Implementačná jednotka (2020). Implementačný plán 2020: Revízia výdavkov na zdravotníctvo 2. Dostupné na: [https://www.vlada.gov.sk/data/files/7982\\_implementacny-plan-2020\\_revizia-vydavkov-na-zdravotnictvo.pdf](https://www.vlada.gov.sk/data/files/7982_implementacny-plan-2020_revizia-vydavkov-na-zdravotnictvo.pdf)
- Inštitút finančnej politiky (2015). Naša drahá nemocnica. Dostupné na: [https://www.mfsr.sk/files/archiv/27/UNB\\_final.pdf](https://www.mfsr.sk/files/archiv/27/UNB_final.pdf)
- Jeurissen, P. P. T., Kruse, F. M., Busse, R., Himmelstein, D. U., Mossialos, E., Woolhandler, S. (2020). For-Profit Hospitals Have Thrived Because of Generous Public Reimbursement Schemes, Not Greater Efficiency: A Multi-Country Case Study. *International Journal of Social Determinants of Health and Health Services*, 51(1): 67-89. doi: 10.1177/0020731420966976
- Joarder, A., & Price, A. (2013). Impact of daylight illumination on reducing patient length of stay in hospital after coronary artery bypass graft surgery. *Lighting Research & Technology*, 45(4), 435-449. doi:10.1177/1477153512455940. Dostupné na: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1477153512455940>
- JPI Media Investigation team (2020). Billions being spent on wasteful legacy PFI contracts across the country, new investigation shows. Dostupné na: <https://inews.co.uk/news/legacy-pfi-contracts-wasteful-shocking-exclusive-investigation-350832>
- Lechintan, A. (2017). April's smartKPI: % Hospital Bed Occupancy Rate. THE KPI Institute. Dostupné na: <https://www.performancemagazine.org/smartkpi-hospital-bed-occupancy-rate/>
- Love, P. E., & Ika, L. A. (2022). Making sense of hospital project misperformance: Over budget, late, time and time again—Why? and what can be done about it? *Engineering*, 12, 183–201. <https://doi.org/10.1016/j.eng.2021.10.012>. Dostupné na: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2095809921005154>
- Ministerstvo financií Slovenskej republiky (2019). Revízia výdavkov na zdravotníctvo 2. Dostupné na: [https://www.mfsr.sk/files/archiv/44/revizia\\_zdravotnictvo\\_2.pdf](https://www.mfsr.sk/files/archiv/44/revizia_zdravotnictvo_2.pdf)
- Ministerstvo financií Slovenskej republiky (2023). Rozpočet verejnej správy. Dostupné na: <https://www.mfsr.sk/files/archiv/44/Hlavna-kniha.pdf>
- Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky (2023). Informácia o vývoji dlhu v rezorte zdravotníctva za rok 2023. Dostupné na: <https://www.ozdravme.sk/files/Priloha2/Informacia%20o%20vyvoji%20dlhu%20v%20rezorte%20zdravotnictva%20za%20rok%202023-2.pdf>
- Ministerstvo zdravotníctví České republiky (2023). Úhradová vyhláška 2024 a výkladová stanoviska. Dostupné na: <https://mzd.gov.cz/uhradova-vyhlaska-2024/>

- Múčka, & Múčka, RRZ. (2023). Budúcnosť lekárov a sestier v zdravotníctve. Dostupné na: <https://www.rrz.sk/wp-content/uploads/2023/03/lekari-final.pdf>
- Murauskienė, L., & Karanikolos, M. (2017). The role of the European Structural and Investment Funds in financing health system in Lithuania: Experience from 2007 to 2013 funding period and implications for the future. *Health Policy*, 121(7). Dostupné na: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0168851017301215>
- Najvyšší kontrolný úrad Slovenskej republiky (2023). Niektoré samosprávne kraje stratili kontrolu nad nemocnicami, štát sa o ne roky nezaujíma. Dostupné na: <https://www.nku.gov.sk/-/niektore-samospravne-kraje-stratili-kontrolu-nad-nemocnicami-stat-sa-o-ne-roky-nezaujima>
- Najvyšší kontrolný úrad Slovenskej republiky (2024). Odporúčania NKÚ SR z kontroly verejných financií a majetku zdravotníckych zariadení. Dostupné na: <https://www.nku.gov.sk/documents/d/nku/odporucania-nku-sr-z-kontroly-verejnych-financii-a-majetku-zdravotnickych-zariadeni-pdf>
- National Audit Office (2018). PFI 1 and PFI 2. Dostupné na: <https://www.nao.org.uk/wp-content/uploads/2018/01/PFI-and-PF2.pdf>
- National Audit Office (2020). Managing PFI assets and services as contracts end. Dostupné na: <https://www.nao.org.uk/wp-content/uploads/2020/06/Managing-PFI-assets-and-services-as-contracts-end.pdf>
- National Institute for Health and Care Excellence (2018). Nice guidelines 94: Chapter 39 Bed Occupancy. ISBN: 978-1-4731-2741-8. Dostupné na: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng94/evidence/39.bed-occupancy-pdf-172397464704>
- NHS (2024). NHS foundation trust annual reporting manual 2023/24. Dostupné na: <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2018/01/PRN01143-nhs-foundation-trust-annual-reporting-manual-2023-24.pdf>
- OECD (2013). Average length of stay in hospitals, Chapter in: *Health at a Glance 2013*. OECD Publishing. Dostupné na: [https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2013/average-length-of-stay-in-hospitals\\_health\\_glance-2013-36-en](https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2013/average-length-of-stay-in-hospitals_health_glance-2013-36-en)
- OECD (2015). *OECD Guidelines on Corporate Governance of State-Owned Enterprises*, 2015 Edition. OECD Publishing. Dostupné na: <https://doi.org/10.1787/9789264244160-en>
- OECD (2017). Capital formation in health systems. In *A system of health accounts 2011: Revised edition*. OECD Publishing. Dostupné na: <https://doi.org/10.1787/9789264270985-13-en>
- Pereira, M. A., Ferreira, D. C., & Marques, R. C. (2021). A critical look at the Portuguese public–private partnerships in healthcare. *International Journal of Health Planning and Management*, 36(3), 302-315. <https://doi.org/10.1002/hpm.3084>. Dostupné na: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/hpm.3084>
- PWC, & UCSF (2016). Innovation roll out. Valencia's experience with public-private integrated partnerships. Dostupné na: <https://www.pwc.com/gx/en/healthcare/publications/assets/pwc-valencia-ppip-report.pdf>
- Selami Cifter, A., & Cifter, M. (2017). A review on future directions in hospital spatial designs with a focus on patient experience. *The Design Journal*, 20(sup1), S1998–S2009. Dostupné na: <https://doi.org/10.1080/14606925.2017.1352719>
- Sharma, et al. (2022, December 19). The effect of time-varying capacity utilization on 14-day in-hospital mortality: A retrospective longitudinal study in Swiss general hospitals. *BMC Health Research Services*. Dostupné na: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-022-08950-y>
- Simonsen, T., Sturge, J., & Duff, C. (2022). Healing architecture in healthcare: A scoping review. *HERD: Health Environments Research & Design Journal*, 15(3), 315-328. doi:10.1177/19375867211072513. Dostupné na: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/19375867211072513>
- Stevanovic, M., Vandewalle, R., Allacker, K., & Vermeulen, S. (2018). Towards a quantitative sustainability assessment of hospital buildings in Belgium. *Salus Online Journal. SALUS*. Dostupné na: [https://kuleuven.limo.libis.be/discovery/fulldisplay?docid=lirias2333246&context=SearchWebhook&vid=32KUL\\_KUL:Lirias&lang=en&search\\_scope=lirias\\_profile&adaptor=SearchWebhook&tab=LIRIAS&query=any,contains,LIRIAS2333246&offset=0](https://kuleuven.limo.libis.be/discovery/fulldisplay?docid=lirias2333246&context=SearchWebhook&vid=32KUL_KUL:Lirias&lang=en&search_scope=lirias_profile&adaptor=SearchWebhook&tab=LIRIAS&query=any,contains,LIRIAS2333246&offset=0)

- TASR (2017). Rodičkám chcú pomáhať viac, pôrodné asistentky požadujú väčšie právomoci. Dostupné na: <https://domov.sme.sk/c/20464994/rodickam-chcu-pomahat-viac-porodne-asistentky-pozaduju-vacie-pravomoci.html>
- Terrapin Bright Green (2012). Why designing with nature in mind makes financial sense. Dostupné na: [http://www.lmla.com.au/wp-content/uploads/2018/10/The-Economics-of-Biophilia\\_Terrapin-Bright-Green-2012e.pdf](http://www.lmla.com.au/wp-content/uploads/2018/10/The-Economics-of-Biophilia_Terrapin-Bright-Green-2012e.pdf)
- Transparency International Slovensko (2021). Medzi top dodávateľmi slovenských nemocníc figurujú aj oligarcha, biely kôň či schránka. Dostupné na: <https://dennikn.sk/blog/2612823/medzi-top-dodavatelmi-slovenskych-nemocnic-figuruju-aj-oligarcha-biely-kon-ci-schranka/>
- Tupá M. (2020). Personálny manažment v zdravotníckych zariadeniach a jeho vplyv na migráciu zdravotníckych pracovníkov za prácou do zahraničia, *Zdravotnícke listy*, Ročník 8, číslo 4, 2020, ISSN 2644-4909.
- Ulrich, R. S. (1984). View through a window may influence recovery from surgery. *Science*, 224, 420-421. doi:10.1126/science.6143402. Dostupné na: <https://www.science.org/doi/10.1126/science.6143402>
- Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou (2024). Správa o stave verejného zdravotného poistenia za rok 2023. Vestník číslo 13/224. Dostupné na: [https://www.udzs-sk.sk/wp-content/uploads/2024/08/VE\\_13\\_2024\\_Sprava-o-stave-VZP-za-rok-2023.pdf](https://www.udzs-sk.sk/wp-content/uploads/2024/08/VE_13_2024_Sprava-o-stave-VZP-za-rok-2023.pdf)
- Úrad vlády Slovenskej republiky (2023). Návod pre úspešné Slovensko. Dobeňúť zameškané. 15 rokov (ne)využitých eurofondov? Schopnosť efektívne, účelne a naplno využívať potenciál eurofondov je pre Slovensko rozhodujúca. Dostupné na: [https://isa.gov.sk/wp-content/uploads/2023/10/white\\_paper-2\\_eurofondy\\_online.pdf?csrt=84124939590172194](https://isa.gov.sk/wp-content/uploads/2023/10/white_paper-2_eurofondy_online.pdf?csrt=84124939590172194)
- World Bank (2014). *Corporate Governance of State-Owned Enterprises: A Toolkit*. Dostupné na: <https://documents1.worldbank.org/curated/en/228331468169750340/pdf/Corporate-governance-of-state-owned-enterprises-a-toolkit.pdf>

## Zoznam použitých skratiek

Skratka	Vysvetlenie
BCG	Boston Consulting Group
BSK	Bratislavský samosprávny kraj
CKS	Centrum pre klasifikačný systém DRG
CRZ	Centrálny register zmlúv
CT	Výpočtová tomografia
ČR	Česká republika
DPH	Daň z pridanej hodnoty
DRG	Diagnosis Related Group (skupiny súvisiacich diagnóz)
EŠIF	Európske štrukturálne a investičné fondy
EÚ	Európska únia
EÚ-14	14 najvyspelejších krajín EÚ
EÚ-27	Krajiny EÚ
FTE	Full-time equivalent (ekvivalent plného pracovného úväzku)
HDP	Hrubý domáci produkt
HPI	Health policy institute
IT	Výpočtová tomografia
IZA	Inštitút zdravotníckych analýz
KPI	Key-performance indicator (kľúčový ukazovateľ výkonnosti)
MF SR	Ministerstvo financií Slovenskej republiky
MH SR	Ministerstvo hospodárstva Slovenskej republiky
MR	Magnetická rezonancia
MZ ČR	Ministerstvo zdravotníctva Českej republiky
MZ SR	Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky
NCZI	Národné centrum zdravotníckych informácií
NHS	National Health Service
NKÚ	Najvyšší kontrolný úrad
LOZ	Lekárske odborové združenie
OECD	Organization of Economic Co-operation and Development
OSN	Optimalizácia siete nemocníc
P. o. MZ	Príspevková organizácia Ministerstva zdravotníctva
POO	Plán obnovy a odolnosti
PPP	Public-private partnership (verejno-súkromné partnerstvo)
RRZ	Rada pre rozpočtovú zodpovednosť
RVS	Rozpočet verejnej správy
SK	Slovensko
SÚSCH	Stredoslovenský ústav srdcových a cievnych chorôb

<b>Skratka</b>	<b>Vysvetlenie</b>
SVaLZ	Spoločné vyšetrovacie a liečebné zložky
ŠR	Štátny rozpočet
ŠÚSR	Štatistický úrad Slovenskej republiky
ŠZM	Špeciálny zdravotnícky materiál
TASR	Tlačová agentúra Slovenskej republiky
TEP	Totálna endoprotéza
TIS	Transparency International Slovensko
ÚDZS	Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou
ÚHP	Útvar hodnoty za peniaze
USG	Ultrasonografia
ÚZS	Ústavná zdravotná starostlivosť
V3	Krajiny V4 mimo Slovenska
VS	Verejný sektor
VŠ	Vysoká škola
VšZP	Všeobecná zdravotná poisťovňa
VÚC	Vyšší územný celok
VZP	Verejné zdravotné poistenie
WHO	World Health Organization
ZP	Zdravotná poisťovňa
<b>Skratka</b>	<b>Názov nemocnice</b>
BB	Fakultná nemocnica s poliklinikou F. D. Roosevelta Banská Bystrica
DN BB	Detská fakultná nemocnica s poliklinikou Banská Bystrica
DN KE	Detská fakultná nemocnica Košice
NR	Fakultná nemocnica Nitra
NÚDCH	Národný ústav detských chorôb
NZ	Fakultná nemocnica s poliklinikou Nové Zámky
PO	Fakultná nemocnica s poliklinikou J. A. Reimana Prešov
TN	Fakultná nemocnica Trenčín
TT	Fakultná nemocnica Trnava
UN BA	Univerzitná nemocnica v Bratislave
UN KE	Univerzitná nemocnica L. Pasteura Košice
UN MT	Univerzitná nemocnica Martin
ZA	Fakultná nemocnica s poliklinikou Žilina



## Prílohy

## Príloha I Nemocničná sieť na Slovensku a jej optimalizácia

**Nemocničná sieť, s ktorou pracuje Revízia, pozostáva z 90 zdravotníckych zariadení, o ktorých Centrum pre klasifikačný systém (CKS) zbiera údaje pre systém DRG. Takmer 60 % starostlivosti zabezpečujú nemocnice MZ SR<sup>64</sup>, 44 % z celkového objemu starostlivosti generuje 13 fakultných a univerzitných. Súkromné nemocnice skupín AGEL a Penta poskytujú 22 % a nemocnice VÚC 7 %. Zvyšných takmer 15 % pripadá na cirkevné, menšie súkromné a mestské nemocnice.**

Tabuľka 15: Nemocničná sieť v Revízií a objem starostlivosti jednotlivých nemocníc v roku 2023

Názov	Kategória podľa CKS DRG	Objem starostlivosti	Podiel na starostlivosti	Zamestnanci (FTE)	Lekári (FTE)	Sestry (FTE)	Verejný sektor	Skupina / majiteľ
Národný onkologický ústav v Bratislave	ŠÚ - onkoústavy	14 692	1,6%	981	187	318	Áno	MZ 19
Onkologický ústav sv. Alžbety, s.r.o.	ŠÚ - onkoústavy	8 034	0,9%	803	156	206	Nie	Ostatné
Východoslovenský onkologický ústav, a.s.	ŠÚ - onkoústavy	6 823	0,8%	350	62	131	Áno	MZ 19
Národný ústav srdcových a cievnych chorôb, a.s.	ŠÚ - kardioustavy	30 013	3,3%	1 023	190	424	Áno	MZ 19
Východoslovenský ústav srdcových a cievnych chorôb, a.s.	ŠÚ - kardioustavy	23 254	2,6%	862	123	292	Áno	MZ 19
Stredoslovenský ústav srdcových a cievnych chorôb, a.s.	ŠÚ - kardioustavy	20 065	2,2%	490	85	216	Áno	MZ 19
CINRE, s.r.o.	ŠÚ - kardioustavy	5 923	0,7%	192	45	85	Nie	Penta
Kardiocentrum AGEL s.r.o.	ŠÚ - kardioustavy	5 694	0,6%	NA	NA	NA	Nie	AGEL
Kardiocentrum Nitra, s.r.o.	ŠÚ - kardioustavy	4 425	0,5%	133	26	55	Nie	Ostatné
Národný ústav detských chorôb	Detské nemocnice	17 809	2,0%	1 360	324	460	Áno	MZ 13
Detská fakultná nemocnica Košice	Detské nemocnice	10 081	1,1%	706	129	284	Áno	MZ 13
Detská fakultná nemocnica s poliklinikou Banská Bystrica	Detské nemocnice	3 932	0,4%	423	85	144	Áno	MZ 13
Univerzitná nemocnica v Bratislave	Nemocnice 4	72 542	8,0%	5 353	1 203	1 581	Áno	MZ 13
Univerzitná nemocnica L. Pasteura Košice	Nemocnice 4	46 422	5,1%	3 921	678	1 115	Áno	MZ 13
Fakultná nemocnica s poliklinikou F. D. Roosevelta Banská Bystrica	Nemocnice 4	37 548	4,1%	2 573	410	756	Áno	MZ 13
Univerzitná nemocnica Martin	Nemocnice 4	35 086	3,9%	2 439	447	785	Áno	MZ 13
Inštitút nukleárnej a molekulárnej medicíny	Nemocnice 4	299	0,0%	74	20	11	Áno	MZ
Fakultná nemocnica s poliklinikou J. A. Reimana Prešov	Nemocnice 3	42 162	4,6%	2 810	461	1 085	Áno	MZ 13
Fakultná nemocnica s poliklinikou Žilina	Nemocnice 3	30 371	3,3%	2 084	347	695	Áno	MZ 13
Fakultná nemocnica Nitra	Nemocnice 3	25 557	2,8%	1 690	300	571	Áno	MZ 13
Fakultná nemocnica Trenčín	Nemocnice 3	24 803	2,7%	1 543	284	556	Áno	MZ 13
Fakultná nemocnica Trnava	Nemocnice 3	24 376	2,7%	1 462	288	540	Áno	MZ 13
Fakultná nemocnica s poliklinikou Nové Zámky	Nemocnice 3	24 222	2,7%	1 463	230	501	Áno	MZ 13
Ústredná vojenská nemocnica SNP Ružomberok - Fakultná nemocnica	Nemocnice 3	19 225	2,1%	NA	NA	NA	Áno	MO
Nemocnica Poprad, a.s.	Nemocnice 3	18 267	2,0%	1 352	240	409	Áno	MZ 19
Nemocnica s poliklinikou Štefana Kukuru Michalovce, a.s.	Nemocnice 3	16 015	1,8%	816	151	317	Nie	Penta
Nemocnica AGEL Košice-Šaca, a.s.	Nemocnice 3	14 424	1,6%	1 043	233	294	Nie	AGEL
Národný ústav tuberkulózy, pľúcnych chorôb a hrudníkovej chirurgie Vyšné Hágy	Nemocnice 3	8 537	0,9%	426	65	136	Áno	MZ
Univerzitná nemocnica - Nemocnica svätého Michala, a.s.	Nemocnice 3	6 878	0,8%	NA	NA	NA	Áno	MV

<sup>64</sup> V tabuľke 15 sú nemocnice MZ SR rozdelené na MZ 13 tvorené 13 fakultnými a univerzitnými nemocnicami, MZ 19, čo sú nemocnice tvoriace spolu s MZ 13 hlavných 19 nemocníc MZ SR a MZ, kam spadajú ostatné nemocnice MZ SR nezaraďované ani medzi MZ 13 ani medzi MZ 19.

Názov	Katégória podľa CKS DRG	Objem starostlivosti	Podiel na starostlivosti	Zamestnanci (FTE)	Lekári (FTE)	Sestry (FTE)	Verejný sektor	Skupina / majiteľ
Nemocnica Bory, a.s.	Nemocnice 3	4 513	0,5%	943	211	206	Nie	Penta
Národný ústav reumatických chorôb	Nemocnice 3	2 706	0,3%	189	20	51	Áno	MZ
Národný ústav detskej tuberkulózy a respiračných chorôb, n.o. (Dolný Smokovec)	Nemocnice 3	2 262	0,2%	161	16	51	Áno	Ostatné
Mammacentrum sv. Agáty Banská Bystrica, a.s.	Nemocnice 3	998	0,1%	NA	NA	NA	Nie	AGEL
Nemocnica s poliklinikou Považská Bystrica	Nemocnice 1,2	13 192	1,5%	980	156	305	Áno	VÚC
Nemocnica AGEL Levice, s.r.o.	Nemocnice 1,2	12 273	1,4%	581	87	152	Nie	AGEL
Nemocnica s poliklinikou Prievidza so sídlom v Bojniciach	Nemocnice 1,2	12 059	1,3%	1 000	150	321	Áno	VÚC
Kysucká nemocnica s poliklinikou Čadca	Nemocnice 1,2	11 844	1,3%	907	112	242	Áno	VÚC
Nemocnica AGEL Komárno, s.r.o.	Nemocnice 1,2	10 396	1,1%	577	95	200	Nie	AGEL
Nemocnica AGEL Zvolen, a.s.	Nemocnice 1,2	10 143	1,1%	715	128	216	Nie	AGEL
Všeobecná nemocnica s poliklinikou Lučenec, n.o.	Nemocnice 1,2	10 027	1,1%	780	96	290	Nie	Ostatné
Nemocnica s poliklinikou Dunajská Streda, a.s.	Nemocnice 1,2	9 885	1,1%	516	80	163	Nie	Penta
Dolnooravská nemocnica s poliklinikou MUDr. L. Nádaši Jégého Dolný Kubín	Nemocnice 1,2	9 725	1,1%	626	100	191	Áno	VÚC
Nemocnica s poliklin. Sv. Lukáša Galanta, a.s.	Nemocnice 1,2	9 585	1,1%	651	99	215	Nie	Penta
Nemocnica s poliklinikou Spišská Nová Ves, a.s.	Nemocnice 1,2	9 536	1,1%	484	37	165	Nie	Penta
Penta Hospitals SK, a.s. (Nemocnica v Rimavskej Sobotě)	Nemocnice 1,2	9 207	1,0%	591	82	211	Nie	Penta
Nemocnica Topoľčany, a.s.	Nemocnice 1,2	8 870	1,0%	474	78	170	Nie	Penta
NsP Sv. Jakuba, n.o. (Bardejov)	Nemocnice 1,2	8 780	1,0%	809	133	236	Nie	Ostatné
Nemocnica A. Leňa Humenné, a.s.	Nemocnice 1,2	8 368	0,9%	474	71	189	Nie	Penta
Vranovská nemocnica, a.s.	Nemocnice 1,2	8 290	0,9%	541	89	185	Nie	Penta
L'ubovnianska nemocnica, n.o.	Nemocnice 1,2	7 716	0,9%	525	86	171	Áno	Ostatné
Nemocnica s poliklinikou Trebišov, a.s.	Nemocnice 1,2	7 100	0,8%	626	76	199	Nie	Penta
Liptovská nemocnica s poliklinikou MUDr. Ivana Stodolu Liptovský Mikuláš	Nemocnice 1,2	7 069	0,8%	691	101	227	Áno	VÚC
Fakultná nemocnica s poliklinikou Skalica, a.s.	Nemocnice 1,2	6 777	0,7%	NA	NA	NA	Nie	AGEL
Hornooravská nemocnica s poliklinikou Trstená	Nemocnice 1,2	6 650	0,7%	582	88	192	Áno	VÚC
Nemocnica s poliklinikou sv. Barbory Rožňava, a.s.	Nemocnice 1,2	6 223	0,7%	498	61	173	Nie	Penta
Nemocnica Alexandra Wintera, n.o.	Nemocnice 1,2	6 182	0,7%	523	80	128	Áno	Ostatné
Nemocnica s poliklinikou Brezno, n.o.	Nemocnice 1,2	6 032	0,7%	591	74	135	Áno	Ostatné
Nemocnica Žiar nad Hronom a Banská Štiavnica, s.r.o.	Nemocnice 1,2	5 776	0,6%	400	38	120	Nie	AGEL
Nemocnica arm. generála L. Svobodu Svidník, a.s.	Nemocnice 1,2	5 345	0,6%	357	48	122	Nie	Penta
Nemocnica AGEL Levoča, a.s.	Nemocnice 1,2	5 220	0,6%	540	74	173	Nie	AGEL
Národný endokrínologický a diabetologický ústav, n.o.	Nemocnice 1,2	4 858	0,5%	185	36	69	Áno	Ostatné
Špecializovaná nemocnica sv. Svorada Zobor, n.o.	Nemocnice 1,2	4 344	0,5%	297	41	98	Áno	Ostatné
Nemocnica Snina, s.r.o.	Nemocnice 1,2	4 312	0,5%	273	34	91	Áno	Ostatné
Nemocnica na okraji mesta, n.o.	Nemocnice 1,2	4 224	0,5%	282	33	101	Nie	Penta
Nemocnica AGEL Krompachy, s.r.o.	Nemocnice 1,2	4 147	0,5%	267	44	91	Nie	AGEL
Nemocnica Dr.Vojtecha Alexandra v Kežmarku, n.o.	Nemocnice 1,2	3 952	0,4%	253	36	104	Áno	AGEL
Nemocnica s poliklinikou Myjava	Nemocnice 1,2	3 745	0,4%	333	45	95	Áno	VÚC
Nemocničná, a.s. (Malacky)	Nemocnice 1,2	3 635	0,4%	370	82	130	Nie	Ostatné
Univerzitná nemocnica s poliklinikou Milosrdní bratia, spol. s.r.o.	Nemocnice 1,2	3 373	0,4%	NA	NA	NA	Nie	Ostatné
Nemocnica s poliklinikou, n.o. Kráľovský Chlmec	Nemocnice 1,2	3 229	0,4%	218	23	66	Nie	Ostatné

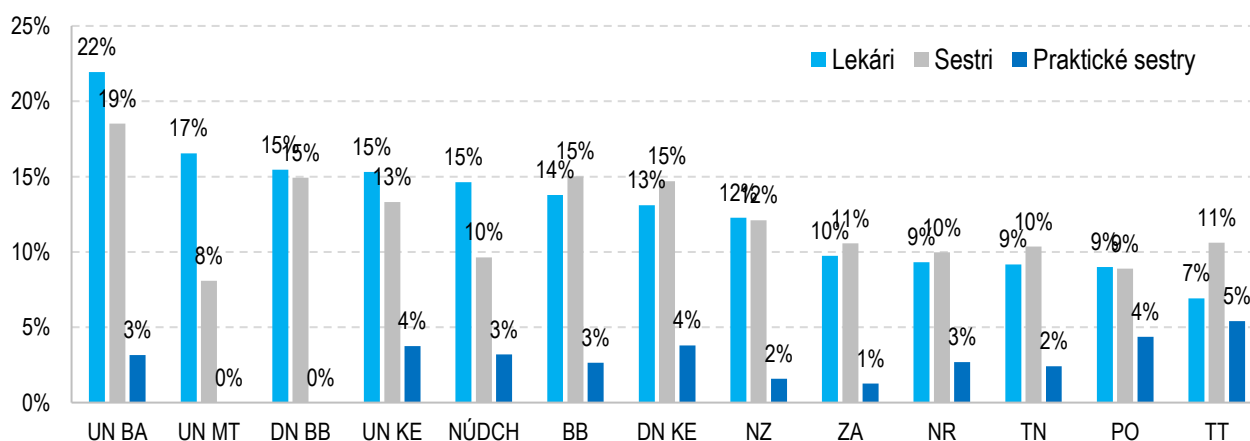
Názov	Katégoria podľa CKS DRG	Objem starostlivosti	Podiel na starostlivosti	Zamestnanci (FTE)	Lekári (FTE)	Sestry (FTE)	Verejný sektor	Skupina / majiteľ
Všeobecná nemocnica s poliklinikou, n.o. (Veľký Krtíš)	Nemocnice 1,2	3 213	0,4%	274	26	85	Áno	Ostatné
Železničné zdravotníctvo Košice, s.r.o.	Nemocnice 1,2	3 187	0,4%	300	92	126	Nie	Penta
Nemocnica s poliklinikou, n.o. Revúca	Nemocnice 1,2	3 092	0,3%	226	26	52	Nie	Ostatné
NsP Nové Mesto nad Váhom, n.o.	Nemocnice 1,2	2 382	0,3%	204	35	61	Áno	Ostatné
Nemocnica AGEL Bánovce, s.r.o.	Nemocnice 1,2	1 895	0,2%	174	30	57	Nie	AGEL
ORL HUMENNÉ, s.r.o.	Nemocnice 1,2	1 763	0,2%	68	18	28	Nie	Ostatné
Nemocnica AGEL Zlaté Moravce, a.s.	Nemocnice 1,2	1 507	0,2%	136	17	47	Nie	AGEL
Špecializovaná nemocnica pre ortopedickú protetiku Bratislava, n.o.	Nemocnice 1,2	1 384	0,2%	92	14	24	Áno	Ostatné
GPN, s.r.o.	Nemocnice 1,2	1 367	0,2%	110	23	26	Nie	Ostatné
Vysokošpecializovaný odborný ústav geriatrický sv. Lukáša v Košiciach, n.o.	Nemocnice 1,2	1 316	0,1%	145	15	32	Áno	Ostatné
Hospitale, s.r.o.	Nemocnice 1,2	1 130	0,1%	NA	NA	NA	Nie	Ostatné
Nemocnica s poliklinikou Ilava, n.o.	Nemocnice 1,2	1 096	0,1%	165	16	51	Áno	Ostatné
Clinica Orthopedica, s.r.o.	Nemocnice 1,2	1 073	0,1%	NA	NA	NA	Nie	Ostatné
Regionálna nemocnica Sobrance, n.o.	Nemocnice 1,2	943	0,1%	83	8	18	Áno	Ostatné
Nemocnica AGEL Handlová, s.r.o.	Nemocnice 1,2	885	0,1%	116	14	30	Nie	AGEL
PRI VITAE n.o.	Nemocnice 1,2	675	0,1%	NA	NA	NA	Nie	Ostatné
OFTAL, s.r.o.	Nemocnice 1,2	225	0,0%	49	10	23	Nie	Ostatné
Akadémia Košice, n.o.	Nemocnice 1,2	159	0,0%	NA	NA	NA	Nie	Ostatné
Novapharm, s.r.o.	Nemocnice 1,2	147	0,0%	NA	NA	NA	Nie	Ostatné
AGEL clinic s. r. o.	Nemocnice 1,2	95	0,0%	NA	NA	NA	Nie	AGEL

Pozn.: Objem starostlivosti je meraný pomocou efektívneho case-mixu, čiže počtom štandardizovaných hospitalizácií. Prezentovaná nemocničná sieť neobsahuje nízky počet nemocníc, ktoré sa nachádzajú v OSN (napr. psychiatrické nemocnice) a zahŕňa niektoré, ktoré nie sú zaradené v OSN (Vojenská nemocnica v Ružomberku, nemocnica Sv. Michala).

Zdroj: MZ SR (CKS DRG), ÚHP

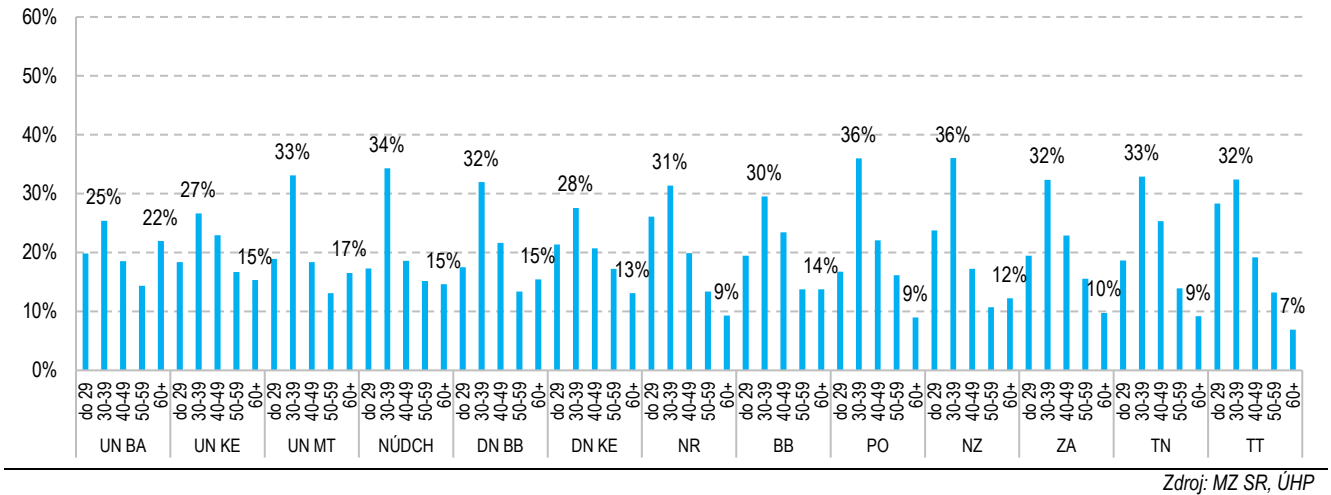
**V 13 fakultných a univerzitných nemocniciach pracuje polovica slovenských nemocničných lekárov a takmer polovica všetkých nemocničných pracovníkov.** Najväčší podiel lekárov (22 %) a sestier (19 %) v pred dôchodkovom a dôchodkovom veku má Univerzitná nemocnica Bratislava. Podiel sestier vo vekovej skupine 60+ blízky 15 % majú v nemocnici Banská Bystrica a detských nemocniciach Banská Bystrica a Košice. Vek praktických sestier nie je taký problematický (graf 46 a graf 49).

**Graf 46: Podiel pracovníkov vo vekovej skupine 60 + v 13 fakultných a univerzitných nemocniciach, 2023**

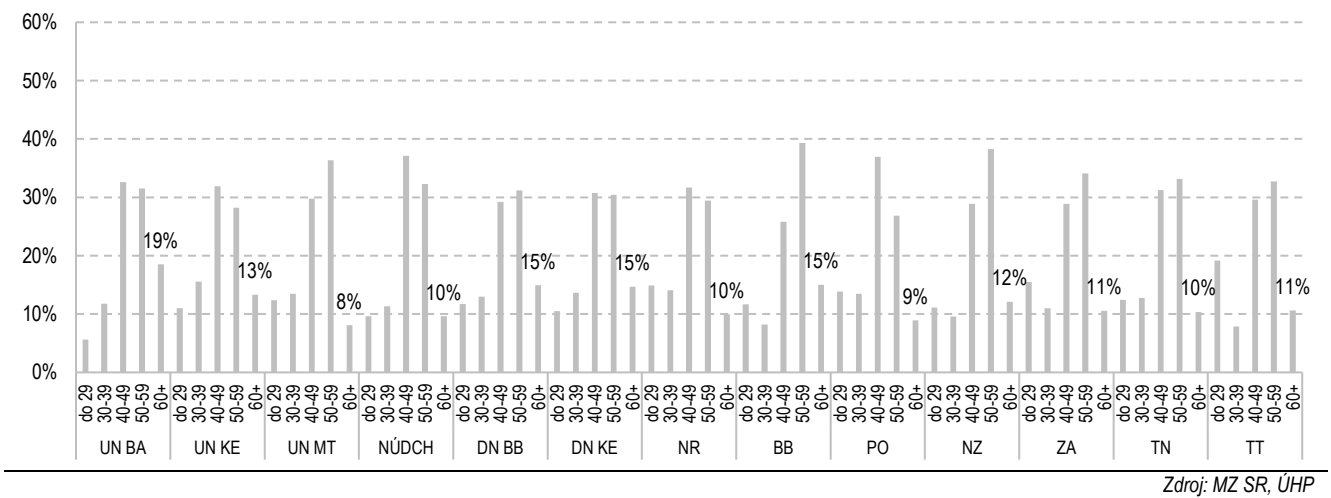


Zdroj: MZ SR, ÚHP

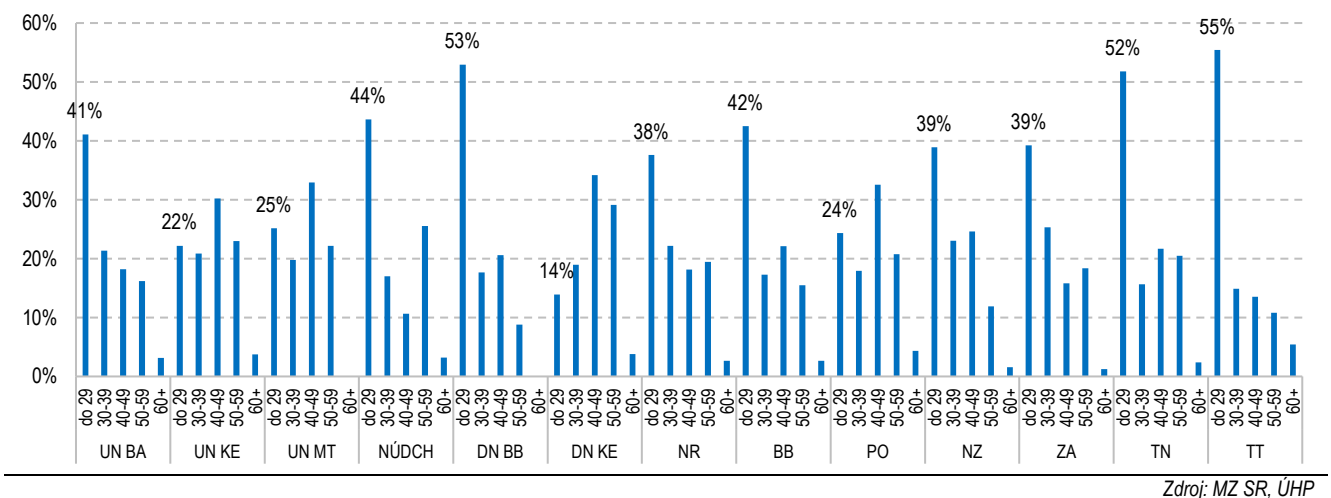
Graf 47: Zastúpenie lekárov v jednotlivých vekových skupinách v 13 fakultných a univerzitných nemocniciach, 2023



Graf 48: Zastúpenie sestier v jednotlivých vekových skupinách v 13 fakultných a univerzitných nemocniciach, 2023



Graf 49: Zastúpenie praktických sestier vo vekových skupinách v 13 fakultných a univerzitných nemocniciach, 2023



**Slovenská ústavná starostlivosť nie je rozložená rovnomerne po krajoch.** Najväčší podiel lôžok na obyvateľa má Košický (6,81) a Bratislavský (6,47) kraj, pričom v Bratislave ide najmä o akútne lôžka, čo je vzhľadom na úlohu hlavného mesta v nemocničnej sieti pochopiteľné. Košický kraj naopak vedie v počte dlhodobých lôžok.

**Tabuľka 16: Regionálne rozloženie lôžok akútnej a dlhodobej ústavnej starostlivosti, rok 2023**

Kraj	Všetky	Akútne	Dlhodobé*	Všetky	Akútne	Dlhodobé*	Počet obyvateľov
	Počty			Na tisíc obyvateľov			
Bratislavský	4 714	4 131	583	6,47	5,67	0,80	728 370
Trnavský	2 296	1 865	431	4,06	3,30	0,76	565 573
Trenčiansky	2 819	2 216	603	4,94	3,88	1,06	570 675
Nitriansky	3 437	3 087	350	5,12	4,60	0,52	670 696
Žilinský	3 916	3 169	747	5,69	4,61	1,09	688 106
Banskobystrický	3 994	3 245	749	6,47	5,26	1,21	617 177
Prešovský	4 839	4 062	777	5,99	5,03	0,96	808 090
Košický	5 311	4 039	1 272	6,81	5,18	1,63	779 505
Spolu	31 326	25 814	5 512	5,77	4,76	1,02	5 428 192

\* Dlhodobé, chronické a doliečovacie lôžka.

Zdroj: MZ SR, ÚHP

### Optimalizácia siete nemocníc

**Optimalizácia siete nemocníc (ďalej OSN) predstavuje komplexnú reformu, ktorej cieľom je zabezpečiť dostupnú, kvalitnú a bezpečnú zdravotnú starostlivosť všetkým pacientom.** Reforma definuje sieť nemocníc z pohľadu časovej dostupnosti ako aj spádov. Rovnako tak definuje rozsah starostlivosti a podmienky, za akých majú byť poskytované. Pacienti by mali z tejto reformy značne profitovať. Navrhnuté zmeny majú za cieľ viesť do systému väčší poriadok a prehľad.

**OSN spolu s vyhláškou o kategorizácii ústavnej zdravotnej starostlivosti definuje päť úrovní nemocníc a jasne vymedzuje aj ich programový profil.** Zdravotná starostlivosť je rozdelená do viac ako 60 programov, ktoré majú rovnako 5 úrovní. Prvá úroveň spravidla obsahuje výkony, ktoré je možné poskytovať v rámci jednodňovej zdravotnej starostlivosti, s nárastom úrovne komplexnosť a náročnosť výkonov a diagnóz rastie. Každá nemocnica má stanovené, akú starostlivosť poskytujú cez svoj programový profil, ktorý sa odvíja od úrovne nemocnice.

- Povinné programy – nemocnica ich poskytovať musí, aby bola zachovaná komplexnosť zdravotnej starostlivosti. Presný rozsah povinných programov sa líši podľa úrovne nemocnice, čím vyššia úroveň tým viac povinných programov.
- Doplnkové programy - podliehajú schváleniu kategorizačnou komisiou, ktoré vychádza z potreby daného programu v konkrétnej oblasti.
- Nepovinné programy – nemocnica ich poskytuje na základe dohody so zdravotnou poisťovňou, schválenia komisie pre sieť pri nich nie je potrebné.
- Zakázané programy – nemocnica ich poskytovať nesmie<sup>65</sup>.

**OSN má potenciál zvýšiť bezpečnosť pacientov a kvalitu starostlivosti.** Pre viac ako 600 medicínskych služieb (asi 40 %) zavádza časovú dostupnosť liečby, teda do kedy najneskôr od indikácie musí byť pacientovi poskytnutá indikovaná liečba. Pre stovky medicínskych služieb určuje minimálne počty výkonov, ktoré musí nemocnica, pracovisko, prípadne aj samotný lekár za rok vykonať. To má okrem kvality a bezpečnosti vplyv aj na efektívne fungovanie nemocníc. Vyhláška zároveň pre každý program a jednotlivé úrovne spresňuje požiadavky na materiálno-technické a personálne zabezpečenie. Pre všetky programy definuje aj indikátory kvality.

<sup>65</sup> Legislatíva pri optimalizácii siete nemocníc upravuje rozsah starostlivosti, ktorá môže byť nemocniciam uhrádzaná z verejného zdravotného poistenia. Na plnú úhradu pacientov môžu nemocnice naďalej poskytovať rozsah starostlivosti ako doposiaľ (Zákon č. 540/2021 Z. z. o kategorizácii ústavnej zdravotnej starostlivosti).

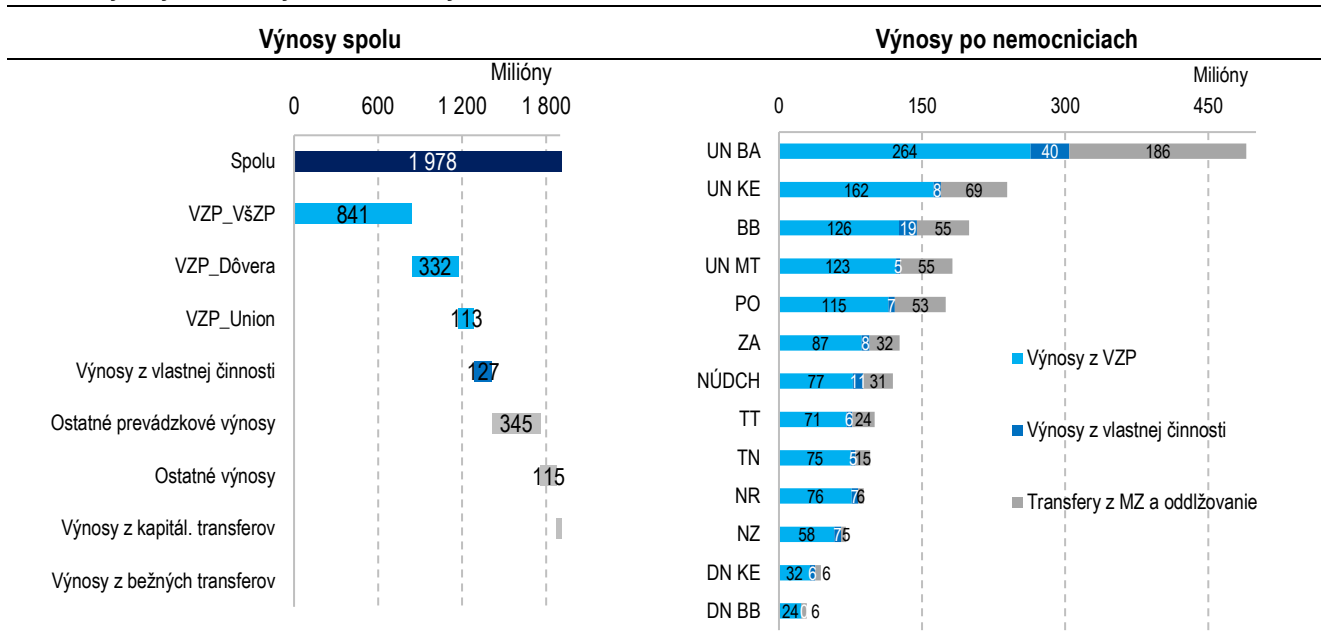
<sup>66</sup> Medzinárodná konzultačná spoločnosť BCG vypracovala v roku 2023 pre MZ SR štúdiu oosti zdravotníckych zariadení a zvýšenia kvality poskytovanej zdravotnej starostlivo

**Sieť nemocníc nie je nemenná a zákon zavádza mechanizmus ako reagovať na meniace sa potreby obyvateľov.** Ak každoročné hodnotenie siete na základe dát potvrdí rastúcu potrebu starostlivosti v nejakom programe či službe, rozšíri sa počet nemocníc, ktoré program poskytujú cez schválené doplnkové programy. Taktiež ak niektorá nemocnica nedokáže naplniť stanovené požiadavky, môže prísť o plnú úhradu od zdravotných poisťovní. Pri dlhodobom neplnení môže dôjsť až k strate programu či preradeniu nemocnice do nižšej kategórie. Všetky dáta na úrovni nemocníc budú v rámci vyhodnocovania siete každoročne zverejnené do 30.6. Prvýkrát sa tak udialo v roku 2023.

**Príloha II Výnosy 13 fakultných a univerzitných nemocníc MZ SR**

Celkové výnosy 13 fakultných a univerzitných nemocníc v roku 2023 boli aj vďaka dofinancovaniu a navýšeniu VZP postačujúce, aby nemocnice v priemere vytvorili 11,6 miliónový zisk. Ten slúžil na pokrývanie strát z minulých období, keďže ich celkový dlh bol na konci rovnakého roku 700 mil. eur. Prezentované výnosy neobsahujú tržby za verejné lekárne, ktoré nemocnice prevádzkujú, resp. zarátaný bol len ich prevádzkový zisk lekární (ich tržby mínus ich náklady).

**Graf 50: Výnosy 13 fakultných a univerzitných nemocníc MZ SR v roku 2023**



Zdroj: MZ SR, ÚHP

## Príloha III Vyhodnocovanie paušálnej platby vo vzťahu k očakávanej a skutočnej produkcii nemocníc

Podmienky úpravy paušálnej platby nemocniciam od zdravotných poisťovní pri prekročení alebo nesplnení produkcie nie sú jednotné. Keďže nemocnice ani poisťovne nezverejňujú údaje o produkcii, nie je ich možné z verejne dostupných údajov vzájomne porovnať a vyhodnotiť.

## Výpočet na úpravu paušálnej úhrady za ÚZS v zmluve poisťovne VŠZP s Univerzitnou nemocnicou Bratislava

**4. Vyhodnocovanie prospektívneho rozpočtu**

Vyhodnocovanie prospektívneho rozpočtu vykonáva poisťovňa pre účely optimálneho nastavenia výšky prospektívneho rozpočtu za hodnotené obdobie. Vyhodnocovaním sa zisťuje primeranosť výšky nastaveného prospektívneho rozpočtu za hodnotené obdobie vo vzťahu k skutočne poskytnutej a uznanej zdravotnej starostlivosti poskytovateľom.

Termíny vyhodnotenia prospektívneho rozpočtu s finančným zúčtovaním:

Hodnotené obdobie (od - do)		Vyhodnocovanie (od – do)		Finančné zúčtovanie
1.1.	30.6.	1.7.	30.9.	Vo faktúre za poskytnutú ZS v mesiaci september
1.1.	31.12.	1.1.	31.3.	Vo faktúre za poskytnutú ZS v mesiaci marec

Vyhodnotenie sa realizuje nasledujúcim postupom:

$$\frac{CM_{HODN}}{CM_{REF}}$$

CM HODN – casemix hodnoteného obdobia – súčet efektívnych relatívnych váh akceptovaných hospitalizačných prípadov za hodnotené obdobie

CM REF – casemix referenčného obdobia na účely vyhodnotenia pre definované hodnotené obdobie (na účely vyhodnotenia sa ZS na NON-DRG zohľadňuje nasledovne: 1OD = 0,1; 1UH = 1,0)

**Miesto prevádzky Limbová 5, 831 01 Bratislava**

CM REF	
hodnotené obdobie od 1.1. do 30.6.	5 702,51
hodnotené obdobie od 1.1. do 31.12.	11 405,01

**Miesto prevádzky Ružinovská 6, 821 01 Bratislava**

CM REF	
hodnotené obdobie od 1.1. do 30.6.	8 936,62
hodnotené obdobie od 1.1. do 31.12.	17 873,24

**Miesto prevádzky Antolská 11, 851 07 Bratislava**

CM REF	
hodnotené obdobie od 1.1. do 30.6.	5 845,48
hodnotené obdobie od 1.1. do 31.12.	11 690,95

**Miesto prevádzky Mickiewiczova 13, 813 69 Bratislava**

CM REF	
hodnotené obdobie od 1.1. do 30.6.	2 213,53
hodnotené obdobie od 1.1. do 31.12.	4 427,05

Výsledok vyhodnotenia:

$$\frac{CM_{HODN}}{CM_{REF}}$$

≥98,00 %; ≤ 102,00 %	< 98,00 %	> 102,00 %
----------------------	-----------	------------



Neutrálne pásmo – proces finančného zúčtovania sa nerealizuje	Realizácia procesu finančného zúčtovania	Realizácia procesu finančného zúčtovania
---	--	--

Proces finančného zúčtovania hodnoteného obdobia „1.1. až 30.6.“:

$$\sum PRUZZ_{hodn.obdobie} \times \% \text{ zúčtovania}$$

Proces finančného zúčtovania hodnoteného obdobia „1.1. až 31.12.“:

$$\sum PRUZZ_{hodn.obdobie} \times \% \text{ zúčtovania} - \text{výsledok finančného zúčtovania v Eur za hodnotené obdobie 1.1. až 30.6.}$$

$\sum PRUZZ$  hodnoteného obdobia – hodnota PRUZZ za hodnotené obdobie od 1.1. do 30.6.; prípadne od 1.1. do 31.12.;

% zúčtovania – vyjadruje % čerpania ako výsledok vyhodnotenia po zohľadnení neutrálneho pásma. (pozn. na účely vyčíslenia finančného zúčtovania +1,00% čerpania ako výsledok vyhodnotenia predstavuje 0,2% zo súčtu  $\sum PRUZZ$  hodnoteného obdobia).

% zúčtovania sa vypočíta nasledovne:

→ ak je % čerpania ako výsledok vyhodnotenia < 98,00 %

$$\% \text{ zúčtovania} = \frac{(\% \text{ čerpania ako výsledok vyhodnotenia} - 98,00\%)}{5}$$

→ ak je % čerpania ako výsledok vyhodnotenia > 102,00 %

$$\% \text{ zúčtovania} = \frac{(\% \text{ čerpania ako výsledok vyhodnotenia} - 102,00\%)}{5}$$

V celkovej výške realizácie finančného zúčtovania za obdobie od 1.1. do 31.12. sa zohľadní aj suma finančného zúčtovania realizovaného za obdobie od 1.1. do 30.6.

## Výpočet na úpravu paušálnej úhrady za ÚZS v zmluve poisťovne Dôvera s Univerzitnou nemocnicou Bratislava

## Výpočet koeficientu a určenie parametrov podľa bodu 15.4. Zmluvy

- a) Koeficient (Koeff) zohľadňujúci zmenu casemixu a počtu Hospitalizačných prípadov medzi referenčným a hodnoteným obdobím sa vypočíta nasledovne:

$$Koeff = \left( \frac{Koeff_{max} - Koeff_{min}}{\pi} \right) \times \tan^{-1} \left[ 25 \times \left( Koeff_{CD} - \left( \frac{Koeff_{max} + Koeff_{min}}{2} \right) \right) \right] + \left( \frac{Koeff_{max} + Koeff_{min}}{2} \right)$$

Označenie parametra	Názov parametra	Popis parametra
Koeff	Koeficient	Koeff = zohľadňuje zmenu casemixu a počtu Hospitalizačných prípadov medzi referenčným a hodnoteným obdobím
Koeff <sub>max</sub>	Maximálna hodnota Koeficientu	Koeff <sub>max</sub> = maximálna hodnota koeficientu pre úhradu za Hospitalizačné prípady, ktorá je dohodnutá vo výške 1,05
Koeff <sub>min</sub>	Minimálna hodnota Koeficientu	Koeff <sub>min</sub> = minimálna hodnota koeficientu pre úhradu za Hospitalizačné prípady, ktorá je dohodnutá vo výške 0,95
Koeff <sub>CD</sub>	Koeficient Cobb-Douglasovej produkčnej funkcie	Koeff <sub>CD</sub> = koeficient, ktorý zohľadňuje zmenu casemixu a počtu Hospitalizačných prípadov medzi referenčným a hodnoteným obdobím pomocou Cobb-Douglasovej produkčnej funkcie

- b) Koeficient Cobb-Douglasovej produkčnej funkcie sa vypočíta nasledovne:

$$Koeff_{CD} = \min\{Koeff_{CM}; (Koeff_{CM})^{0,5} \times (Koeff_{PHP} + 0,04)^{0,5}\}$$

$$Koeff_{CM} = \frac{CM_{x-n,hod}}{CM_{x-n,ref}} \quad Koeff_{PHP} = \frac{PHP_{x-n,hod}}{PHP_{x-n,ref}}$$

Označenie parametra	Názov parametra	Popis parametra
Min	Funkcia min	min = funkcia, ktorá vyberie z oboru hodnôt najnižšiu hodnotu
Koeff <sub>CM</sub>	Koeficient vývoja casemixu	Koeff <sub>CM</sub> = koeficient vývoja casemixu medzi referenčným a hodnoteným obdobím
Koeff <sub>PHP</sub>	Koeficient vývoja počtu Hospitalizačných prípadov	Koeff <sub>PHP</sub> = koeficient vývoja počtu Hospitalizačných prípadov medzi referenčným a hodnoteným obdobím
CM <sub>x-n,ref</sub>	Suma efektívnych relatívnych váh v referenčnom období	CM <sub>x-n,ref</sub> = suma efektívnych relatívnych váh Hospitalizačných prípadov ukončených v referenčnom období
CM <sub>x-n,hod</sub>	Suma efektívnych relatívnych váh v hodnotenom období	CM <sub>x-n,hod</sub> = suma efektívnych relatívnych váh Hospitalizačných prípadov ukončených v hodnotenom období
PHP <sub>x-n,ref</sub>	Počet Hospitalizačných prípadov v referenčnom období	PHP <sub>x-n,ref</sub> = počet Hospitalizačných prípadov ukončených v referenčnom období
PHP <sub>x-n,hod</sub>	Počet Hospitalizačných prípadov v hodnotenom období	PHP <sub>x-n,hod</sub> = počet Hospitalizačných prípadov v hodnotenom období
x-n,ref	Referenčné obdobie (RO)	RO = referenčným obdobím sú príslušné kalendárne mesiace x-n referenčného obdobia
x-n,hod	Hodnotenú obdobie (HO)	HO = hodnoteným obdobím sú príslušné kalendárne mesiace x-n hodnoteného obdobia

c) Poistovňa a Poskytovateľ sa dohodli na určení konkrétnej hodnoty parametra  $UHR_{X-n;ref}$ ,  $EMZS_{X-n;ref}$ ,  $CM_{X-n;ref}$  a  $PHP_{X-n;ref}$  v referenčnom období 2023 nasledovne:

a.

RO	UHR	EMZS	CM	PHP
1-3;2023	11 962 905	537 455	3782	3959
1-6;2023	25 115 562	1 038 542	7295	7505
1-9;2023	37 673 343	1 539 629	10807	11051
1-12;2023	50 231 124	2 040 716	14319	14596

d) Poistovňa a Poskytovateľ sa dohodli na určení konkrétnej hodnoty parametra  $UHR_{X-n;ref}$ ,  $EMZS_{X-n;ref}$ ,  $CM_{X-n;ref}$  a  $PHP_{X-n;ref}$  v referenčnom období 2024 a nasledujúcom takto:

b.

RO	UHR	EMZS	CM	PHP
1-3;2024 a nasl.	12 557 781	501 087	3512	3546
1-6;2024 a nasl.	25 115 562	1 002 174	7024	7092
1-9;2024 a nasl.	37 673 343	1 503 261	10537	10637
1-12;2024 a nasl.	50 231 124	2 004 349	14049	14183

Zmluvné strany sa pre vylúčenie pochybností dohodli, že číselné vyjadrenie parametra uvedené v tabuľke vyššie má vždy prednosť pred jeho slovným vyjadrením podľa bodu 15.4. písmeno a. a b. Zmluvy.“

e) Ilustrácia konkrétnych výsledkov koeficientu vzhľadom na zmenu casemixu a počtu Hospitalizačných prípadov medzi referenčným a hodnoteným obdobím je uvedená v nasledovnej tabuľke:

Koef_PHP	Koef_CM																																	
0,910	0,980	0,985	0,990	0,995	1,000	1,005	1,010	1,015	1,020	1,025	1,030	1,035	1,040	1,045	1,050	1,055	1,060	1,065	1,070	1,075	1,080	1,085	1,090	1,095	1,100	1,105	1,110	1,115	1,120	1,125	1,130	1,135	1,140	
0,915	0,977	0,979	0,981	0,982	0,984	0,985	0,987	0,988	0,990	0,991	0,992	0,993	0,994	0,995	0,996	0,997	0,998	0,999	1,000	1,001	1,002	1,003	1,004	1,005	1,006	1,007	1,008	1,009	1,010	1,011	1,012	1,013	1,014	1,015
0,920	0,978	0,981	0,982	0,984	0,985	0,987	0,988	0,990	0,991	0,992	0,993	0,994	0,995	0,996	0,997	0,998	0,999	1,000	1,001	1,002	1,003	1,004	1,005	1,006	1,007	1,008	1,009	1,010	1,011	1,012	1,013	1,014	1,015	1,016
0,925	0,981	0,982	0,984	0,985	0,987	0,988	0,990	0,991	0,992	0,993	0,994	0,995	0,996	0,997	0,998	0,999	1,000	1,001	1,002	1,003	1,004	1,005	1,006	1,007	1,008	1,009	1,010	1,011	1,012	1,013	1,014	1,015	1,016	1,017
0,930	0,982	0,984	0,985	0,987	0,988	0,990	0,991	0,992	0,993	0,994	0,995	0,996	0,997	0,998	0,999	1,000	1,001	1,002	1,003	1,004	1,005	1,006	1,007	1,008	1,009	1,010	1,011	1,012	1,013	1,014	1,015	1,016	1,017	1,018
0,935	0,984	0,985	0,987	0,988	0,990	0,991	0,992	0,993	0,994	0,995	0,996	0,997	0,998	0,999	1,000	1,001	1,002	1,003	1,004	1,005	1,006	1,007	1,008	1,009	1,010	1,011	1,012	1,013	1,014	1,015	1,016	1,017	1,018	1,019
0,940	0,985	0,987	0,988	0,990	0,991	0,992	0,993	0,994	0,995	0,996	0,997	0,998	0,999	1,000	1,001	1,002	1,003	1,004	1,005	1,006	1,007	1,008	1,009	1,010	1,011	1,012	1,013	1,014	1,015	1,016	1,017	1,018	1,019	1,020
0,945	0,986	0,988	0,990	0,991	0,992	0,993	0,994	0,995	0,996	0,997	0,998	0,999	1,000	1,001	1,002	1,003	1,004	1,005	1,006	1,007	1,008	1,009	1,010	1,011	1,012	1,013	1,014	1,015	1,016	1,017	1,018	1,019	1,020	1,021
0,950	0,987	0,989	0,991	0,992	0,993	0,994	0,995	0,996	0,997	0,998	0,999	1,000	1,001	1,002	1,003	1,004	1,005	1,006	1,007	1,008	1,009	1,010	1,011	1,012	1,013	1,014	1,015	1,016	1,017	1,018	1,019	1,020	1,021	1,022
0,955	0,988	0,989	0,991	0,992	0,993	0,994	0,995	0,996	0,997	0,998	0,999	1,000	1,001	1,002	1,003	1,004	1,005	1,006	1,007	1,008	1,009	1,010	1,011	1,012	1,013	1,014	1,015	1,016	1,017	1,018	1,019	1,020	1,021	1,022
0,960	0,989	0,990	0,992	0,993	0,994	0,995	0,996	0,997	0,998	0,999	1,000	1,001	1,002	1,003	1,004	1,005	1,006	1,007	1,008	1,009	1,010	1,011	1,012	1,013	1,014	1,015	1,016	1,017	1,018	1,019	1,020	1,021	1,022	1,023
0,965	0,990	0,991	0,992	0,993	0,994	0,995	0,996	0,997	0,998	0,999	1,000	1,001	1,002	1,003	1,004	1,005	1,006	1,007	1,008	1,009	1,010	1,011	1,012	1,013	1,014	1,015	1,016	1,017	1,018	1,019	1,020	1,021	1,022	1,023
0,970	0,991	0,992	0,993	0,994	0,995	0,996	0,997	0,998	0,999	1,000	1,001	1,002	1,003	1,004	1,005	1,006	1,007	1,008	1,009	1,010	1,011	1,012	1,013	1,014	1,015	1,016	1,017	1,018	1,019	1,020	1,021	1,022	1,023	1,024
0,975	0,992	0,993	0,994	0,995	0,996	0,997	0,998	0,999	1,000	1,001	1,002	1,003	1,004	1,005	1,006	1,007	1,008	1,009	1,010	1,011	1,012	1,013	1,014	1,015	1,016	1,017	1,018	1,019	1,020	1,021	1,022	1,023	1,024	1,025
0,980	0,993	0,994	0,995	0,996	0,997	0,998	0,999	1,000	1,001	1,002	1,003	1,004	1,005	1,006	1,007	1,008	1,009	1,010	1,011	1,012	1,013	1,014	1,015	1,016	1,017	1,018	1,019	1,020	1,021	1,022	1,023	1,024	1,025	1,026
0,985	0,994	0,995	0,996	0,997	0,998	0,999	1,000	1,001	1,002	1,003	1,004	1,005	1,006	1,007	1,008	1,009	1,010	1,011	1,012	1,013	1,014	1,015	1,016	1,017	1,018	1,019	1,020	1,021	1,022	1,023	1,024	1,025	1,026	1,027
0,990	0,995	0,996	0,997	0,998	0,999	1,000	1,001	1,002	1,003	1,004	1,005	1,006	1,007	1,008	1,009	1,010	1,011	1,012	1,013	1,014	1,015	1,016	1,017	1,018	1,019	1,020	1,021	1,022	1,023	1,024	1,025	1,026	1,027	1,028
0,995	0,996	0,997	0,998	0,999	1,000	1,001	1,002	1,003	1,004	1,005	1,006	1,007	1,008	1,009	1,010	1,011	1,012	1,013	1,014	1,015	1,016	1,017	1,018	1,019	1,020	1,021	1,022	1,023	1,024	1,025	1,026	1,027	1,028	1,029
1,000	0,997	0,998	0,999	1,000	1,001	1,002	1,003	1,004	1,005	1,006	1,007	1,008	1,009	1,010	1,011	1,012	1,013	1,014	1,015	1,016	1,017	1,018	1,019	1,020	1,021	1,022	1,023	1,024	1,025	1,026	1,027	1,028	1,029	1,030
1,005	0,998	0,999	1,000	1,001	1,002	1,003	1,004	1,005	1,006	1,007	1,008	1,009	1,010	1,011	1,012	1,013	1,014	1,015	1,016	1,017	1,018	1,019	1,020	1,021	1,022	1,023	1,024	1,025	1,026	1,027	1,028	1,029	1,030	1,031
1,010	0,999	0,999	1,000	1,001	1,002	1,003	1,004	1,005	1,006	1,007	1,008	1,009	1,010	1,011	1,012	1,013	1,014	1,015	1,016	1,017	1,018	1,019	1,020	1,021	1,022	1,023	1,024	1,025	1,026	1,027	1,028	1,029	1,030	1,031
1,015	0,999	0,999	1,000	1,001	1,002	1,003	1,004	1,005	1,006	1,007	1,008	1,009	1,010	1,011	1,012	1,013	1,014	1,015	1,016	1,017	1,018	1,019	1,020	1,021	1,022	1,023	1,024	1,025	1,026	1,027	1,028	1,029	1,030	1,031
1,020	0,999	0,999	1,000	1,001	1,002	1,003	1,004	1,005	1,006	1,007	1,008	1,009	1,010	1,011	1,012	1,013	1,014	1,015	1,016	1,017	1,018	1,019	1,020	1,021	1,022	1,023	1,024	1,025	1,026	1,027	1,028	1,029	1,030	1,031
1,025	0,999	0,999	1,000	1,001	1,002	1,003	1,004	1,005	1,006	1,007	1,008	1,009	1,010	1,011	1,012	1,013	1,014	1,015	1,016	1,017	1,018	1,019	1,020	1,021	1,022	1,023	1,024	1,025	1,026	1,027	1,028	1,029	1,030	1,031
1,030	0,999	0,999	1,000	1,001	1,002	1,003	1,004	1,005	1,006	1,007	1,008	1,009	1,010	1,011	1,012	1,013	1,014	1,015	1,016	1,017	1,018	1,019	1,020	1,021	1,022	1,023	1,024	1,025	1,026	1,027	1,028	1,029	1,030	1,031
1,035	0,999	0,999	1,000	1,001	1,002	1,003	1,004	1,005	1,006	1,007	1,008	1,009	1,010	1,011	1,012	1,013	1,014	1,015	1,016	1,017	1,018	1,019	1,020	1,021	1,022	1,023	1,024	1,025	1,026	1,027	1,028	1,029	1,030	1,031
1,040	0,999	0,999	1,000	1,001	1,002	1,003	1,004	1,005	1,006	1,007	1,008	1,009	1,010	1,011	1,012	1,013	1,014	1,015	1,016	1,017	1,018	1,019	1,020	1,021	1,022	1,023	1,024	1,025	1,026	1,027	1,028	1,029	1,030	1,031
1,045	0,999	0,999	1,000	1,001	1,002	1,003	1,004	1,005	1,006	1,007	1,008	1,009	1,010	1,011	1,012	1,013	1,014	1,015	1,016	1,017	1,018	1,019	1,020	1,021	1,022	1,023	1,024	1,025	1,026	1,027	1,028	1,029	1,030	1,031
1,050	0,999	0,999	1,000	1,001	1,002	1,003	1,004	1,005	1,006	1,007	1,008	1,009	1,010	1,011	1,012	1,013	1,014	1,015	1,016	1,017	1,018	1,019	1,020	1,021	1,022	1,023	1,024	1,025	1,026	1,027	1,028	1,029	1,030	1,031
1,055	0,999	0,999	1,000	1,001	1,002	1,003	1,004	1,005	1,006	1,007	1,008	1,009	1,010	1,011	1,012	1,013	1,014	1,015	1,016	1,017	1,018	1,019	1,020	1,021	1,022	1,023	1,024	1,025	1,026	1,027	1,028	1,029	1,030	1,031
1,060	0,999	0,999	1,000	1,001	1,002	1,003	1,004	1,005	1,006	1,007	1,008	1,009	1,010	1,011	1,012	1,013	1,014	1,015	1,016	1,017	1,018	1,019	1,020	1,021	1,022	1,023	1,024	1,025	1,02					

## Príloha IV Produktivita práce v 13 fakultných a univerzitných nemocniciach

Najväčšiu časť pracovníkov nemocníc tvoria zdravotnícky pracovníci (od 72,5 % v UNB po 82,2 v DN KE). Konkrétna štruktúra pracovníkov je uvedená v nasledujúcej tabuľke.

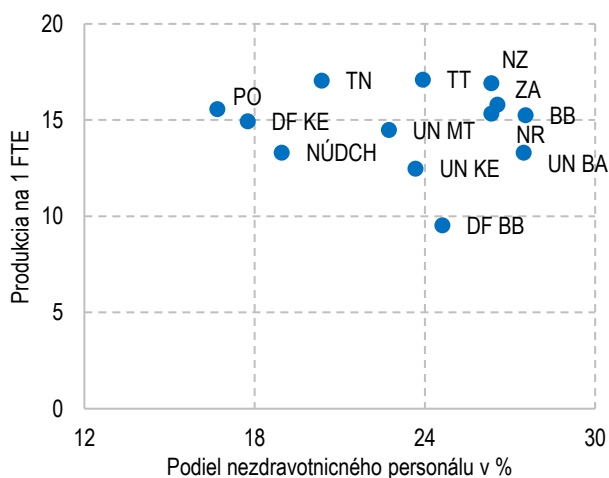
Tabuľka 17: Štruktúra pracovníkov v 13 fakultných a univerzitných nemocniciach podľa FTE v roku 2022, v %

Pracovník / Nemocnica	BA	KE	PO	BB	MT	ZA	NR	TN	NZ	TT	NÚDCH	DF KE	DF BB
<b>Nezdravotnícky pracovník</b>	<b>27,5</b>	<b>23,7</b>	<b>16,7</b>	<b>27,6</b>	<b>22,7</b>	<b>26,4</b>	<b>26,6</b>	<b>20,4</b>	<b>26,3</b>	<b>23,9</b>	<b>19,0</b>	<b>17,8</b>	<b>24,6</b>
Robotníci a prevádzkoví prac.	18,9	14,6	10,5	18,2	14,7	19,9	21,0	13,9	20,4	16,9	11,0	8,5	14,5
Technicko-hospodárski prac.	8,5	9,1	6,2	9,3	8,0	6,5	5,6	6,5	5,9	7,0	8,0	9,2	10,1
<b>Zdravotnícky pracovník</b>	<b>72,5</b>	<b>76,3</b>	<b>83,3</b>	<b>72,4</b>	<b>77,2</b>	<b>73,6</b>	<b>73,4</b>	<b>79,6</b>	<b>73,7</b>	<b>76,1</b>	<b>81,0</b>	<b>82,2</b>	<b>75,4</b>
Asistent	13,4	20,0	21,9	17,3	18,7	18,2	15,4	15,2	18,1	13,0	14,6	20,8	18,4
Farmaceut	1,0	0,5	0,6	0,7	0,3	0,7	0,5	0,5	0,6	0,5	1,4	0,7	0,3
Iný zdravotnícky prac.	2,1	1,4	0,8	1,2	1,5	0,9	2,8	1,9	0,6	0,7	3,1	0,4	1,4
Laborant	1,4	4,2	1,6	4,2	2,8	1,7	2,4	5,0	2,8	2,2	4,6	0,7	2,2
<b>Lekár a zubný lekár</b>	<b>22,5</b>	<b>18,7</b>	<b>16,2</b>	<b>16,4</b>	<b>19,1</b>	<b>16,3</b>	<b>17,0</b>	<b>18,3</b>	<b>14,9</b>	<b>19,5</b>	<b>23,3</b>	<b>18,1</b>	<b>19,9</b>
Pôrodná asistentka	1,9	2,3	3,3	1,7	1,4	1,8	0,8	1,9	1,8	2,8	0,0	0,0	0,0
<b>Sestra</b>	<b>30,4</b>	<b>29,2</b>	<b>38,9</b>	<b>30,8</b>	<b>33,2</b>	<b>34,0</b>	<b>34,5</b>	<b>36,8</b>	<b>34,9</b>	<b>37,3</b>	<b>33,9</b>	<b>41,5</b>	<b>33,2</b>

Zdroj: NCZI, ÚHP

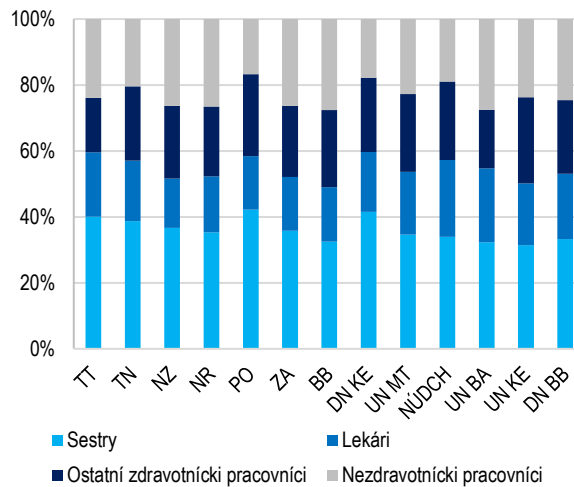
Podiel nezdravotníckeho personálu nemá zásadný vplyv na jednotkovú produktivitu. Čiastočne na ňu môže vplyvať zastúpenie sestier, resp. pomer medzi lekármi a sestrami.

Graf 51: Vzťah podielu nezdravotníckeho personálu a produkcie na 1 FTE



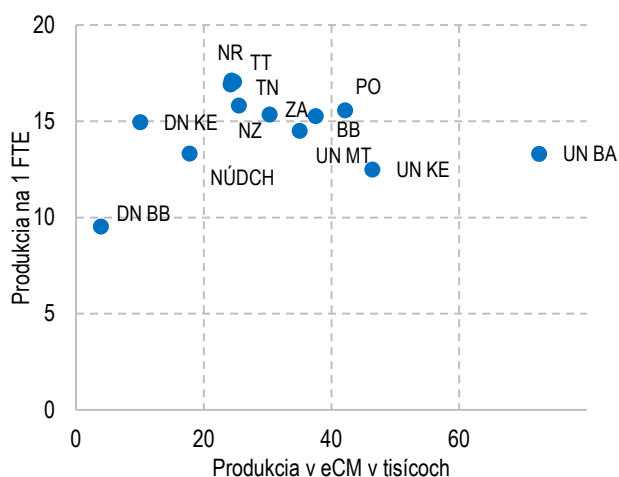
Zdroj: NCZI, ÚHP

Graf 52: Štruktúra pracovníkov nemocníc zoradených zostupne podľa produkcie na 1 FTE

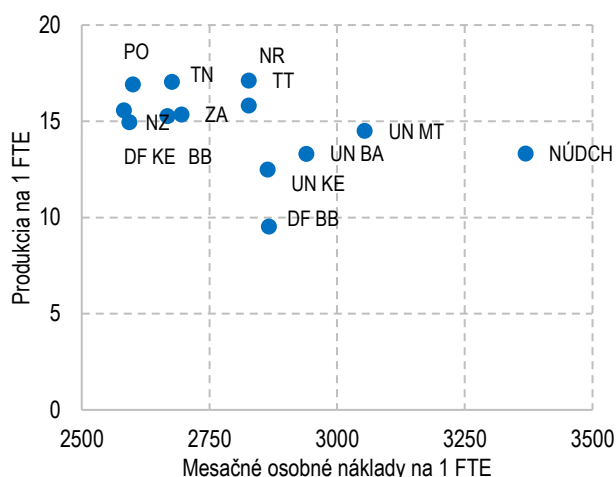


Zdroj: NCZI, ÚHP

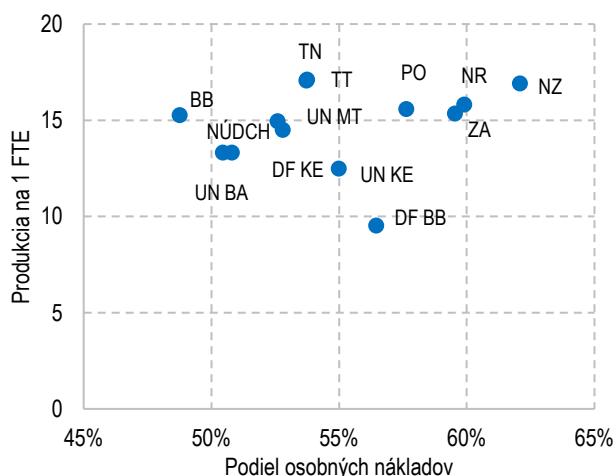
Produktivita nie je závislá ani od veľkosti produkcie, ani od podielu osobných nákladov na celkových, teda produkčnej technológie. Mierny vzťah vidieť z porovnania z priemerných osobných nákladov a produkcie (obe na 1 FTE). Ukazuje sa, že drahšie nemocnice disponujú mierne nižšou produktivitou.

**Graf 53: Vzťah celkovej produkcie a produkcie na 1 FTE podľa efektívneho case-mixu**


Zdroj: NCZI, ÚHP

**Graf 54: Vzťah osobných nákladov na 1 FTE a produkcie na 1 FTE podľa efektívneho case-mixu**


Zdroj: NCZI, ÚHP

**Graf 55: Vzťah podielu osobných nákladov na celkových a produkcie na 1 FTE podľa efektívneho case-mixu**


Zdroj: NCZI, ÚHP

**Krajské rozdiely v mzdách nemocníc nie sú tak výrazné ako rozdiely priemerných miezd všetkých zamestnancov.** Rozdiely v priemerných krajských mzdách všetkých zamestnancov sú výrazné, v Bratislavskom kraji dosahujú 133 %, v Prešovskom len 87 % celorepublikového priemeru. Aj bratislavské nemocnice (UN BA a NÚDCH) majú najvyššie priemerné mzdy, ťahané najmä sestrami a praktickými sestrami. Priemerné mzdy lekárov sú však najvyššie v Prešovskom kraji, Bratislava nedosahuje ani celorepublikový priemer, hoci v kraji sídli hlavná koncová a detská nemocnica.

**Tabuľka 18: Mesačné mzdy v nemocniciach a v hospodárstve podľa krajov, rok 2023, v eur**

Nemocnice	BA kraj	TT kraj	ZA kraj	KE kraj	TN kraj	BB kraj	PO kraj	NR kraj	Priemer
Osobné náklady	3 479	3 340	3 288	3 278	3 276	3 054	3 014	2 969	3 212
Zamestnanec	2 467	2 361	2 300	2 260	2 244	2 154	2 132	2 089	2 251
Lekár	4 380	4 649	4 730	4 415	4 536	4 448	4 754	4 452	4 546
Sestra	2 336	2 096	2 172	2 142	2 031	2 068	1 884	1 945	2 084
Praktická sestra	1 697	1 542	1 500	1 560	1 459	1 418	1 389	1 372	1 492
Nezdravotnícky pracovník	1 394	1 384	1 309	1 390	1 254	1 275	1 209	1 224	1 305
Slovensko spolu	2 066	1 512	1 540	1 536	1 509	1 432	1 342	1 469	1 551
Vysokoškolské II. stupeň	2 682	2 079	2 036	2 034	2 022	1 944	1 782	2 014	2 074

Zdroj: NCZI, ŠÚSR, ÚHP

Tabuľka 19: Mesačné mzdy v nemocniciach a v hospodárstve podľa krajov, rok 2023, v indexoch (priemer = 100)

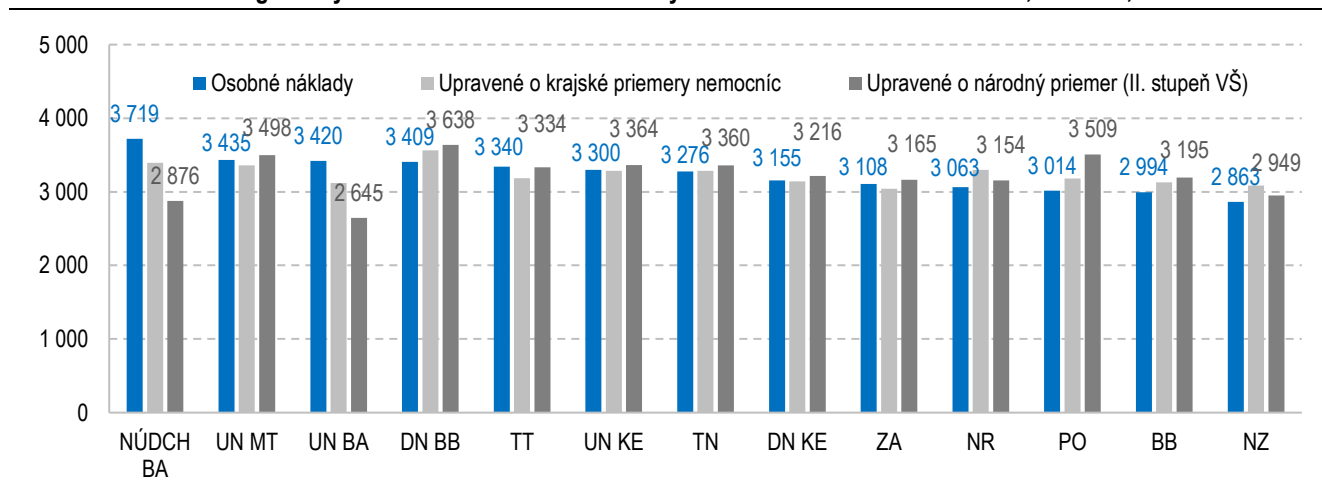
Nemocnice	BA kraj	TT kraj	ZA kraj	KE kraj	TN kraj	BB kraj	PO kraj	NR kraj	Priemer
Osobné náklady	108,3	104,0	102,4	102,1	102,0	95,1	93,8	92,4	100
Zamestnanec	109,6	104,9	102,2	100,4	99,7	95,7	94,7	92,8	100
Lekár	96,4	102,3	104,1	97,1	99,8	97,9	104,6	97,9	100
Sestra	112,1	100,5	104,2	102,8	97,5	99,2	90,4	93,3	100
Praktická sestra	113,7	103,3	100,5	104,5	97,8	95,0	93,1	92,0	100
Nezdravotnícky pracovník	106,8	106,1	100,3	106,5	96,1	97,7	92,6	93,8	100
Slovensko spolu	133,2	97,5	99,3	99,0	97,3	92,3	86,5	94,7	100
Vysokoškolské II. stupeň	129,3	100,2	98,2	98,1	97,5	93,7	85,9	97,1	100

Zdroj: NCZI, ŠÚSR, ÚHP

**Po zohľadnení regionálnych rozdielov sa mení aj poradie nemocníc, to je však závislé od toho, aký priemer je použitý.**

K najvýraznejším posunom dochádza, ak je zohľadnená priemerná mzda všetkých zamestnancov s ukončeným II. stupňom VŠ v danom kraji. Ani pri nej a ani pri úprave o rozdiel v mzdách zamestnancov nemocníc podľa krajov nie sú zahrnuté iné aspekty, ako napr. štruktúra zamestnancov, či zaradenie nemocnice v OSN alebo skupiny podobných nemocníc podľa CKS DRG. Napr. v Nitrianskom kraji sú nemocnica III. úrovne (NR) a nemocnica II. úrovne (NZ), obe sú upravené rovnako.

Graf 56: Zohľadnenie regionálnych rozdielov v mzdách v osobných nákladoch nemocníc na 1 FTE, rok 2023, v eur

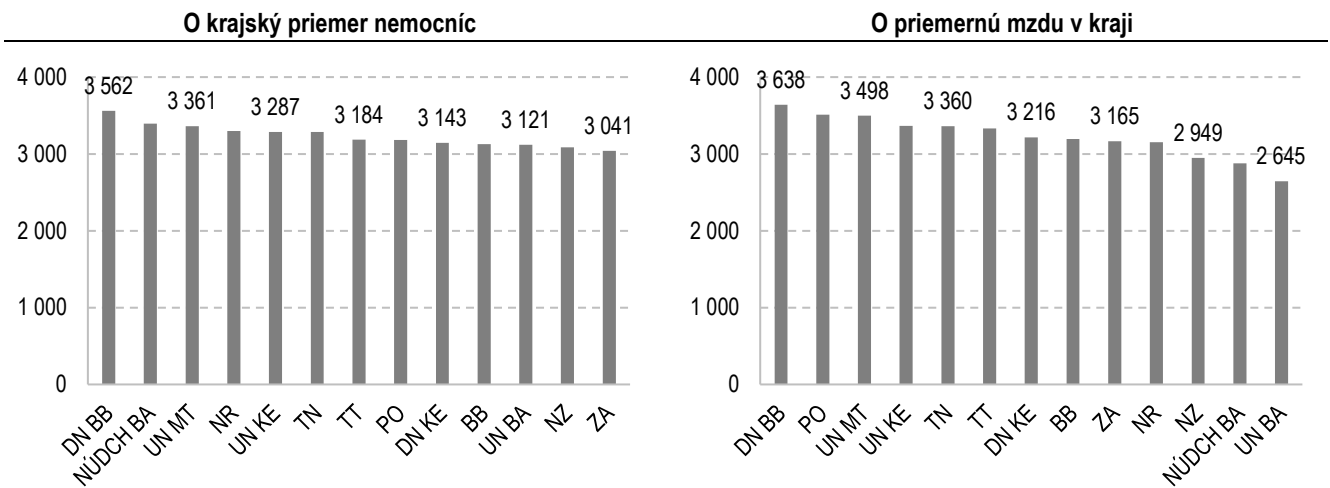


Zdroj: NCZI, ŠÚSR, ÚHP

NÚDCH je tak buď druhou najdrahšou nemocnicou na jedného zamestnanca alebo druhou najmenej nákladnou. DN BB patrí vždy k tým najnákladnejším a NZ k tým najmenej. Regionálne rozdiely môžu mať vplyv, najmä u sestier a nezdravotníckeho personálu, zohľadniť ich správne však nie je jednoduché. Preto potenciál neefektivity vychádza z rozdielov v produktivite na 1 FTE a nie z rozdielov osobných nákladov na 1 FTE.

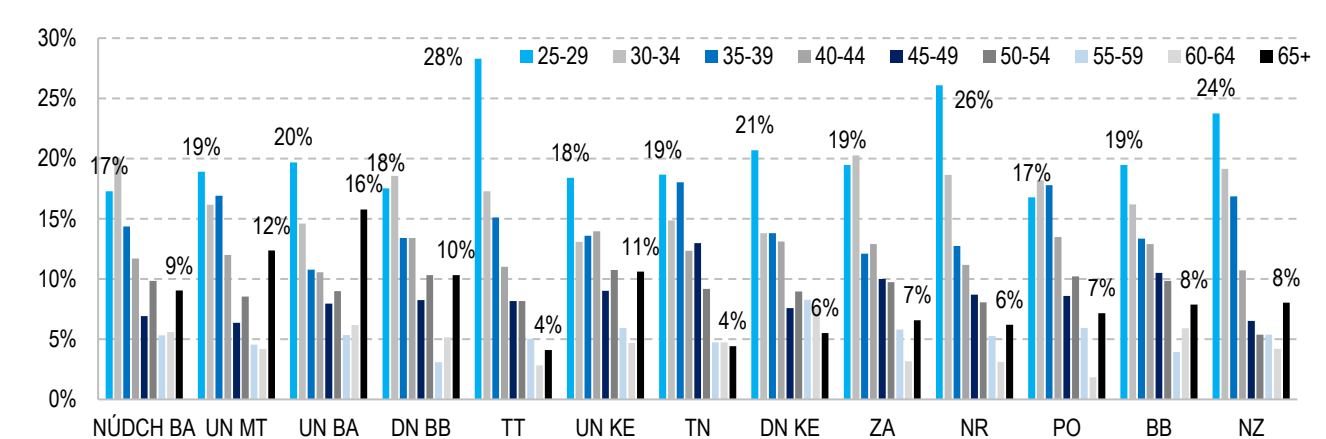
**Vplyv veku na osobné náklady na 1 FTE nie je jednoznačný.** Hoci sa od roku 2023 zvyšujú koeficienty s odpracovanými rokmi, jednoznačný vzťah vekovej štruktúry (Graf 58) ani priemerného veku lekárov (Graf 59) na veľkosť nie je preukázaný.

Graf 57: Upravené osobné náklady na 1 FTE, rok 2023, v eur



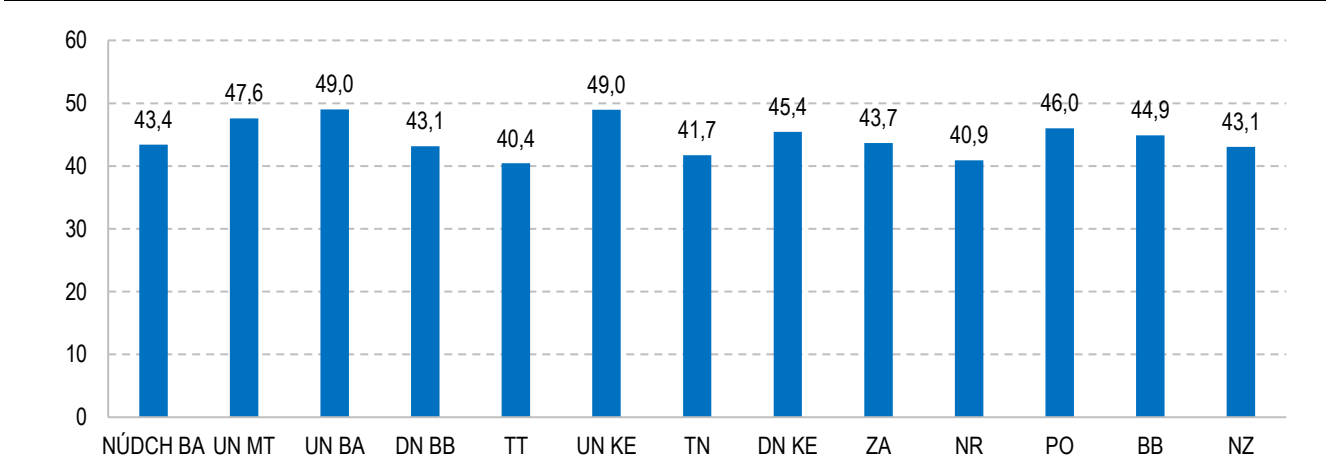
Zdroj: NCZI, ŠÚSR, ÚHP

Graf 58: Veková štruktúra lekárov v 13 fakultných a univerzitných nemocniciach, poradie podľa veľkosti osobných nákladov na 1 FTE v Grafe 56



Zdroj: NCZI, ŠÚSR, ÚHP

Graf 59: Priemerný vek lekárov v 13 fakultných a univerzitných nemocniciach, poradie podľa veľkosti osobných nákladov na 1 FTE v Grafe 56



Zdroj: NCZI, ŠÚSR, ÚHP

## Príloha V Výpočet potenciálu dodatočných príjmov z nájmu priestorov pre CT/MR a laboratória

Viacere nemocnice na Slovensku majú zazmluvnené poskytovanie laboratórnej a prístrojovej techniky od externých dodávateľov. Cena na nájom priestorov externým poskytovateľom sa však medzi nemocnicami líši. V prílohe je uvedený prehľad priestorov a cien za m<sup>2</sup> zo zmlúv medzi poskytovateľmi a nemocnicami ako aj dodatočných príjmov pri dorovnaní cien nájmov a zahrnutí príjmu z % obratu.

Tabuľka 20: Platné zmluvy s poskytovateľmi laboratórnej a prístrojovej diagnostiky v roku 2024

	FNSP NZ	VOÚ	UN KE	FN PO	UNB celkovo	UNB - Ružinov	UNB - Kramáre	UNB - Antolská	Spolu
<b>CT/MR – m<sup>2</sup></b>	208	189		<u>283</u> 148	1067	255	442	370	<b>1894</b>
<b>Laboratória – m<sup>2</sup></b>	694		<u>182</u> <u>308</u> 89	238	1494	<u>101</u> <u>244</u> 22	552	<u>363</u> 210	<b>3005</b>
<b>Spolu m<sup>2</sup></b>	902	189	579	669	2561	623	994	943	<b>4899</b>
<b>Cena za m<sup>2</sup> – CT/MR (v eur)</b>	271	293		<u>146</u> 282	418	327	447	446	
<b>Cena za m<sup>2</sup> – laboratória (v eur)</b>	170		<u>100</u> <u>95</u> 245	360	249	<u>332</u> <u>143</u> 57	226	<u>299</u> 325	
<b>Celková suma zmluvy – CT/MR (v eur)</b>	56 233	55 379		<u>41 152</u> 41 609	445 779	83 443	197 201	165 135	<b>640 151</b>
<b>Celková suma zmluvy – laboratória (v eur)</b>	117 980		69 268	85 669	371 521	69 793	124 982	176 746	<b>644 437</b>

Zdroj: CRZ, ÚHP

Tabuľka 21: Dodatočné príjmy zdravotníckych zariadení v roku 2024, v eur

	FNSP NZ	VOÚ	UN KE	FN PO	UNB celkovo	UNB - Ružinov	UNB - Kramáre	UNB - Antolská	Spolu
<b>Dorovnanie nájmu podľa najvyššej ceny – CT/MR</b>	18 053	24 544		85 936	24 507	24 507			<b>153 039</b>
<b>Približné dodatočné príjmy pri 2,5 % obratu – CT/MR*</b>	39 532			<u>11 623</u> 61 303	208 661	97 920	78 782	31 959	<b>321 120</b>
<b>dorovnanie nájmu podľa najvyššej ceny – laboratória</b>	107 570		118 920		163 744	59 527	66 596	37 621	<b>390 235</b>

\* Sumy prepočítané podľa roku 2022.

Zdroj: CRZ, IZA, ÚHP



## Príloha VI Výročné správy nemocníc

Výročné správy nemocníc by mali poskytovať verejnosti dostatok informácií o ich činnosti v danom roku. Jednou z možností, ako zjednodušiť porovnávanie nemocníc a uľahčiť tak verejnú kontrolu, je zdefinovať ich jednotnú štruktúru. Príloha prezentuje niektoré príklady dobrej praxe, ktorých zverejňovanie vo výročných správach a v jednotnej štruktúre, by výrazne zvýšilo transparentnosť, verejnú kontrolu a s ňou súvisiaci tlak na dosahovanie lepších výsledkov nemocníc.

## Informácie o ústavnej zdravotnej starostlivosti vo výročnej správe Fakultnej nemocnice Banská Bystrica

Tabuľka 4: Vybrané ukazovatele ústavnej zdravotnej starostlivosti

Odbornosť	Popis odbornosti	Počet lôžok	CMI	HP	Ošetrovacia doba	Obložnosť bez dopr.	POD
1001	vnútorné lekárstvo	47	0,90	1 982	13 321	86,11%	6,72
1002	infektológia	45	0,88	590	3 873	21,93%	6,56
1003	pneumológia a ftizeológia	24	1,01	553	3 874	43,70%	7,01
1004	neuroológia	52	1,19	947	6 604	35,37%	6,97
1005	psychiatria	5	0,00	724	13 394	72,66%	18,50
1009	gynekológia a pôrodnictvo	83	1,04	1 829	8 298	28,05%	4,54
1010	chirurgia	80	1,78	2 865	16 150	53,05%	5,64
1011	ortopédia	42	2,39	1 083	6 664	43,39%	6,15
1012	uroológia	30	1,60	1 950	6 318	57,14%	3,24
1013	úrazová chirurgia	51	1,77	1 635	9 042	48,83%	5,53
1014	otorinolaryngológia	15	1,03	558	2 251	40,31%	4,03
1015	oftalmológia	20	1,00	854	3 304	45,49%	3,87
1018	dermatovenerológia	28	0,83	466	3 295	31,96%	7,07
1019	klinická onkológia	66	0,97	2 217	11 392	46,48%	5,14
1025	anestéziológia a intenzívna medicína	13	5,82	153	1 109	30,28%	7,25
1031	hematológia a transfuziológia	24	1,74	536	6 037	67,82%	11,26
1037	neurochirurgia	25	2,73	737	5 592	53,59%	7,59
1038	plastická chirurgia	15	1,02	795	2 858	52,20%	3,59
1046	algeziológia	10	0,78	192	677	18,60%	3,53
1051	neonatólogia	16	0,38	812	3 542	63,37%	4,36
1063	nefrológia	20	0,98	1 143	6 809	96,08%	5,96
1068	cievna chirurgia	11	1,94	678	3 294	75,36%	4,86
1070	maxilofaciálna chirurgia	9	1,69	689	2 694	78,02%	3,91
1196	JIS interná	8	4,17	131	1 338	62,67%	10,21
1201	JIS neurologická	6	1,62	181	487	49,50%	2,69
1203	JRSN - jednotka resuscitačnej starostlivosti o novorodencov	14	6,51	210	4 343	67,75%	20,68
1205	dĺhodobochorí	21	2,91	246	6 989	61,98%	28,41
1207	transplantačné	12	9,63	30	632	13,26%	21,07
1216	hepatológia	30	1,51	977	7 699	70,76%	7,88
1306	klinické pracovné lekárstvo a klinická toxikológia	9	0,69	280	1 445	43,99%	5,16
1625	JIS centrálna	8	4,48	40	474	54,21%	11,85
1631	JIS hematologická	4	8,17	39	937	65,55%	24,03
1637	JIS neurochirurgická	5	3,55	112	930	88,44%	8,30
1707	JISN - jednotka intenzívnej starostlivosti o novorodencov	3	0,93	99	784	54,06%	7,92

Údaje o príjmoch a hospitalizáciách po zdravotných poisťovniach zverejňované Univerzitnou nemocnicou Martin a Nemocnicou sv. Michala

Univerzitná nemocnica Martin

**Prehľad výkonov za obdobie 01-12/2023 v €**

**Všeobecná ZP, a.s.**

Obdobie	Zmluvný limit	Vykázané limit.výkony	Uznané limit.výkony	Hradené limit.výkony	Vykázané nelimit.výk.	Uznané nelimit.výk.	Vykázané celkom	Uznané celkom	Hradené celkom	Nadlimit uzn.-hrad.
A	B	C	D	E	F	G	H	CH	I	D-E
1/23	5 391 703	4 687 237	4 477 838	4 634 083	1 312 303	1 363 862	5 999 540	5 841 701	5 997 946	-156 245
2/23	5 391 703	5 937 166	5 709 798	4 720 370	1 517 528	1 525 443	7 454 695	7 235 241	6 245 813	989 428
3/23	5 391 703	6 937 942	6 303 221	4 664 907	1 742 261	1 751 532	8 680 203	8 054 753	6 416 440	1 638 313
4/23	5 391 703	5 610 892	4 689 611	4 190 109	1 553 886	1 595 666	7 164 777	6 285 277	5 785 775	499 501
5/23	5 391 703	6 901 658	6 502 113	4 440 070	1 695 474	1 741 080	8 597 132	8 243 193	6 181 149	2 062 043
6/23	10 954 483	6 979 242	6 337 853	10 260 455	1 654 761	1 668 208	8 634 003	8 006 061	11 928 663	-3 922 602
7/23	6 325 801	5 787 289	4 881 246	5 158 512	1 380 049	1 383 406	7 167 339	6 264 652	6 541 918	-277 266
8/23	6 325 801	5 985 494	5 428 028	5 472 936	1 572 841	1 607 811	7 558 335	7 035 839	7 080 747	-44 908
9/23	6 325 801	6 224 318	6 306 668	6 248 023	1 640 839	1 666 957	7 865 157	7 973 626	7 914 980	58 645
10/23	6 221 781	6 681 144	5 359 208	4 662 843	1 839 608	1 860 360	8 520 752	7 219 568	6 523 203	696 365
11/23	6 221 781	6 537 781	6 422 759	6 050 935	1 876 860	1 870 851	8 414 641	8 293 609	7 921 786	371 824
12/23	6 221 781	5 849 487			1 715 087		7 564 574			
<b>Celkom</b>	<b>75 555 744</b>	<b>74 119 649</b>	<b>62 418 342</b>	<b>60 503 243</b>	<b>19 501 497</b>	<b>18 035 177</b>	<b>93 621 146</b>	<b>80 453 519</b>	<b>78 538 420</b>	<b>1 915 099</b>

**Nemocnica sv. Michala**

sledované obdobie	počet lôžok	VŠZP		Dôvera		Union		Iní		SPOLU
		hospitalizácie spolu	vyjadrenie v percentách	hospitalizácie spolu	vyjadrenie v percentách	hospitalizácie spolu	vyjadrenie v percentách	hospitalizácie spolu	vyjadrenie v percentách	
2022	187***	3 565	69.83%	1 198	23.47%	336	6.58%	6	0.12%	<b>5 105</b>
2021	181**	3 186	72.10%	987	22.34%	238	5.39%	8	0.18%	<b>4 419</b>
2020	208*	3 663	72.85%	1 050	20.88%	312	6.21%	3	0.06%	<b>5 028</b>

## Informácie o zamestnancoch vo výročnej správe Kysuckej nemocnice

Tabuľka 69 Vývoj evidenčného počtu zamestnancov

Kategória	2019	2020	2021	2022	2023
Lekári	98	100	107	105	124
Farmaceuti	7	7	8	8	7
Sestry	252	256	250	249	245
Pôrodné asistentky	31	34	30	33	35
Laboranti zdravotnícki	36	38	37	36	35
Laboranti farmaceutickí	6	8	8	7	7
Laboratórni diagnostici	4	4	4	6	7
Logopéd	0	0	1	1	1
Nutriční terapeuti (asistenti výživy)	5	4	4	6	4
Zdravotnícki záchranári	8	3	2	2	2
Fyzioterapeuti	20	20	19	18	19
Rádiologickí technici	15	17	18	19	17
Maséri	4	4	5	5	4
Praktické sestry - asistenti	40	54	63	67	79
Technik pre zdravotnícke pomôcky	1	0	0	0	1
Verejný zdravotník	1	2	1	1	1
Pomocní zam. v zdrav.	31	31	29	28	16
Sanitári	93	103	104	108	118
<b>Zdravotnícki pracovníci spolu</b>	<b>652</b>	<b>685</b>	<b>690</b>	<b>699</b>	<b>722</b>
THP s VŠ	7	8	10	9	12
THP bez VŠ	28	27	30	27	27
Rob. a prev. zamestnanci	184	176	176	170	170
<b>Celkom</b>	<b>871</b>	<b>896</b>	<b>906</b>	<b>905</b>	<b>931</b>

Tabuľka 71 Priemerná mesačná mzda

v €

Kategória	2019	2020	2021	2022	2023
Lekári	3 130,21	3 530,43	3 673,37	3 637,24	4 220,59
Farmaceuti	1 924,70	2 057,93	2 229,02	2 248,06	2 875,35
Sestry	1 170,56	1 221,53	1 423,59	1 457,74	1 857,04
Pôrodné asistentky	1 102,91	1 184,43	1 216,17	1 306,58	1 627,79
Laboranti zdravotnícki	924,96	1 008,49	1 110,02	1 223,97	1 642,99
Laboranti farmaceutickí	977,79	997,28	1 091,34	1 155,16	1 475,43
Iní zdr.prac.-laboratórni diagnostici	2 336,78	2 423,08	2 622,48	2 550,48	2 603,40
Iní zdr.prac.-logopéd	0,00	0,00	1 342,05	1 241,10	1 603,14
Nutriční terapeuti (asistenti výživy)	862,06	853,81	1 059,79	990,19	1 265,18
Zdravotnícki záchranári	1 262,76	1 236,55	1 091,60	1 003,89	1 175,05
Fyzioterapeuti	844,21	826,83	984,47	1 047,62	1 262,77
Rádiologickí technici	1 528,41	1 578,27	1 600,83	1 734,23	2 183,64
Maséri	795,88	843,51	994,47	985,99	1 249,21
Praktické sestry - asistenti	849,72	868,32	1 077,03	1 115,94	1 188,22
Technik pre zdrav. pomôcky	952,81	512,24	0,00	0,00	1 218,31
Verejný zdravotník	844,57	888,43	963,42	1 286,20	1 452,47
Pomocní prac. v zdrav.	635,49	696,26	925,60	888,15	965,14
Sanitári	697,68	754,30	929,05	891,60	1 065,80
<b>Zdravotnícki zam.spolu</b>	<b>1 316,46</b>	<b>1 411,64</b>	<b>1 592,95</b>	<b>1 606,05</b>	<b>1 718,42</b>
THP	900,73	958,26	1 184,69	1 210,39	1 377,70
Rob. a prev. zamestnanci	591,51	633,89	748,55	746,84	835,15
<b>Celkom</b>	<b>1 155,64</b>	<b>1 239,31</b>	<b>1 412,04</b>	<b>1 422,98</b>	<b>1 657,22</b>

Informácie o dozorných radách a ich členoch zahrnuté vo výročných správ NHS nemocníc

NAME	JOB TITLE	PERIOD	2022/23			Long term performance pay and bonuses (bands of £5000) £000	All pension-related benefits (bands of £2500) £000	Total (bands of £5000) £000
			Salary (bands of £5000) £000	Expense payments (taxable) Total to the nearest £100	Performance pay and bonuses (bands of £5000) £000			
<b>EXECUTIVE DIRECTORS</b>								
Ms Jacqueline Totterdell	Group Chief Executive	from 1st May 2017	150-155 *(Note 1)	0	0	0	0 *(Note 1)	150-155
Mr Andrew Grimshaw	Chief Financial Officer and Deputy Chief Executive	(CFO) from 19th June 2017 and (Deputy CEO) from 25th April 2019 to 31st Jan 2022.	105-110 *(Note 1)	0	0	0	0 *(Note 1)	105-110
Mr Paul Da Gama	Chief People Officer	from 8th February 2021	75-80 *(Note 5)	1200	0	0	42.5-45	120-125
Mr Stephen Jones	Chief Corporate Affairs Officer	from 5th March 2018	65-70 *(Note 5)	0	0	0	32.5-35	95-100
Dr Richard Jennings	Chief Medical Officer	from 19th November 2018	100-105 *(Note 5)	0	0	5-10	52.5-55	165-170
Kate Slemeck	Managing Director – St George's	from 3rd February 2022	195-200 *(Note 6)	0	0	0	0-2.5	195-200
Arlene Wellman	Group Chief Nursing Officer	from 1st February 2022	75-80	0	0	0	0 *(Note 4)	75-80
James Marsh	Group Deputy Chief Executive Officer	from 1st February 2022	125-130	0	0	0	0 *(Note 4)	125-130
<b>NON-EXECUTIVE DIRECTORS</b>								
Ms Gillian Norton	Group Chairman (Chair Board/ Council and Nominations and Remuneration Committee, Trust Board and Council of Governors)	from 1st April 2017	55-60	0	0	0	0	55-60
Ms Ann Beasley	Non-executive Director (Chair of Finance and Investment Committee and Senior Independent Director).	NED from 13th October 2016. Senior Independent Director from 1st April 2021 to 31st May 2021	10-15	0	0	0	0	10-15
Mr Stephen Collier	Non-executive Director (Chair Workforce and Education Committee)	NED from 13th October 2016. Senior Independent Director from 1st June 2021 to 31st March 2022	10-15	0	0	0	0	10-15
Mr Timothy Wright	Non-executive Director	from 25th September 2017	10-15	0	0	0	0	10-15
Peter Kane	Non-Executive Director	from 1st October 2021	10-15	0	0	0	0	10-15
Mr Andrew Murray	Non-executive Director (Chair of Quality Committee)	from 23 <sup>rd</sup> January 2023* (Note 7)	0-5	0	0	0	0 *(Note2)	0
Chiew Yin Jones	Associate Non-executive Director	from 1 March 2023* (note 7)	0-5	0	0	0	0 *(Note2)	0
Professor Jennifer Higham *(Note 3)	Non-executive Director	from 1st November 2015 (see note 1)	0	0	0	0	0	0
<b>LEAVERS</b>								
Dr Pui-Ling Li	Associate Non-executive Director	from 13th January 2020 – 12 January 2023 (see note 8)	5-10	0	0	0	0 *(Note 8)	5-10
Professor Dame Parveen Kumar	Non-executive Director (Chair of Quality & Safety Committee)	from 13th January 2020 – 12 January 2023 (see note 8)	10-15	0	0	0	0 *(Note 8)	10-15

Board of Directors	Appointed Role	Eligible Period	Actual/Eligible Attendance
Gillian Norton	Chairman	1 April 2022 – 31 March 2023	6/6
Ann Beasley	Non-Executive Director	1 April 2022 – 31 March 2023	5/6
Stephen Collier	Non-Executive Director	1 April 2022 – 31 March 2023	6/6
Prof. Jenny Higham	Non-Executive Director	1 April 2022 – 31 March 2023	6/6
Peter Kane	Non-Executive Director	1 April 2022 – 31 March 2023	5/6
Dame Parveen Kumar	Non-Executive Director	1 April 2022 – 12 January 2023	4/5
Dr Andrew Murray	Non-Executive Director	23 January 2023 - 31 March 2023	0/6
Tim Wright	Non-Executive Director	1 April 2022 – 31 March 2023	4/6
<b>Voting Executive Directors</b>			
Jacqueline Totterdell <sup>1</sup>	Nursing & Midwifery	1 April 2022 – 31 March 2023	6/6
Andrew Grimshaw <sup>2</sup>	Allied Health Professionals	1 April 2022 – 31 March 2023	6/6
Arlene Wellman	Clinical & Dental	1 April 2022 – 31 March 2023	
Dr Richard Jennings <sup>2</sup>	Non-Clinical	1 April 2022 – 31 March 2023	5/6
<b>Non-Voting Non-Executive Directors</b>			
Chiew Yin Jones	Associate Non-Executive Director	1 March 2023 – 31 March 2023	1/1
Pui-Ling Li	Associate Non-Executive Director	1 April 2022 – 12 January 2023	4/5
<b>Non-Voting Executive Directors</b>			
Andrew Asbury	St. George's University of London	16 January 2023 – 31 March 2023	1/1
Stephen Jones <sup>2</sup>	Healthwatch Merton	1 April 2022 – 31 March 2023	6/6
Paul Da Gama <sup>2</sup>	South West London CCG	1 April 2022 – 31 March 2023	5/6
James Marsh	Kingston University	1 April 2022 – 31 March 2023	4/6
Kate Slemeck	Wandsworth Council	1 April 2022 – 31 March 2023	6/6

## Príloha VII Prognóza nedostatku sestier v Bratislavskom kraji

Podľa BCG<sup>66</sup> je európsky benchmark v lôžkovej starostlivosti 19 pacientov na jednu sestru, len v Bratislavskom kraji (ďalej len BSK) je ich dnes na jednu sestru až 27. So starnúcou populáciou, ktorej sa Slovensko nevyhne a technologickým pokrokom bude dopyt po zdravotnej starostlivosti rásť vrátane tej ústavnej.

BCG odhaduje, že ak by sa mal zachovať súčasný (poddimenzovaný) štandard, bude v roku 2050 chýbať 3,6 tis. sestier len v BSK. Pre dosiahnutie európskeho priemeru to bude až 10,6 tis. sestier. Bez moderácie dopytu po službách ÚZS bude naozaj veľmi náročné udržať aspoň súčasný pomer sestier k hospitalizovaným pacientom.

Ak by sa dopyt po ústavnej starostlivosti nepodarilo znížiť a nenavýšil by sa ani počet sestier, jedna sestra by sa v BSK v roku 2050 musela starať až o 46 pacientov, čo je nereálne. Aby sa jedna sestra starala o 34 pacientov, musel by sa počet hospitalizácií znížiť z odhadovaných 229-tis. na 172-tis. (pri predpokladanom vývoji počtu sestier).

Graf 60: Chýbajúce sestry v BSK na pokrytie súčasnej pracovnej záťaže (po rokoch, v tis.)



Zdroj: Boston Consulting Group, IZA

Graf 61: Prognóza počtu pacientov v BSK (po rokoch, v tis.) a pacienti na jednu sestru pri zmene dopytu



Zdroj: Boston Consulting Group, IZA

Okrem zatriktívnenia povolania a prilákania chýbajúcich sestier, tak treba začať aj výrazne moderovať dopyt po ústavnej ZS. Odhadom je to zhruba 20 až 30 % z očakávaného dopytu. Bez moderácie dopytu by sa aj pri zachovaní súčasného počtu sestier zvýšil počet pacientov na jednu sestru. Opatrenia na strane ponuky ako napr. reorganizácia procesov a prerozdelenie pracovných zodpovedností na nižší zdravotnícky, alebo nezdravotnícky personál všade tam, kde je to možné, budú tiež nevyhnutné (bližšie v časti 5.1).

Je potrebné odstrániť všetky prekážky, ktoré bránia strategickému využívaniu kapacít v celom zdravotníctve. Dopomôcť môže napr. navýšenie pracovného fondu ambulantných lekárov a celkové posilnenie ambulatného sektora vrátane kompetencií všeobecných lekárov. Výstavbou moderných nemocníc je možné prispieť k modernizácii procesov a zlepšeniu pracovnej efektivity.

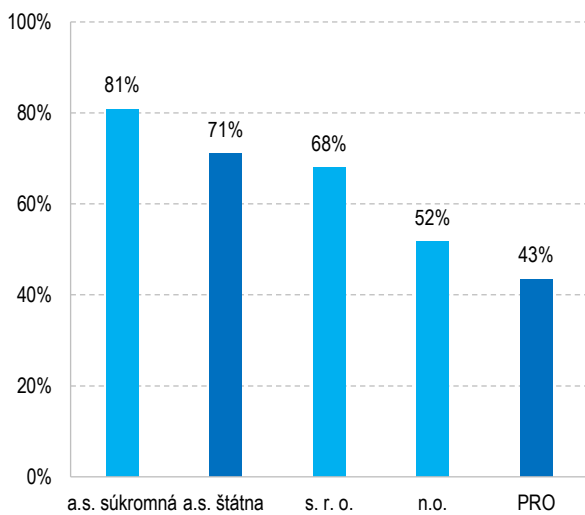
Dopyt po ÚZS je možné moderovať aj „priamo“. K dispozícii je viacero dobrých príkladov zo zahraničia, ako zavedenie zdravotníckej telefónnej linky pre domácu triáž a poradenstvo (napr. britská linka 111 od NHS). Triáž pacientov je potrebné posilniť aj na úrovni operačného strediska záchranej zdravotnej služby, v ambulanciách a na pohotovostiach. Taktiež je potrebné zlepšiť spoluprácu so sociálnym systémom, či zapojenie moderných technológií a telemedicíny.

<sup>66</sup> Medzinárodná konzultačná spoločnosť BCG vypracovala v roku 2023 pre MZ SR štúdiu o koncepcii lôžkovej starostlivosti v Bratislavskom samosprávnom kraji.

## Príloha VIII Investičná medzera voči súkromným nemocniciam a Českej republike

Zlý stav verejných nemocníc ilustruje aj porovnanie hodnoty ich majetku so súkromnými nemocnicami. Takto vyčíslená investičná medzera dosahuje 1,68 mld. eur a posledných päť rokov sa nezmenšuje. Výpočet podľa zostatkovej hodnoty nehnuteľného majetku ukazuje, koľko by mal štát investovať do obnovy infraštruktúry (cez rekonštrukcie alebo výstavbu), aby jej stav dosiahol úroveň súkromných nemocníc. Ak by verejné nemocnice mali obnoviť svoj majetok (z hodnoty 43 %) na úroveň súkromných (na hodnotu 81 %), museli by jednorazovo investovať 1,68 mld. eur (podrobnejšie informácie k výpočtu sú v Boxe 25).

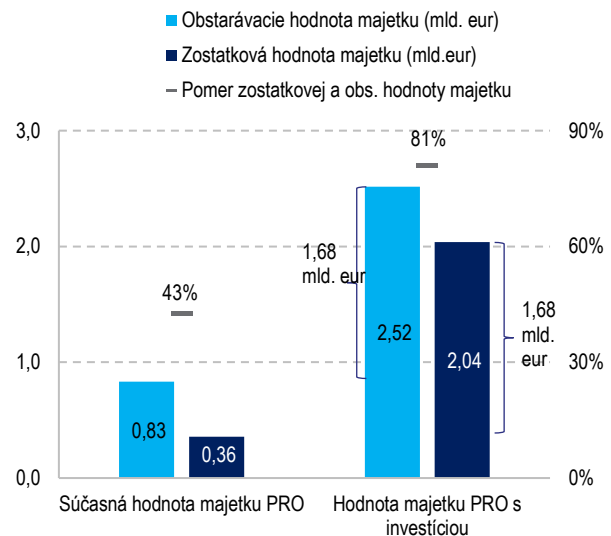
**Graf 62: Pomer zostatkovej a obstarávacej hodnoty stavieb nemocníc podľa formy vlastníctva (2018 – 2022)**



Pozn.: PRO – príspevkové a rozpočtové organizácie; n.o. – neziskové organizácie

Zdroj: Register účtovných záznamov, ÚHP

**Graf 63: Potrebné navýšenie hodnoty majetku PRO o 1,68 mld. eur na dosiahnutie pomeru zostatkovej a obstarávacej hodnoty súkromných nemocníc (81 %)**



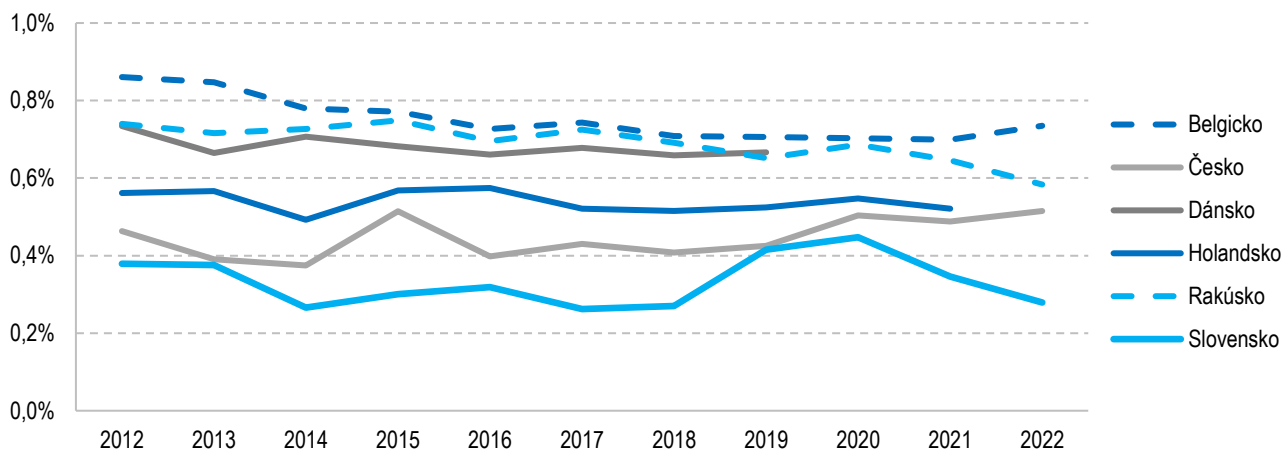
Zdroj: Register účtovných záznamov, ÚHP

### Box 25: Výpočet investičnej medzery pomocou hodnoty nehnuteľného majetku

Iný spôsob, ako vypočítať veľkosť potrebných investícií prináša porovnanie hodnoty nehnuteľného majetku verejných a súkromných nemocníc. Výpočet je založený na podiele zostatkovej (netto) hodnoty majetku na obstarávacej hodnote (brutto) počas piatich rokov (2018 až 2022) z údajov účtovných záznamov. Tie nemocnice, ktoré nemali konzistentné údaje v celom sledovanom období boli vylúčené. Ďalej boli vyňaté štátne akciové spoločnosti (akcionárom je MZ SR), kvôli odlišnému spôsobu financovania kapitálových výdavkov oproti ostatným štátnym nemocniciam. V ich prípade totiž nie sú pridelené zo štátneho rozpočtu. Pri štátnych akciových spoločnostiach je podiel zostatkovej k obstarávacej hodnote majetku vo výške 71 % a pri súkromných dosahuje až 81 %. Príspevkové a rozpočtové organizácie dosahujú priemerne len 43 %. Zostatková hodnota majetku spoločností s ručením obmedzeným je nižšia v porovnaní so súkromnými akciovými spoločnosťami kvôli malému počtu nemocníc vo vzorke, ktorá obsahuje okrem komerčne orientovaných nemocníc aj cirkevné či železničné. Výpočet je založený na prírastku nového majetku a nezohľadňuje postupné vyradovanie starého majetku, ktoré by sa v praxi pri obnove dialo, z toho dôvodu môže byť nadhodnotený. Hodnota majetku sa zároveň preceňuje iba vo vybraných prípadoch, čo môže viesť k podhodnoteniu odhadovanej výšky dlhu. Do výpočtu neboli uvedené vplyvy zahrnuté, keďže ich nebolo možné presne odhadnúť.

**Aby Slovensko neprehľbovalo investičnú medzeru v porovnaní s Českom, muselo by ročne investovať do zdravotníctva minimálne o 100 mil. eur viac ako je jeho dlhodobý priemer.** Investičnú aktivitu naprieč krajinami je možné porovnať cez tvorbu hrubého kapitálu<sup>67</sup>, ktorý ukazuje koľko kapitálu na zamestnanca pribudlo za rok vo verejnom aj súkromnom sektore spoločne. Investičná medzera<sup>68</sup> oproti Česku na úrovni 100 mil. eur sa od roku 2014 zásadne nezmenila (111 mil. eur; [HPI](#)). Pri vyjadrení cez podiel na HDP krajiny je medzera na úrovni 142 mil. eur<sup>69</sup>. V porovnaní s Holandskom či Dánskom medzera dosahuje až 302 mil. eur ročne. Uvedené hodnoty poukazujú na to, koľko by malo Slovensko ročne investovať, aby sa medzera nezväčšovala, ale nezohľadňujú historický investičný dlh nemocníc.

**Graf 64: Tvorba hrubého fixného kapitálu v zdravotníctve ako podiel HDP**



Zdroj: Eurostat

**Pred určením konkrétnej výšky potrebnej na dofinancovanie investičného dlhu by nemocnice mali pomenovať investičné priority a lepšie využívať dostupné zdroje.** Investičný dlh nemocníc je dôsledkom dlhodobo zanedbaných investícií a údržby. Dlh nebude možné vyriešiť jednorazovým navýšením prostriedkov do nemocníc a bude vyžadovať dlhodobé systematické riešenie. Kľúčovou súčasťou riešenia historického dlhu je investičné plánovanie, ktoré pomenuje priority rezortu na viac rokov dopredu aj s predpokladanou výškou potrebných investícií. Zároveň je potrebné zvýšiť úspešnosť nemocníc vo využívaní už dostupných zdrojov (EŠIF, POO).

<sup>67</sup> Tvorba hrubého kapitálu sa skladá z tvorby hrubého fixného kapitálu, tvorby zásob a cenností. Tvorba hrubého fixného kapitálu zachytáva, koľko majetku získal poskytovateľ zdravotných služieb za určený čas s vynechaním odpisov. Zahnutý je majetok, ktorý sa používa dlhšie ako jeden rok. Obsahuje investície do budov, technického vybavenia a softvérov či podobných produktov.

<sup>68</sup> Údaje z posledných piatich dostupných rokov (2018 – 2022) boli očistené o zmeny v zásobách a upravené o paritu kúpnej sily. Nízke hodnoty na zamestnanca môžu okrem nízkej miery investícií poukazovať aj na prezamestnanosť v sektore. V prípade SR je podiel zdravotníkov k obyvateľom nižší ako v Česku či Rakúsku, preto je možné predpokladať, že prezamestnanosť nie je dôvodom.

<sup>69</sup> Výpočet cez HDP odstráni viaceré skresľujúce vplyvy nominálneho vyjadrenia (inflácia, kúpna sila) a zohľadní veľkosť ekonomiky. Na Slovensku pribudol v zdravotníctve kapitál za posledných 5 rokov v priemere vo výške 0,35 % HDP, kým v Česku 0,47% HDP.