

TERMÍN: 27.08.2022

xx23805xx
Recenzia A
Barbara Siekel
barbara.siekel@vlada.gov.sk

*Prosím nezasahujte do tejto tabuľky*RECENZENT/KA (meno a priezvisko, pozícia, inštitúcia): **Barbara Siekel, Inštitút pre stratégie a analýzy, Úrad vlády SR**NÁZOV MATERIÁLU: **Revízia výdavkov na zdravotníctvo - aktualizácia**TYP VÝSTUPU\*[1]: **analýza**

(pri spoločných výstupoch uviesť aj typy individuálnych vkladov):

ANALYTICKÝ ÚTVAR, REZORT: **Ministerstvo financií SR - Útvar hodnoty za peniaze**AUTORI/KY: **Štefan Kišš, Slavomír Hidas, Tomáš Hellebrandt, Zuzana Čarnogurská**

SPOLUAUTORI/KY: Ministerstvo zdravotníctva SR - Inštitút zdravotných analýz - Matej Mišík, Kristián Šufliarsky, Peter Barančok, Tomáš Mesároš, Michaela Černěnko, Patrik Židuliak, Vladimír Durgala ; - ; - ; -

RECENZNÝ FORMÁT\*[2]: **2****PRIPOMIENKY:**

P.č.	Pripomienka sa vzťahuje k (strana, odsek):	Text pripomienky*[3]	Odôvodnenie pripomienky	Vysporiadanie sa s pripomienkou*[4]
1	s. 4, ods. 5	Bod 2: Pripraviť detailný implementačný plán plnenia opatrení a kontrolný proces v spolupráci s MZ SR.	Doterajšie implementačné plány boli tvorené Implementačnou jednotkou UV v súčinnosti s rezortom. V texte uvádzate, že implementačný plán bude tvoriť ÚHP s MZ SR a v spolupráci s UV. Podľa	Zpracované v súlade s pripomienkou. Navrhujeme preformulovať nasledovne: „I UV vypracuje implementačný a kontrolný plán

			doterajšej praxe by mal tvoriť implementačný plán ÚV SR v spolupráci s MZ SR a ÚHP.	v spolupráci s vecne príslušnými útvarmi MZ SR a ÚHP“.
2	s. 6 Tab. č. 3	Zoznam úsporných opatrení v zdravotníctve.	<p>Odporúčam tabuľku sprehľadniť (na šírku podľa vzorov finančného plánovania – na šírku A3) s ohľadom na kalkuláciu výšky úspor v danom roku (ak sa realizuje úspora už v roku 2023, neuvádzam ju v d. rokoch 2024-2025).</p> <p>Spôsob narátavania finančného potenciálu úspor spočíva v tom, že dosiahneme kumulatív úspor za odpočítané roky. Bolo by potrebné kalkulovať ročnú mieru úspor tak, aby sa kumulatív 3 rokov rovnal potenciálu. V opačnom prípade to môže pôsobiť neprehľadne.</p> <p>Súčasne v rámci úsporných opatrení nie je zohľadnený fakt, že pri súčasnej miere inflácie sa príjem zo zdravotných odvodov zvýši o mieru inflačného rastu miezd. Bolo by potrebné zaviesť koeficient zápočtu inflačných vplyvov na predmetné opatrenia aby sa nestali nespĺniteľnými. Rovnako, ak bude v systéme viac peňazí a výkony, prípadne lieky budú drahšie, budeme vedieť dosiahnuť dnešný potenciál úspor? <b>Koeficient započítania</b></p>	<p>Nie je možné, aby sa kumulatív mal rovnať potenciálu. V niektorých prípadoch totiž potenciál presahuje implementačné možnosti trojročného obdobia.</p> <p>Inflačné vplyvy nezahrňujeme z dôvodu konzervatívneho odhadu úspor. Len samotná inflácia za rok 2023 by výrazne nafúkla úspory s efektom do ďalších rokov. Zároveň nie je úplne triviálne indexovať úspory, keďže časť z nich je oplyvnená aj vývojom miezd, nielen CPI (zjednodušene: napr. ceny výkonov tvoria aj mzdy pracovníkov, nielen cena materiálu a pod.).</p>

			<p><b>miery inflácie sa v tomto svetle javí ako nevyhnutnosť.</b></p>	<p>Vo viacerých prípadoch bude možné vyhodnotiť opatrenia bez ohľadu na vývoj cien, keďže často sa ráta aj počtami a objemami výkonov. Tie sa dajú vyrátať pri fixných cenách roku 2021 alebo pri nových v čase vyhodnotenia. Možné zostane aj porovnanie cien medzi zdravotnými poisťovňami (ZP), dokonca aj so zahraničím, keďže sa očakáva podobný nárast cien pre každý subjekt a aj v zahraničí.</p>
3	Všetky strany, kde sú definované Implementačné kroky	Všeobecná poznámka	<p>Navrhujem doplniť <u>časový harmonogram plnenia</u> implementačných krokov pri jednotlivých opatreniach<sup>1</sup> + <u>subjekty</u> (útvary/rezort/príp. spolupráca), ktorý ich bude realizovať:</p>	<p>Podrobnejší časový harmonogram plnenia implementačných krokov by mal byť definované v implementačnom pláne.</p>

<sup>1</sup> V prípade, ak nie je možné doplniť časový harmonogram, odporúčam uviesť komentár s dodatkom, že časový harmonogram bude doplnený v Implementačnom pláne revízie výdavkov na zdravotníctvo na obdobie ...

			Príklad – legisl. zmeny vo Vyhláške č. ... do 2024 (MZ); benchmark. do r. 2023 - UHP MF + IZA a pod.	
	s. 10, ods.5	OP 3 Metodika <i>Proces obstarávania VŠZP</i>	Netrvá náhodou dlhšie? 6-12 mesiacov, plán VO, opis predmetu zákazky, schvaľov. procesy, zverejnenie ... Je potrebné zosúladiť s priemerom obstarávania v posledných rokoch.	<p>Opis predmetu zákazky je otázka hodín, keďže ide o štandardizované molekuly obstarané už aj inými ZP. Plán VO ide v tomto prípade bokom – ak to je prioritou, tak sa to proste zaradí.</p> <p>Obstaranie je taktiež pomerne jednoduché – lebo nemá sa čo namietat'. Štandardne tento proces trvá niekde do 6 mesiacov.</p> <p>Pôvodne, keď sme to písali, tak sme to pripravili v júni – teraz máme posun a ešte to neplatí, čiže je pravda, že rok 2023 by sa mal posunúť, minimálne o 3 mesiace že úspora by tam mala byť niekde okolo 6,2 mil. EUR, za predpokladu, že sa</p>

				<p>materiál schváli a zverejní a začne implementovať tento mesiac.</p> <p>VšZP inak už spustila rozšírené CO na lieky, ale nie ešte v rozsahu, ako sme definovali.</p>
5	s. 10, od. 6	Úprava <u>legislatívy</u> - povinný odber A/AS liekov	<p>Doplniť č. Zákona 363/2011 Z.z.</p> <p>Nebolo by riešením zverejňovať všetky ceny... ako nezverejňovať ceny CO vôbec za žiadnu ZP? Vysoký potenciál finančných únikov... Všetky zdravotné poisťovne využívajú verejné zdroje, nemali by obstarávať všetky rovnakým spôsobom a boli by zverejňované na úrovni MZ? Pri EŠIF grantoch aj súkromné firmy, ktoré dostanú štátnu pomoc podliehajú zverejňovaniu v CRZ (z druhej strany – rezortu/agentúry, ktorá im ho poskytne).</p> <p>Aj napriek tomu, že UNION a Dôvera podliehajú právam a povinnostiam Obch. Zákonníka, je možné sa v legislatíve odvolať na verejné zdroje (potrebné premyslieť spôsob).</p>	<p>Nie, práve naopak. To že sú ceny verejné spôsobuje, že firmy nechcú a nemôžu ísť do zliav. Slovensko je malý trh, iné krajiny nás ale používajú ako referenčný kôš.</p> <p>Preto sa v 2020 pristúpilo k dvojitému vykazovaniu do NCZI, aby sa to nedalo spätne dopočítať. Preto sa v rámci novely zákona 363/2011 pristúpilo k presune MEA na rezort zdravotníctva a následnému zmlženiu reálnej ceny</p>

				<p>v kategorizačnom zozname.</p> <p>Je to vec, ktorá sa riešila roky a skúšalo sa to cez rôzne príkazy, nariadenia. Toto je jediné, čo by sa dalo realizovať – a funguje aj v iných krajinách, napr. Maďarsko a nevyžaduje zmeny v zákonoch, ktoré nie sú v gescii MZ SR.</p>
6	s. 11, ods. 2	<p>OP 4</p> <p><i>Zníženie počtu odvrátiteľných hospitalizácií na úroveň V3</i></p>	<p>Odporúčam zakomponovať do pozn. pod čiarou definíciu ukazovateľa <i>počet nadmerných hospitalizácií</i>.</p>	<p>Upravené v súlade s pripomienkou. Spôsob výpočtu nadmerných hospitalizácií je uvedený v časti metodika. Text bol upravený, aby to bolo jednoznačnejšie. Návrh textácie: „Počet nadmerných hospitalizácií na uvedené štyri diagnózy (hypertenzia, zlyhanie srdca, diabetes a astma) bol vypočítaný ako medzera oproti priemeru krajín V3 na základe údajov OECD.“</p>

7	s. 11, ods. 3	<p>OP 4</p> <p>Pravidelný monitoring, posilnenie VAS (počet lekárov a zdravotných sestier, materiálno-technické zabezpečenie a rozšírenie kompetencií), <u>nastavenie motivačných mechanizmov pre poskytovateľov ZS.</u></p>	<p>Nakoľko sa to nachádza pod opatrením s názvom zníženie odv. hosp., odporúčam doplniť a zdôrazniť, že nastavenie motivačných mechanizmov pre poskytovateľov VAS, nie ÚS. Aby si to niekto nevysvetlil, že motivujeme lekárov, aby nehospitalizovali.</p>	<p>Upravené v súlade s pripomienkou. Návrh textácie: „Pravidelný monitoring, posilnenie VAS (počet lekárov a zdravotných sestier, materiálno-technické zabezpečenie a rozšírenie kompetencií), nastavenie motivačných mechanizmov pre VAS.“</p>
8	s. 11, ods. 3 - úspory	<p>tab. úspory : <u>Potenciál úspor</u> vo výške 12,8 mil. eur nekorešponduje <u>s plánom na obdobie 2023-2025</u> (8,6 mil. eur)</p>	<p>Ak bude plnenie prebiehať aj neskôr – odporúčam doplniť komentár, ak nie, odporúčam kalkulovať plán úspor v sume rovnakej s potenciálom úspor. Sumy sa teda kumulujú do potenciálu alebo ide o súčet rokov rovnajúci sa potenciálu? Druh agregácie by mal byť jednotný naprieč opatreniami, prípadne by mal byť uvedený jednoznačný druh agregácie rokov do potenciálu.</p>	<p>Opatrenie je spojené s realizáciou podpory VAS a teda potenciál sa dá dosiahnuť až v dlhšom horizonte. Plán na obdobie v horizonte 2023-2025 tak nemusí sedieť s celkovým potenciálom. Predpokladáme lineárny nábeh úspor do roku 2030.</p>
9	s. 11, ods. 4	<p><i>Bude potrebné prepojenie s hodnotovým opatrením podpory VAS, ktorá je definovaná v aktuálne pripravovanej koncepcii VAS do roku 2030.</i></p>	<p>Odporúčam uviesť a zvýrazniť túto synergiu aj na začiatku opatrenia hneď pod názvom opatrenia.</p>	<p>Implementačné súvisy s inými opatreniami sú vždy popísané v časti implementácia.</p>

10	s. 11, ods. 5	<p>OP 5: Popis</p> <p>Pacienti na Slovensku navštevujú lekárov špecialistov častejšie ako pacienti v krajinách V3, všeobecných lekárov naopak menej.</p>	<p>Odporúčam uviesť grafy, príp. aspoň čísla ako dôkaz.</p>	<p>Upravené v súlade s pripomienkou: Návrh textácie: „Počet návštev lekárov špecialistov je na Slovensku o 2,9 návštev na obyvateľa vyšší, ako v krajinách V3, pri všeobecných lekároch je naopak o 0,8 návštev na obyvateľa nižší. Dôvodom je, že časť ZS, ktorú na Slovensku poskytujú špecialisti, v zahraničí vykonávajú všeobecní lekári so širšími kompetenciami. Na dosiahnutie úrovne V3 je však potrebné aj celkové zníženie počtu návštev v ambulanciách – niektoré dnešné návštevy sú úplne zbytočné.“</p>
11	s. 11, ods. 6	<p>Údaje sú za rok 2020 okrem ČR, ktoré sú za rok 2017. Počty sú vynásobené <u>mediánovou úhradou za návštevu špecialistu</u> (vybraté odbornosti)</p>	<p>Sú v analýze zohľadnené aj odbornosti podľa kódov diagnóz, aby sa identifikovali skupiny nadbytočných návštev + ich „frekvencia“ v %.</p>	<p>Národné údaje o počtoch návštev neumožňujú rozdelenie podľa odborností ani diagnóz. Ide teda o medzinárodné porovnanie celkového počtu návštev špecialistov.</p>



				Pre výpočet úspory bola použitá mediánová úhrada za návštevu, keďže priemer bol ovplyvnený malým počtom veľmi vysokých úhrad.
12	s. 11, ods. 6	Časť so zníženia návštev sa zrejme presunie na VAS, s týmto výpočet nepočíta, avšak to bude pokryté hodnotovým opatrením podpory VAS (ak by sme dorovnali návštevy VAS na priemer V3, stálo by to 15,5 mil. eur).	Odporúčam zvýrazniť text a odvolať sa na analýzu na web. sídle, ak je dostupná, ak nie, irelevantné.	Výpočet 15,5 mil. eur v prípade dorovnania návštev VAS bol urobený na ilustráciu rovnakou metodikou ako odhad úspor. Neexistuje k tomu osobitná analýza.
13	s. 12, ods. 5	OP 6 Implementačné kroky: Nastavenie motivačných mechanizmov pre poskytovateľov ZS, revízná činnosť ZP plnenia ŠDTP	Navrhujem uviesť pozn. - m. mechanizmy si vyžadujú aj zmeny ... v legislatíve a následná úprava zmlúv medzi ZP a PZS.  Dôležitá poznámka: Bolo opatrenie prediskutované s lekármi o správnom nastavení kritérií. Určite áno, potrebné spomenúť tento fakt plus v legislatíve uviesť aj hranicu benevolentnosti pri „rizikových tehotenstvách a pôrodoch“ v prípade, ak na základe odborného úsudku lekár určí viac vyšetrení /cisársky rez, bude mať takú možnosť, aby to nebolo myslené ako „ <i>chceme motivovať</i> “	Neakceptované, na realizáciu považujeme aktuálny legislatívny rámec aj kompetencie za dostatočné, vnímame skôr potrebu behaviorálnych mechanizmov zo strany poisťovní / regulátora na motiváciu k optimálnejšiemu využívaniu vyšetrení a postupov v súlade so ŠDTP. Bolo by možné ísť ešte nad rámec týchto úspor pri benchmarku

			<i>doktorov k znížovaniu počtu vyšetrení a neoperovaniu“</i>	s inými krajinami a postupmi, ktoré sú vnímané ako dostatočné tam.
14	s. 12, od. 4	OP 7 Metodika Pre rok 2022 sa vychádza zo spotrieb jednotlivých liekov za rok 2021, pričom potenciálna úspora môže byť teoreticky nižšia z dôvodu <u>nepredvídateľných faktorov znižujúcich spotrebu daných liekov spôsobených problémami dodávateľského reťazca.</u>	Je to jeden z mnohých faktorov. Je vôbec možné predikovať spotrebu liekov v čase s ohľadom na nestabilný počet pacientov v každom roku?  Nie je 8,3 milióna relatívne nízky cieľ?	Analýza sa pokúša zachytiť ceteris paribus efekt medzinárodného porovnávania a teda izolovane efekt tejto intervencie, ktorá dnes už v praxi funguje. V tomto opatrení zachytávame efekt tohto opatrenia, v iných zachytávame efekt nadspotreby, či v hodnotových vstup nových (inovatívnych) molekúl.
15	s. 13, ods. 2	OP 7 Rozdiel je výraznejší oproti škandinávskym krajinám.	Odporúčam vylúčiť, irelevantné pre porovnanie so SR (viem, že je to v Revízii II, ale je tam iný systém a rozdielne pravidlá financovania).	Nesúhlasíme, obzvlášť v kontexte hrozby, ktorú predstavuje antimikrobiálna rezistencia. Je nad rámec úspory nevyhnutné tieto rozdiely zväčšovať z pohľadu verejného zdravia a dlhodobej finančnej náročnosti

				a dopadov pri rezistentných baktériách. Vnímame samozrejme vplyv na spotrebu aj v iných oblastiach ako nadpreskripcia (množstvo nozokomiálnych nákaz a podobne). Čiže je vhodné zvýrazniť ambíciu nad rámec V3.
16	s. 13, ods. 4	OP 8 Úspora však musí byť podporená hodnotovým opatrením (napr. plná úhrada a podpora CRP, motivácia k nižšiemu predpisovaniu ATB priamo u lekárov).	Má politika znižovania preskripcie ATB vyšší cost benefit aj po odrátaní refundácie za CRP? Znižovanie preskripcie sa netýka len úspor s nepredpísaných ATB, je potrebné kalkulovať aj potenciálne úhrady za CRP v roku n + skutočné úhrady CRP PZS v roku n, ktoré sa odrátajú od výšky úhrad za ATB v roku n (až následne kalkulovať skutočnú výšku úspor).	Vid' komentár vyššie. Máme previazané s hodnotovým opatrením, kde MZ SR bude pripravovať behaviorálne intervencie nad rámec CRP. V tomto opatrení zdôrazňujeme vplyv zníženia spotreby ATB.
17	s. 13, ods.	OP 8 Ďalším rizikom kvantifikácie je fakt, že v ČR je o 20 % nižší výskyt potvrdených bakteriálnych infekcií v porovnaní so Slovenskom.	Nie je problém tento predpoklad zakomponovať do analýzy, ale odporúčam uprednostniť prepočet v SR (podľa pripomienky č. 15), prijať legisl. kroky a implementovať opatrenia na zníženie preskripcie u nás a až následne výsledky porovnať s ČR.	Vplyv je kvantifikovaný až od 2024, aby bol dostatok času na implementáciu krokov. ČR je konzervatívny benchmark – benchmark vs. HU, SI by bol ešte ambicióznejší.

18	s. 14, ods. 1	<p>OP 8</p> <p>Zavedenie motivácie u konkrétnych lekárov – vrátenie časti usporenej sumy z nadspotreby antibiotík</p>	<p>Akým spôsobom to plánujete realizovať? Prebehla diskusia so ZP a PZS k danej téme?</p>	<p>Diskusia k tejto téme neprebehla, je to v štádiu návrhu.</p> <p>Navrhujeme preto doplniť za pomlčku slovo „napríklad“ (ide o jedno z možných riešení).</p>
19	s. 17 ods. 1	<p>OP 13</p> <p><b>Nákladová efektívnosť zaradených orphanov</b></p>	<p>Orphanly sú lieky na zriedkavé ochorenia, Z textu nie je jasné prečo je potrebné ich použitie obmedziť. Odporúčam podrobnejšie vysvetlenie. Nerozumiem, akým spôsobom sa budú zriedk. choroby kategorizovať, existuje nejaká hranica – percento, že sa tieto orhany nevyužívajú vôbec?</p>	<p>V druhom riadku je presný popis toho čo sa myslí. Je to „známy“ problém, ktorý sa opakovanne riešil, čiže toto vymedzenie je jasné.</p> <p>Ako základ pre tému slúži revízia výdavkov na zdravotníctvo II, na ktorú nadväzuje aj aktualizácia. Vysvetľuje sa, čo sa stalo v roku 2018, čo to spôsobilo a prečo to vieme opraviť až teraz, po novelizácii.</p> <p>Pozrite si napríklad Prílohu 6 revízie výdavkov na zdravotníctvo II z roku 2019, kde to presne vysvetľujeme, aj na to ako sa to opravilo, ale</p>

				<p>ponechalo následky. Je to teda pokračovanie témy.</p> <p>V skratke ide o toto:</p> <p>Novelizácia zákona 363/2011 priniesla aj úpravy podmienok vstupu pre lieky s prevalenciou menšou ako 1 : 50 000, čiže tzv. orfany. Na trh sa ale dostali aj lieky, ktoré nemajú v SPC dezináciu orfanu.</p> <p>Vyradiť sa však nedali, nakoľko nemuseli podľa platného zákona preukazovať nákladovú efektivitu. Novelizácia z augusta 2022 však umožňuje MZ SR preveriť nákladovú efektivitu, aj u orfanov a overiť ich dezinácie podľa SPC.</p>
20	s. 15, ods. 4	OP 11 Vytvorenie systému na hľadanie potenciálneho nadpredpisovania liekov	Neplánujete posunúť časový harmonogram? Stihnete to implementovať?	Čiastočne akceptované: navrhujeme eliminovať úsporu v 2022. Rok 2023

		<p>zariadeniami a následná revízna činnosť indikovaných nadpredpisovaní s vplyvom úspor od roku 2023.</p>	<p>kým sa vytvorí systém + zakomponovanie do legisl.– 2022-2023 – implementácia, jej zhodnotenie 2023-2024 (odhadujem posun min. 6 mes.)</p> <p>Odporúčam uviesť priemerné percento, o aké prevýšilo predpisovanie liekov v roku 2021 štatistický model + zverejniť výsledky štatistického modelu (ak zverejnené uveďte link).</p>	<p>už počíta s nábehom, avšak aj podľa návrhu IJ sa stotožňujeme s potrebou 6 mesačného posunu a teda potenciálom pre 2023 na úrovni -0,8 mil. eur.</p> <p>Model mienime poskytnúť ZP.</p> <p>Popis: Pre každý ŠUKL kód liekov sa odhadne lineárna regresia: 1) pozorované sú zariadenia v ktorých liek s daným ŠUKL kódom bol predpísaný; každý kvartál zvoleného roka v ktorom bol liek predpísaný v danom zariadení je jedno pozorovanie, t.j. za jedno zariadenie do lineárnej regresie vstúpia maximálne 4 pozorovania, ďalej označované ako "zariadenio-kvartály"; 2) len lieky pre ktoré existuje aspoň 100 pozorovaní sú</p>
--	--	---	--	--

				<p>brané do úvahy. 3) diagnózy na ktoré bol liek predpisovaný sa zoradia podľa počtu pacientov a vyberú sa najpočetnejšie tak, aby: i) počet vybraných diagnóz nepresiahol 1/20 počtu pozorovaní (zariadenio-kvartálov). ii) každá vybraná diagnóza mala aspoň 5 pacientov, ktorým bol predpísaný daný liek. iii) každá vybraná diagnóza mala aspoň 0,01% pacientov, ktorým bol predpísaný daný liek. iv) nevybrané diagnózy sú zlúčené do spoločnej diagnózy s názvom "OTHER". 4) ako nezávislé premenné v lineárnej regresii vystupujú diagnózy vybrané v 3) a súhrnná diagnóza OTHER; ich hodnota je počet pacientov s danou diagnózou. Reziduály lineárnej regresie sa predelia ich</p>
--	--	--	--	---

				<p>štandardnou odchýlkou, čím sa získajú tzv. Studentizované rezíduá, ktoré sa riadia Studentovým t rozdelením. Zariadenio-kvartál, ktorého Studentizované rezíduum je väčšie ako zvolená hodnota je považované za outliera. Pri vyššom počte pozorovaní sa Studentovo t rozdelenie približuje k Normálnemu rozdeleniu, z čoho sú potom odvodené štandardne používané hodnoty 2 alebo 3 kedy je pozorovanie považované za outliera. Celková potenciálna úspora je potom vypočítaná ako súčet potenciálnych úspor všetkých outlierov za všetky relevantné lieky.</p>
21	s. 17, ods. 5	<p>OP 14 Tento potenciál bol očistený o úspory plynúce z centrálného nákupu, keďže sú predmetom <u>iného</u> opatrenia.</p>	<p>Odporúčam nahradiť „iného“ a doplniť číslo opatrenia (OP 3)</p>	<p>Zpracované v súlade s pripomienkou.</p>



22	s. 17, ods. 5	OP 14 Metodika aj <u>nad rámec</u> novely liekového zákona č. 363/2011	právnou formou „nad rámec“ sa myslí ministerský príkaz č. 5/2019 odporúčam rozdeliť následné impl. kroky na :1) zákonné 363/2011 2) nad rámec	Zpracované v súlade s pripomienkou. Opatrenia ktoré sú uvedené na tento strane všetky súvisia so zákonmi 362/2011 a 363/2011 a procesmi ktoré sú na ne naviazané. Navrhujeme úpravu textácie: „prijat’ v rámci zákona 363 a 362/2011 a naviazaných vykonávacích predpisov“.
23	s. 18, ods. 1	OP 14 Legislatívne určiť min. podiel odberu centrálne nakupovaných liekov	Uved’te, akým spôsobom chcete kalkulovať min. podiel odberu CNL.	Podľa príkladov z iných krajín. Povinné odbery a pravidlá pri „switchovaní“ majú napríklad v britskej NHS, ale aj vo viacerých škandinávskych krajinách a Maďarsku.  Základom je ministerský príkaz z minulosti, kde pre inšpiráciu slúžila NHS (v zjemennej forme). Je to téma na debatu medzi AIFP, GENAS, AOPP a MZ SR, aby sa našiel kompromis toho, čo je u nás realizovateľné

				<p>a stále prináša úspory.</p> <p>Navrhnuté úspory boli preto konzervatívny odhad.</p>
24	s. 19, ods. 5	<p>OP 17</p> <p>Ceny najposkytovanejších výkonov podľa objemu úhrad v zobrazovacích a ostatných typoch SVLZ (magnetická rezonancia – MR, počítačová tomografia – CT a pozitronová emisná tomografia – CT-PET) sú v priemere vyššie ako v ČR.</p>	<p>Stálo by za úvahu pred referencovaním cien v analýze zohľadniť aj kauzalitu pôvodu obstaranej technológie vs cena za výkon (% rozdiely v cenách výkonov) z dôvodu, že ak si napr. v Česku kúpi/obstará PZS českú technológiu, má oveľa nižšie náklady a cena výkonu je nižšia ako u PZS, ktorí ju obstarajú zo zahraničia. Bolo by potrebné zohľadniť aj kvalitu poskytovanej služby a v závislosti od nej kalkulovať cenu a určiť kalkulačný vzorec.</p>	<p>Berieme pripomienku na vedomie. Porovnanie cien výkonov si vyžaduje komplexnejší pohľad, ku ktorému nám však chýbajú údaje. Preto je jedno z navrhovaných opatrení aj vytvorenie nástroja/databázy na porovnanie cien.</p> <p>Rozdielne ceny výkonov v oblasti SVLZ však indikujú aj porovnanie cien výkonov medzi ZP na slovenskom trhu. Naznačuje to teda potenciál úspor pri cenách výkonov práve v tejto oblasti.</p>
25	s. 19, ods. 5	<p>OP 18</p> <p>Z pohľadu implementácie sa počíta s postupným nábehom od roku 2023 súbežne s <u>elektronizáciou objednávania</u></p>	<p>Stíha sa to implementovať v 2023? Zrejme bolo prekonzultované s IZA a NZCI, ale z môjho pohľadu, odporúčam uviesť rezervu aspoň rok (n+1).</p>	<p>Pri konzultácií s NCZI indikovalo nábeh v rámci 2023. Viaceré kroky navyše je potrebné (a je</p>

		<u>na vyšetrenia a vystavovania výsledkov vyšetrení.</u>		možné) zavádzať už skôr – ako revízná činnosť, úprava štandardov. Ako je vidieť v materiály, počíta sa s nábehom.
26	s. 20, ods. 2	OP 18 Identifikácia najčastejších situácií duplicitných vyšetrení.	Bude vyčíslená aj časová frekvencia vyšetrení ročne? Napr. 2 vyšetrenia za polrok – 1 absolvoval pre diagnózu a 2 neskôr, kontrola zlepšenia/zhoršenia zdravotného stavu. Ale pozor, malo by to byť koncipované, že lekár skontroluje výkony a určí, či je vyšetrenie potrebné. Nelimitujme ich normami. Iba sprehľadniť elektronické záznamy pacienta, aby skontroloval, či to isté vyšetrenie neabsolvoval vo VAS aj ŠAS, lebo aktuálne každý PZS si refunduje výkon zo ZP a bude to kontrolované na úrovni rezortu.	Práve na základe analýzy situácií duplicitných vyšetrení by malo prísť k zmenám v štandardoch či úhradách. Nerozumieme poznámke „nelimitujme ich normami“ – štandardy a indikačné obmedzenia sú normami, aby bola optimálne a efektívne čerpaná ZS a bola zabezpečená jej dostupnosť pre pacientov.
27	s. 20, ods. 2	OP 18 Definovanie štandardov, kedy nie je potrebné opakovať vyšetrenia (MZ SR) ...	Odporúčam doplniť ... spoluprácou s odborníkmi z praxe – behav. tím.	Zapracované v súlade s pripomienkou. Návrh textácie v prvom bode: „Identifikácia najčastejších situácií duplicitných vyšetrení spoluprácou s odborníkmi z praxe a identifikácia možností

				zamedzenia v spolupráci s behaviorálnym tímom.
28	s. 20, ods. 2	OP 19 Odhad úspor zo zavedenia modulu eLab na základe odhadu duplicit, ktoré by <u>mohli tvoriť 2 % z úhrad všetkých ZP</u> na laboratórne vyšetrenia.	Prečo práve 2 %. Existuje k tomu analýza NZCI? Ak áno, odporúčam sa odvolať v pozn. pod čiarou. Ak lekár určí, že vyšetrenie je potrebné ako môžeme obmedziť analýzou ich prevedenie?	Identifikácia duplicit vznikla na základe údajov ZP Dôvera (popis v metodike). Porovnávali sa poskytovatelia ZS odosielajúci pacientov na SVLZ vyšetrenia, ktorí efektívne využívali elektronický zápis výsledkov z laboratórneho vyšetrenia v ZP Dôvera oproti tým, ktorí ho nevyužívali. Ide o pomerne konzervatívny odhad, keďže niektoré zahraničné štúdie identifikujú aj vyšší potenciál úspor pri eliminácii duplicit vo vyšetreniach.
29	s. 21, ods. 4	OP 21 Oddelenie zdravotnej a sociálnej starostlivosti pri pacientoch s inkontinenciou	Odporúčam preformulovať názov opatrenia, navrhujem <i>Pravidlá nových kompetencií oddelenia ..</i>	Zapracované v súlade s pripomienkou. Návrh textácie: „Oddelenie kompetencií a úhrad zdravotnej a sociálnej starostlivosti pri

				pacientoch s inkontinenciou.“
30	s. 21, ods. 5	<p>OP 21</p> <p>Aktuálne nastavenie v ČR však zatiaľ iba definuje, že v nižších stupňoch inkontinencie sa výrazne navyšuje spoluúčasť pacientov (spoluúčasť v I. stupni 15 %, v II. stupni 5 %, v III. stupni 2 %).</p>	<p>Odporúčam uviesť argumenty aj aktuálny stav v SR: prečo je potrebné pravidlá modifikovať + spomenúť, že presun kompetencií na Soc. poisťovňu zjednoduší centrálny nákup formou VO inkontinenčných a zdravotníckych pomôcok v novele Zákona o sociálnych službách č. 461/2003 Z. z. a generuje ďalšie úspory na inom rezorte MPSVaR (kompetencie SP pre MP definované v §12 ods. (1) zákona 274/1994 Z.z.)</p> <p>Aktuálny stav - prvá spolupráca medzi MZ a MPSVaR na komponente 13 Plán obnovy a OP Slovensko aktivita - Dlhodobá starostlivosť).</p>	<p>Navrhujeme doplniť vysvetlenie čiastočne v súlade s pripomienkou. Cieľom je, obdobne ako v ČR, správne zaradiť alebo oddeliť sociálnu od zdravotnej starostlivosti.</p>
31	s. 21, ods. 6	<p>OP 21</p> <p>Potenciálna úspora bola odhadnutá ako úhrada VZP na inkontinenčné pomôcky pacientov za rok 2021, ktorí mali pri predpisoch evidovanú diagnózu <u>U9901 (Inkontinencia moču, 2. stupeň)</u> a zároveň ani raz nemali evidovanú niektorú zo závažnejších diagnóz (<u>U9902 a U9903</u>)</p>	<p>Odporúčam doplniť názvy diagnóz cez odrážky podľa vzoru U9901</p>	<p>Zapracované v súlade s pripomienkou.</p> <p>Navrhujeme upraviť vetu: „Potenciálna úspora bola odhadnutá ako úhrada VZP na inkontinenčné pomôcky pacientov za rok 2021, ktorí mali pri predpisoch evidovanú diagnózu U99.01 (Inkontinencia moču, 2.</p>

				stupeň) a zároveň ani raz nemali evidovanú niektorú zo závažnejších diagnóz (U99.02 - Inkontinencia moču a stolice, 3. stupeň, trvalá; U99.03 - Inkontinencia moču a stolice, 3. stupeň, trvalá a nezvratná).“
32	s. 22, ods. 1	OP 22 Zdravotnícke pomôcky Implementačné kroky	<p>Odporúčam neskôr do analýzy zakomponovať aj pôvod technológie (SR, zahraničie), ak už existuje – irelevanté.</p> <p>+ kvantifikovať výrobnú cenu a percento zisku <u>z trhovej ceny výrobku/zdravotníckej pomôcky</u> (ks) – všetky kategorizované podľa typu ZP. Každý podnik je iný (veľkosť, obrat, technológia) a nedokáže vyrobiť výrobok pri rovnakej cene ako jeho konkurent (na mieste je vhodná aj diskusia s výrobcami ZP)</p>	<p>Takéto prepočty sa skôr robia len pre individuálne pomôcky alebo špecifické drahé ŠZM, nie však pomôcky. Tu sú stovky položiek ktoré stoja že jednotky eur.</p> <p>Máme cca 4,5 tisíce pomôcok, absolútnu majoritu zo zahraničia. Ich výrobné náklady sú neznáme – a nezistiteľné.</p> <p>A ani netreba – preto existujú medzinárodné databázy, ktoré slúžia pre tento účel.</p>

				Benchmarkuje sa vždy na presný kus – čiže to že majú firmy iné výrobné náklady je v tom procese reflektované. Áno, malý trh – ako Slovensko má menšie objemové zľavy, ale referencovanie na tri najnižšie ceny máme od roku 2011. Je to teda proces, ktorý má svoje limitácie, ale pre účely cost-cuttingu funguje.
33	s. 25, ods. 1	OP 25 Sfinalizovanie a konzultácia zoznamu <u>so zástupcami priemyslu</u>	Všeobecné – konkretizovať „s výrobcami ŠZM“	Zpracované v súlade s pripomienkou. Výrobcovia na Slovensku, ktorí tu sú priamo (a majú výraznejší podiel a priamo aj dodávajú) je len pár.
34	s. 28 - 29, ods. 2	Hodnotové opatrenia Jednou z príčin a riešení je finančné ohodnotenie, ktoré znižuje atraktivitu vstupu do povolania a zvyšuje atraktivitu ponúk z okolitých krajín.	Neplánujete to previazať s plánovaným financovaním EŠIF? Podpora otvárania nových ambulancií Plán obnovy 11 mil. eur (komp.11) + OP Slovensko Ambulantná starostlivosť 590 mil. eur Zdravotné sestry a reforma kompetencií – OP SL 450 mil. eur	V tomto odstavci pomenúvame konkurencieschopné mzdové ohodnotenie. Mzdy typicky nemôžu byť financované z štrukturálnych fondov.

			Duševné zdravie máte uvedené, POO 105 mil. eur, atď.	Súhlasíme však s tým, že mzdové ohodnotenie určite nie je jediným faktorom ako aj hovorí predošlý odstavec „Je nevyhnutné komplexne adresovať viaceré príčiny tohto nedostatku.“. Aj preto úvod vety začína „Jednou z príčin...“.
35	s. 29, ods. 3	Zavedenie poplatkov v zdravotníctve Na ilustráciu, zavedenie poplatkov u lekára vo výške 1 eura za každú návštevu lekára bez výnimiek by prinieslo do systému dodatočných 58 mil. eur ročne...	5. oddiel Ústava SR čl. 40 hovorí Čl. 40 Každý má právo na ochranu zdravia. Na základe zdravotného poistenia <u>majú občania právo na bezplatnú zdravotnú starostlivosť</u> a na zdravotníckej pomôcky za podmienok, ktoré ustanoví zákon. Otázka ako môžeme nekompenzovať nechudobných a kompenzovať chudobných, ak v ústave garantujeme bezplatnú zdravotnú starostlivosť...? Platby by sme v zmysle Ústavy SR mali riešiť nepriamo - zvýšením odvodov VZP a nie priamou platbou pacienta. Ale ani v tejto fáze, zvýšenie odvodov do ZP neodporúčam, nedostatok ambulancií, nedostatok lekárov a sestier a pod. - nepopulárne opatrenie. Konkretizujte, v ktorej reforme sa opatrenie uvádza?	Spoluúčasť pacienta + nejaké formy poplatkov sú štandardom vo viacerých EÚ krajinách. Dajú sa riešiť viacerými spôsobmi (základný balík, % spoluúčasti, poplatok). Je skôr potrebné takéto poplatky zoficiálniť a transparentne zverejňovať. V súčasnom systéme už totiž dávno existujú, ale sú neprehľadné a skrývajú sa pod rôznymi „službami“.



			<p>do akého systému? Kam a akým spôsobom sa budú presúvať zdroje? Platíme si verejné zdravotné poistenie – mnohí z nás vo výške 13,4 % z mzdy mesačne. Koho budete diverzifikovať? najviac rizikové skupiny, zamestnaných/ nezamestnaných? Mnohé úkony špecialistov sú aktuálne spoplatnené, ich ambulancie sú súkromné.</p> <p>Ak by bolo potrebné platiť za ambulantný výkon, môže to evokovať u pacientov zvýšené nároky na kvalitu poskytovania služieb. Sme schopní klientovi súčasne zvýšiť kvalitu poskytovania služieb?</p>	
36	s. 29, ods. 3	Je však potrebné kompenzovať <u>chudobnejšiu časť populácie</u> , na ktorú môžu mať takéto poplatky výraznejší vplyv.	<p>Odporúčam nahradiť „najviac rizikové skupiny“.</p> <p>Rovnako sa treba zamyslieť aj nad zasiahnutými skupinami, kde platby tvoria príliš veľké percento ich príjmu aj takých by bolo potrebné kompenzovať pravdepodobne.</p>	Ide o ilustratívny príklad, koľko by stála kompenzácia populácii, ktorú už takto evidujeme v rámci napríklad pomoci v hmotnej núdzi. Je samozrejme možné rátať aj so širšou skupinou obyvateľstva. Nie je ambíciou aktualizácie revízie na zdravotníctvo riešiť nastavovanie hranice

				chudoby, ktorá skôr spadá do oblasti sociálnej politiky.
37	s. 29, ods. 3	Náklady na kompenzáciu <u>ľudí v hmotnej núdzi</u> by pri tejto výške poplatku predstavovali 1,3 mil. eur ročne.	Je potrebné zmeniť legislatívu č. 417/2013 Z. z. na MPSVaR, aby sa kategorizovali aj tí, ktorí sú menej majetní, ale aktuálne tam nie sú zaradení. Plus dôchodcovia takisto nie sú v hmotnej núdzi. Pre viac informácií o aktuálnom stave vyplácania dávok: <a href="https://www.rrz.sk/dvojaka-chudoba-alebo-keď-nevieme-kto-je-chudobný/">https://www.rrz.sk/dvojaka-chudoba-alebo-keď-nevieme-kto-je-chudobný/</a> Majetkové rozdiely nemôžu byť jediné kritérium... treba vytvoriť viackritériálny systém.	Ide o ilustratívny príklad, koľko by stála kompenzácia populácii, ktorú už takto evidujeme v rámci napríklad pomoci v hmotnej núdzi. Je samozrejme možné rátať aj so širšou skupinou obyvateľstva. Nie je ambíciou aktualizácie revízie na zdravotníctvo riešiť nastavovanie hranice chudoby, ktorá skôr spadá do oblasti sociálnej politiky.
38	Všeobecná poznámka, s. 1 - 28	Text - prepojenia (link) na analýzy	Odporúčam doplniť v pozn. pod čiarou prepojenia (link) na chýbajúce analýzy, ktoré uvádzate v texte.	Bolo by fajn špecifikovať chýbajúce odkazy na analýzy. Vedeli sme referencovať len tie, ktoré sú zverejnené voľne na webe.

**CELKOVÉ HODNOTENIE (recenzent/ka vyplní túto časť po vysporiadaní sa s pripomienkami analytickou jednotkou):**

Záverom konštatujem, že autori sa vysporiadali s pripomienkami na odbornej úrovni, materiál má logickú štruktúru a jednotlivé opatrenia sú adekvátne aktualizované. Súhlasím so zapracovaním pripomienok a odporúčam výstup na schválenie.

---

[1] Výber medzi: 1. analýza (komplexný analytický materiál s návrhmi konkrétnych systémových opatrení); 2. komentár (rozsahovo menší analytický materiál venujúci sa konkrétnemu čiastkovému problému); 3. manuál (metodické usmernenie vyplývajúce z potreby zjednotenia procesov a postupov v konkrétnej oblasti).

[2] Formát 1 pre komentár/manuál (2 recenzenti bez povinného odborného workshopu); Formát 2 pre analýzu (3 recenzenti a povinný odborný workshop).

[3] Do tabuľky značiť pripomienky zásadného metodologického a obsahového charakteru (nie štylistické či gramatické opravy).

[4] Vyplní analytická jednotka: pripomienka bola akceptovaná / pripomienka nebola akceptovaná a zdôvodnenie / pripomienka bola čiastočne akceptovaná a zdôvodnenie.