

TERMÍN: 05.09.2023

xx29306xx
Recenzia A
Ján Dudek
dudelstein@gmail.com

*Prosím nezasahujte do tejto tabuľky*RECENZENT/KA (meno a priezvisko, pozícia, inštitúcia): **Ján Dudek**NÁZOV MATERIÁLU: **Prerozdeľovací mechanizmus zdravotného poistenia na Slovensku**TYP VÝSTUPU*[1]: **analýza**

(pri spoločných výstupoch uviesť aj typy individuálnych vkladov):

ANALYTICKÝ ÚTVAR, REZORT: **Ministerstvo zdravotníctva SR - Inštitút zdravotných analýz**AUTORI/KY: **Jakub Červený**

SPOLUAUTORI/KY: - ; - ; - ; -

RECENZNÝ FORMÁT*[2]: **2**

PRIPOMIENKY:

P.č.	Pripomienka sa vzťahuje k (strana, odsek):	Text pripomienky*[3]	Odôvodnenie pripomienky	Vysporiadanie sa s pripomienkou*[4]
1	Strana 2, odsek 1, 2	Bolo by fajn lepšie popísať/zadefinovať niektoré výrazy, napríklad „podkompenzovaný“ alebo „neprospešný“ (skôr s nízkym/záporným ziskom pre poisťovňu).	Zrozumiteľnosť textu	„Neprospešný“ bolo nahradené stratovým. Čo sa týka pod/nadkompenzácií, tieto pojmy sú exaktne definované v podkapitole 4.2. Z tohto hľadiska nie je úplne vhodné detailnejšie

				rozvíjať tieto pojmy v úvode, ktorý sa snaží len stručne opísať problematiku.
2	Strana 2, odsek 3	Pre výrazy validita, uskutočniteľnosť, nezraniteľnosť voči manipulácii chýbajú definície. Využíva sa tiež stabilita, čo je rozumné hlavne v kontexte malých skupín – napr. hemofilici niekedy lietali +-50% z roka na rok, mohlo by sa to stať aj iným parametrom do budúcnosti.	Bez definície tu alebo v predošlom texte čitateľ nevie, o aké vlastnosti sa jedná.	Pojmy boli lepšie definované v danom odseku.
3	Strana 2, odsek 3	Tiež by si podľa mňa zaslúžilo väčšiu diskusiu výroky „ <i>Vhodný parameter na úpravu rizika by mal byť dobrým prediktorom budúcich nákladov na zdravotnú starostlivosť. Taktiež by mal merať potrebu lekárskej starostlivosti a týkať sa zdravotného stavu.</i> “ Zatiaľ v dokumente nebolo vysvetlené, že prerozdelenie je predikčný model a čo v ňom spôsobujú jednotlivé parametre, prečo by mali predikovať budúce zdravotné náklady (len vysvetlené dôvody, prečo prerozdelenie existuje). Ak je cieľom osloviť aj širšiu verejnosť, tak príklad – porovnanie prekompenzácie pre chorého a zdravého poistenca je podľa mňa veľmi nápomocný (tu sme také robili v blogu a detailne, podľa mňa v texte by stačili dve vety -- https://dennikn.sk/blog/1389120/su-zdroje-medzi-zdravotne-poistovne-	Zrozumiteľnosť analýzy pre niekoho, kto nie je expert na prerozdelenie.	Začiatok kapitoly o IRN bol rozšírený o podobný príklad, ako v blogu na lepšiu ilustráciu problému pre laikov.

		delene-ferovo/)		
4	Strana 5, odsek 1	<p>Sú tu spomenuté „nadlimitné“ náklady ale chýba vysvetlenie, čo je nadlimit a ako sa počíta. Nadlimit si určite zaslúži diskusiu, keďže je u nás pomerne kontroverzný a často sa o ňom diskutuje (či má zmysel, či ho majú iné krajiny atď.)</p> <p>Odsek obsahuje veľmi veľa informácií, bolo by fajn pridať niečo konkrétne na ilustráciu, napríklad v akých pomeroch boli indexy v určitom roku a čo to znamenalo pre zasielanie peňazí medzi poisťovňami.</p>	Nadlimit má pomerne vysoký dopad na konečné prerozdelenie a je to súčasť prerozdelenia mechanizmu, nateraz je spomenutý v texte bez definície alebo vysvetlenia účelu.	Definícia nadlimitnej sumy bola pridaná.
5	Strana 6, odsek 1	<p>Tvrdenie, že VNS dobre zachytáva chronicky chorých nie je úplne správne ako sme aj diskutovali na skupine a myslím, že ste to aj dokázali na dátach pri diskusii o definícii VNS. Keďže to máme nastavené na priemerný náklad za 3 roky, tak nám tam spadne aj väčšina jednorazových hospitalizácií aj keď pacient naďalej nie je chronický, napríklad pôrody/úrazy. Toto by bolo dobré vysvetliť aj kvôli tomu, aby sa dalo do budúcnosti niečo s definíciou robiť, tak ako bolo navrhované napríklad vysoké náklady v <i>každom</i> z 3 rokov ako to majú v Holandsku. Nečítal som paper, ktorý je citovaný ako zdroj, ale neopisuje VNS v definícii každého z 3 rokov, keďže je z holandského prostredia?</p>	Spresenie výroku o VNS	Problém s VNS bol objasnený v rámci plánovaných zmien. v závere

6	Strany 6-8	<p>Na začiatku textu sú definované kritériá pre vhodný parameter – validita, uskutočniteľnosť, motivácie, (stabilita) – bolo by dobré ukázať ako dobre plnia súčasné parametre tieto kritériá. Kým pri PCG je nejaká diskusia k motiváciám, pri VNS chýba a tam je práve riziko väčšie – ak je pacient pre mňa drahý tento rok až tak mi to nevadí, keďže budúci rok za to budem kompenzovaný.</p> <p>Podobne je dôležitá diskusia o motiváciách pri DNS, kde sú poisťovne kompenzované za hospitalizácie pacientov aj v prípadoch, kedy sa pravdepodobne dalo hospitalizácii predísť ambulantnou starostlivosťou.</p> <p>Nakoniec v závere je definovaných niekoľko ďalších parametrov, ktoré majú byť do budúcnosti zaradené – pri týchto by určite malo byť popísané, či plnia kritériá a akú majú pridanú hodnotu. Na základe tohto je možné potom vybrať, ktoré parametre alebo v akom poradí budú do budúcnosti implementované.</p>	<p>Text spomína nevyhnutné vlastnosti parametrov v prerozdelení, ale chýba ich popis pri konkrétnych parametroch.</p>	<p>V druhej kapitole bolo pridaná pri každom parametri krátka diskusia o tom, či daný parameter spĺňa spomenuté kritériá.</p> <p>Súhlasíme, že porovnanie stability parametrov by bolo zaujímavé. Vzhľadom na to, že dáta k DCG/NSZP sú dostupné len za posledné dva roky však táto analýza nie je realizovateľná, resp. jej výpovedná hodnota by bola diskutabilná. PCG by sa takto vyhodnotiť dali, avšak myslíme si, že je lepšie pár rokov počkať a v ďalšej analýze priniesť komplexný pohľad, kde budú všetky parametre vyhodnotené za rovnaké časové obdobie. Za zmienku tiež stojí, že stabilita pri niektorých parametroch, ako napríklad FNS môže byť ťažko splniteľná v prípade novej a drahejšej liečby (viď napríklad parameter CFP, ktorý sa medziročne zvýšil o takmer 150% v roku 2023).</p> <p>Čo sa týka problematiky kompenzácie poisťencov</p>
---	------------	---	---	--

				<p>za prípady, kde by sa potenciálne dalo predísť takýmto hospitalizáciám – súčasný konsenzus medzi akademikmi je, že prerozdelenie mechanizmy by mali riešiť spravodlivú kompenzáciu nákladov a nie slúžiť ako motivátor k lepšej prevencii. Tento tlak by mal prichádzať prostredníctvom iných kanálov, ktoré by sa priamo týkali práve napríklad ambulantného sektora. Len na ilustráciu, RE modely v krajinách ako Holandsko a Nemecko neobsahujú žiadny parameter, ktorý by akýmkoľvek spôsobom penalizoval kompenzáciu za ambulantne senzitívne diagnózy. Napriek tomu tieto krajiny majú výrazne nižší výskyt takýchto hospitalizácií, čo opäť smeruje k argumentu, že sa tento problém dá riešiť aj prostredníctvom iných kanálov a mechanizmov. Problematika ambulantne senzitívnych diagnóz je podľa nášho názoru nad</p>
--	--	--	--	---

				rozsah a zámery tohto dokumentu, preto by sme ju neradi otvárali.
7	Strana 7, DNS	Príklad by pomohol pochopiť ako to funguje. Tiež by bolo fajn spomenúť aspoň približne počet skupín DS a DNS a na základe čoho sú definované.		Poznámka pod čiarou na strane 9 obsahuje odkaz na kompletný zoznam DS. Podkapitola 2.4 obsahuje tento popis ako tieto skupiny vznikajú – je uvedené, že DS tvoria medicínsky podobné diagnózy a poistencom sú priradované na základe diagnózy pri prepustení z hospitalizácie. Tiež je uvedené, že DS sú následne zhľukované do DNS podľa nákladovosti a rovnako tiež, že poistencovi je priradená vždy len najnákladnejšia skupina ak sa náchadza vo viacerých DNS. Máme teda za to, že princíp DS/DNS je dostatočne opísaný.
8	Strana 15, tabuľka 4	Tabuľka nezahŕňa informáciu, že hodnoty v tabuľke sú (myslím si) hodnoty nadkompenzácie v eurách, hovorí sa len o „metrikách“ . Dôležitejšia vec -- nemal by vyjsť vážený priemer za celý model 0, čiže podkompenzácie sa vyrovnajú s	Zrozumiteľnosť pre čitateľa; možnosť pochopiť, ktoré skupiny sú „stratové“ a ktoré „ziskové“	Do poznámky pod tabuľkou bolo uvedené, že sa jedná o hodnoty v eurách. Vážený priemer za celý model by vyšiel na 0, ak by sme sa pozerali na kategórie, ktoré model zachytáva premennými.

		<p>prekompensáciami, či tu to nevychádza kvôli váženiu v modeli? Takto sa to javí, že model vždy „podkompenzuje“, čiže sa nerozdelia všetky peniaze zo zdravotného budgetu do poisťovní, lebo prerozdelenie neverí, že budú potrebné. Viac by mi dávalo zmysel ak by sa celková prekompensácia rovnala celkovej podkompensácii a v tabuľke by sa menilo rozloženie na jednotlivé skupiny.</p> <p>Myslím, že keď som robil toto cvičenie, tak som zadefinoval celkový prerozdelený obnos ako celkové náklady na poistencov – toto nie je pravdivé, keďže napríklad celkový budget môže byť nižší ako náklady na pacientov – môže to však lepšie ilustrovať typ kompenzácie na jednotlivé podskupiny. Myslím, že to priblíži celkovú súčet k nule, ale neviem či je to dostatočné.</p>		<p>Vtedy je samozrejme suma pod/nadkompensácií pre každú kategóriu v modeli z definície 0. Idea tohto cvičenia je, že sa zvolia podkategórie, ktoré model neobsahuje. Preto sa v citovaných publikáciách na tieto účely používali údaje o zdravotnom stave z rôznych health surveys, ktoré boli následne párované na poistencov. V našom prípade sme použili údaje o DS, keďže tieto do modelu nevstupujú priamo, iba prostredníctvom DNS.</p>
9	Strana 17, Záver	<p>Záver spomína, že už sa blížime k teoretickému stropu predikčnej sily, ale vymenúva množstvo ďalších parametrov, ktoré sa plánujú zaviesť – bolo by dobré vysvetliť, prečo sú ďalšie zmeny potrebné ak je model už na úrovni holandského a možno znovu pripomenúť, že predikčná sila je len jeden z cieľov – ultimátne chceme dobrý systém pre pacienta a málo cherry-pickingu, R-squared je len vedľajší efekt. Na uváženie je spomenúť menšie</p>	<p>Pochopenie čitateľa, že to nie je len o optimalizácii štatistického modelu, ale o tom aký vplyv bude mať prerozdelenie na celý systém a je tam veľa ciest, na ktorých musím naraz pracovať – viaceré dokonca nie v gescii priamo MZ, ale aj UDZS, poisťovne, prípadne parlament.</p>	<p>Záver bol rozšírený o spomínané veci v pripomienke.</p>

		<p>zmeny, ktorými sa dá naďalej prerozdelenie zlepšovať, keďže v čase predikčná sila pri statických parametroch empiricky klesá – nové FNS, zlepšenie definície VNS, finalizácia DNS a pomôcok po ostrom nasadení. Napríklad veľmi dobré zlepšenie bolo zaradenie Spinálnej svalovej atrofie do modelu, čo si nevyžadovalo nijaké formálne zmeny v modeli, ale vzišlo z návrhu revíznych lekárov poisťovní.</p>		
10	Záver, prípadne nová sekcia	<p>Na uváženie je tiež spomenúť (v závere alebo inej sekcii) kroky, ktoré sme podnikali v rámci pracovnej skupiny a aj keď priamo nemenia model, podľa mňa majú kľúčový efekt na kvalitu modelu: napr. snaha zahrnúť nezávislú tretiu stranu do prepočtu (ako v Holandsku), snaha získať extra dáta napr. od ŠÚSR na kontrolu vplyvu nových parametrov, zavedenie jednoznačných pravidiel pre zaradenie nových parametrov (aby sa znížila možnosť zneužiť prerozdelenie na politické účely), zlepšovanie implementácie existujúcich parametrov (napr. VNS bolo nesprávne implementované niekoľko rokov a malo to veľmi negatívny vplyv na model, keďže noví pacienti nedostali žiadnu VNS). Čiže navrhujem spomenúť viac aj to, že na modeli sa dá pracovať nielen ďalej ekonometricky (kde sme už</p>	<p>Pochopenie čitateľa, že to nie je len o optimalizácii štatistického modelu, ale o tom aký vplyv bude mať prerozdelenie na celý systém a je tam veľa ciest, na ktorých musím naraz pracovať – viaceré dokonca nie v gescii priamo MZ, ale aj UDZS, poisťovne, prípadne parlament.</p>	<p>Záver bol rozšírený o spomínané veci v pripomienke.</p>

	<p>d'aleko), ale aj v rámci jeho implementácie, nastavenia pravidiel pridania parametrov, čistenia atď, keďže tu máme väčšie rezervy ako v ekonometrickej časti.</p>	
--	--	--

	<p>Napriek pripomienkam je analýza kvalitná a potrebná, aby ľudia vedeli o čom je prerozdelenie a ďalej sa mohlo zlepšovať, takže držím palce, verím, že pripomienky ju pomôžu ešte trochu vylepšiť :)</p>	
--	--	--

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

Som rád, že ste zapracovali všetky pripomienky zvýšilo to kvalitu (už tak hodnotného) komentára. Materiál je podľa môjho názoru kvalitný a pomáha v celi zlepšovať prerozdelenie a zakotviť ho na vysokej úrovni aj v prípade, že prídu snahy na jeho ohýbanie z ktorejkoľvek strany. Držím palce do budúcnosti, ak budete mať kapacitu, možno by „lite“ verzia zaujala aj širšiu verejnosť.

[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.