

TERMÍN: 25.03.2021

xx34818xx
Recenzia B
Matej Bělín
matej.belin@employment.gov.sk

*Prosím nezasahujte do tejto tabuľky*RECENZENT/KA (meno a priezvisko, pozícia, inštitúcia): **Matej Bělín**NÁZOV MATERIÁLU: **Prognóza verejných výdavkov na dlhodobú starostlivosť**TYP VÝSTUPU*[1]: **Manuál**

(pri spoločných výstupoch uviesť aj typy individuálnych vkladov):

ANALYTICKÝ ÚTVAR, REZORT: **Ministerstvo financií SR - Inštitút finančnej politiky**AUTORI/KY: **Alexandra Salamonová, Jakub Fodor;**

SPOLUAUTORI/KY: - - ; - - ; - - ; - -

RECENZNÝ FORMÁT*[2]: **1****PRIPOMIENKY:**

P.č	Pripomienka sa vzťahuje k (strana, odsek):	Text pripomienky*[3]	Odôvodnenie pripomienky	Vysporiadanie sa s pripomienkou*[4]
1*	Najmä Tab. 2 a passim	Navrhujem uľahčiť replikáciu výsledkov publikovaním presného postupu	V odpovedi na pôvodnú pripomienku 1 autori upozornili na fakt, že výsledky sa v značnej miere opierajú o neverejné dáta, ktoré MF SR nie je oprávnené zverejňovať. Pre vysporiadanie sa s pripomienkou však nie je	AKCEPTOVANÁ. Keďže spracovanie dát a výpočtov bolo realizované v prostredí Excelu, pripomienka je akceptovaná formou doplnenia slovného popisu: do manuálu bola

		<p>spracovania dát a výpočtu predpovedí.</p>	<p>nutné publikovať pôvodné dáta. V prípade, ak je postup spracovania zaznamenaný ako programový skript (napríklad Stata ".do" súbor, ".r"skript" pre prostredie R, ".m" skript pre prostredie Matlab, a podobné), potom stačí poskytnúť samotný skript bez dát. V prípade, že bolo spracovanie realizované v prostredí, kde postup nie je zaznamenaný ako skript (napríklad Excel), navrhujem doplniť slovný popis (pseudo-kód) spracovania dát do prílohy.</p>	<p>pridaná ďalšia príloha, v rámci ktorej je podrobnejšie popísaný postup spracovania dát, ktorý by mal umožniť replikovateľnosť jednotlivých krokov. Popis krokov výpočtu je rozpísaný v texte samotného manuálu.</p>
1	Najmä Tab. 2 a passim	<p>Odporúčam korektne odčitovať všetky použité zdroje údajov tak, aby bolo možné reprodukovať prepočty v predloženom manuáli. Zároveň by bolo vhodné doplniť prílohu so zoznamom výdavkových položiek zahrnutých do výpočtov v manuáli.</p>	<p>V texte sa opakuje odkaz na "vlastné prepočty na základe výkazov poskytovateľov starostlivosti a dávok zdravotných poisťovní", ktorý neumožňuje dohľadanie relevantných „výkazov“ a špecifických hodnôt v týchto výkazoch. Jednoznačné dohľadanie údajov je nevyhnutné pre budúcu aplikovateľnosť manuálu.</p> <p>Ako príklad problematickej reprodukovateľnosti možno uviesť Graf 6, kde nie je jasné, odkiaľ pochádzajú informácie o členení typov starostlivosti podľa veku. V ročných výkazoch okrem SOC1 nie sú vekové kohorty. V SOC1 sú vekové kohorty, ale tie sú členené podľa širších vekových rozpätí ako v Grafe 6.</p>	<p>NEAKCEPTOVANÁ.</p> <p>Manuál vychádza z kombinácie verejných a neverejných dát týkajúcich sa výdavkov súvisiacich s jednotlivými službami LTC. Výdavky zariadení sociálnych služieb sú zbierané na základe publikovaných a dohľadateľných výkazov. Výdavky zdravotníckych zariadení sú dodané od zdravotných poisťovní a majú neverejný charakter, MF SR nie je oprávnené tieto dáta zverejňovať. V prípade zavedenia informačného systému, ktorý je súčasťou odporúčaní, by v budúcnosti mali byť údaje dohľadateľné a následne aplikovateľné v súlade s manuálom.</p> <p>Údaje o poberateľoch služieb LTC sú získavané z verejných výkazov citovaných na strane 21. Poberatelia služieb boli najprv rozčlenení na</p>

				<p>jednotlivé typy služieb v súlade s tabuľkou č. 2. Pri výpočte miery pokrytia podľa veku boli zohľadnené všetky dostupné informácie z výkazov vrátane veku a pohlavia. Ďalší postup krokov je popísaný pod Grafom 6: „Počet prijímateľov v jednotlivých kohortách bol v prípade potreby dopočítaný na základe podielu miery odkázanosti kohorty na celkovej miere odkázanej populácie. Agregovaný počet prijímateľov starostlivosti bol následne prerozdelený medzi kohorty a pohlavie v súlade s narátanými podielmi.“ Tento postup je v súlade s metodikou Európskej komisie.</p>
2	Tabuľka 2	<p>Odporúčam bližšie vysvetliť aplikáciu metodiky EK na slovenské podmienky.</p>	<p>Z textu nie je jasné, či „[n]avrhované zatriedenie LTC“ predstavuje zmenu oproti už existujúcim klasifikáciám alebo či ide o úplne nový systém. Ak Tabuľka 2 predstavuje revíziu staršieho systému, bolo by vhodné uviesť porovnanie navrhovanej klasifikácie s pôvodnou a zdôvodnenie zmien.</p> <p>Taktiež nie je jasné, prečo sa peňažné príspevky na diétne stravovanie a peňažné príspevky na prevádzku OMV nepovažujú za výdavky na LTC. Boli nejaké prípady, ktoré sú problematické na zatriedenie? Mohli by sa niektoré sociálne služby (poradenstvo, denné centrum....) interpretovať ako LTC?</p>	<p>ČIASŤOČNE AKCEPTOVANÁ.</p> <p>Pod Tabuľku 2, ktorá uvádza navrhované zatriedenie LTC, bola uvedená poznámka: „Súčasný spôsob zatrieďovania LTC v podmienkach SR podľa metodiky EK je popísaný v Boxe 2.“ V Boxe 2, ktorý sa venuje nedostatkom dát v oblasti LTC je uvedené: „Výdavky na zdravotnú a sociálnu LTC sa každoročne vykazujú v dotazníku SHA, ktorý slúži ako podklad pre Správu o starnutí populácie EK. Ten je následne doplnený údajmi podľa metodiky ESSPROS, ktoré by mali doplniť oblasť sociálnej LTC podľa metodiky SHA, teda služby poskytujúce pomoc pri IADL úkonoch (varení, praní a pod.). V praxi je však až 97 % celkových výdavkov na LTC vykázaných za sociálnu LTC v rámci ESSPROS. Z hľadiska medzinárodného porovnania tak</p>

			<p><i>Slovensko vynakladá len 3 % z celkového objemu výdavkov na zdravotnú LTC v zmysle tabuľky 2 (paliatívna starostlivosť, prevádzovanie rán, podávanie liekov a pod.).“V poznámkach pod čiarou je následne uvedené: „Správnym aplikovaním metodiky v rámci tohto manuálu vykazuje Slovensko takmer 100 % z celkových výdavkov na LTC na zdravotnú LTC.“ „Agregované údaje za oblasť LTC podľa súčasnej kombinácie metodík SHA a ESSPROS navyše vykazujú vyšší objem výdavkov než je narátaný v rámci tohto dokumentu. Nie je však úplne zrejmé, ktoré služby boli do štatistík zahrnuté a či bolo uvažované len s verejnými výdavkami alebo aj ďalšími zdrojmi príjmov poskytovateľov dlhodobej starostlivosti, najmä v prípade poskytovateľov sociálnych služieb, za ktoré si pacienti doplácajú aj z vlastných zdrojov.“</i></p> <p><i>Z poznámky vyplýva, že nie je úplne zrejmé, akým spôsobom bolo doposiaľ realizované zatriedovanie položiek, spracovanie tabuľky s prehľadom položiek doposiaľ používaných tak nie je možné.</i></p> <p><i>Zatriedovanie jednotlivých položiek vrátane peňažných príspevkov bolo detailne konzultované s Európskou komisiou. Pre jasnejší popis postupu bola na strane 8 v poznámke pod čiarou rozvitá časť o peňažných príspevkov nasledovne: „Keďže nie všetky osoby s ťažkým zdravotným postihnutím (poberatelia peňažných príspevkov) sú odkázané na</i></p>
--	--	--	---

				<p><i>starostlivosť inými, hlavným kritériom pri zatriedovaní peňažných príspevkov je účel príspevku, teda pomoc odkázanej osobe pri ADL alebo IADL činnostiach. Peňažný príspevok na kompenzáciu zvýšených výdavkov na diétne stravovanie nepredpokladá, že poberateľ je nevyhnutne odkázaná osoba. Peňažný príspevok na zabezpečenie prevádzky osobného motorového vozidla priamo nepomáha mobilite odkázanej osoby, skôr len kompenzuje jej výdavky. Z týchto dôvodov nie sú uvedené peňažné príspevky považované za súčasť LTC.“</i> Obdobne služby v podobe poradenstva alebo denného centra nie sú nevyhnutne určené odkázaným osobám. V tomto duchu uvádzame pod tabuľkou 2 poznámku: „<i>Môžu tu patriť (pozn: medzi sociálnu LTC) aj práčovňa, jedáleň, resp. ďalšie služby. Súčasné dáta však neumožňujú oddeliť odkázané osoby.“</i></p>
3	Najmä s. 10 – 11 a passim	Odporúčam pridať diskusiu o interpretácii otázky PH030 z EU-SILC na Slovensku použitej ako jeden z indikátorov odkázanosti.	<p>Problémy s týmito údajmi sú dvojaké:</p> <p>(a)</p> <p>Odhady založené na tejto otázke sú problematické kvôli prekladu, ktorý nadhodnocuje počet ľudí trpiacich dlhotrvajúcim zdravotným problémom. Bližšie vysvetlenie problému je dostupné v nasledujúcich zdrojoch:</p>	<p>AKCEPTOVANÁ.</p> <p>V časti, ktorá popisuje veľkosť odkázanej populácie bolo doplnené v úvodnej vete, že veľkosť odkázanej populácie je uvedená podľa EU SILC. V poznámke pod čiarou bolo následne rozvítené: „<i>Slovensko vykazuje jednu z najvyšších mier odkázanosti spomedzi krajín EÚ podľa EU-SILC. V skutočnosti môže byť počet odkázaných v rámci tohto ukazovateľa nadhodnotený. Problémy ukazovateľa</i></p>

		<p>Bahna, Miloslav (2015) "Slovensko: zdravé roky stratené v preklade." https://dennikn.sk/80163/slovensko-zdrave-roky-stratene-v-preklade/</p> <p>Bahna, Miloslav (2018) "Ľudí trpiacich dlhotrvajúcim zdravotným problémom je u nás menej, než tvrdia štatistiky." https://dennikn.sk/1145558/ludi-trpiacich-dlhotrvajucim-zdravotnym-problemom-je-u-nas-menej-nez-tvrdia-statistiky/</p> <p>Piscová et al. (2015) "Starší ľudia v spoločnosti a v rodine." Str 30-32. https://ssad.statistics.sk/SSaD/wp-content/files/3_2015/3_2015_clanok_3_Piscova_Klobucky_Bahna.pdf</p> <p>Porubský a Novýsedlák (2018) "Dôchodkový vek: mýty a fakty." str. 21. https://www.rozpocovarada.sk/vo_download/2018_02_krrz_komentar_strop_na_doch_vek_64.pdf</p> <p>Bahna (2018) uvádza: "Dnes teda vieme povedať, že ľudí, ktorí deklarovali skutočne dlhodobé zdravotné obmedzenie podľa pôvodnej definície otázky z dielne Eurostatu,</p>	<p><i>sú uvedené v Boxe 2. Zatiaľ však nie je dostupný obdobný ukazovateľ s tak podrobnou vekovou štruktúrou odkázaných. Podľa expertného odhadu (Repková, 2014) by mohol byť priemerný podiel odkázaných osôb na Slovensku 5,6 %.</i></p> <p>V rámci Boxu 2, ktorý sa venuje nedostatkom zberu dát v oblasti LTC, bol pridaný odsek o spôsobe zberu dát podľa EU SILC na Slovensku, ako aj zmienka, že obmeny znenia otázky v rámci štatistického zisťovania, sťažujú sledovanie vývoja ukazovateľa.</p>
--	--	--	---

		<p>nie je na Slovensku štvrtina, ale len osmina. A to znamená, že nás čaká podstatne viac rokov života prežitých v zdraví. Ak by niekto aj naďalej chcel pracovať s publikovaným odhadom zdravých rokov života, musí počítat' s tým, že považuje za človeka s dlhotrvajúcim zdravotným problémom aj toho, kto minulý týždeň zaľahol s chrípkou, alebo mal pár týždňov ruku v gypse.</p> <p>Ak chceme na Slovensku zmysluplne porovnávať úroveň zdravotnej starostlivosti, či zdravotný stav ľudí v dôchodkovom veku, určite by sme nemali pracovať s údajom o zdravých rokoch života.“</p> <p>(b)</p> <p>V odpovediach na túto otázku badať výrazné zmeny v čase. Vážený počet odpovedí „veľmi obmedzovaný“ na otázku PH030 klesol z približne 500 tisíc v roku 2008 (necelých 11% populácie) na menej ako 407 tisíc v roku 2019 (cca 9% populácie ako uvádza manuál), vid' obrázok nižšie. Je možné, že tento pokles poukazuje na dlhodobý trend zlepšovania zdravotnej starostlivosti a s ním spojené znižovanie odkázanosti? Alebo tento pokles svedčí o nespoľahlivosti tohto ukazovateľa?</p>	
--	--	---	--

			<p>The chart displays two data series over time from 2005 to 2020. The blue line represents the 'Počet odpovedí' (Number of responses), with values ranging from approximately 1280 to 1580. The red line represents the 'Vážený počet odpovedí' (Weighted number of responses), with values ranging from approximately 370,000 to 490,000. Both series show significant fluctuations, with notable peaks around 2008 and 2018.</p>	
4	Tabuľka 3	<p>Odporúčam pridať validáciu prognózovacieho postupu na pozorovaných dátach.</p>	<p>Prognóza sa opiera o minimalistickú validáciu. Jediný zdroj informácií o vhodnosti výpočtov použitých na vyčíslenie budúcich nákladov na dlhodobú starostlivosť je Tabuľka 3, ktorá porovnáva rast nákladov na dlhodobú starostlivosť s rastom HDP na (pracujúceho) obyvateľa. Keďže rast HDP na (pracujúceho) obyvateľa je použitý na extrapoláciu nákladov do budúcnosti v autormi preferovanom modeli, bolo by vhodné ukázať, že tieto veličiny sú</p>	<p>ČIASTOČNE AKCEPTOVANÁ</p> <p>Cieľom manuálu je projekcia výdavkov spojená so starnutím populácie. V súlade s tým bol zmenený názov publikácie z „Prognóza verejných výdavkov na dlhodobú starostlivosť“ na „Projekcia verejných výdavkov na dlhodobú starostlivosť“. V tomto duchu bola upravená aj textácia v rámci celého manuálu. Manuál s využitím rôznych scenárov naznačuje, aké výdavky môžu byť na oblasť LTC v budúcnosti</p>

skutočne previazané. Okrem toho Tabuľka 3 vôbec neuvádza rast miezd, ktorý je použitý ako alternatívny prediktor rastu nákladov. Aj keď validácia použitých výpočtov je nepochybne technicky náročná vzhľadom na legislatívne zmeny, bez nej nie je možné posúdiť kvalitu extrapolovaných výdavkov na najbližšie polstoročie. Minimálne by bolo vhodné porovnať odchýlky projekcií od pozorovaných hodnôt (Kingston, Comas-Herrera, & Jagger, 2018) prípadne si vyžiadať názory expertov (Redpath, 2007).

Kingston, A., Comas-Herrera, A., & Jagger, C. (2018). Forecasting the care needs of the older population in England over the next 20 years: estimates from the Population Ageing and Care Simulation (PACSim) modelling study. *The Lancet Public Health*, 3(9), e447-e455. doi: 10.1016/S2468-2667(18)30118-X

Redpath, A. (2007). Measures of Dependency among Older People in Community and Residential Settings in Scotland — Their Development and Application in Resource Forecasting. In A. Harding & A. Gupta (Eds.), *Modelling Our Future: Population Ageing, Health and Aged Care* (Vol. 16, pp. 81-104): Emerald Group Publishing Limited.

vynakladané pri zachovaní určitých predpokladov a nastavenia systému. Výber ukazovateľov, ktoré vplyvajú na rast nákladov by preto mal byť považovaný skôr za predpoklad projekcie. Z tohto pohľadu nie je nevyhnutné validovať použité ukazovatele spätne v čase. Navyše, ako recenzent sám uvádza, validácia ukazovateľov spätne v čase je technicky veľmi náročná z dôvodu častých legislatívnych zmien v tejto oblasti, no aj kvôli obmedzenosti dostupných dát. K validácii používaných ukazovateľov spätne v čase neprikrčila ani samotná Európska komisia v rámci projekcie výdavkov. Výber ukazovateľov je zároveň v súlade s ďalšími medzinárodnými projekciami (OECD).

5	Graf 4, Príloha 2	Uviedol by som kompletný postup výpočtov, ideálne aj s matematickými vzorcami podobne ako v <i>Správě o starnutí populace</i> EK.	<p>Pod Grafom 4 stojí „[m]iera odkázaných je následne upravená o počet odkázaných pacientov v inštitucionálnych zariadeniach, ktorí nie sú súčasťou štatistického zisťovania, no sú považovaní za odkázaných.“ Nie je však celkom jasné, čo sa myslí pojmom „upravená“. Ak ide o súčet počtu pacientov v inštitucionálnych zariadeniach a počtu odkázaných osôb z EU-SILC, potom navrhujem jednoducho napísať, že miera odkázanosti je súčet osôb s výrazným obmedzením podľa EU-SILC a inštitucionalizovaných pacientov ako percento celkovej populácie, prípadne použiť matematický vzorec.</p> <p>Takisto popis scenárov v Prílohe 2 sa javí trochu povrchné. Predpokladá sa, že „[j]ednotkové náklady na formálnu starostlivosť rastú s vekom prijímateľa a líšia sa podľa pohlavia“ bez konkrétneho vyčíslenia tempa rastu. Podobne Graf 15, ktorý ukazuje „[n]ákladové profily poberateľov služieb LTC podľa vekových kohort“ neukazuje rozdelenie podľa pohlavia aj keď vyššie uvedený popis scenára explicitne uvažuje o rozdielnych nákladoch podľa pohlavia.</p>	<p>ČIASTOČNE AKCEPTOVANÁ.</p> <p>Pod Grafom 4 bolo upravené znenie vety nasledovne: <i>„Miera odkázaných je následne tvorená súčtom počtu odkázaných podľa EU SILC a počtu pacientov v inštitucionálnych zariadeniach (ktorí nie sú súčasťou štatistického zisťovania, no sú považovaní za odkázaných) ako percento celkovej populácie.“</i></p> <p>Manuál pracuje s citlivostnými scenármi, v rámci ktorých sa menia buď jednotkové náklady na prijímateľa, spôsob indexácie jednotkových nákladov alebo miera pokrytia. V každom prípade sú v Prílohe 2 v grafoch znázornené nové premenné, ktoré sú v rámci scenára pozmenené. Ak nedochádza v scenári k zmene tempa rastu premennej, javí sa uvedenie dodatočného grafu s tempom rastu ako nadbytočné. Navyše, v Grafe 17 v Prílohe 2 sú uvedené všetky typy miery rastu, ktoré sa v manuáli využívajú. Rozlíšenie nákladov podľa pohlavia bolo do grafov v prílohe pridané.</p>
---	-------------------	---	--	--

6	Poznámka 21	Navrhujem pridať poznámku o možnostiach kvantifikácie nepriamych nákladov na LTC.	Poznámka 21 uvádza „[u]vádzaná prognóza zároveň neuvažuje o nepriamych nákladoch súvisiacich s poskytovaním neformálnej starostlivosti v podobe straty príjmu opatrovateľov, zhoršovania ich zdravotného stavu a pod. Prognóza je tak v súlade s metodikou EK, ktorá rovnako vyčísluje len priame výdavky súvisiace s dlhodobou starostlivosťou.“ Nakoľko pre nastavenie politik sú nepriame náklady zaiste relevantnou veličinou a manuál si kladie za cieľ „poskytnúť ucelený pohľad na oblasť dlhodobej starostlivosti“, navrhoval by som text poznámky presunúť do hlavného textu a rozšíriť túto diskusiu. Vznikajú negatívne externality pri domácej starostlivosti zo strany rodinných príslušníkov? Ak áno, ako by bolo vhodné o nich uvažovať v budúcnosti pri tvorbe nových prognóz?	NEAKCEPTOVANÁ. Manuál poskytuje ucelený pohľad na oblasť dlhodobej starostlivosti v zmysle zatriedovania sociálnych a zdravotníckych zariadení, resp. služieb. Vyplyvajúce nepriame náklady súvisiace s poskytovaním neformálnej starostlivosti sú nepochybne relevantné. Ide však o samostatnú oblasť, ktorá vplyva na výdavky, ale aj príjmy rozpočtu. Oblasť si jednoznačne vyžaduje pozornosť, ale aj hlbší analytický prístup vrátane podrobného zberu dát, keďže v podmienkach Slovenska absentuje výskum v tejto oblasti. Do budúcnosti však vidíme priestor na rozšírenie pokrytia modelu o tieto položky.
7	Graf 16	Navrhujem vysvetliť/skontrolovať zmeny prognózovaných hodnôt za použitia rôznych prediktorov.	Nie je mi jasné, prečo má použitie priemernej mzdy opačný efekt oproti základnému scenáru pri Inštitucionálnej starostlivosti ako pri Peňažných príspevkoch na Grafe 16. Zdá sa, že použitie priemernej mzdy zvyšuje predpovedané náklady na Inštitucionálnu starostlivosť ale znižuje náklady na Peňažné príspevky. Ako dochádza k tomuto javu?	NEAKCEPTOVANÁ. Pripomienka sa podľa popisu vzťahuje ku Grafu 12, nie Grafu 16. Recenzent však nesprávne interpretuje výsledky z grafu. Použitie priemernej mzdy znižuje odhadované náklady na inštitucionálnu starostlivosť oproti základnému scenáru, pretože priemerná mzda rastie pomalšie než HDP na pracujúceho v základnom scenári. Pri peňažných

				<p>príspevkoch sa prejavuje opačný efekt, kde v rámci scenára rastu nákladov o rast priemernej mzdy dochádza k zvyšovaniu celkových nákladov oproti základnému scenáru (pretože priemerná mzda rastie rýchlejšie než HDP na obyvateľa, ktoré bolo použité v základnom scenári).</p>
8	Najmä Box 4	<p>Bolo by vhodné vysvetliť, prečo sa vo všetkých uvažovaných scenároch predpokladá exogenita (podmieneného) percenta odkázaných osôb.</p>	<p>Tento predpoklad by si zaslúžil explicitnú formuláciu a hlbšiu diskusiu, nakoľko nie je jasné, či percento odkázaných nie je výsledkom nastavenia národných politík. Je možné, že vysoká miera odkázanosti na Slovensku (ktorú autori sami spomínajú v poznámke 16) je dôsledkom nastavenia politík v zdravotníctve? Je možné, že by vyššia miera preventívnych prehliadok znížila mieru odkázanosti?</p> <p>Ak áno, nebolo by ekonomickejšie cieľiť politiky v budúcnosti na prevenciu odkázanosti a vytvoriť prognózy modelujúce vývoj nákladov na LTC v závislosti na zmenách politiky v zdravotníctve?</p>	<p>NEAKCEPTOVANÁ.</p> <p>Cieľom projekcií v rámci manuálu je odhadnúť výdavky spojené so službami LTC za podmienok naplnenia vybraných predpokladov pri nezmenenom nastavení systému. Jedným z predpokladov je nemenná miera odkázanosti osôb (predpoklad nezmenených politík). Zmena nastavenia systému (napr. v podobe zvýšenia intenzity preventívnych prehliadok), ktorá by potenciálne viedla k zlepšovaniu zdravotného stavu osôb, predstavuje ďalší zo scenárov, ktoré by mohli byť podkladom pre zavedenie takejto politiky. To však momentálne nie je úlohou manuálu. Navyše, v súčasnosti nepoznáme vplyv intervencií a nevieme s určitosťou povedať, ako by sa zmenila miera odkázanosti, ak by sa napríklad zvýšila intenzita preventívnych prehliadok.</p>

9	Passim.	Navrhujem odstrániť drobnejších formálnych a technických nedostatkov.	<p style="text-align: center;">rad</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Str. 15. Odporúčam korektne odčitovať komentár ISP v texte, aj v použitej literatúre ako: Buchelová, Barbora, Lucia Fašungová, Laura Salomonsová, Marcela Veselková a Barbara Vojtechová (2020) "Skvalitňovanie údajov o sociálnych službách." Inštitút sociálnej politiky, MPSVR SR. Dostupné na: https://institutsocialnejpolitiky.sk/wp-content/uploads/2021/01/ISP_2020_Skvalitnovanie_udajov_o_soc_sluzbach.pdf ● Na Grafe 5 vidím „Domáca starostlivosť; [HODNOTA]“. Nevieť, či ide o chybu alebo nekompatibilitu v nastavení MS Word. ● Navrhujem vyvarovať sa neformálnym výrazom a obratom, napr. „[n]árast strednej dĺžky života na jednej strane môže oddialiť výskyt niektorých chorôb, určité choroby (napr. Alzheimer [sic])“, podľa Medzinárodnej klasifikácie chorôb ide o „Alzheimerovu chorobu.“ ● V podobnom duchu by som upravil niektoré potenciálne zavádzajúce formulácie: „[v]eľké zastúpenie majú aj peňažné príspevky, ktoré majú charakter 	<p>AKCEPTOVANÉ</p> <p>Nedostatky v rámci prvého bodu boli upravené.</p> <p>Chyba v rámci druhého bodu bude odstránená konvertovaním MS Word do PDF.</p> <p>Nedostatky v rámci tretieho bodu boli upravené.</p> <p>Nedostatky v rámci štvrtého bodu boli upravené.</p> <p>Nedostatky v rámci piateho bodu boli upravené.</p>
---	---------	---	---	---

			<p>neformálnej domácej starostlivosti.“ Peňažný príspevok ako taký pravdepodobne nemá charakter starostlivosti. Peňažné príspevky môžu byť napríklad „cielené“ na podporu neformálnej starostlivosti.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Ďalej napríklad skratka „LTC“, ktorá je používaná v celom texte je vysvetlená až v poznámke 32 až po závere manuálu.
10			

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

Prínos manuálu je v klasifikácii výdavkov spadajúcich do rubriky dlhodobej starostlivosti a klasifikáciu osôb, ktoré je možné považovať za odkázané. V tomto smere sa autori snažia aplikovať metodiku Európskej komisie použitú v Správe o starnutí populácie na slovenské podmienky. Pri prognózovaní budúceho vývoja týchto výdavkov práca vypočítava (podmienené) náklady na dlhodobú starostlivosť a percento populácie odkázanej na takýto typ starostlivosti, aby bolo možné vyčíslit' náklady v budúcnosti na základe predpovedaných demografických trendov a trendu HDP.

Slabšou stránkou manuálu je zvolený postup spracovania dát a minimálna validácia výsledkov. Autori pracovali s neverejnými dátami v prostredí MS Excel, takže nie je možné zverejniť operácie, ktorými boli dáta spracované nezávisle od dát samotných. Osoby, ktoré by chceli replikovať výsledky budú musieť nanovo programovať postup spracúvania dát, čo zvyšuje náročnosť použitia manuálu a otvára priestor pre možné chyby. Validácia prognóz na pozorovaných dátach je dôležitý nástroj na posúdenie dôveryhodnosti predpovedí, ktorému ale manuál venuje iba minimum priestoru. Je však možné stotožniť sa s názorom autorov, že nakoľko ide o pomerne štandardný postup prognózovania, je súčasná podoba manuálu bez podrobnejšej validácie postačujúca.

[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.