



**Ministerstvo zdravotníctva
Slovenskej republiky**



Operačný program Zdravotníctvo



**Október 2007
Bratislava**

OBSAH:

1 SÚHRNNÝ OBSAH DOKUMENTU	6
2 PROCES PRÍPRAVY OPERAČNÉHO PROGRAMU	8
2.1 Uplatňovanie princípu partnerstva	8
2.2 Ex-ante hodnotenie	9
2.3 Strategické environmentálne hodnotenie	12
3 SÚČASNÁ SITUÁCIA V OBLASTI ZDRAVOTNÍCTVA	15
3.1 Východisková situácia v zdravotníctve	15
3.2 Systém zdravotnej starostlivosti v Slovenskej republike	16
3.2.1 Ústavná zdravotná starostlivosť	16
3.2.2 Ambulantná zdravotná starostlivosť	19
3.3 Analýza zdravotného stavu obyvateľov Slovenskej republiky	23
3.3.1 Hlavné charakteristiky zdravotného stavu v SR	23
3.3.2 Vybrané charakteristiky zdravotného stavu marginalizovaných rómskych komunít	34
3.3.3 Akútna klinická zdravotná starostlivosť (<i>kuratíva</i>)	37
3.3.4 Prevencia ochorení	38
3.3.5 Ekonomika zdravotného stavu	43
3.3.6 Záver analýzy zdravotného stavu obyvateľov Slovenskej republiky	46
3.4 Analýza zdravotníckej infraštruktúry v Slovenskej republike	48
3.4.1 Zariadenia ústavnej zdravotnej starostlivosti – všeobecné a špecializované nemocnice	48
3.4.2 Zariadenia ambulantnej zdravotnej starostlivosti	59
3.4.3 Záver analýzy zdravotníckej infraštruktúry v Slovenskej republike	61
3.5 Zhodnotenie systému a zhrnutie analýz	62
3.6 Programové obdobie 2004 – 2006	63
3.6.1 Výsledky realizácie programového obdobia 2004 – 2006	63
Zhodnotenie dosiahnutej efektívnosti a účinnosti realizovaných projektov	65
3.7 SWOT analýza	70
3.8 Hlavné disparity a faktory rozvoja	71
4 STRATÉGIA OPERAČNÉHO PROGRAMU	72
4.1 Východiská stratégie OPZ	72
4.1.1 Východiská Národného strategického referenčného rámca pre operačný program zdravotníctvo - prepojenie stratégie OPZ s víziou a stratégiou NSRR	72

4.1.2 Stratégie na úrovni Spoločenstva, na úrovni národnej, na regionálnych a miestnych úrovniach a výstupy z uplatňovania princípu partnerstva	73
4.1.3 Výsledky analýz v oblasti zdravotného stavu obyvateľov SR a zdravotníckej infraštruktúry poskytovateľov zdravotnej starostlivosti	74
4.1.4 Závery pre tematickú koncentráciu intervencií	76
4.1.5 Východiská pre územnú koncentráciu intervencií	76
4.1.6 Ústavné zdravotnícke zariadenia a póly rastu	79
4.1.7 Ambulantné zdravotnícke zariadenia a póly rastu	81
4.2 Globálny cieľ OPZ	84
4.3 Stratégia na dosiahnutie globálneho cieľa OPZ	84
4.3.1 Stratégia OPZ: syntéza tematickej a územnej koncentrácie	84
4.3.2 Meranie účinnosti dosahovania globálneho cieľa OPZ	90
5 PRIORITNÉ OSI	92
5.1 Prioritná os 1 - Modernizácia zdravotníckeho systému nemocníc	92
5.1.1 Špecifický cieľ a zameranie prioritnej osi 1	92
5.1.2 Miesto realizácie projektov v rámci prioritnej osi 1	95
5.1.3 Oprávnený prijímatelia v rámci prioritnej osi 1	95
5.1.4 Zdôvodnenie prioritnej osi 1	95
5.2 Prioritná os 2 - Podpora zdravia a predchádzanie zdravotným rizikám	97
5.2.1 Špecifický cieľ a zameranie prioritnej osi 2	97
5.2.2 Miesto realizácie projektov v rámci prioritnej osi 2	100
5.2.3 Oprávnení prijímatelia v rámci prioritnej osi 2	100
5.2.4 Zdôvodnenie prioritnej osi 2	100
5.3 Prioritná os 3 Technická pomoc	102
5.3.1 Špecifický cieľ a zameranie prioritnej osi 3	102
5.3.2 Zdôvodnenie prioritnej osi 3	103
6 HORIZONTÁLNE PRIORITY	104
6.1 Charakter a rozsah horizontálnych priorít	104
6.1.1 Marginalizované rómske komunity	105
6.1.2 Rovnosť príležitostí	106
6.1.3 Trvalo udržateľný rozvoj	107
6.1.4 Informačná spoločnosť	108
6.2 Koordinácia horizontálnych priorít	109
6.2.1 Marginalizované rómske komunity	110
6.2.2 Rovnosť príležitostí	112
6.2.3 Trvalo udržateľný rozvoj	113
6.2.4 Informačná spoločnosť	114
7 SÚLAD STRATÉGIE S POLITIKAMI, DOKUMENTMI A CIEĽMI	116
7.1 Súlad so strategickými dokumentmi a politikami EÚ	116
7.1.1 Komunitárny program v oblasti verejného zdravia	116
7.1.2 Strategické usmernenia Spoločenstva	116

7.1.3 Lisabonská a Göteborgská stratégia	117
7.1.4 Legislatíva ES v oblasti pravidiel hospodárskej súťaže	118
7.1.5 Legislatíva ES v oblasti pravidiel verejného obstarávania	118
7.1.6 Legislatíva ES v oblasti pravidiel ochrany a starostlivosti o životné prostredie	118
7.1.7 Legislatíva ES v oblasti pravidiel rovnosti príležitostí, rodovej rovnosti a nediskriminácie	119
7.2 Súlad so strategickými dokumentmi a politikami SR	120
7.2.1 NSRR a operačné programy	120
7.2.2 Stratégia rozvoja konkurencieschopnosti Slovenska do roku 2010	122
7.2.3 Národná stratégia trvalo udržateľného rozvoja	122
7.2.4 Koncepcia územného rozvoja SR	123
7.2.5 Ostatné národné, sektorové strategické a analytické materiály	123
7.2.6 Regionálne strategické dokumenty	124
7.3. Prepojenie na iné finančné nástroje EÚ	124
7.3.1 Synergia, komplementarita s programami financovanými z EAFRD a EFF	124
7.3.2 Komplementarita a synergia s operačnými programami v rámci cieľa Európska územná spolupráca	125
8 FINANČNÝ PLÁN	127
8.1 Finančný plán OPZ – ročné záväzky	127
8.2 Finančný plán OPZ za celé programové obdobie podľa prioritných osí	127
8.3 Rozdelenie príspevku z fondov do kategórie pomoci na úrovni OPZ	128
8.4 Regionálne finančné alokácie OPZ	129
8.5 Schéma štátnej pomoci	129
8.6 Krížové financovanie	130
9 SYSTÉM IMPLEMENTÁCIE	131
9.1 Orgány zapojené do riadenia a implementácie programu	131
9.1.1 Centrálny koordinačný orgán	131
9.1.2 Riadiaci orgán	131
9.1.3 Zapojenie orgánov regionálnej a miestnej samosprávy	132
9.1.4 Monitorovacie výbory	132
9.2 Monitorovanie	133
9.3 Hodnotenie	135
9.4 IT monitorovací systém pre ŠF a KF	140
9.5 Elektronická výmena dát s EK	142
9.6 Informovanie a publicita	143
9.7 Typy projektov	145

9.8 Finančné riadenie, kontrola a audit	145
--	------------

10. PRÍLOHY	151
--------------------	------------

1 Súhrnný obsah dokumentu

Operačný program Zdravotníctvo (ďalej len OPZ) predstavuje programový dokument Slovenskej republiky na čerpanie pomoci z fondov Európskej únie (ďalej len EÚ) pre sektor zdravotníctva na roky 2007 - 2013. Obsahuje stratégiu, ciele a zároveň definuje viacročné opatrenia na ich dosiahnutie, ktoré budú realizované s využitím národných zdrojov a zdrojov Európskeho fondu regionálneho rozvoja (ďalej len ERDF). Riadiacim orgánom pre OPZ je, na základe uznesenia vlády SR č. 832/2006 z 8. 10. 2006, Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky.

OPZ bol vypracovaný na základe nariadenia Rady (ES) č. 1083/2006, ktorým sa ustanovujú všeobecné ustanovenia o Európskom fonde regionálneho rozvoja (ďalej len ERDF), Európskom sociálnom fonde (ďalej len ESF) a Kohéznom fonde (ďalej len KF) a ktorým sa ruší nariadenie (ES) č.1260/1999 a nariadenia Európskeho parlamentu a Rady (ES) č. 1080/2006 o ERDF a ktorým sa ruší nariadenie (ES) č.1783/1999.

Zo štrukturálnych fondov v rámci cieľa „Konvergencia“ môžu byť podporované regióny zodpovedajúce úrovni NUTS II t. j. regióny, ktorých hrubý domáci produkt (ďalej len HDP) na obyvateľa meraný paritou kúpnej sily za obdobie rokov 2000 – 2002 je menší ako 75 % priemeru EÚ 25. Územie SR na tento účel zahŕňa všetky regióny NUTS II (západné, stredné a východné Slovensko) s výnimkou Bratislavského kraja. Západoslovenský región (ZS) tvoria samosprávne kraje (NUTS III): Trnavský (TT), Trenčiansky (TN), Nitriansky (NR); Stredoslovenský región tvoria samosprávne kraje (NUTS III): Banskobystrický a Žilinský; Východoslovenský región tvoria samosprávne kraje (NUTS III): Prešovský a Košický.

Stratégia OPZ vytvára podmienky pre konvergenciu Slovenskej republiky (ďalej len SR) k úrovni krajín EÚ v oblasti zdravotnej starostlivosti. Zároveň významnou mierou prispieva k tomu, aby sa celková konvergencia ekonomiky SR k priemeru EÚ – 15 uskutočňovala cestou trvalo udržateľného rozvoja.

OPZ nadväzuje na ciele a priority Národného strategického referenčného rámca 2007 – 2013 (ďalej len NSRR) ako základného strategického programového dokumentu SR pre oblasť kohéznej a regionálnej politiky, pričom implementuje a bližšie rozpracováva jeho špecifickú prioritu „Modernizácia zdravotníckej infraštruktúry“.

V úvodnej časti dokumentu je stručne opísaný proces prípravy dokumentu, uplatňovanie princípu partnerstva, výsledky Ex-ante hodnotenia a strategické environmentálne hodnotenie.

Analytická časť poskytuje informácie o zdravotnom stave obyvateľstva SR, systéme zdravotnej starostlivosti (ďalej len ZS), zdravotníckej infraštruktúre, materiálno-technickej základni a vybavení ústavných a ambulantných poskytovateľov ZS v Slovenskej republike. Výsledky analýz spolu so skúsenosťami z programového obdobia 2004 – 2006, SWOT analýzou, definovaním hlavných disparít a faktorov rozvoja sú podkladom pre identifikáciu, spresnenie potrieb a strategické smerovanie investícií z ERDF.

Strategická časť nadväzuje na výsledky komplexnej analýzy, definuje územné zameranie v kontexte inovačných a kohéznych pólov rastu a tematické zameranie intervencie do ústavnej a ambulantnej zdravotníckej infraštruktúry. Stratégia OPZ sa orientuje na vytvorenie podmienok pre zlepšenie kvality poskytovanej zdravotnej starostlivosti prostredníctvom modernizácie zdravotníckej infraštruktúry s cieľom zvýšenia ekonomickej efektívnosti, posilnenia hospodárskej a sociálnej súdržnosti a dosiahnutia harmonického, vyváženého a trvalo udržateľného rozvoja. Naplnením tohto programového kontextu sa dosiahne zníženie hospodárskych, sociálnych a územných rozdielov, ktoré vznikli v minulosti najmä v súvislosti s prebiehajúcou hospodárskou a sociálnou reštrukturalizáciou a so starnutím obyvateľstva.

Súčasne sa dosiahne urýchlenie konvergence najmenej rozvinutých regiónov zlepšovaním podmienok v inovačných a kohéznych póloch rastu, prostredníctvom zvyšovania a zlepšovania kvality efektívnej zdravotnej starostlivosti, finančne udržateľnej vo vzťahu k verejným financiám, ktorá pozitívne ovplyvní rozvoj ľudského kapitálu a zamestnanosti.

V nadväznosti na identifikované potreby zdravotníckej infraštruktúry SR sú v ďalšej časti zadefinované jednotlivé prioritné osi OPZ:

Prioritná os 1 – Modernizácia zdravotníckeho systému nemocníc,

Prioritná os 2 – Podpora zdravia a predchádzanie zdravotným rizikám,

Prioritná os 3 – Technická pomoc.

V texte je uvedené zameranie a zdôvodnenie prioritných osí, prostredníctvom ktorých sa bude OPZ implementovať, ciele a rámcové aktivity, spolu s ukazovateľmi na úrovni OPZ a jednotlivých prioritných osí.

Horizontálne priority NSRR, komplementarita a deliace línie s inými operačnými programami sú rozpracované a popísané v ďalších kapitolách OPZ.

V rámci celkovej finančnej alokácie pre Slovenskú republiku na roky 2007-2013 je pre OPZ alokovaných 250 000 000 EUR pre cieľ „Konvergencia“. Na základe stanovenej povinnej miery spolufinancovania SR bude predmetná alokácia zo zdrojov EÚ doplnená o národné verejné zdroje (zo štátneho rozpočtu a samospráv).

Implementačná časť popisuje systém implementácie OPZ v súlade s nariadením Rady (ES) č. 1083/2006 v súlade so Systémom riadenia ŠF a KF pre programové obdobie 2007 – 2013 a ďalších súvisiacich dokumentov. Definuje orgány zapojené do riadenia a implementácie programu, systém monitorovania, hodnotenia, publicity, finančného riadenia, kontroly a auditu.

2 Proces prípravy operačného programu

2.1 Uplatňovanie princípu partnerstva

Partnerstvo je jedným zo základných princípov štrukturálnej politiky Európskej únie v zmysle spolupráce Európskej komisie (ďalej len EK) s členským štátom a jeho orgánmi na národnej, regionálnej a miestnej úrovni, ako aj hospodárskymi a sociálnymi partnermi a inými subjektmi. Nariadenie Rady (ES) č. 1083/2006, ktorým sa ustanovujú všeobecné ustanovenia o ERDF, ESF a KF (ďalej len všeobecné nariadenie) stanovuje zásady a pravidlá partnerstva, programovania, hodnotenia, riadenia vrátane finančného hospodárenia, monitorovania a kontroly na základe spoločnej zodpovednosti členských štátov a Komisie. Partnerstvo zahŕňa prípravu, vykonávanie, monitorovanie a hodnotenie operačných programov.

Princíp partnerstva bol zachovaný už pri príprave špecifickej priority „Modernizácia zdravotníckej infraštruktúry“ v rámci NSRR, a to formou pracovných skupín, pracovných stretnutí a bilaterálnych rokovaní k tomuto materiálu. Na tvorbu špecifickej priority bola vytvorená na MZ SR pracovná skupina, v ktorej boli zástupcovia jednotlivých relevantných sekcií ministerstva, zástupca Národného centra zdravotníckych informácií a Úradu verejného zdravotníctva SR. Na príprave OPZ spolupracovali aj zástupcovia vyšších územných celkov, zdravotných poisťovní a odbornej verejnosti, napr. Slovenská lekárska komora. Počas formulovania špecifickej priority MZ SR komunikovalo aj s Ministerstvom výstavby a regionálneho rozvoja SR (ďalej len MVRR SR) a Úradom splnomocnenkyne vlády pre rómske komunity. V ďalšej fáze bol NSRR, ktorého súčasťou bola aj špecifická priorita „Modernizácia zdravotníckej infraštruktúry“, predmetom medzirezortného pripomienkového konania, v ktorom boli oslovené nielen ministerstvá, ale aj vyššie územné celky, mimovládne organizácie a predstavitelia relevantných orgánov verejnej správy, Združenie miest a obcí Slovenska, Únia miest Slovenska a pod.

MZ SR pri špecifikovaní jednotlivých oblastí pre OPZ vychádzalo z dostupných dokumentov a strategických materiálov vyšších územných celkov.

V súvislosti s rozhodnutím vlády SR zo dňa 8. 10. 2006 o aktualizácii NSRR, z dôvodu zapracovania technických pripomienok EK a definovaním priorít v Programovom vyhlásení vlády SR 2006 – 2010, bola pre účely aktualizácie OPZ vytvorená užšia pracovná skupina zahŕňajúca relevantné inštitúcie v rezorte zdravotníctva, ako aj zástupcov socio-ekonomických partnerov. Pri zložení pracovnej skupiny pozostávajúcej z 25 subjektov vrátane všetkých zainteresovaných VÚC (príloha č.3) bola zohľadnená osobitosť rezortu, vplyv na životné prostredie (zverejnenie OPZ na webovej stránke www.enviroportal.gov.sk a spolupráca s MŽP SR pri posudzovaní environmentálnych vplyvov – SEA) a rovnosť príležitostí medzi mužmi a ženami (predmetná dimenzia je v rezorte zdravotníctva plne rešpektovaná).

Ciele OPZ, v rámci prípravy, implementácie, monitorovania a hodnotenia operačného programu v zmysle čl. 11 nariadenia Rady (ES) č. 1083/2006, sú a v priebehu programového obdobia 2007 – 2013 budú zabezpečované v úzkej spolupráci zainteresovaných partnerov, pri rešpektovaní platnej legislatívy SR a bežnej praxe.

Monitorovací výbor OPZ predstavuje najreprezentatívnejší výber partnerov na celoštátnej, regionálnej a miestnej úrovni, v hospodárskej, sociálnej, environmentálnej alebo inej oblasti, v súlade s národnými predpismi a praxou, pričom zohľadňuje potrebu presadzovania rovnosti medzi mužmi a ženami a podporu trvalo udržateľného rozvoja pri zohľadnení požiadaviek na ochranu a zlepšovanie životného prostredia.

Dopracovanie OPZ bolo založené na participácii a predkladaní pripomienok členmi pracovnej skupiny v rámci zasadnutia tejto skupiny dňa 21. 11. 2006, ako aj v rámci medzirezortného pripomienkovania prebiehajúceho od 15. 11. 2006 do 23. 11. 2006. V rámci pripomienkového konania bolo oslovených 74 subjektov v rámci 25 členov pracovnej skupiny. Celkovo bolo vznesených 210 pripomienok. Členovia pracovnej skupiny vzniesli 124 pripomienok prevažne všeobecného charakteru (formálne, gramatické úpravy textu, návrhy na prehodnotenie legislatívy v zdravotníctve) z čoho 79 pripomienok bolo akceptovaných a 45 pripomienok nebolo akceptovaných. V prílohe č. 7 sú uvedené podstatné pripomienky partnerov spolu so zdôvodnením.

V súvislosti s priebežnou aktualizáciou a prebiehajúcimi technickými rokovaniami s EK bolo zorganizované rokovanie pracovnej skupiny, ktoré sa uskutočnilo dňa 21. 8. 2007. Členovia pracovnej skupiny nevzniesli žiadne zásadné pripomienky a s Úradom splnomocnenkyne vlády pre rómske komunity (ÚSVRK) bol operačný program prerokovaný dňa 23. 8. 2007. ÚSVRK bude prizývaný do pracovnej skupiny a ostatných relevantných komisií v procese implementácie OPZ podľa princípu partnerstva.

2.2 Ex-ante hodnotenie

Predbežné hodnotenie (Ex-ante) je v zmysle všeobecného nariadenia povinný vykonať členský štát pre NSRR, ako aj pre príslušné operačné programy v rámci cieľa „Konvergencia“.

Ex-ante hodnotenie OPZ na obdobie 2007 - 2013 bolo zamerané na nasledovné ciele:

- vyhodnotiť analytické podklady, vrátane SWOT, identifikácie disparít a faktorov rozvoja,
- vyhodnotiť vhodnosť, zdôvodnenie a konzistenciu stratégie OPZ, t.j. posúdiť jej vnútornú logiku tak, aby boli zabezpečené logické väzby medzi výsledkami analýz, cieľmi, prioritami, finančnými zdrojmi a merateľnými ukazovateľmi, vrátane vyhodnotenia jej očakávaných dopadov,
- vyhodnotiť koherenciu stratégie OPZ s politikami a strategickými dokumentmi SR a Európskej únie,
- vyhodnotiť kvalitu existujúceho a navrhovaného systému riadenia z pohľadu jeho funkčnosti a efektívnosti pre procesy riadenia, monitorovania a hodnotenia a finančného riadenia.

Na zabezpečenie Ex-ante hodnotenia OPZ vybralo MZ SR nezávislého externého hodnotiteľa v súlade so zákonom č. 25/2006 Z. z. o verejnom obstarávaní a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení zákona č. 282/2006 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov

Úlohou externého hodnotiteľa bolo vykonať Ex-ante hodnotenie OPZ z nasledujúcich aspektov:

- posúdiť vhodnosť, relevantnosť a uskutočniteľnosť navrhutej stratégie z pohľadu jej nadväznosti na SWOT analýzu a dosiahnutia jej cieľov;
- vyhodnotiť vnútornú logiku stratégie tak, aby boli zabezpečené logické väzby medzi výsledkami analýz, cieľmi, prioritami, finančnými zdrojmi, merateľnými ukazovateľmi, vrátane vyhodnotenia jej očakávaných dopadov;
- vyhodnotiť, či má OPZ dobre definované, konzistentné a vyvážené priority a ciele, či odrážajú kvalifikovaný názor, pokiaľ ide o relevantnosť cieľov ich kvantifikovateľnosť a reálnosť ich dosiahnutia;
- vyhodnotiť, či je OPZ vhodným prostriedkom na riešenie problémov, ktorým sektor zdravotníctva SR čelí a či predstavuje krok dopredu v zmysle pozitívnej zmeny sociálno-

ekonomickej situácie v SR. Posúdiť očakávané dopady OPZ na ekonomickú a spoločenskú situáciu v SR;

- posúdiť vhodnosť a efektívnosť finančných zdrojov z pohľadu očakávaných dopadov;
- posúdiť vhodnosť navrhutej stratégie OPZ z pohľadu zabezpečenia súladu s relevantnými nariadeniami, smernicami, stratégiami EÚ, národnými a regionálnymi strategickými dokumentmi SR v tejto oblasti a ich prispievania k napĺňaniu cieľov kohéznej politiky EÚ a cieľov národných politík SR;
- vyhodnotiť celkový súlad vypracovania OPZ s NSRR (najmä v oblasti analýz, stratégie, priorít a cieľov, ukazovateľov);
- analyzovať adekvátnosť, kvalitu a efektívnosť implementačného systému a napomáhať pri príprave postupov a kritérií na výber projektov;
- posúdiť zapracovanie horizontálnych priorít;
- posúdiť vhodnosť a efektívnosť finančných zdrojov z pohľadu očakávaných dopadov.

Samotné spracovanie Ex-ante hodnotenia bolo realizované počas 6 fáz v období od 27.11.2006 do 5. 3. 2007. Jednotlivé fázy sú uvedené nasledovne:

1. Zhodnotenie analýzy OPZ a jeho priorít/prioritných osí (vrátane SWOT), regionálneho priemetu tejto analýzy, zoradenia identifikovaných hlavných disparít podľa ich závažnosti a potenciálu rozvoja v tejto oblasti vrátane odporúčení (ukončené odovzdaním správy 8. 1. 2007).
2. Zhodnotenie zdôvodnenia a konzistencie OPZ vrátane navrhovaných priorít, cieľov a navrhovanej výšky a štruktúry investícií na tieto priority, t.j. navrhovaný finančný rámec, vrátane odporúčení (ukončené odovzdaním správy 15. 1. 2007).
3. Zhodnotenie očakávaných výsledkov a dopadov plánovaných intervencií, príspevkov ku kvantifikácii cieľov navrhovaných intervencií (ukončené odovzdaním správy 15. 1. 2007).
4. Zhodnotenie koherencie stratégie s politikami a strategickými národnými a regionálnymi dokumentmi SR a s politikami a strategickými dokumentmi Spoločenstva (ukončené odovzdaním správy 29. 1. 2007).
5. Zhodnotenie navrhovaného implementačného systému OPZ - procedúr riadenia, monitorovania a hodnotenia a finančného riadenia z pohľadu ich funkčnosti a efektívnosti, vrátane odporúčení (ukončené odovzdaním správy 8. 2. 2007).
6. Zhodnotenie a odporúčania k návrhu celkového dokumentu OPZ (ukončené odovzdaním správy 5. 3. 2007).

Počas celého procesu Ex-ante hodnotenia prebiehali konzultácie medzi MZ SR a externým hodnotiteľom.

Zhrnutie výsledkov a odporúčaní Ex-ante hodnotenia vrátane ich zapracovania a odporúčaní, ktoré je vhodné v ďalšom priebehu prípravy realizačných dokumentov operačného programu v čo najväčšej miere dodržať, je prezentované nižšie.

Zhodnotenie sociálno-ekonomickej analýzy a relevantnosti stratégie k identifikovaným potrebám

Analytická časť bola v porovnaní s analýzou prezentovanou vo verzii operačného programu z decembra 2006 vhodnejšie preskúpaná a má lepšiu výpovednú hodnotu vrátane regionálnych informácií a informácií o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti v bratislavskom kraji, ktorí sú súčasťou národného systému. Prezentácia niektorých informácií si ešte vyžaduje určité úpravy smerom k unifikácii údajov a ľahšieho regionálneho porovnania. Analýza, ako aj paralelné diskusie so spracovateľom operačného programu, preukázali slabé stránky súčasnej zdravotníckej štatistiky, ktorá je málo orientovaná na výkonnosť („performance“) systému a jeho prínos k prírastku zdravotného stavu obyvateľstva („health gain“). Analýzu je vhodné doplniť aj o niektoré údaje súvisiace so starnúcou populáciou.

Analýza silných a slabých stránok bola prehodnotená v súlade s odporúčaniami a dosiahla sa tým lepšia špecifikácia základných disparít a faktorov rozvoja.

Zber potrebných údajov umožňujúcich rozhodovanie v systéme zdravotníctva bude kontinuálnou úlohou počas celej realizácie operačného programu. Obzvlášť dôležitý bude zber potrebných informácií najmä v počiatočných fázach implementácie a prípravy reštrukturalizačných plánov poskytovateľov.

Zhodnotenie odôvodnenia stratégie a jej konzistencie

Ciele operačného programu na úrovni prioritných osí boli spresnené vo veľkej miere rešpektujúc odporúčania formulované v Ex-ante hodnotení vrátane úprav prioritnej osi 2 týkajúcej sa podpory zdravia a predchádzania zdravotným rizikám v nadväznosti na ďalšie operačné programy. Prioritná os 1 Modernizácia zdravotníckeho systému nemocníc bola upravená tak, aby bola jasne zameraná na poskytovanie zdravotnej starostlivosti a nedošlo k prekryvaniu s operačným programom Výskum a vývoj či Vzdelávanie. Vzhľadom na pokračujúcu špecifikáciu stratégie boli stanovené základné indikátory na úrovni výstupov a výsledkov prioritných osí.

Posúdenie súdržnosti stratégie s národnými politikami a so strategickými usmerneniami Spoločenstva

Program je po vykonaných zmenách úplne v zhode s odporúčaniami formulovanými pre oblasť ochrany zdravia pracovnej sily v Rozhodnutí Rady ES 702/2006, ako aj so závermi Göteborgskej a Lisabonskej stratégie preformulovanej do Národného programu reforiem.

Hodnotenie očakávaných výsledkov a dopadov

Vzhľadom na úpravu prioritných osí a koncentráciu na jednotlivé oblasti poskytovania zdravotnej starostlivosti v súlade s usmerneniami ES k súdržnosti, ako aj na objem prostriedkov určených na operačný program, sa dá predpokladať zlepšenie dostupnosti a kvality poskytovanej zdravotnej starostlivosti a zefektívnenie využitia zdrojov v zdravotníctve.

Vzhľadom na upravené prioritné osi a podporované operácie by realizácia programu mala predbežne viesť k reštrukturalizácii fakultných nemocníc a národných zariadení, reštrukturalizácii časti regionálnych zariadení so zameraním najmä na jednoduchú a dlhodobú starostlivosť merateľnú obloženou, priemernou dĺžkou hospitalizácie v príslušných kategóriách (výsledky) a posilneniu ambulantnej starostlivosti s ohľadom na dostupnosť a preventívnu funkciu merateľnú na výstupoch vybavením, potrebným moderným technickým zariadením pre diagnostiku a počtom vykonaných preventívnych vyšetrení vo vybraných špecializáciách. Realizácia programu má zabezpečiť lepšie riadenie jednotlivých poskytovateľov vďaka rýchlej a presnej výmene dát medzi poskytovateľmi navzájom a poskytovateľmi a ostatnými zúčastnenými stranami (štátne orgány, zdravotné poisťovne) (výsledok) zavedením Riadiacich informačných systémov a zabezpečením ich kompatibility (výstup). Výsledkom realizácie programu bude aj vzájomná spolupráca jednotlivých poskytovateľov v danom regióne s cieľom zabezpečiť efektívnu a účelnú službu pre obyvateľov v danej lokalite/regióne (výstup – počet vzniknutých partnerstiev; výsledok – počet zmlúv so zdravotnými poisťovňami)

Zhodnotenie navrhovaného implementačného systému OP Zdravotníctvo

Navrhovaný systém riadenia, monitorovania a hodnotenia je vypracovaný v súlade s metodickými usmerneniami centrálného koordinačného orgánu a je vzhľadom na existujúci implementačný systém štandardný a realizovateľný. Úspešnosť implementácie programu bude závislá na zabezpečení potrebných ľudských a technických zdrojov uvedených v usmerneniach a interných manuáloch, ale najmä na plánovitom fázovaní otvárania jednotlivých opatrení.

2.3 Strategické environmentálne hodnotenie

Za účelom posúdenia environmentálnych aspektov navrhovaných intervencií OPZ, ako strategického dokumentu s celoštátnym dosahom, bolo so zreteľom na podporu trvalo udržateľného rozvoja vykonané strategické environmentálne hodnotenie podľa zákona č. 24/2006 Z. z. o posudzovaní vplyvov na životné prostredie a o zmene a doplnení niektorých zákonov (ďalej len zákon). Uvedený zákon je plne v súlade so smernicou 2001/42/ES Európskeho parlamentu a Rady z 27. júna 2001 o posudzovaní účinkov určitých plánov a programov na životné prostredie. V rámci uvedeného procesu boli zisťované a vyhodnocované priame a nepriame vplyvy navrhovanej stratégie OPZ na životné prostredie.

Procedurálny postup strategického environmentálneho hodnotenia bol vykonaný v súlade so zákonom. Verejným obstarávaním vybraný externý dodávateľ (Environment, a.s., Centrum bioštatistiky a environmentalistiky) v súlade s uzatvorenou zmluvou vypracoval „Správu o hodnotení strategického dokumentu OPZ“ a túto odovzdal objednávateľovi dňa 11. septembra 2007. Predmetná správa bola následne odovzdaná Ministerstvu životného prostredia SR (ďalej len „MŽP SR“).

Správa o hodnotení strategického dokumentu OPZ a návrh strategického dokumentu OPZ boli v súlade so zákonom zverejnené na internetovej stránke MZ SR a na stránke www.enviroportal.sk dňa 12. septembra 2007, týmto správa o hodnotení strategického dokumentu a návrh strategického dokumentu boli verejnosti prístupné 21 dní, do 2. októbra 2007. V stanovenom termíne neboli zaslané žiadne pripomienky k správe o hodnotení strategického dokumentu a návrhu strategického dokumentu. Ministerstvo zdravotníctva SR, podľa zákona, do uplynutia doby zverejnenia (do 2. októbra 2007) správy o hodnotení strategického dokumentu a návrhu strategického dokumentu zabezpečilo v spolupráci s Ministerstvom životného prostredia SR ich verejné prerokovanie, ktoré sa uskutočnilo dňa 1. októbra 2007 v čase od 10,00 hod. do 12,00 hod. Verejného prerokovania sa zúčastnili zástupcovia spracovateľa správy o hodnotení strategického dokumentu a zástupcovia Ministerstva zdravotníctva SR.

Správa o hodnotení strategického dokumentu OPZ (ďalej len „správa“) v jednotlivých kapitolách uvádza:

- I. základné údaje o obstarávateľovi, MZ SR, ktoré je Riadiacim orgánom pre OPZ;
- II. základné údaje o OPZ ako o strategickom dokumente s celoštátnym dosahom;
- III. základné údaje o súčasnom stave životného prostredia dotknutého územia (cieľ Konvergencia v podmienkach SR);
- IV. základné údaje o predpokladaných vplyvoch na životné prostredie vrátane vplyvov na zdravie obyvateľstva;
- V. navrhované opatrenia na prevenciu, elimináciu, minimalizáciu a kompenzáciu každého z vplyvov na životné prostredie a zdravie;
- VI. dôvody pre výber zvažovaných alternatív a popis toho, ako bolo vykonané vyhodnotenie vrátane ťažkostí s poskytovaním potrebných informácií, ako napr. technické nedostatky alebo neurčitosti;
- VII. návrh monitorovania environmentálnych vplyvov vrátane vplyvov na zdravie;
- VIII. pravdepodobne významné cezhraničné environmentálne vplyvy vrátane vplyvov na zdravie;
- IX. netechnické zhrnutie poskytovaných informácií;
- X. informáciu o ekonomickej náročnosti (ak to charakter a rozsah OPZ umožňuje).

Príprava, výber a implementácia projektov operačného programu sa bude realizovať so zreteľom na dodržiavanie princípov ochrany a zlepšovania životného prostredia v zmysle zákona č. 543/2002 Z. z. o ochrane prírody a krajiny v znení neskorších predpisov.

Implementácia OPZ rešpektuje legislatívu ES v oblasti pravidiel ochrany a zlepšovania životného prostredia, čo sa prejavuje:

- uplatňovaním princípov znižovania energetickej náročnosti budov pri realizácii projektov v rámci prioritných osí 1 a 2 OPZ,
- individuálnym posudzovaním jednotlivých projektových zámerov podporovaných prostredníctvom OPZ v súlade s platnou legislatívou SR (napríklad v rámci procesu stavebného konania).

Intervencie do stavebných objektov (zariadenia zdravotníckej infraštruktúry) sú v rámci OPZ realizované s ohľadom na environmentálne aspekty spočívajúce v znižovaní energetickej náročnosti a zvyšovaní ekonomickej efektívnosti stavieb. Úspora energie pri výstavbe nových alebo pri obnove existujúcich budov sa uplatňuje na základe smernice EP a rady 2002/91/ES zo 16. decembra 2002 o energetickej hospodárnosti budov (Ú. v. ES L 001. 4.1.2003), ktorá je premietnutá do zákona č. 555/2005 Z. z. o energetickej hospodárnosti budov a o zmene a doplnení niektorých zákonov, ktorý je platný od 1. januára 2006. Tento zákon uplatňuje povinnú energetickú certifikáciu nových a obnovovaných budov a stanovuje minimálne požiadavky na ich energetickú hospodárnosť. Aplikovaný je ukazovateľ – „priemerné zníženie energetickej náročnosti budov“ vyjadrený v percentách, ktorý definuje priemerné percento zníženia potreby energie na vykurovanie stavebných objektov zdravotníckej infraštruktúry podporovaných prostredníctvom prioritnej osi 1 a 2. Predpokladom udržateľnosti je aj zavádzanie a využívanie obnoviteľných zdrojov energie, rekonštrukcia a modernizácia existujúcich energetických a tepelných zdrojov a zvyšovanie energetickej efektívnosti.

Správa uvádza, že akákoľvek činnosť popísaná v OPZ, môže a nakoniec aj musí mať vplyv na zdravotný stav obyvateľstva. Očakáva sa, že rozvoj činností v predloženom dokumente pozitívne ovplyvní zdravie obyvateľstva a prípadne negatívne účinky budú minimálne, resp. na nižšej úrovni ako doteraz, čomu nasvedčuje popisovaný sústavný pokles emisií z priemyselných technologických procesov, o ktorom sa predpokladá, že bude pokračovať.

Aktivity vyvíjané v rámci OPZ sú v súlade s jeho globálnym cieľom zamerané na zlepšenie podmienok ovplyvňujúcich zdravotný stav obyvateľstva v produktívnom, ako aj v neproduktívnom veku, prostredníctvom zvyšovania kvality, efektívnosti a dostupnosti zdravotnej starostlivosti a podpory zdravia, v rámci zdravotníckej infraštruktúry a nie priamo na riešenie environmentálnych problémov.

Jednotlivé projekty sa budú v procese posudzovania hodnotiť aj podľa kritéria vplyvu na životné prostredie v zmysle zákona.

V prípade podpory projektov v oblastiach vyžadujúcich osobitnú ochranu ovzdušia podľa zákona č. 478/2002 Z. z. o ovzduší bude zohľadňovaná podmienka sprísnenia environmentálnych podmienok (napr. zavádzanie BAT bez ohľadu na primeranosť výdavkov, prísnejšie emisné limity a podobne), nakoľko sa jedná o oblasti, kde je potrebné zlepšiť zľú kvalitu ovzdušia, prípadne dobrú kvalitu ovzdušia je potrebné udržať.

V záverečnom zhrnutí správy sú uvedené očakávané výsledky OPZ s priaznivým vplyvom na zlepšenie stavu životného prostredia prostredníctvom realizácie aktivít v rámci Prioritnej osi 1 - Modernizácia zdravotníckeho systému nemocníc a Prioritnej osi 2 - Podpora zdravia a predchádzanie zdravotným rizikám:

- likvidácia starých kapacít nevyhovujúcich požiadavkám súčasnej legislatívy,

- výstavba nových kapacít spĺňajúcich požiadavky platnej legislatívy na území SR aj v oblasti ŽP,
- rekonštrukcia a modernizácia zdravotníckej infraštruktúry prevádzkových súborov a stavebných súborov nemocníc v súlade so súčasne platnými požiadavkami legislatívy na území SR,
- zavádzanie najnovšieho technicko-prevádzkového, sofistikovaného, diagnostického, technologického, informačného a prístrojového vybavenia (BAT technológie),
- riešenie energetickej hospodárnosti budov,
- zmena palivovej základne energetických zdrojov na výrobu tepla a teplej vody v prospech využívania obnoviteľných zdrojov v súlade s OP Životné prostredie,
- nakladanie s vybranými druhmi nebezpečných odpadov v súlade s OP Životné prostredie.

Ministerstvo životného prostredia SR v zmysle zákona určilo spracovateľa posudku k Správe o hodnotení strategického dokumentu OPZ zo zoznamu odborne spôsobilých osôb na posudzovanie vplyvov na životné prostredie.

Odborne spôsobilá osoba vypracovala posudok pre vydanie stanoviska podľa zákona, ktorý bol zameraný na proces posudzovania vplyvov na životné prostredie a Správu o hodnotení strategického dokumentu OPZ. Posudok bol vypracovaný dňa 4. októbra 2007 a odoslaný spracovateľovi záverečného stanoviska (MŽP SR).

Posudok preukázal potenciál pozitívnych vplyvov stratégie OPZ na životné prostredie a rozvoj ľudských zdrojov, ako aj eliminovateľnosť resp. minimalizovateľnosť potenciálnych negatívnych environmentálnych vplyvov implementácie stratégie obsiahnutej v strategickom dokumente za predpokladu plnenia vytýčených ukazovateľov a zabezpečenia monitoringu environmentálnej a socioekonomickej optimálnosti jeho implementácie v polohe jednotlivých projektov.

Posudok odporučil schválenie strategického dokumentu. Výsledky procesu posudzovania vplyvov na životné prostredie sú zapracované do OPZ.

Záverečné stanovisko k procesu posudzovania vplyvov na životné prostredie bolo vydané MŽP SR dňa 5. októbra 2007. Uvedené stanovisko obsahuje odporúčania schváliť OPZ ako strategický dokument s celoštátnym dosahom.

Kompletná dokumentácia k procesu posudzovania vplyvov na životné prostredie je dostupná na Riadiacom orgáne pre OPZ. Záverečné stanovisko MŽP SR z procesu posudzovania vplyvov na životné prostredie vo vzťahu k OPZ ako strategickému dokumentu s celoštátnym dosahom bolo uverejnené na internetovej stránke MZ SR a na stránke www.enviroportal.sk.

Monitorovanie vplyvov na životné prostredie v OPZ je zabezpečené prostredníctvom indikátora „Priemerné zníženie energetickej náročnosti budov využívaných podporenými zariadeniami zdravotníckej infraštruktúry“. Monitorovanie tohto indikátora bude zabezpečené aj na úrovni jednotlivých projektov a následne budú vyhodnocované na úrovni celého strategického programového dokumentu.

3 Súčasná situácia v oblasti zdravotníctva

3.1 Východisková situácia v zdravotníctve

Potreba reformovať zdravotníctvo bola na poprednom mieste záujmu od začiatku deväťdesiatych rokov dvadsiateho storočia. Na Slovensku začali reformy zdravotníctva tzv. „zamatovou revolúciou“ v roku 1989 a ich účelom bolo transformovať socialistické zdravotníctvo na systém orientovaný viac trhovo. Systém zdravotníctva bol charakterizovaný veľkorysým rozsahom poskytovaných služieb, kde dopyt ako aj ponuka, presahovali zdroje, ktoré boli k dispozícii. Tieto nezrovnalosti spôsobili neustály rast deficitu, zvyšujúce sa dlhy a predlžujúce sa čakacie obdobia. Finančné problémy dosiahli svoj vrchol v roku 2002.

V roku 2003 boli zrealizované legislatívne zmeny v systéme zdravotnej starostlivosti, zamerané na zníženie úlohy vplyvu štátu a na reštrukturalizáciu a zmenu vlastníckych vzťahov poskytovateľov zdravotnej starostlivosti.

Napriek všetkým doteraz uskutočneným krokom a opatreniam, fungovanie zdravotnej starostlivosti pri súčasnom pluralitnom systéme zdravotného poistenia a pluralitnom princípe prerozdelenia mechanizmu je systém ekonomicky nevyvážený.

V uplynulom období boli realizované investície do zdravotníckej infraštruktúry. Pre názornosť uvádzame prehľad investovania a čerpania kapitálových výdavkov do zdravotníctva v rokoch 2001 až 2006 zo štátneho rozpočtu SR (kapitola MZ SR) bez ostatných verejných a súkromných zdrojov.

Tabuľka č. 1: Prehľad objemu finančných prostriedkov investovaných do zdravotníctva SR

Rok	Čerpané kapitálové výdavky v mil. EUR
2000	53,064
2001	60,865
2002	59,656
2003	45,783
2004	36,699
2005	43,184
2006	27,307
Spolu	326,558

Zdroj: MZ SR 2007

V ekonomickom uvažovaní sa na hodnotenie miery investovania využíva podiel tvorby hrubého fixného kapitálu k HDP. Vo všeobecnosti platí, že v rozvíjajúcich sa ekonomikách sa jeho hodnota pohybuje na úrovni okolo 25% a naopak, v prípade stabilnejších ekonomík klesne na 15 až 20%. Medzi rokom 2000 a prvým polrokom 2006 sa na Slovensku úroveň tohto ukazovateľa v zdravotníctve a sociálnych službách pohybovala medzi 7,8% až 15,2%, pričom v roku 2005 to bolo 9,5%. Takáto úroveň sa zvyčajne považuje za výraznú podkapitalizáciu.

3.2 Systém zdravotnej starostlivosti v Slovenskej republike

Systém zdravotnej starostlivosti v Slovenskej republike je založený na poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, ktorí vykonávajú určený rozsah zdravotnej starostlivosti v zdravotníckych zariadeniach na základe licencie/povolenia. Základné členenie zdravotníckych zariadení je definované vo Vyhláške Ministerstva zdravotníctva SR č. 770/2004 Z. z., ktorou sa ustanovujú určujúce znaky jednotlivých druhov zdravotníckych zariadení ústavnej zdravotnej starostlivosti a ambulantnej zdravotnej starostlivosti.

3.2.1 Ústavná zdravotná starostlivosť

Zdravotnícke zariadenia ústavnej zdravotnej starostlivosti sú určené na poskytovanie zdravotnej starostlivosti osobám, ktorých zdravotný stav vyžaduje nepretržité poskytovanie zdravotnej starostlivosti spojenej s predpokladaným pobytom na lôžku v zdravotníckom zariadení presahujúcim 24 hodín.

Podľa Vyhlášky Ministerstva zdravotníctva SR č. 770/2004 Z. z. sa zariadenia ústavnej zdravotnej starostlivosti delia na nasledovné druhy:

- všeobecné nemocnice,
- špecializované nemocnice,
- prírodné liečebné kúpele a kúpeľné liečebne,
- liečebne,
- hospice,
- domy ošetrovateľskej starostlivosti,
- zariadenia biomedicínskeho výskumu.

Na základe aktuálneho materiálu „Správa o programe racionalizácie v systéme zdravotníctva SR“ schváleného uznesením vlády SR č. 462/2007 23. 5. 2007, je celkový počet zariadení ústavnej zdravotnej starostlivosti v Slovenskej republike 172, z čoho:

- 73 nemocníc sú všeobecné nemocnice (VN), v rámci ktorých sú VN s poliklinikou, fakultné nemocnice (FN), a FN s poliklinikou,
- 52 je špecializovaných nemocníc a
- 47 zariadení ústavnej zdravotnej starostlivosti zahŕňa kategóriu ostatných.

Tabuľka č. 2: Počet zariadení ústavnej zdravotnej starostlivosti v SR

Zariadenia ústavnej zdravotnej starostlivosti vrátane ambulantných častí	ZS			SS		VS		Cieľ „Konvergencia“	BA	SR
	TT	TN	NR	ZA	BB	PO	KE			
Všeobecné nemocnice	6	10	8	6	13	13	11	67	6	73
Špecializované nemocnice	3	1	5	4	6	9	8	36	16	52
Ostatné (prírodné liečebné kúpele a kúpeľné liečebne, liečebne, hospice, domy ošetrovateľskej starostlivosti, zariadenia biomedicínskeho výskumu)	3	5	1	7	10	12	4	42	5	47
Spolu	12	16	14	17	29	34	23	145	27	172
Spolu (NUTS II)	42			46		57		145	27	172

Zdroj: MZ SR 2007

Legenda k tabuľke č. 2

TT – NUTS III Trnavský samosprávny kraj

TN – NUTS III Trenčiansky samosprávny kraj

NR – NUTS III Nitriansky samosprávny kraj

ZA – NUTS III Žilinský samosprávny kraj

BB – NUTS III Banskobystrický samosprávny kraj

PO – NUTS III Prešovský samosprávny kraj

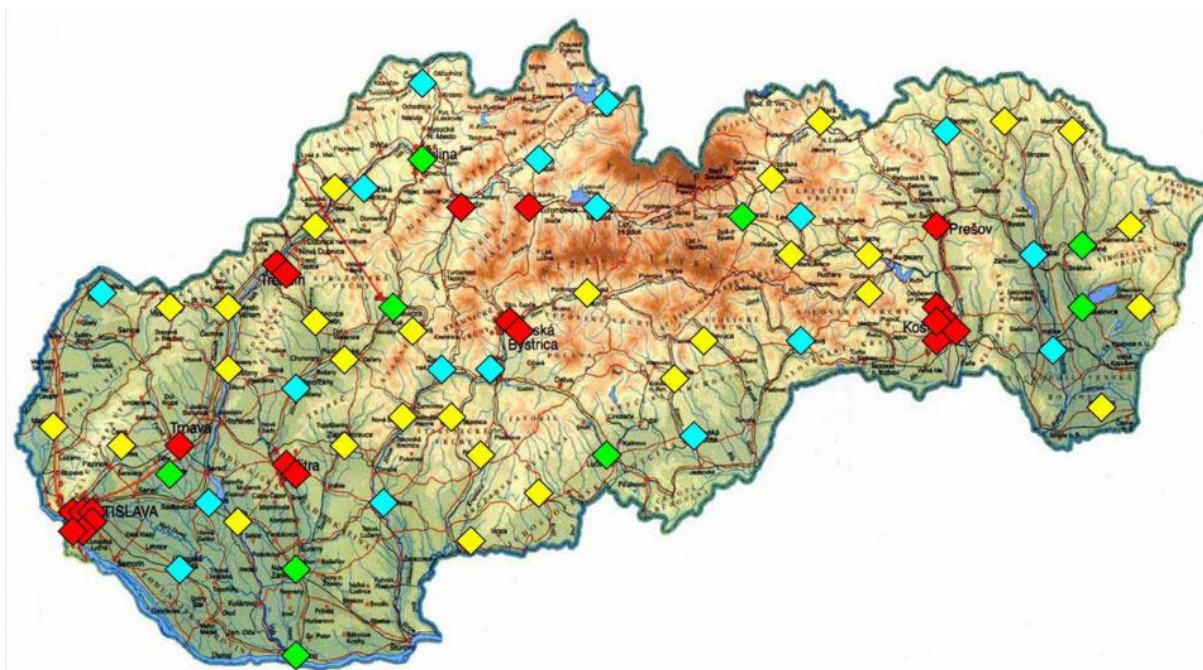
KE – NUTS III Košický samosprávny kraj

Cieľ – Regióny spadajúce do cieľa „Konvergencia“

SR – Slovenská republika

Celoplošné názorné rozmiestnenie hlavných ústavných zariadení zdravotnej starostlivosti na mape Slovenskej republiky (obrázok č. 1), s farebným zobrazením veľkosti všeobecných – fakultných nemocníc podľa počtu lôžok a špecializovaných nemocníc, potvrdzuje existenciu rozvinutej siete zdravotníckej infraštruktúry. Technický stav materiálo technickej základne zdravotníckej infraštruktúry nemocníc je v tomto dokumente ďalej podrobne analyzovaný v [kapitole 3.4.1.](#)

Obrázok č. 1 Informatívna lokalizácia nemocníc v Slovenskej republike



Všeobecné nemocnice: do 200 lôžok, 200 – 400 lôžok, nad 400 lôžok,

Všeobecné nemocnice – fakultné: FN

Špecializované nemocnice: ŠN

V prílohe č. 5 je podrobný prehľad všetkých druhov ústavných zdravotníckych zariadení (infraštruktúry) spolu s ich lokalizáciou v rozdelení na:

- všeobecné nemocnice:
 - o všeobecné nemocnice,
 - o všeobecné nemocnice s poliklinikou,
 - o fakultné nemocnice,
 - o fakultné nemocnice s poliklinikou,
- špecializované nemocnice:
 - o ústavy srdcovo cievnych chorôb,
 - o onkologické ústavy,
 - o ústavy a sanatóriá pre choroby pľúcne,
 - o nemocnice ústredných orgánov štátnej správy,
 - o psychiatrické nemocnice,

- o detské liečebné ústavy,
- o ostatné,
- prírodné liečebné kúpele a kúpeľné liečebne,
- liečebne,
- hospice,
- domy ošetrovateľskej starostlivosti,
- zariadenia biomedicínskeho výskumu.

Z dôvodu komplexného, celoplošného pohľadu na systém ústavnej zdravotnej starostlivosti v Slovenskej republike je súčasťou analýzy a celkového prehľadu siete zdravotníckych zariadení aj bratislavský kraj, ktorý však vzhľadom na podmienky určené cieľom „Konvergencia“ nemôže byť podporený a zahrnutý do Operačného programu Zdravotníctvo.

Ako popisuje nasledujúca tabuľka č. 3, prevažná väčšina zdravotníckych zariadení má právnu formu obchodnej spoločnosti – právnickej osoby (a.s., s.r.o., n.o.), pričom vlastníkom resp. spoluzakladateľom sú aj štátne orgány a orgány samosprávy.

Tabuľka č. 3: Počet ústavných zdravotníckych zariadení podľa poskytovateľa ZS/vlastníka v regiónoch NUTS III, NUTS II

Poskytovateľ ZS/vlastník	ZS			SS		VS		Cieľ „Konvergencia“	BA	SR
	TT	TN	NR	BB	ZA	PO	KE			
Ministerstvo zdravotníctva SR (vrátane a.s. a n.o. so 100% účasťou štátu)	4	3	6	13	6	8	11	51	10	61
Iné ústredné orgány štátnej správy – Ministerstvo obrany SR, Ministerstvo vnútra SR, Ministerstvo spravodlivosti SR (vrátane a.s. so 100 % účasťou štátu)	0	1	0	0	1	2	0	4	2	6
Verejné (samosprávny kraj, obec)	4	4	2	2	5	3	1	21	1	22
Ostatné (s.r.o. a.s., n.o.)	4	8	6	14	5	21	11	69	14	83
Spolu	12	16	14	29	17	34	23	145	27	172

Zdroj: MZ SR

Analýza vzťahov a súvislostí medzi zdravotníckou infraštruktúrou nemocníc a pólmi rastu je založená na kategorizácii ústavných zdravotníckych zariadení podľa druhu v celej škále oficiálneho triedenia popísaného v kapitole [4.1.6 \(tabuľka č. 53\)](#).

96% nemocníc (všeobecné a špecializované) v rámci cieľa „Konvergencia“ sa nachádza v póloch rastu (inovačné póly rastu, kohézne póly rastu).

Podrobnejšie rozdelenie jednotlivých ústavných zdravotníckych zariadení podľa pólův rastu je popísané v kapitole [4.1.5](#) a [4.1.6](#) „Východiská pre územnú koncentráciu intervencií“ a „Ústavné zdravotnícke zariadenia a póly rastu“, [tabuľka č. 53](#).

Z celkového počtu 67 všeobecných nemocníc v rámci cieľa „Konvergencia“ je v inovačných a kohéznych póloch rastu 100 %, z toho 40 zariadení sú všeobecné nemocnice s poliklinikou (ambulantná časť).

Z celkového počtu 36 špecializovaných nemocníc v rámci cieľa „Konvergencia“ sa nachádza v inovačných a kohéznych póloch rastu 32 nemocníc, čo predstavuje 89 %, zvyšné 4 špecializované nemocnice, čo predstavuje 11%, sú vzhľadom k diagnózam a charakteru liečby nevyhnutne situované v oblastiach so špecifickými klimatickými podmienkami, ktoré sa nachádzajú mimo inovačných a kohéznych pólův rastu.

3.2.2 Ambulantná zdravotná starostlivosť

Zariadenie ambulantnej zdravotnej starostlivosti je definované ako zariadenie určené na poskytovanie zdravotnej starostlivosti osobe, ktorej zdravotný stav si nevyžaduje nepretržité poskytovanie zdravotnej starostlivosti presahujúce viac ako 24 hodín. Ambulantnú zdravotnú starostlivosť poskytujú ambulancie všeobecnej ambulantnej zdravotnej starostlivosti, špecializovanej zdravotnej starostlivosti, stacionár, poliklinika, agentúry domácej ošetrovateľskej starostlivosti (ADOS), samostatné zariadenia spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek (SVLZ), mobilné hospice a záchranná zdravotná služba.

Ako popisuje tabuľka č. 4 v prehľade o počte zariadení ambulantnej zdravotnej starostlivosti v rozdelení podľa krajov Slovenskej republiky, v roku 2005 bolo spolu 8798 zariadení ambulantnej zdravotnej starostlivosti, z toho v regiónoch cieľa „Konvergencia“ je 7596 zariadení.

Tabuľka č. 4 : Prehľad ambulantnej siete podľa VÚC a počtu zdravotníckych zariadení

Ambulantná zdravotná starostlivosť - druhy amb.	ZS			SS		VS		Cieľ „Konvergencia“	BA	SR
	TT	TN	NR	ZA	BB	PO	KE			
Počet zdravotníckych zariadení	860	919	1115	1078	1073	1199	1352	7596	1202	8798
Ambulancia všeobecná	322	327	377	353	371	381	427	2558	334	2892
Ambulancia špecializovaná	498	541	678	665	636	753	856	4627	793	5420
Ambulancia záchranej zdravotnej služby (ZZS)	*	5	*	2	3	1	1	12	9	21
ADOS	10	10	15	19	15	27	21	117	7	124
Mobilný hospic	*	*	*	*	*	*	1	1	1	2
Stacionár	5	10	8	8	6	9	10	56	9	65
Zariadenie na poskytovanie jednodňovej ZS	2	1	1	1	3	4	5	17	7	24
Poliklinika	3	3	4	13	5	5	5	38	13	51
Zariadenie SVLZ	16	15	24	14	28	13	18	128	17	145
Iné ambulantné zariadenie (viacdruhovú ambulantnú st.)	4	7	8	3	6	6	8	42	12	54
Počet zdravotníckych zariadení (NUTS II)	2894			2151		2551		7596	1202	8798

Zdroj: ŠÚ SR 2005

V dôsledku privatizácie polikliník a individualizácie poskytovateľov ambulantnej zdravotnej starostlivosti, polikliniky (tak ako ich v zmysle zákona 578/2004 §7 ods.2 pís. d definuje vyhláška 770/2004 §5), ako funkčné celky viacerých všeobecných a špecializovaných ambulancií, s využitím spoločných vyšetrovacích a laboratórnych zložiek – služieb, postupne zanikli. Funkčná, dostupná, bezpečná a časovo nenáročná logistika, zdravotnej starostlivosti o pacienta v rámci polikliník „pod jednou strechou“, tým bola narušená. Ambulancie sú umiestnené individuálne v rôznych priestoroch (rodinné domy, verejné a súkromné budovy a pod.) Výsledkom tohto procesu je ne hospodárne a neefektívne roztrieštenie ambulantnej zdravotnej starostlivosti o pacienta.

Analýzou jednotlivých druhov zdravotníckych zariadení sústredených v jednom spoločnom priestore podľa komplexnosti, založenej na minimálnom počte 5 a viac lekárskeho odbornosti:

- všeobecné lekárstvo (pre dospelých, pre deti a dorast),
- gynekológia,
- vnútorné (interné) lekárstvo,

- špecializácie na identifikované diagnózy, ktoré sú najčastejšou príčinou úmrtí napr.:
 - o chirurgia a úrazová chirurgia (vonkajšie príčiny ochorení a úmrtí),
 - o kardiológia a neurológia (ochorenia obehovej sústavy),
 - o klinická onkológia a radiačná onkológia (nádory),
 - o pneumológia a ftizeológia a klinická imunológia a alergológia (ochorenia dýchacej sústavy),
 - o gastroenterológia (ochorenia tráviacej sústavy),

sme dospeli k záveru, že z celkového počtu 7 596 zariadení, je v roku 2007 koncentrácia subjektov tohto charakteru (5 a viac ambulancií), v celkovom počte 217 verejných a súkromných zariadení, z čoho v rámci cieľa „Konvergencia“ je 181 zariadení - pozri tabuľka č. 5.

Technický stav materiálne technickej základne ambulantnej zdravotníckej infraštruktúry je v tomto dokumente ďalej podrobne analyzovaný v [kapitole 3.4.1](#).

Tabuľka č. 5: Počet ambulantných zdravotníckych zariadení typu polikliník a zdravotných stredísk, podľa regiónov NUTS III

Región NUTS II	Región NUTS III	Počet zariadení / Počet ambulancií	Počet zariadení / Počet ambulancií (NUTS II)
ZS	Trnavský samosprávny kraj	14 / 218	66 / 778
	Trenčiansky samosprávny kraj	26 / 233	
	Nitriansky samosprávny kraj	26 / 327	
SS	Žilinský samosprávny kraj	26 / 290	46 / 504
	Banskobystrický samosprávny kraj	20 / 214	
VS	Košický samosprávny kraj	31 / 418	69 / 744
	Prešovský samosprávny kraj	38 / 326	
Cieľ „Konvergencia“		181 / 2026	181 / 2026
Bratislavský samosprávny kraj		36 / 598	36 / 598
Slovenská republika		217 / 2624	217 / 2624

Zdroj: Spoločná zdravotná poisťovňa 2007

Analýza vzťahov a súvislostí medzi zdravotníckou infraštruktúrou ambulancií a pólmi rastu je založená na kategorizácii podľa druhu v celej škále oficiálneho triedenia popísaného v [kapitole 4.1.7](#) - „Ambulantné zdravotnícke zariadenia a póly rastu“.

Takmer všetky ambulantné zdravotnícke zariadenia (polikliniky a zdravotné strediská) v rámci cieľa „Konvergencia“ sa nachádzajú v póloch rastu (inovačné póly rastu, kohézne póly rastu).

Podrobnejšie rozdelenie jednotlivých ambulantných zdravotníckych zariadení podľa pólův rastu je popísané v kapitole [4.1.5](#) a [4.1.7](#) - „Východiská pre územnú koncentráciu intervencií“ a „Ambulantné zdravotnícke zariadenia a póly rastu“, [tabuľka č. 54](#).

Z celkového počtu 181 polikliník a zdravotných stredísk v rámci cieľa „Konvergencia“ je v inovačných póloch rastu 141 polikliník a zdravotných stredísk, čo predstavuje 77,9%. V kohéznych póloch rastu v záujmovom území IPR je 14 polikliník a zdravotných stredísk, čo predstavuje 7,7%. V kohéznych póloch rastu mimo záujmového územia je v IPR 25 polikliník a zdravotných stredísk, čo predstavuje 13,8%. Jedno zdravotnícke zariadenie sa nachádza v obci, ktorá je mimo pólův rastu, čo predstavuje 0,6%.

Národná transfúzna služba

V dôsledku zvyšujúcich sa požiadaviek zdravotníckych zariadení na krvné prípravky, klinicko-terapeutické výkony a na zvyšovanie kvality a bezpečnosti krvných prípravkov bola v roku 2004 vytvorená Národná transfúzna služba (NTS) ako špeciálne zariadenie ambulantnej zdravotnej starostlivosti, ktorá má plniť úlohy súvisiace s komplexnou produkciou krvných prípravkov v podmienkach maximálnej efektívnosti, spolu so zabezpečením hemoterapie najvyššej možnej kvality a bezpečnosti v požadovanom objeme, s cieľom dosiahnutia národnej sebestačnosti v jej produkcii. NTS zabezpečuje aby krv a jej zložky, bez ohľadu na ich plánované využitie, vykazovali v rámci krvného transfúzneho reťazca vo všetkých regiónoch Slovenskej republiky porovnateľnú kvalitu a bezpečnosť, pričom prioritou pri odbere, spracovaní, distribúcii a využití krvi a krvných zložiek je ochrana zdravia verejnosti a účinná prevencia prenosu infekčných chorôb.

NTS má 11 transfúziologických pracovísk (vrátane pracoviska s administratívnym centrom v Bratislave), ktoré sú geograficky a regionálne rovnomerne rozmiestnené na celom území Slovenska a na 100% sú lokalizované v inovačných póloch rastu. Prehľad transfúziologických pracovísk (TP) podľa regiónov NUTS II a VÚC (NUTS III):

Západoslovenský región – NUTS II (ZS):

- Trnavský samosprávny kraj
 - o TP Trnava
- Trenčiansky samosprávny kraj
 - o TP Trenčín
- Nitriansky samosprávny kraj
 - o TP Nitra
 - o TP Nitra - detašované pracovisko Nové Zámky

Stredoslovenský región – NUTS II (SS):

- Žilinský samosprávny kraj
 - o TP Žilina
 - o TP Martin
- Banskobystrický samosprávny kraj
 - o TP Banská Bystrica

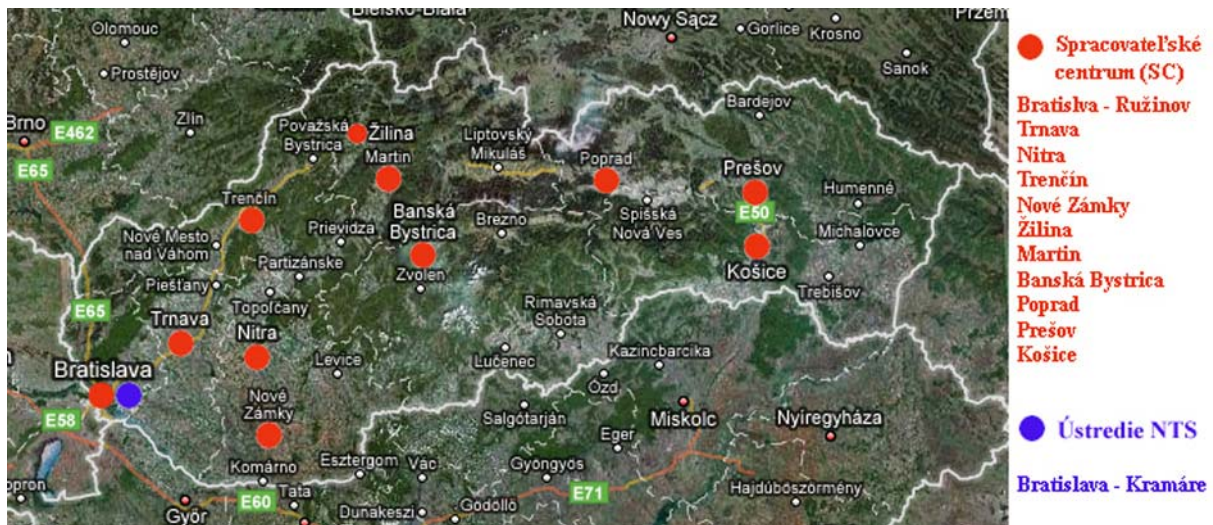
Východoslovenský región – NUTS II (VS):

- Košický samosprávny kraj
 - o TP Košice
- Prešovský samosprávny kraj
 - o TP Prešov
 - o TP Prešov - detašované pracovisko Poprad

Bratislava

- TP Bratislava

Obrázok č. 2 Informatívna lokalizácia TP NTS v Slovenskej republike



Zdroj: NCZI

Vo všetkých transfúziologických pracoviskách sú pre príslušný región vykonávané nasledovné činnosti:

- Evidovanie darcov krvi do informačného systému,
- Odber krvi na predodberové vyšetrenie (krvný obraz / príp. iba hemoglobín),
- Vyšetrenie darcu krvi lekárom,
- Odber celej krvi v odberovej miestnosti,
- Odber autológnej krvi od pacientov,
- Vykonávanie hemaferéz (produktívnych a liečebných)
- Nábor darcov krvi v spolupráci s ČK,
- Realizácia terénnych (mobilných) odberov,
- Komponentové spracovanie krvi, odobratej vo vlastnom zariadení (SC), z odberových centier (OC), zo zmluvných pracovísk,
- Laboratórne vyšetrenia darcov krvi: a) imunohematologické
b) virologické a bakteriologické,
- Laboratórne vyšetrenia pacientov – špeciálne imunohematologické vyšetrenia,
- Účasť na internej a externej kontrole kvality laboratórnych vyšetrení,
- Aktualizácia a kontrola kvality pracovných postupov,
- Skladovanie, výdaj, distribúcia a preprava krvných prípravkov,
- Nepretržitá konziliárna transfúziologická služba,
- Koordinovanie stavu zásob a prevozu krvi v regiónoch,
- Vykonávanie vnútorných odborných auditov na SC a OC,
- Výuka v odbore hematológia a transfúziológia – postgraduálne vzdelávanie všetkých kategórií zdravotníckych pracovníkov.

3.3 Analýza zdravotného stavu obyvateľov Slovenskej republiky

3.3.1 Hlavné charakteristiky zdravotného stavu v SR

Dobré zdravie populácie je základom trvalo udržateľného ekonomického rastu. Zdravie je predpokladom pohody a kvality života¹. Minimálna úroveň zdravia patrí podľa viacerých medzinárodných organizácií medzi základné ľudské práva, pretože len zdravý človek má kapacitu personálne rásť, zarábať si na živobytie a realizovať svoje predstavy. Medzi zdravím a ekonomikou existuje obojsmerný vzťah. Zdravie slúži ako vstupný kapitál pre produkciu a súčasne prostriedky vyprodukované ekonomikou sa používajú na udržiavanie a zlepšovanie zdravotného stavu. Zdravá populácia vynakladá nižšie výdavky na zdravotnú starostlivosť, čo prináša možnosť investovať zdroje efektívnejšie do iných oblastí. Vo vzťahu k pracovnej sile ako základu konkurencieschopnosti ekonomiky je zdravie jedným z najdôležitejších faktorov, ktoré ovplyvňujú jej úroveň a kvalitu. Zdravá pracovná sila je synonymom prosperujúcej a výkonnej pracovnej sily schopnej vytvárať vyšší zisk. Na druhej strane vyššia chorobnosť spôsobuje vyššiu absenciu v práci, čo má implicitne vplyv na vyššie výrobné náklady.

Pri porovnávaní so štátmi EÚ 15 Slovenská republika vykazuje horšiu úroveň zdravotného stavu obyvateľstva (podobne aj ostatné nové členské štáty). Rozdiely v zdraví obyvateľstva medzi jednotlivými štátmi sa dajú dokumentovať na indikátoroch zdravia (napr. stredná dĺžka života pri narodení, štandardizovaná miera úmrtnosti obyvateľstva).

Stredná dĺžka života pri narodení v SR má síce od roku 1970 stúpajúci trend, avšak v porovnaní s krajinami EÚ je v roku 2004 o takmer 5 rokov nižšia (pozri tabuľku č. 6).

Tabuľka č. 6 : Stredná dĺžka života pri narodení

Stredná dĺžka života pri narodení	1970	1980	1990	2000	2004	Nárast za roky 1970 až 2004
Česká republika	69,6	70,3	71,5	75,2	75,9	9,05 %
Maďarsko	69,3	69,1	69,5	71,9	73,0	5,34 %
Poľsko	69,9	70,4	71,0	73,9	74,9	7,15 %
Rakúsko	70,0	72,8	76,0	78,7	79,5	13,57 %
Slovensko	70,3	70,5	71,1	73,5	74,4	5,83 %
EÚ	70,8	73,7	75,2	77,5	78,3	10,59 %
EU 15	71,8	74,2	76,5	78,8	79,5	10,72 %

Zdroj: WHO

Hlavnými príčinami hospitalizácií obyvateľov SR v roku 2005 sú ochorenia obehovej sústavy, ktoré tvoria 15,4% zo všetkých hospitalizácií, následne sú to ochorenia tráviacej sústavy 9,5%, nádory 8,9%, ochorenia dýchacej sústavy 8,4% a vonkajšie príčiny ochorení a úmrtí 8,3%.

Tieto diagnózy spolu, sa od roku 2000 podieľajú na celkovej hospitalizácii obyvateľov SR takmer vo výške 50%, keď v roku 2005 tvorili 50,42%.

Najčastejšie ochorenia žien sú ochorenia obehovej sústavy, ktoré tvorili v roku 2005 až 13,9% všetkých hospitalizácií žien, druhou najčastejšou diagnózou u žien boli nádory, ktoré tvorili až 8,3% hospitalizácií žien.

Najčastejšie ochorenia mužov sú ochorenia obehovej sústavy, keď v roku 2005 až 17,4% všetkých hospitalizácií mužov bolo na túto diagnózu, druhou najčastejšou diagnózou u mužov boli vonkajšie príčiny ochorení a úmrtí, ktoré tvorili 12% všetkých hospitalizácií mužov.

¹ WHO, Zdravie 21

Podrobné rozdelenie hospitalizácií mužov a žien podľa diagnóz v rokoch 2000 až 2005 je uvedené v prílohe č. 9.

Hlavnými príčinami vysokej miery úmrtnosti obyvateľstva SR, tak ako je uvedené v tabuľke č. 7 a grafe č.1, sú²⁾ ochorenia, ktoré majú najvyšší podiel na chorobnosti obyvateľstva SR:

- ochorenia obehovej sústavy,
- nádory,
- vonkajšie príčiny ochorení a úmrtí,
- choroby dýchacej sústavy,
- choroby tráviacej sústavy.

Nádorové ochorenia a najmä ochorenia obehovej sústavy sú príčinne, negatívne výrazne pred ďalšími tromi uvádzanými okruhmi ochorení. Tento negatívny stav a trend mimoriadne výrazne potvrdzuje analýza zdravotného stavu marginalizovanej rómskej populácie, kde je podiel kardiovaskulárnych ochorení na predčasnej mortalite viac ako 2,5 krát častejší v porovnaní s majoritnou populáciou (podrobnejšie informácie sú uvedené v kapitole 3.3.3).

Celkový podiel uvádzaných hlavných piatich príčin úmrtnosti obyvateľov Slovenskej republiky (ďalej len ochorenia „skupiny 5“) má od roku 1968 stúpajúcu tendenciu. Zatiaľ čo v Európskej únii bola v roku 2004 úmrtnosť z týchto piatich príčin 86%, v Slovenskej republike to bolo viac ako 93%.

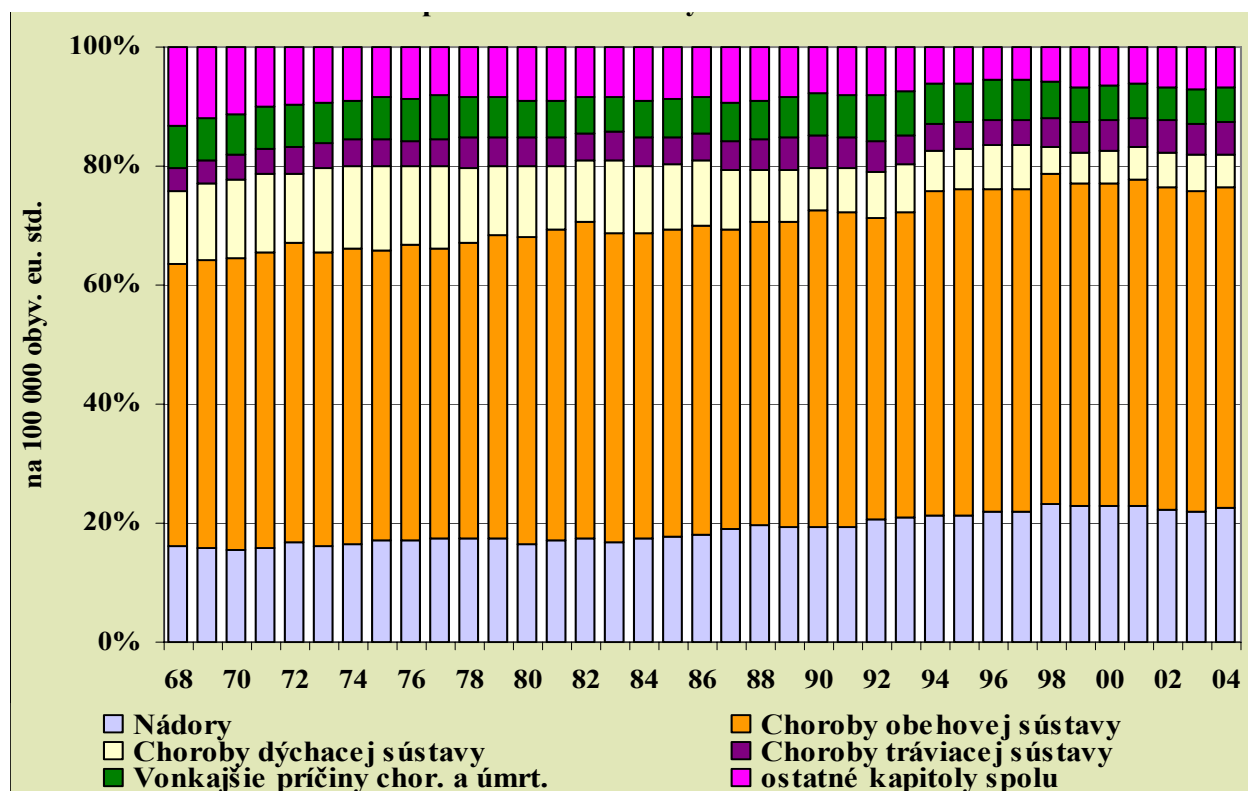
Tabuľka č. 7: Štandardizovaná miera úmrtnosti na 100 000 obyvateľov, porovnanie SR a EÚ 15 a EÚ v roku 2005

Príčiny úmrtí	SR	EÚ 15 ³	EÚ
Ochorenia obehovej sústavy	508,68	220,98	498,73
Nádory	208,32	176,13	202,26
Vonkajšie príčiny ochorení a úmrtí	55,84	37,34	65,17
Ochorenia dýchacej sústavy	55,20	47,68	45,85
Ochorenia tráviaceho traktu	49,92	30,57	46,89

Zdroj: ŠÚ SR 2005

²⁾ popis chorôb spadajúcich pod jednotlivé diagnózy je uvedený v prílohe č. 8

Graf č. 1: Vývoj štandardizovanej miery úmrtnosti v SR podľa vybraných príčin úmrtí



Zdroj: ŠÚ SR, spracoval NCZI 2005

Obyvatelia SR trpia najviac na ochorenia obehovej sústavy a skutočnosť, že táto diagnóza sa podieľa jednoznačne najvyššou mierou aj na úmrtnosti obyvateľov SR, potvrdzuje tabuľka č. 8 a graf č. 2.

Úmrtnosť mužov a žien na toto ochorenie je najvyššia vo všetkých krajoch Slovenska.

Druhou najčastejšou príčinou smrti u mužov a žien vo všetkých regiónoch SR sú nádorové ochorenia. Rozdiely medzi jednotlivými regiónmi nie sú výrazné. Najväčší podiel na nádorových ochoreniach žien majú ochorenia rakoviny prsníka (na základe štatistiky WHO až 15% zo všetkých nádorov v roku 2005).

Na úmrtnosti obyvateľov SR sa najmenšou mierou podieľajú ochorenia tráviacej sústavy po vonkajších príčinách ochorení a úmrtí a ochoreniach dýchacej sústavy.

Tabuľka č. 8: Miera úmrtnosti* obyvateľov SR podľa vybraných príčin smrti a krajov

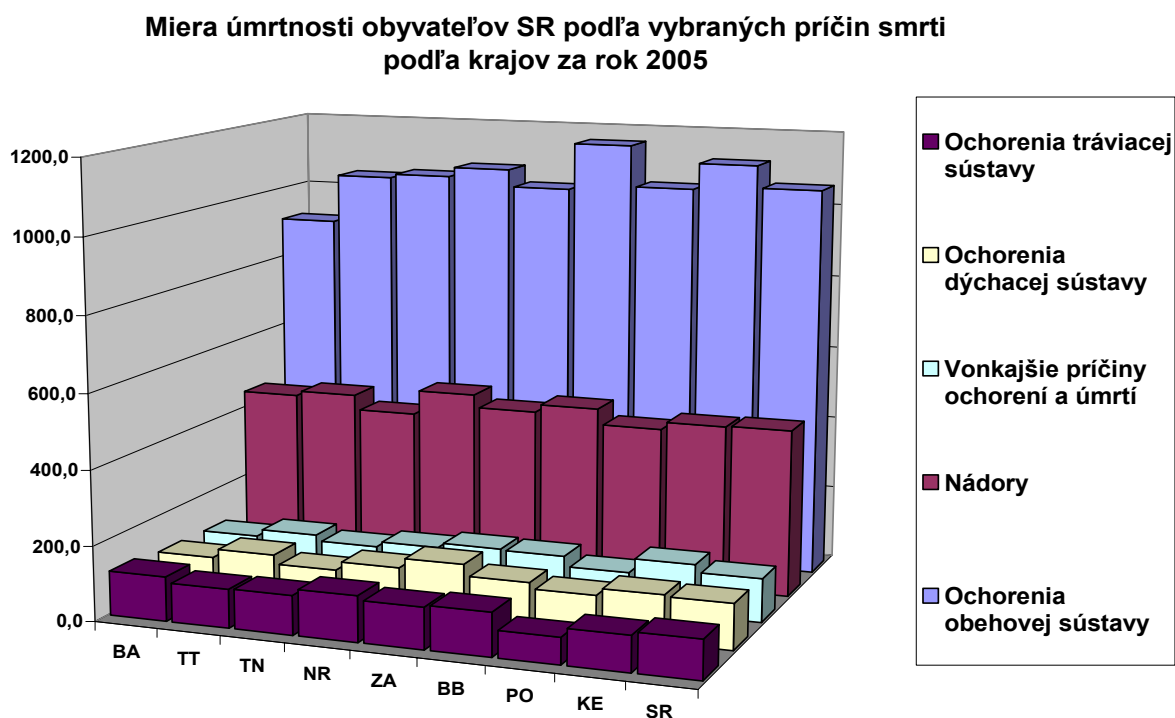
Príčina smrti	ZS			SS		VS		BA	SR
	TT	TN	NR	ZA	BB	PO	KE		
Ochorenia obehovej sústavy	1060,36			1097,45		1083,75		911,0	1059,3
	1044,9	1055,4	1080,8	1033,8	1161,1	1048,2	1119,3		
Nádory	455,13			461,80		439,50		446,9	452,2
	460,4	419,1	485,9	451,1	472,5	429,4	449,6		
Ochorenia dýchacej sústavy	119,56			138,10		116,25		104,5	121,6
	127,9	103,8	127,0	153,6	122,6	106,6	125,9		

Vonkajšie príčiny ochorení a úmrtí	113,06			127,95		117,85		100,0	116,7
	119,0	103,0	117,2	129,5	126,4	98,4	137,3		
Ochorenia tráviacej sústavy	109,86			113,2		82,95		118,6	104,1
	103,3	104,6	121,7	110,6	115,8	71,0	94,9		

Zdroj: NCZI 2005

* počet zomretých na 100 000 obyvateľov

Graf č. 2



Zdroj: NCZI 2005

Na úmrtnosti mužov v SR, ako popisuje tabuľka č. 9 a graf č. 3, sa najvyššou mierou podieľajú ochorenia obehovej sústavy, nasledované nádormi a vonkajšími príčinami ochorení a úmrtí. Ochorenia obehovej dýchacej a tráviacej sústavy u mužov sa podieľajú na úmrtnosti mužov najnižšou mierou.

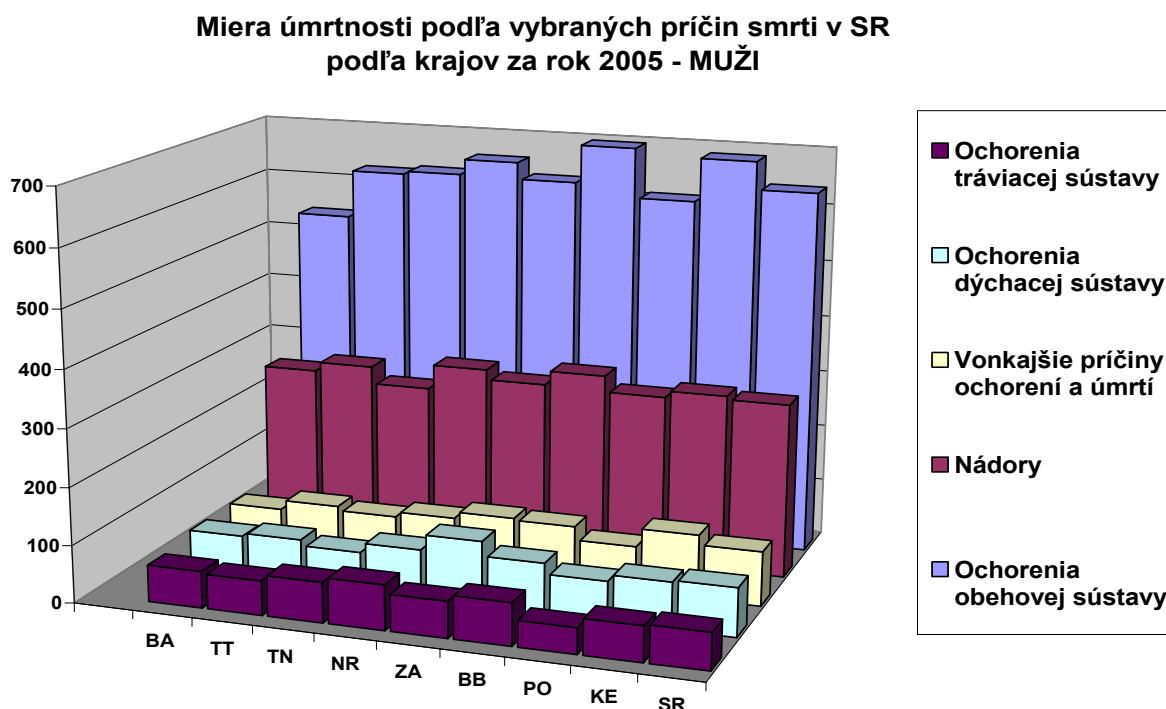
Tabuľka č. 9: Miera úmrtnosti podľa vybraných príčin smrti a krajov – MUŽI

Príčina smrti	ZS			SS		VS		BA	SR
	TT	TN	NR	ZA	BB	PO	KE		
Ochorenia obehovej sústavy	639,73			663,80		647,85		542,6	637,3
	627,0	632,5	659,7	630,5	697,1	609,8	685,9		
Nádory	301,26			314,85		304,7		290,6	304,6
	307,1	276,8	319,9	302,4	327,3	298,9	310,5		

Vonkajšie príčiny ochorení a úmrtí	92,10			105,15		96,0		77,7	94,9
	94,2	86,6	95,5	106,9	103,4	79,9	112,1		
Ochorenia dýchacej sústavy	80,33			101,55		75,80		76,5	84,2
	81,8	71,3	87,9	114,4	88,7	70,2	81,4		
Ochorenia tráviacej sústavy	69,16			68,3		53,05		63,8	63,8
	59,7	69,8	78,0	63,1	73,5	44,9	61,2		

Zdroj: NCZI 2005

Graf č. 3



Zdroj: NCZI 2005

V ďalších častiach analýzy úmrtnosti mužov, rozdelenej na predproduktívny, produktívny a poproduktívny vek, sa zameriavame na prvé štyri diagnózy, ktoré sú najčastejšou príčinou úmrtnosti obyvateľov v SR – ochorenia obehovej sústavy, nádory, ochorenia dýchacej sústavy a vonkajšie príčiny ochorení a úmrtí.

Situácia pri úmrtnosti mužov v predproduktívnom veku sa odlišuje od trendu úmrtnosti mužov a celkovo obyvateľov SR. Ako popisuje tabuľka č. 10 a graf č. 4 sú najčastejšou príčinou úmrtnosti vonkajšie príčiny ochorení a úmrtnosti nasledované ochoreniami dýchacej sústavy. Ochorenia obehovej sústavy majú najnižší podiel na úmrtnosti mužov v predproduktívnom veku.

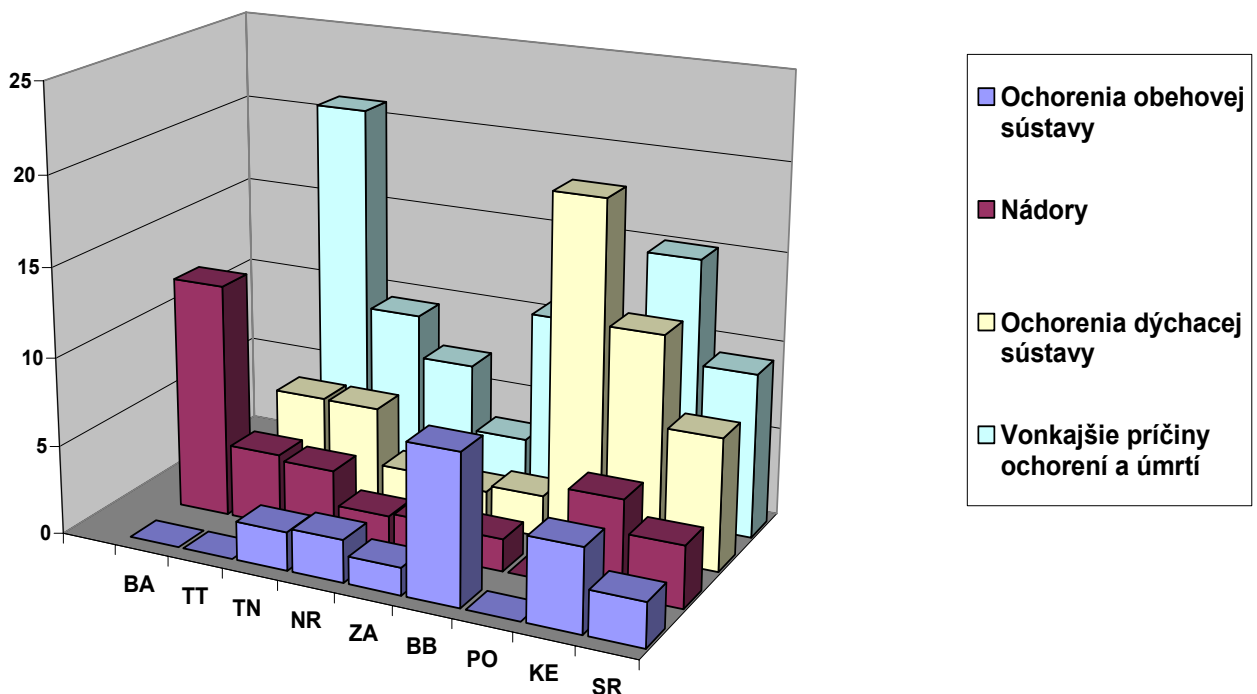
Tabuľka č. 10: Miera úmrtnosti podľa vybraných príčin smrti a krajov – MUŽI v predproduktívnom veku

Príčina smrti	ZS			SS		VS		BA	SR
	TT	TN	NR	ZA	BB	PO	KE		
Vonkajšie príčiny ochorení a úmrtí	12,5			6,95		11,35		0,0	9,3
	21,0	9,5	7,0	3,2	10,7	7,6	15,1		
Ochorenia dýchacej sústavy	4,53			2,2		15,9		0,0	7,4
	5,6	5,6	2,4	2,0	2,4	19,3	12,5		
Nádory	3,23			1,9		2,65		13,1	3,5
	4,1	3,8	1,8	2,0	1,8	0,0	5,3		
Ochorenia obehovej sústavy	1,53			4,95		2,35		0,0	2,5
	0,0	2,2	2,4	1,5	8,4	0,0	4,7		

Zdroj: NCZI 2005

Graf č. 4

Miera úmrtnosti podľa vybraných príčin smrti v SR podľa krajov za rok 2005 - MUŽI v predproduktívnom veku



Zdroj: NCZI 2005

Poradie príčin úmrtnosti mužov v produktívnom veku kopíruje poradie úmrtnosti mužov celkom ako dokumentuje tabuľka č. 11 a graf č. 5. Na prvom mieste sú ochorenia obehovej sústavy nasledované nádormi a vysokú mieru úmrtnosti majú vonkajšie príčiny ochorení a úmrtí.

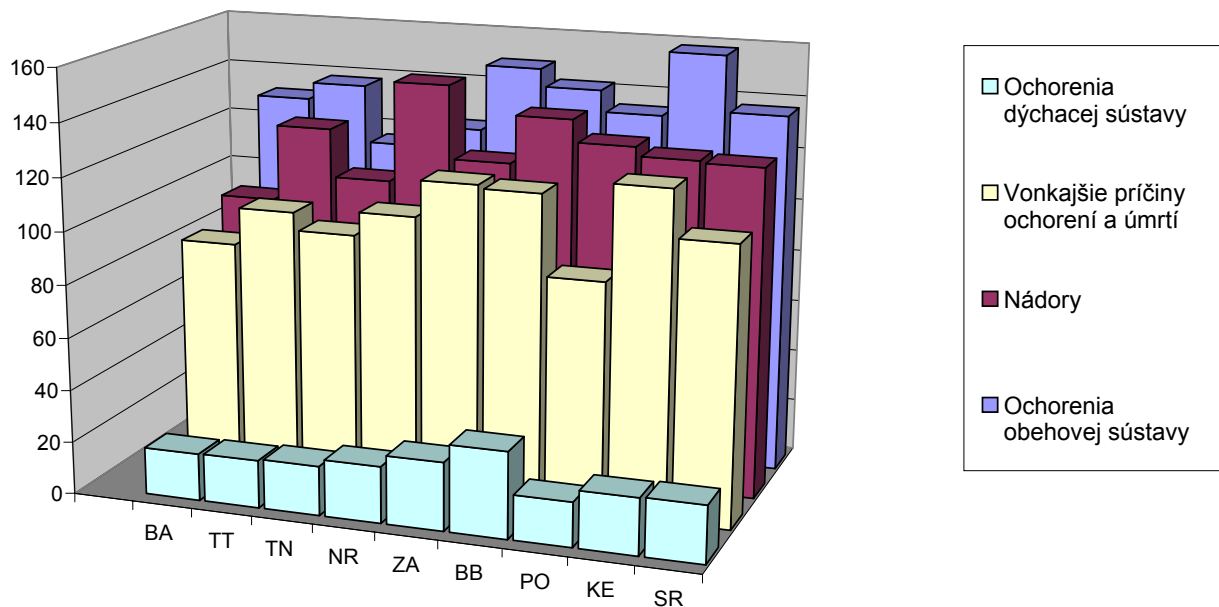
Tabuľka č. 11: Miera úmrtnosti podľa vybraných príčin smrti a krajov – MUŽI v produktívnom veku

Príčina smrti	ZS			SS		VS		BA	SR
	TT	TN	NR	ZA	BB	PO	KE		
Ochorenia obehovej sústavy	125,86			145,6		146,1		131,4	136,9
	138,0	115,8	123,8	149,0	142,2	134,0	158,2		
Nádory	127,9			128,45		127,35		98,4	124,8
	127,4	109,1	147,2	119,4	137,5	129,1	125,6		
Vonkajšie príčiny ochorení a úmrtí	101,43			118,2		105,1		88,8	105,2
	102,9	96,3	105,1	118,9	117,5	87,2	123,0		
Ochorenia dýchacej sústavy	19,5			29,35		19,25		17,9	21,8
	18,2	18,8	21,5	25,9	32,8	17,0	21,5		

Zdroj: NCZI 2005

Graf č. 5

Miera úmrtnosti podľa vybraných príčin smrti v SR podľa krajov za rok 2005 - MUŽI v produktívnom veku



Zdroj: NCZI 2005

Celkovo najvyššiu úmrtnosť zo všetkých vekových kategórií majú muži v poproduktívnom veku. Ako je detailne vidieť z tabuľky č. 12 a z grafu č. 6 najvyšší podiel na úmrtnosti mužov v poproduktívnom veku majú ochorenia obehovej sústavy, ktoré niekoľkonásobne prevyšujú ostatné príčiny smrti. Nádory tvoria druhú najčastejšiu príčinu smrti mužov v poproduktívnom veku.

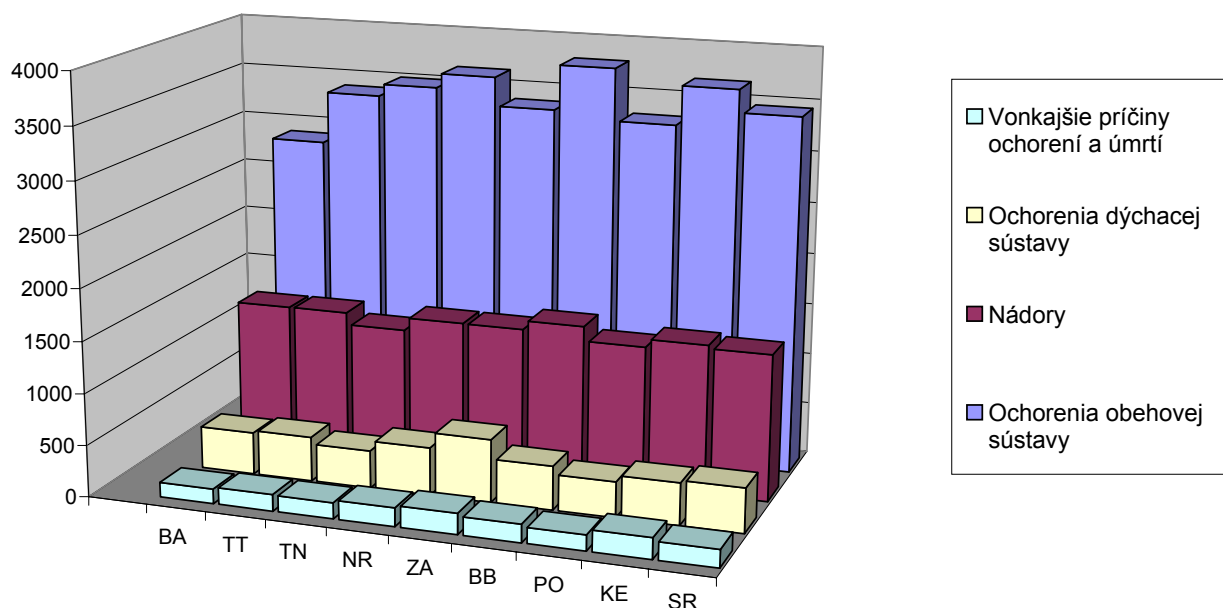
Tabuľka č. 12: Miera úmrtnosti podľa vybraných príčin smrti a krajov – MUŽI v poproduktívnom veku

Príčina smrti	ZS			SS		VS		BA	SR
	TT	TN	NR	ZA	BB	PO	KE		
Ochorenia obehovej sústavy	3508,7			3577,75		3479,85		2881,9	3449,3
	3384,5	3501,2	3640,4	3361,0	3794,5	3292,2	3667,5		
Nádory	1382,8			1467,35		1407,2		1417,0	1415,3
	1419,7	1301,8	1426,9	1424,5	1510,2	1368,0	1446,4		
Ochorenia dýchacej sústavy	420,23			518,3		377,35		408,4	431,6
	433,0	364,9	462,8	612,1	424,5	346,2	408,5		
Vonkajšie príčiny ochorení a úmrtí	165,3			189,85		177,25		141,6	172,4
	160,8	155,2	179,9	203,0	176,7	151,1	203,4		

Zdroj: NCZI 2005

Graf č. 6

Miera úmrtnosti podľa vybraných príčin smrti v SR podľa krajov za rok 2005 - MUŽI v poproduktívnom veku



Zdroj: NCZI 2005

Na úmrtnosti žien celkovo sa najvýznamnejšou mierou podieľajú ochorenia obehovej sústavy a nádory. Ako je jasne vidieť z tabuľky č. 13 a grafu č. 7 sú ochorenia obehovej sústavy mnohonásobne častejšou príčinou úmrtnosti žien v SR ako ostatné ochorenia. Nádory tvoria druhú najvýznamnejšiu príčinu úmrtnosti, ktorá je výrazne nad ostatnými tromi ochoreniami.

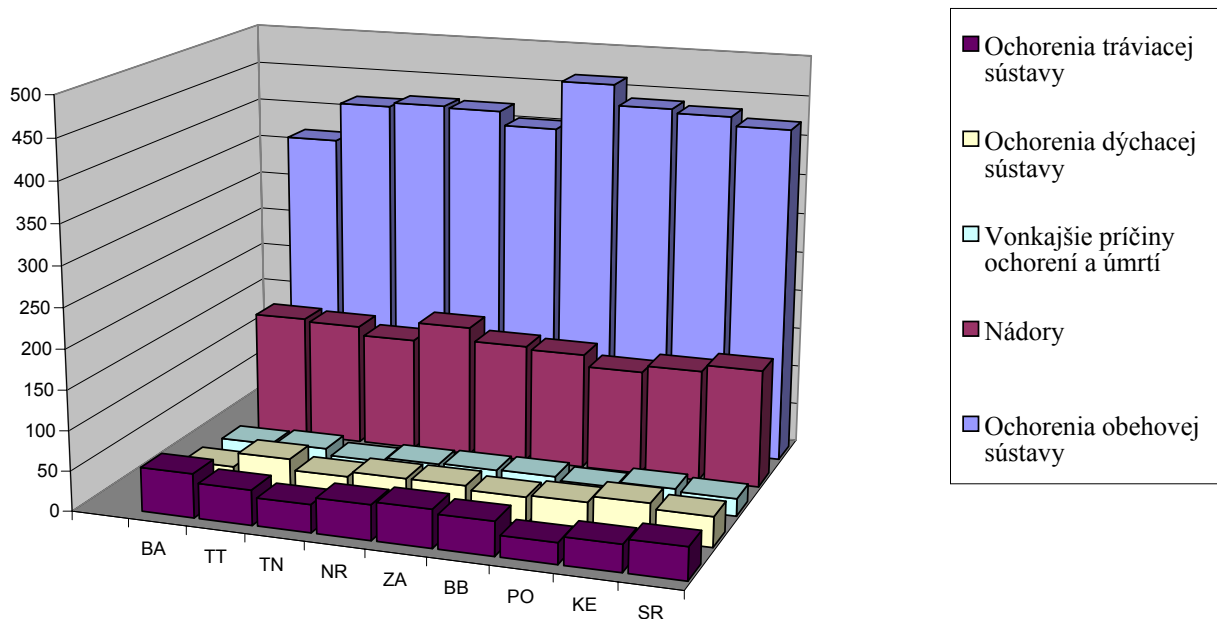
Tabuľka č. 13: Miera úmrtnosti podľa vybraných príčin smrti a krajov – ŽENY

Príčina smrti	ZS			SS		VS		BA	SR
	TT	TN	NR	ZA	BB	PO	KE		
Ochorenia obehovej sústavy	420,61			433,7		435,88		368,41	421,98
	417,84	422,93	421,08	403,39	464,01	438,38	433,39		
Nádory	153,88			146,98		134,82		156,30	147,61
	153,35	142,35	165,95	148,70	145,26	130,51	139,14		
Ochorenia tráviacej sústavy	40,7			44,9		29,9		54,8	40,3
	43,6	34,8	43,7	47,5	42,3	26,1	33,7		
Ochorenia dýchacej sústavy	39,28			36,51		40,45		28,00	37,46
	46,17	32,52	39,16	39,17	33,86	36,45	44,45		
Vonkajšie príčiny ochorení a úmrtí	20,96			22,78		21,83		22,26	21,89
	24,78	16,43	21,69	22,61	22,96	18,47	25,20		

Zdroj: NCZI 2005

Graf č. 7

Miera úmrtnosti podľa vybraných príčin smrti v SR podľa krajov za rok 2005 - ŽENY



Zdroj: NCZI 2005

V ďalších častiach analýzy úmrtnosti žien, rozdelenej na predproduktívny, produktívny a poproduktívny vek, sa zameriavame na prvé štyri diagnózy, ktoré sú najčastejšou príčinou úmrtnosti obyvateľov v SR – ochorenia obehovej sústavy, nádory, ochorenia dýchacej sústavy a vonkajšie príčiny ochorení a úmrtí.

Na základe údajov z tabuľky č. 14 a z grafu č. 8 vidieť, že ženy v predproduktívnom veku umierajú najčastejšie tak, ako muži v produktívnom veku, na vonkajšie príčiny ochorení a úmrtí. Ochorenia dýchacej sústavy a nádory sú tiež významnou mierou úmrtnosti žien v predproduktívnom veku.

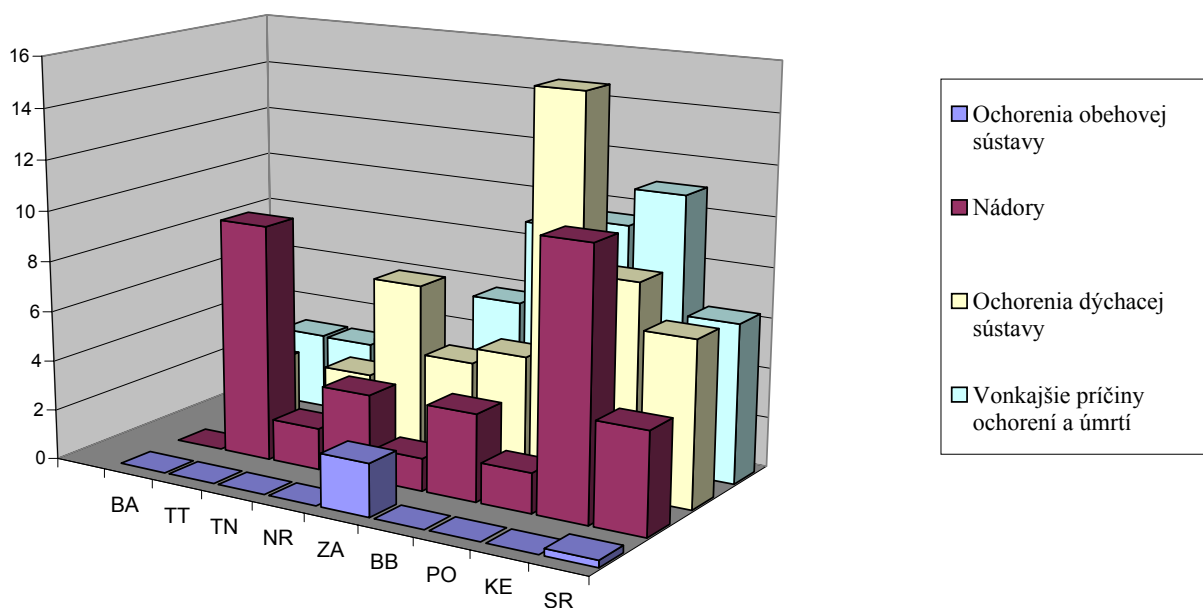
Tabuľka č. 14: Miera úmrtnosti podľa vybraných príčin smrti a krajov – ŽENY v predproduktívnom veku

Príčina smrti	ZS			SS		VS		BA	SR
	TT	TN	NR	ZA	BB	PO	KE		
Vonkajšie príčiny ochorenia a úmrtí	2,12			7,49		10,28		3,07	6,35
	3,04	3,33	0,00	5,82	9,17	9,56	11,01		
Ochorenia dýchacej sústavy	3,30			4,49		11,82		2,77	6,58
	0,00	2,96	6,95	4,19	4,79	15,26	8,39		
Nádory	4,82			2,37		6,07		0,00	4,04
	9,41	1,66	3,39	1,30	3,45	1,58	10,57		
Ochorenia obehovej sústavy	0,00			1,05		0,00		0,00	0,28
	0,00	0,00	0,00	2,10	0,00	0,00	0,00		

Zdroj: NCZI 2005

Graf č. 8

Miera úmrtnosti podľa vybraných príčin smrti a krajov za rok 2005 - ŽENY v predproduktívnom veku



Zdroj: NCZI 2005

Úmrtnosť žien v produktívnom veku je odlišná od úmrtnosti mužov v produktívnom veku. Pokým najčastejšou príčinou úmrtnosti mužov v produktívnom veku sú ochorenia obehovej sústavy, na úmrtnosti žien v produktívnom veku sa najvýznamnejšou mierou podieľajú nádory, ktoré sú dokonca dvojnásobne častejšou príčinou smrti ako ochorenia obehovej sústavy. Na základe štatistiky WHO, až 19% z úmrtí žien v produktívnom veku v SR na nádory v roku 2005 tvorili ochorenia rakoviny prsníka. Významnú mieru na úmrtnosti žien v produktívnom veku majú tiež vonkajšie príčiny ochorenia a úmrtí tak ako popisuje tabuľka č. 15 a graf č. 9.

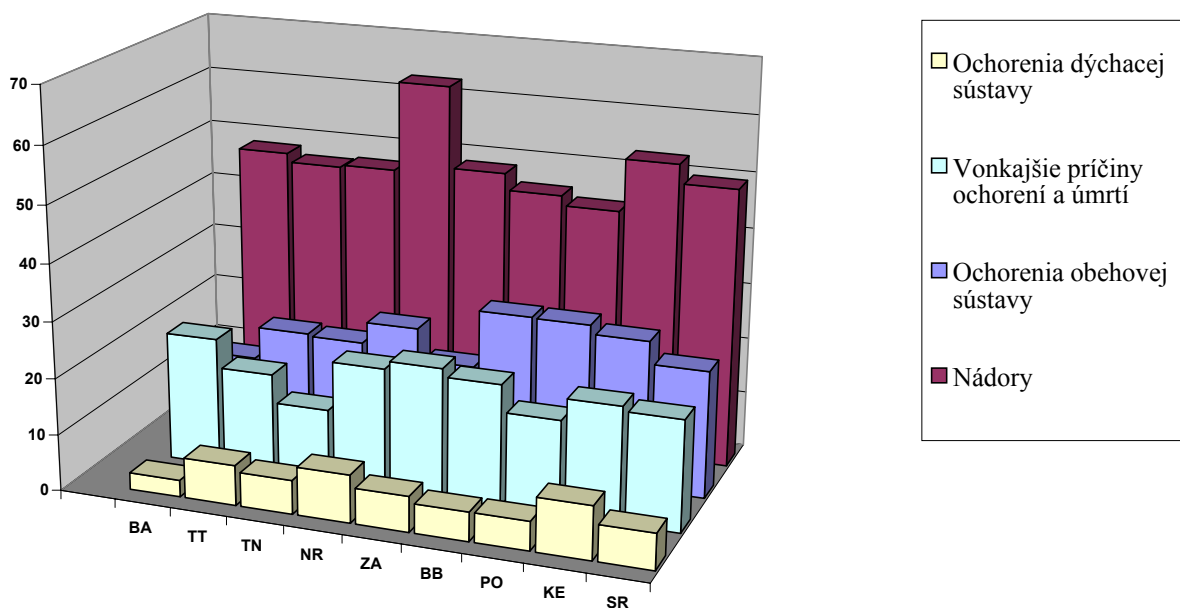
Tabuľka č. 15: Miera úmrtnosti podľa vybraných príčin smrti a krajov – ŽENY v produktívnom veku

Príčina smrti	ZS			SS		VS		BA	SR
	TT	TN	NR	ZA	BB	PO	KE		
Nádory	52,15			46,91		48,37		48,16	49,64
	46,57	47,00	62,89	48,38	45,45	43,74	53,00		
Ochorenia obehovej sústavy	21,26			23,19		27,36		14,46	22,57
	20,27	19,84	23,69	18,09	28,30	28,17	26,56		
Vonkajšie príčiny ochorení a úmrtí	17,41			22,25		18,33		22,92	19,68
	17,86	12,81	21,58	22,99	21,51	16,69	20,58		
Ochorenia dýchacej sústavy	7,22			5,75		7,31		3,00	6,39
	7,16	6,01	8,50	6,32	5,18	5,18	9,44		

Zdroj: NCZI 2005

Graf č. 9

Miera úmrtnosti podľa vybraných príčin smrti v SR podľa krajov za rok 2005 - ŽENY v produktívnom veku



Zdroj: NCZI 2005

Z údajov v tabuľke č. 16 a z grafu č. 10 je vidieť, že na úmrtnosti žien v poproduktívnom veku majú najvyšší podiel ochorenia obehovej sústavy nasledované nádormi a ochoreniami dýchacej sústavy. Vonkajšie príčiny ochorení a úmrtí majú najnižší podiel na úmrtnosti žien v poproduktívnom veku.

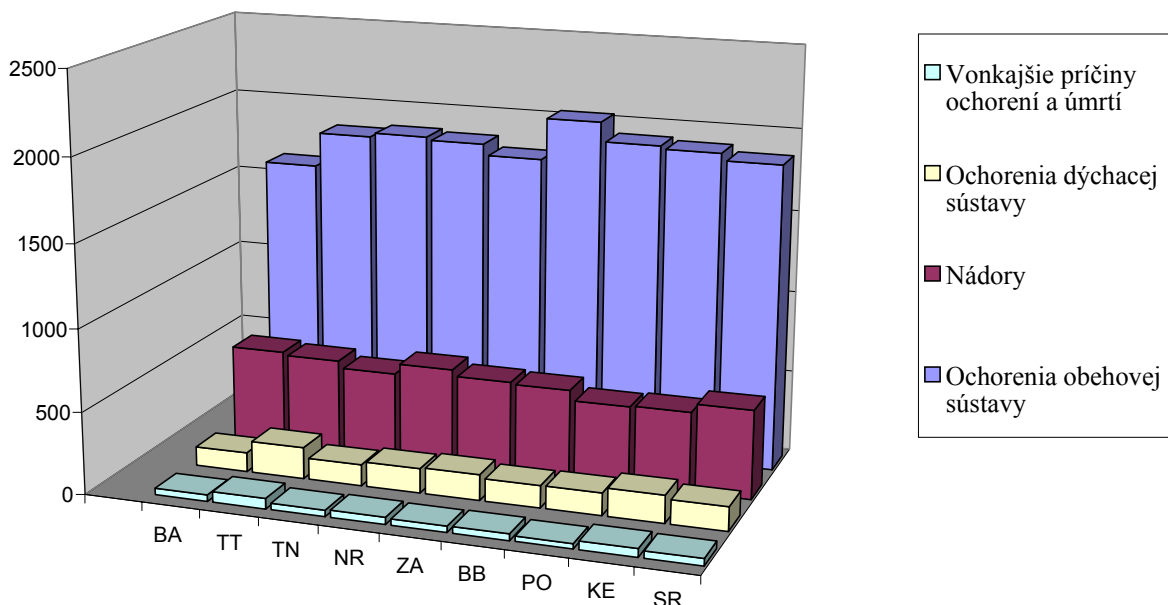
Tabuľka č. 16: Miera úmrtnosti podľa vybraných príčin smrti a krajov – ŽENY v poproduktívnom veku

Príčina smrti	ZS			SS		VS		BA	SR
	TT	TN	NR	ZA	BB	PO	KE		
Ochorenia obehovej sústavy	1857,76			1911,3		1911,65		1637,8	1860,4
	1847,7	1871,9	1853,7	1785,5	2037,1	1920,9	1902,4		
Nádory	561,9			546,3		483,65		587,9	540,6
	569,1	525,7	590,9	551,5	541,1	480,3	487,0		
Ochorenia dýchacej sústavy	156,9			146,85		153,4		116,9	147,4
	191,7	129,6	149,4	157,8	135,9	137,2	169,6		
Vonkajšie príčiny ochorení a úmrtí	48,86			39,45		41,55		39,7	43,1
	64,1	38,8	43,7	38,4	40,5	31,9	51,2		

Zdroj: NCZI 2005

Graf č. 10

Miera úmrtnosti podľa vybraných príčin smrti v SR podľa krajov za rok 2005 - ŽENY v poproduktívnom veku



Zdroj: NCZI 2005

Celkovo na úmrtnosti obyvateľov SR majú najvyšší podiel ochorenia obehovej sústavy, aj v rozdelení podľa pohlavia a veku. Výnimkou sú muži a ženy v predproduktívnom veku, pri ktorých sú najčastejšie vonkajšie príčiny ochorení a úmrtí a ženy v produktívnom veku, ktorých najčastejšou príčinou úmrtnosti sú nádory, kde až 19% tvoria ochorenia rakoviny prsníka.

3.3.2 Vybrané charakteristiky zdravotného stavu marginalizovaných rómskych komunít

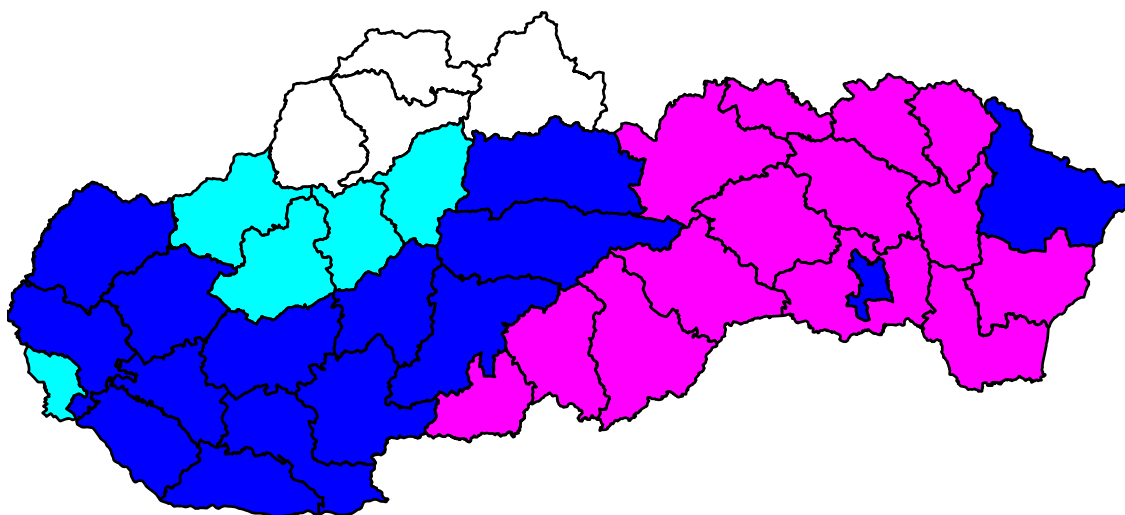
Marginalizované komunity sú skupiny obyvateľov, ktoré z rôznych objektívnych a subjektívnych príčin nemajú rovnaký prístup k vzdelaniu, zdravotnej starostlivosti, zamestnanosti a k ďalším oblastiam spoločenského života. Medzi marginalizované skupiny obyvateľov zaraďujeme napr. zdravotne postihnutých, nezamestnaných, deti a mládež, seniorov, utečencov, bezdomovcov a rómsku komunitu žijúcu v separovaných a segregovaných osadách a lokalitách.

Medzi najviac ohrozené skupiny populácie na Slovensku patrí predovšetkým rómska komunita žijúca v segregovaných a separovaných osadách a lokalitách. Zhoršený zdravotný stav znevýhodnenej rómskej komunity, v porovnaní s majoritnou populáciou sa vo zvýšenej miere podieľa na zvýšených nákladoch spoločnosti na liečbu, pracovnú neschopnosť, hospitalizáciu a invaliditu a je jednou z objektívnych príčin marginalizácie tejto komunity.

Priestorová distribúcia rómskeho obyvateľstva v SR podľa posledného sčítania obyvateľstva v roku 2001 poukazuje na najväčšiu koncentráciu obyvateľov rómskej národnosti v Prešovskom samosprávnom kraji a za ním nasleduje Košický a Banskobystrický samosprávny kraj. Hustota osídlenia Slovenska Rómami je veľmi nehomogénna – obrázok č. 3, najvyššia je vo východoslovenskom regióne, kde Rómovia vytvorili celé osady.

Obrázok č. 3

Hustota osídlenia Rómov na Slovensku



Hustota osídlenia na 1 000 obyvateľov



Zdroj: ÚVZ SR 2006

Rómska populácia má svoje špecifiká, ktorými sa značne odlišuje od majoritnej populácie. Je to populácia s progresívnou vekovou štruktúrou, t. j. s vysokým podielom detskej populácie a nízkym podielom obyvateľstva nad 60 rokov.

Hlavné determinujúce faktory ovplyvňujúce nižšiu kvalitu zdravotného stavu znevýhodnenej rómskej populácie sú v súčasnosti najmä nedostatočná úroveň zdravotného uvedomenia, nízky štandard osobnej hygieny, nízky štandard komunálnej hygieny – absencia zdrojov pitnej vody, kanalizácie, chýbajúci odvoz smetí, absencia sociálnych zariadení, nízky štandard bývania a ekologická rizikovosť prostredia, s ktorou súvisí znečistené a zdevastované životné prostredie. Alarmujúci je stav najmä v izolovaných rómskych osadách, v ktorých často kvalita bývania

nezodpovedá základným hygienickým požiadavkám, nezdravé stravovacie návyky, nevyhovujúca výživa, zvyšujúca sa miera užívania alkoholu a tabakových výrobkov, rozrastajúca sa závislosť na drogách, a tým zvýšené riziko infekcie vírusom HIV a hepatitídy typu B a C.

Všetky tieto faktory sa odzrkadľujú aj v krátkej dĺžke života obyvateľov segregovanej rómskej populácie [stredná dĺžka života - očakávané dožitie je u rómskej populácie výrazne nižšia ako u majoritnej populácie, muži sa dožívajú 55 rokov (majorita 70,3 roka) a ženy 59 rokov (majorita 77,8 roka)], vysokej novorodeneckej a dojčenskej úmrtnosti, nízkom priemernom veku zomrelých v porovnaní s majoritnou skupinou, vysokou frekvenciou ochorení, chronickými chorobami a trvalým znížením fyzickej a mentálnej výkonnosti.

Najčastejšími ochoreniami u obyvateľov žijúcich v rómskych osadách (najmä detí) sú ochorenia infekčnej etiológie, na ktorých vznik a šírenie majú rozhodujúci vplyv nízke hygienické a slabé sociálno-ekonomické podmienky a nesprávny spôsob života rómskej menšiny.

Napríklad z celkového počtu 326 prípadov tuberkulózy v roku 2006, bolo hlásených 62 u rómskeho obyvateľstva, čo predstavuje 19,1% z počtu hlásených ochorení.

Najvyšší podiel ochorení na bacilárnu dyzentériu (66% - 68%) za posledné 3 roky, sa vyskytol práve u rómskej populácie. Podobná situácia bola zaznamenaná aj u ochorení na vírusovú hepatitídu typu A (53% - 59%). Napríklad v roku 2005 chorobnosť rómskeho etnika pravdepodobne vysoko prevyšovala chorobnosť majoritného obyvateľstva, odhadovala sa na 61,0/100 000 obyvateľov, kým celková chorobnosť populácie SR bola 9,8 100 000 obyvateľov.

Vysoký podiel ochorení u Rómov býva zaznamenaný každoročne u invazívnych meningokokových nákaz, v roku 2006 to predstavovalo až 71% z celkovej populácie.

Výskyt prípadov svrabu zaznamenaný za posledné tri roky u Rómov bol na úrovni približne 30% z celkového počtu ochorení hlásených v SR, čo predstavuje relatívne vysoký podiel. Prehľad výskytu vybraných ochorení u obyvateľov rómskeho etnika je uvedený v tabuľke č.17.

Tabuľka č. 17: Vybrané prenosné ochorenia u obyvateľov rómskeho etnika v rokoch 2004 – 2006. Podiel na celkovom výskyte v SR.

Ochorenie	2004		2005		2006	
	Počet ochorení u Rómov	% z počtu hlásených ochorení	Počet ochorení u Rómov	% z počtu hlásených ochorení	Počet ochorení u Rómov	% z počtu hlásených ochorení
Salmonelóza	568	4,3	550	4,4	400	5,1
Bacilárna dyzentéria	557	67,5	362	67,8	276	65,9
Ostatné hnačkové ochorenia	734	11,4	687	8,7	752	9,6
Meningokokové ochorenia	16	51,6	18	40,0	22	71,0
Vírusová hepatitída typu A	318	52,6	310	58,6	233	57,1
Svrab	400	27,8	347	28,2	281	31,5

Zdroj: ÚVZ SR 2006

Na základe materiálu Úradu verejného zdravotníctva SR schváleného vládou SR sa v roku 2006 na vysokom pomere predčasnej mortality u rómskej populácie podieľajú kardiovaskulárne ochorenia a to viac ako 2, 5 krát častejšie v porovnaní s majoritnou populáciou. Významnú úlohu vo vysokom výskyte kardiovaskulárnych ochorení rómskej populácie má hlavne častá

konzumácia živočíšnych tukov, mäsa, sladkostí a sladených nápojov, nízka konzumácia ovocia a zeleniny, preferencia bieleho chleba pred tmavým, obezita, vysoká miera fajčenia – často už od veľmi mladého veku, nedostatok fyzickej aktivity a veľmi vysoká konzumácia alkoholu. Organizmus u rómskej populácie je následkom tejto nesprávnej životosprávy málo zásobený ochrannými faktormi - menovite vitamínom C, betakaroténom a vitamínom B6.

Vysoká kardiovaskulárna mortalita súvisí aj s vysokou prevalenciou diabetu a vysokým výskytom chronických infekcií.

3.3.3 Akútna klinická zdravotná starostlivosť (kuratíva)

Liečba ochorení „skupiny 5“ je, v zmysle vyhlášky Ministerstva zdravotníctva SR č. 770/2004 Z.z., zabezpečovaná vo všeobecných a vybraných špecializovaných nemocniciach, ktoré sú v systéme ústavnej zdravotnej starostlivosti definované v kapitole 3.2.1. Celkový počet 172 ústavných zdravotníckych zariadení v SR tvorí 73 všeobecných a 52 špecializovaných nemocníc, z toho v cieľi „Konvergencia“ je to 67 všeobecných nemocníc a 36 špecializovaných nemocníc.

Podiel počtu hospitalizácií v nemocniciach podľa ochorení „skupiny 5“, k počtu hospitalizácií všetkých ochorení v roku 2005 uvádzaných v tabuľke č. 18 bol v SR 50,42%, v cieľi „Konvergencia“ to bolo 50,58%. Z analýzy vyplýva, že najvyšší počet hospitalizácií podľa druhov ochorení je pri ochoreniach obehovej sústavy, ktoré tvoria až 15,4% všetkých hospitalizácií.

Najvyšší počet hospitalizácií je z regionálneho hľadiska vo východoslovenskom regióne. V Prešovskom a Košickom kraji je počet hospitalizácií v priemere o 27% vyšší ako v ostatných regiónoch Slovenska.

Tabuľka č. 18: Počet hospitalizácií podľa ochorení „skupiny 5“ v regiónoch NUTS III v roku 2005

Región NUTS II	Región NUTS III	Choroby obehovej sústavy	Nádory	Vonkajšie príčiny chorobnosti a úmrtnosti	Choroby dýchacej sústavy	Choroby tráviacej sústavy	Vybrané ochorenia a spolu	Percentuálny podiel vybraných ochorení na všetkých ochoreniach	Všetky ochorenia*
ZS	TT	13 841	10 080	9 127	7 278	9 547	49 873	51,07%	97 657
	TN	20 434	11 052	10 311	9 787	11 688	63 272	51,63%	122 553
	NR	19 612	12 220	10 554	10 294	14 059	66 739	50,35%	132 552
	Spolu	53 887	33 352	29 992	27 359	35 294	179 884	50,99%	352 762
SS	ZA	18 204	11 106	10 542	10 501	12 369	62 722	49,31%	127 187
	BB	22 060	10 823	11 899	11 223	12 850	68 855	53,00%	129 920
	Spolu	40 264	21 929	22 441	21 724	25 219	131 577	51,17%	257 107
VS	PO	27 520	13 462	12 761	18 108	14 931	86 782	49,66%	174 760
	KE	26 596	14 577	12 311	15 151	15 379	84 014	49,78%	168 770
	Spolu	54 116	28 039	25 072	33 259	30 310	170 796	49,71%	343 530
Cieľ „Konvergencia“		148 267	83 320	77 505	82 342	90 823	482 257	50,58%	953 399
BA		15 943	11 642	10 447	6 908	10 632	55 572	48,70%	114 122
SR		164 210	94 962	87 952	89 250	101 455	537 829	50,42%	1 067 521

*Na základe medzinárodnej klasifikácie chorôb (MKCH-10) je definovaných 21 kapitol ochorení

Zdroj: NZCI 2007

Podľa údajov uvedených v tabuľke č.19 priemerná dĺžka hospitalizácie v SR v roku 2005 bola pri všetkých diagnózach 8,3 dňa a pri vybraných ochoreniach (ochorenia „skupiny 5“) 7,7 dňa.

Tabuľka č. 19: Počet hospitalizácií a priemerná dĺžka hospitalizácie podľa ochorení „skupiny 5“ v roku 2005

Ochorenie	Počet hospitalizácií	Priemerná dĺžka hospitalizácie v dňoch
Choroby obehovej sústavy	164 540	9,0
Nádory	95 034	9,1
Vonkajšie príčiny chorobnosti a úmrtnosti	88 808	5,6
Choroby dýchacej sústavy	89 446	8,2
Choroby tráviacej sústavy	101 758	6,5
Vybrané ochorenia spolu	539 586	7,7
Všetky ochorenia*	1 070 268	8,3

*Na základe medzinárodnej klasifikácie chorôb (MKCH-10) je definovaných 21 kapitol ochorení

Zdroj: NCZI 2007

Z analýzy zdravotného stavu obyvateľstva SR vyplynula jednoznačne a prioritne nutnosť akútnej klinickej nemocničnej liečby ochorení „skupiny 5“, ktorú je možné zabezpečiť len vo vybraných všeobecných a špecializovaných nemocniciach.

Stav materiálno technickej základe zdravotníckej infraštruktúry všeobecných a špecializovaných nemocníc je podrobne analyzovaný v kapitole 3.4 „Analýza zdravotníckej infraštruktúry v Slovenskej republike“ v podkapitole 3.4.1 „Zariadenia ústavnej zdravotnej starostlivosti“.

3.3.4 Prevencia ochorení

Prevencia ochorení je neodmysliteľnou súčasťou starostlivosti o zdravie obyvateľstva. V zmysle zákona č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti a službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti je prevencia definovaná ako:

- a) výchova a vzdelávanie s cieľom ochrany, zachovania alebo navrátenia zdravia osobe,
- b) aktívne vyhľadávanie možných príčin chorôb, ich odstraňovanie a predchádzanie vzniku chorôb,
- c) vyhľadávanie patologických procesov v ich symptomatickom období s cieľom liečby, ktorou sa predchádza ich klinickému prejavu,
- d) aktívne sledovanie choroby s cieľom predchádzania zhoršeniu zdravotného stavu osoby.

Význam prevencie je vo včasnom zachytení rizikových faktorov ochorení ovplyvňujúcich zdravotný stav obyvateľstva, ktoré majú najväčší podiel na úmrtnosti.

V súčasnej dobe je možné štatisticky sledovať preventívne vyšetrenia v rádiodiagnostických oddeleniach a ambulanciách, v oddeleniach a ambulanciách klinickej onkológie, v gynekologických ambulanciách, vo všeobecných a v stomatologických ambulanciách.

Nasledovné tabuľky č. 20 až č. 23 a grafy č. 11 až č. 14 zachytávajú vývojový trend počtu preventívnych vyšetrení v sledovaných oddeleniach a ambulanciách na úrovni jednotlivých krajov v časovom horizonte 5-tich rokov.

Prevencia v gynekologických ambulanciách sa zameriava aj na predchádzanie výskytu rakoviny krčka maternice a v spolupráci s ambulanciami rádiodiagnostiky na odhaľovaní výskytov rakoviny prsníka.

Ako popisuje tabuľka č. 20 počet preventívnych gynekologických vyšetrení v SR poklesol v roku 2005 oproti roku 2001 o 5,2%. Nárast preventívnych vyšetrení v tomto období bol iba v Trenčianskom, Nitrianskom a Žilinskom kraji.

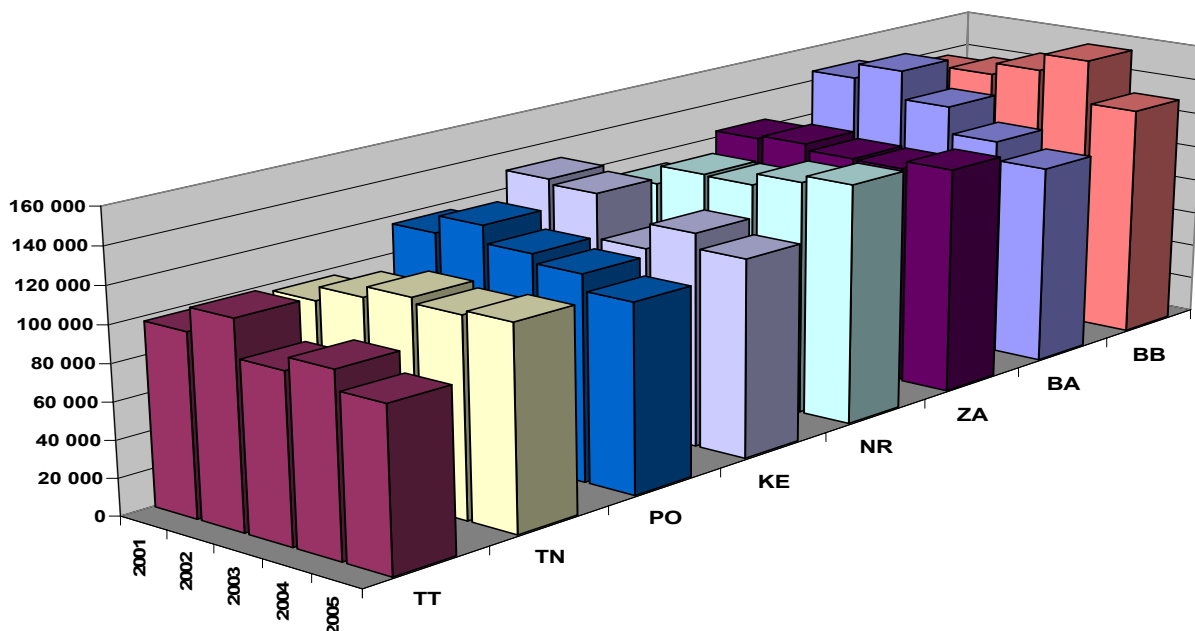
Tabuľka č. 20: Gynekologické vyšetrenia

Región NUTS II	Región NUTS III	2001	2002	2003	2004	2005
		Počet vyšetrení	Počet vyšetrení	Počet vyšetrení	Počet vyšetrení	Počet vyšetrení
ZS	TT	97 878	110 836	90 651	97 777	87 285
	TN	96 587	104 301	110 239	107 231	109 611
	NR	112 684	123 124	122 454	128 919	132 837
	Spolu	307 149	338 261	323 344	333 927	329 733
SS	ZA	124 124	125 922	122 432	121 891	126 254
	BB	136 587	139 681	146 646	156 537	131 592
	Spolu	260 711	265 603	269 078	278 428	257 846
VS	PO	116 217	125 827	116 356	111 384	102 590
	KE	130 265	127 487	102 875	116 736	108 558
	Spolu	246 482	253 314	219 231	228 120	211 148
Cieľ „Konvergencia“		814 342	857 178	811 653	840 475	798 727
BA		146 031	154 539	138 273	122 888	112 131
SR		960373	1011717	949926	963063	910858

Zdroj: NCZI 2005

Graf č. 11

Gynekologické vyšetrenie podľa rokov a krajov



Zdroj: NCZI 2005

Analýza vyplývajúca z tabuliek č. 21 a 22 a spoločného grafu č. 13 nepriamo poukazuje na skutočnosť, že u najčastejšieho nádorového ochorenia žien, rakoviny prsníka, s rastom počtu preventívnych vyšetrení klesá miera úmrtnosti na túto diagnózu.

Pri včasnej diagnostike ide pritom o liečiteľné ochorenie. V Slovenskej republike neexistuje legislatíva týkajúca sa povinnosti žien absolvovať mamografický skrining a tým šanca žien na prežitie je teda o 30-40% nižšia ako v ostatných krajinách EÚ, kde sa skrining aktívne vykonáva.

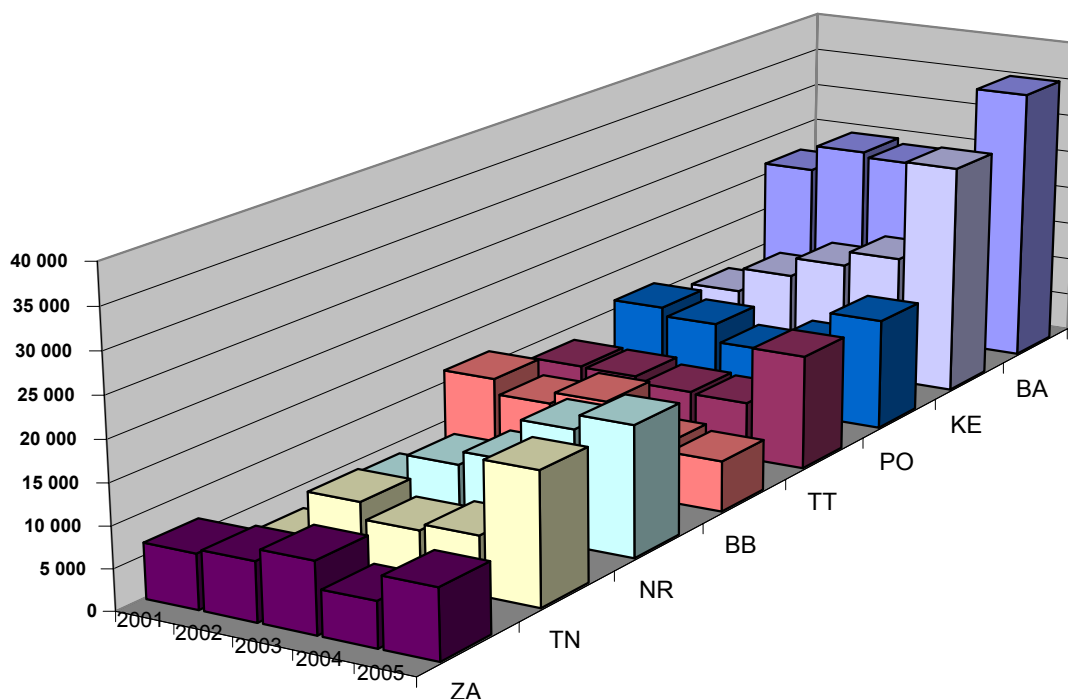
Tabuľka č. 21: Počet preventívnych vyšetrení žien – Mamografy

Región NUTS II	Región NUTS III	2001	2002	2003	2004	2005
		Počet vyšetrení	Počet vyšetrení	Počet vyšetrení	Počet vyšetrení	Počet vyšetrení
ZS	TT	8 336	8 224	7 395	7 162	14 332
	TN	2 273	8 409	6 397	7 175	16 146
	NR	3 654	7 406	9 122	14 279	16 070
	Spolu	14 263	24 039	22 914	28 616	46 548
SS	ZA	6 684	7 194	8 669	5 495	8 523
	BB	11 705	9 793	11 268	7 059	6 325
	Spolu	18 389	16 987	19 937	12 554	14 848
VS	PO	11 345	10 248	7 870	9 603	14 078
	KE	8 949	12 170	14 659	16 595	29 688
	Spolu	20 294	22 418	22 529	26 198	43 766
Cieľ „Konvergencia“		52 946	63 444	65 380	67 368	105 162
BA		21 638	25 040	24 350	21 630	35 636
SR		74 584	88 484	89 730	88 998	140 798

Zdroj: NCZI 2005

Graf č. 12

Mamografy - Počet preventívnych vyšetrení ŽENY



Zdroj: NCZI 2005

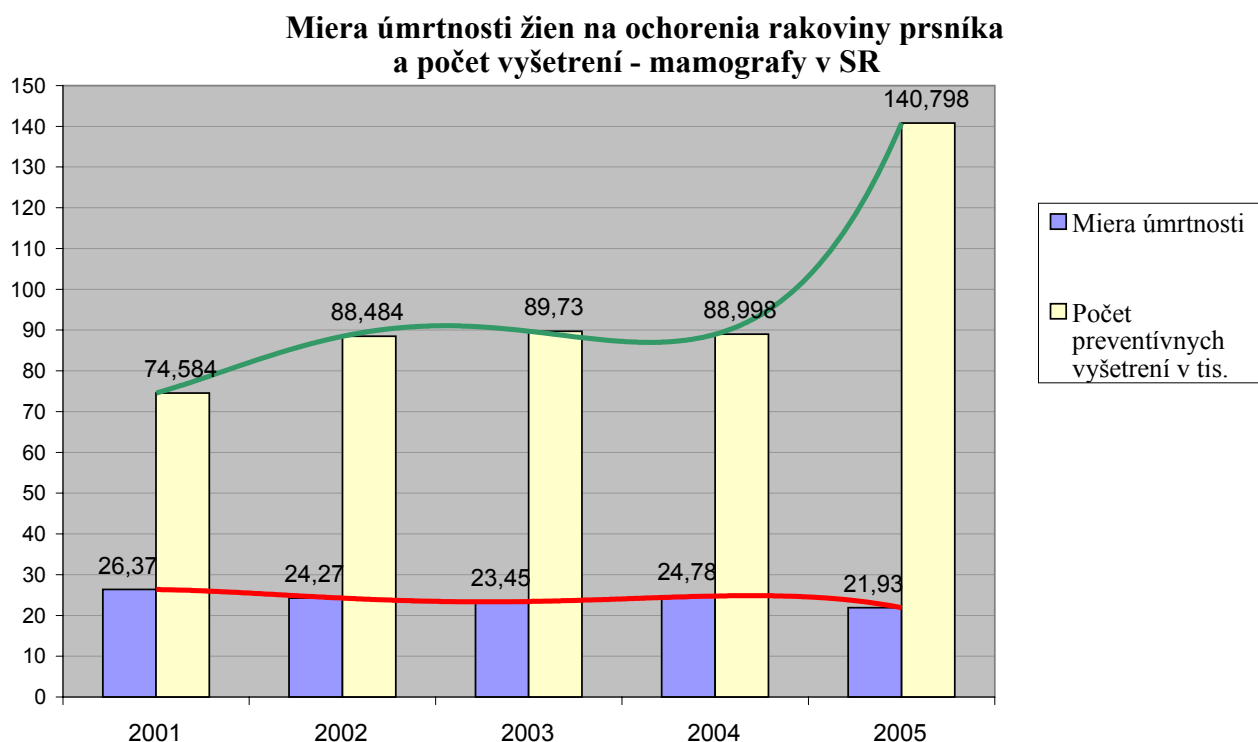
Tabuľka č. 22: Miera úmrtnosti* žien na ochorenia rakoviny prsníka v SR

Rok	Miera úmrtnosti
2001	26,37
2002	24,27
2003	23,45
2004	24,78
2005	21,93

*na 100 000

Zdroj: WHO 2007

Graf č. 13



*na 100 000

Zdroj: WHO 2007

Výsledkom analýzy nádorových ochorení žien, ktorý vychádza z limitovanej dostupnosti extenzívnych informácií o prevencii ochorení a štatistiky WHO (zo všetkých nádorových ochorení žien tvoria ochorenia rakoviny prsníka 15% príčin úmrtí) je zistenie, že u najčastejšieho nádorového ochorenia žien, rakoviny prsníka, s rastom počtu preventívnych vyšetrení klesá miera úmrtnosti žien na túto diagnózu.

Primárne preventívne vyšetrenia vo všeobecných ambulanciách sa zameriavajú na ochorenia obehovej sústavy, dýchacej sústavy a tráviacej sústavy v spolupráci so špecializovanými ambulanciami. Trend vývoja počtu preventívnych prehliadok vo všeobecných ambulanciách je vo všetkých krajoch približne vyrovnaný, vo väčšine z nich s mierne stúpajúcou tendenciou.

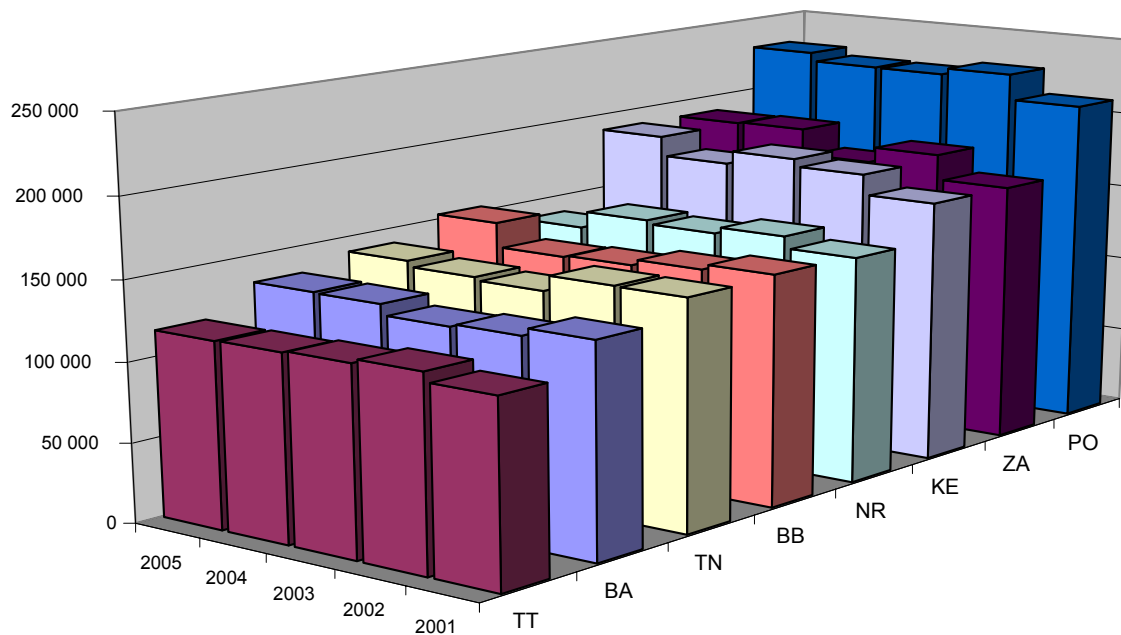
Tabuľka č. 23: Počet preventívnych prehliadok vo všeobecných ambulanciách

Región NUTS III	Región NUTS III	2001	2002	2003	2004	2005
		Počet vyšetření	Počet vyšetření	Počet vyšetření	Počet vyšetření	Počet vyšetření
ZS	TT	115 015	120 863	118 202	116 998	116 557
	TN	144 833	145 112	135 051	137 063	140 804
	NR	144 348	151 789	147 557	149 906	139 207
	Spolu	404 196	417 764	400 810	403 967	396 568
SS	ZA	167 121	183 409	173 279	190 350	189 599
	BB	146 091	142 688	138 818	137 788	153 387
	Spolu	313 212	326 097	312 097	328 138	342 986
VS	PO	211 249	228 157	223 884	224 256	229 989
	KE	167 653	180 578	185 427	176 905	189 711
	Spolu	378 902	408 735	409 311	401 161	419 700
Cieľ „Konvergencia“		1 096 310	1 152 596	1 122 218	1 133 266	1 159 254
BA		132 984	128 008	126 267	133 017	133 446
SR		1 229 294	1 280 604	1 248 485	1 266 283	1 292 700

Zdroj: NCZI 2005

Graf č. 14

Počet preventívnych prehliadok vo všeobecných ambulanciách



Zdroj: NCZI 2005

Preventívne vyšetrenie spojené s predchádzaním vzniku ochorenia aktívnym vyhľadávaním patologických procesov, s cieľom liečby a predchádzania ich klinických prejavov je nevyhnutné vykonávať s určitou periodicitou. V negatívnych prípadoch je nevyhnutné aktívne sledovanie choroby s cieľom predchádzania zhoršeniu zdravotného stavu osoby.

3.3.5 Ekonomika zdravotného stavu

Zlý zdravotný stav populácie v SR a následne nevyhnutná liečba a starostlivosť majú priamy vplyv na výšku práceneschopnosti. Tento ukazovateľ je dôležitý z hľadiska národnej ekonomiky a zároveň indikuje zdravotný stav obyvateľstva (najmä ekonomicky aktívneho). Priemerný denný stav práceneschopnosti dosiahol v roku 2004 až 70 500 práceneschopných na deň.

Práceneschopnosť má na verejné výdavky negatívny finančný dopad, neúmerne zaťažuje systém nemocenského poistenia, a negatívne vplýva na ekonomiku štátu v dôsledku nevyprodukovanej hodnoty.

Tabuľka č. 24: Pracovná neschopnosť v dôsledku choroby v dňoch na jedného pracovníka za rok 2003 v štátoch EÚ

Pracovná neschopnosť	
Česká republika	24,9
Maďarsko	15,6
Rakúsko	12
Slovensko	18
EÚ	12,6
EÚ 15	12,94 (najaktuálnejší údaj z roku 1999)

Zdroj: WHO 2007

Pracovná neschopnosť vykazovaná v štátoch EÚ bola v roku 2003 12,6 dňa na jedného pracovníka. Zo susedných krajín iba Česká republika vykazovala vyššiu pracovnú neschopnosť (24,9%) ako Slovensko (18%). Najaktuálnejšie údaje o pracovnej neschopnosti vykazovanej v EÚ 15 sú dostupné z roku 1999.

Primárnym ukazovateľom spotreby verejných výdavkov vo vzťahu k zdravotnému stavu obyvateľstva, okrem miery práceneschopnosti, je aj suma nákladov na zabezpečenie samotnej zdravotnej starostlivosti. Nasledujúca tabuľka demonštruje vynakladanie verejných výdavkov v Slovenskej republike v priemete štyroch rokov (2002 – 2005) na zdravotnú starostlivosť podľa vekových skupín (predproduktívny, produktívny a poproduktívny vek) a podľa pohlavia.

Tabuľka č. 25: Prehľad verejných výdavkov na poskytnutú zdravotnú starostlivosť (v tis. EUR)

		SPOLU	ŽENY	MUŽI
Predproduktívny vek	2002	48 441	22 337	26 104
	2003	53 823	24 197	29 626
	2004	52 457	24 485	27 972
	2005	45 892	20 946	24 946
Produktívny vek	2002	80 377	44 398	35 979
	2003	83 772	42 371	41 401
	2004	85 739	46 138	39 601
	2005	86 537	46 728	39 809

Poproduktívny vek (celkom 60+, ženy 55+, muži 60+)	2002	98 169	58 987	39 182
	2003	108 645	65 430	43 215
	2004	115 164	68 739	46 425
	2005	126 804	75 808	50 996
Spolu (všetky vekové kategórie)	2002	226 987	125 722	101 265
	2003	246 240	131 998	114 242
	2004	253 360	139 362	113 998
	2005	259 233	143 482	115 751

Zdroj: ŠÚ SR 2006 (prepočítané kurzom 38SKK/EUR)

Tabuľka č. 26: Priemerné ročné náklady na poistenca (v EUR)

		SPOLU	ŽENY	MUŽI
Predproduktívny vek	2002	150	141	159
	2003	173	159	187
	2004	175	167	183
	2005	154	144	164
Produktívny vek	2002	205,5	218	193
	2003	214,5	226	203
	2004	219	228	210
	2005	223,5	234	213
Poproduktívny vek (celkom 60+, ženy 55+, muži 60+)	2002	544,5	528	561
	2003	607,5	585	630
	2004	641	607	675
	2005	705,5	663	748
Spolu (všetky vekové kategórie)	2002	900	887	913
	2003	995	970	1020
	2004	1035	1002	1068
	2005	1083	1041	1125

Zdroj: ŠÚ SR 2006 (prepočítané kurzom 38SKK/EUR)

Vyššie uvádzané údaje (tabuľka č. 26) o nákladoch na zdravotnú starostlivosť sú vyjadrením celkových výdavkov z verejného zdravotného poistenia. Nižšie uvádzané náklady (tabuľka č. 27) sú podrobnejším analytickým vyčíslením nákladovosti na nemocničnú zdravotnú starostlivosť, podľa ochorení „skupiny 5“.

Ekonomická náročnosť a výška výdavkov v rámci hospitalizácie v rokoch 2000 – 2005 poukazuje na negatívny pretrvávajúci trend a rast výdavkov u všetkých ochorení „skupiny 5“, avšak výdavky na ochorenia obehovej sústavy výrazne prevyšujú nad ostatnými. Ochorenia „skupiny 5“ z celkového počtu 21 ochorení, podľa MKCH-10, predstavujú takmer 50% všetkých výdavkov - nákladov na nemocničnú zdravotnú starostlivosť v SR.

Tabuľka č. 27: Náklady na nemocničnú zdravotnú starostlivosť podľa ochorení „skupiny 5“ v SR v roku 2005

Základné ochorenie podľa kapitoly MKCH-10	Hospitalizácie		Priemerný ošetrovací čas v dňoch	Priemerné náklady nemocnic ² na ošetrovací deň (v EUR ³)	Náklady na priemerný ošetrovací čas (v EUR ³)	Náklady na všetky hospitalizácie (v mil. EUR ³)	% z celkových nákladov
	Počet	% z celkového počtu hospitalizácií					
	(A)	(B)	(C)	(D)	(E) = (D) x (C)	(F) = (E) x (A)	(G)
Choroby obehovej sústavy	164 540	15,40	9,00	87,86	790,71	130,10	16,67
Nádory	95 034	8,90	9,10	87,86	799,49	75,98	9,74
Vonkajšie príčiny chorobnosti a úmrtnosti ¹	88 808	8,30	5,60	87,86	491,99	43,69	5,60
Choroby dýchacej sústavy	89 446	8,40	8,20	87,86	720,42	64,44	8,26
Choroby tráviacej sústavy	101 758	9,50	6,50	87,86	571,07	58,11	7,45
Vybrané diagnózy spolu	539 586	50,42	7,68	87,86	674,74	364,08	46,65
Všetky diagnózy spolu	1 070 268	100,00	8,30	87,86	729,21	780,45	100,00

¹ vrátane poranení, otráv a niektorých iných následkov vonkajších príčin

² všeobecné a špecializované nemocnice formy príspevkových a neziskových organizácií

³ prepočítané kurzom NBS 33,184 SKK/EUR k 26.7.2007

Zdroj: NCZI 2007

Vývoj nákladov na ambulantnú zdravotnú starostlivosť na ošetrovací deň v tabuľke č. 28 v období rokov 2000 – 2005 mal výrazne rastúci trend pričom počet ošetrovacích dní klesal. Celkové náklady na ambulantnú starostlivosť od roku 2000 do roku 2003 rástli, avšak od roku 2003 výrazne klesali.

Trend vývoja počtu návštev ambulancií na osobu v SR v rozmedzí rokov 2000 – 2005 mal klesajúcu tendenciu, avšak v porovnaní s EÚ je návštevnosť ambulancií stále výrazne nad jej priemerom, ako vidieť z tabuľky č. 29.

Tabuľka č. 28: Náklady na ambulantnú zdravotnú starostlivosť v SR

Rok	Náklady na ošetrovací deň ¹ v EUR ²	Počet ošetrovacích dní	Náklady celkom v mil. EUR ²
2000	22,06	81 330	1,79
2001	23,81	83 336	1,98
2002	28,87	70 977	2,05
2003	37,33	54 331	2,03

2004	50,12	29 152	1,46
2005	54,53	17 091	0,93

¹ polikliniky² prepočítané kurzom NBS 33,184 SKK/EUR k 26.7.2007

Zdroj: NCZI 2007

Tabuľka č. 29: Návštevnosť ambulancií na osobu za rok (v dňoch)

Rok	Slovensko	EÚ	Rozdiel	Rozdiel v %
2000	16,26	6,67	9,59	143,78
2001	14,61	6,69	7,92	118,39
2002	14,48	6,75	7,73	114,52
2003	12,96	6,80	6,16	90,59
2004	13,00	6,83	6,17	90,34
2005	12,45	6,84	5,61	82,02

Zdroj: WHO 2007

Z analytickej časti zdravotného stavu žien vyplýva, že najčastejšie nádorové ochorenie žien je rakovina prsníka. S rastom počtu preventívnych vyšetrení klesá miera úmrtnosti na túto diagnózu.

Toto ochorenie patrí medzi onkologické ochorenia, ktoré predstavujú najčastejšie príčiny smrti žien v produktívnom veku. Každoročne pribúda 2000 nových ochorení, z toho je podiel 10-15 % v III. a IV. štádiu (t.j. 200-300 žien). Pritom liečba vo včasnom štádiu má vysokú úspešnosť a výrazne zlepšuje kvalitu života žien ako pracovnej sily. Cena terapie na 1 pacientku na Slovensku je 1,2 mld. Sk (pri ročných nákladoch 1,4 mil. Sk na pacientku a priemernom prežívaní 3 roky) bez zahrnutia nákladov na podpornú liečbu (antibiotiká, antidepresíva, infúzna liečba, antikoagulačná liečba a pod.).

V dôsledku existencie a výskytu akútnych klinických ochorení a príčin úmrtí obyvateľov SR „skupina 5“, sú na zdravotnú starostlivosť vynakladané nemalé finančné prostriedky, poskytovaná zdravotná starostlivosť (navyše v súčasnej zdravotníckej infraštruktúre) je náročná a nákladná.

3.3.6 Záver analýzy zdravotného stavu obyvateľov Slovenskej republiky

Analýza bola vykonaná na základe najnovších oficiálnych, dostupných štatistických informácií porovnaním zdravotného stavu obyvateľstva SR a EÚ, podľa základných ukazovateľov zdravia - stredná dĺžka života pri narodení a štandardizovaná miera úmrtnosti obyvateľstva.

Hlavnými príčinami vysokej miery chorobnosti a úmrtnosti obyvateľstva SR sú nasledovné kategórie ochorení – „skupina 5“:

- ochorenia obehovej sústavy
- nádory
- vonkajšie príčiny ochorení a úmrtí
- choroby dýchacej sústavy
- choroby tráviacej sústavy

Stredná dĺžka života obyvateľov SR je v priemere o päť rokov nižšia ako v krajinách EÚ.

Ochorenia „skupiny 5“ sa podieľajú na úmrtnosti obyvateľstva SR oveľa väčšou mierou ako v EÚ 15, kde pri ochoreniach obehovej sústavy je to 2-násobne viac, pri nádoroch a ochoreniach dýchacej sústavy je to o viac ako 15 % a u ochoreniach tráviacej sústavy a vonkajších príčinách

ochorení a úmrtí je to o takmer 50 % viac úmrtí. Aj napriek tomu, že sa darí túto mieru úmrtnosti znižovať, ešte stále sa pohybuje vysoko nad priemerom ostatných krajín.

Nádorové ochorenia a najmä ochorenia obehovej sústavy sú príčinne, negatívne výrazne pred ďalšími tromi uvádzanými kategóriami ochorení.

Z časového hľadiska má tento nepriaznivý trend v úmrtnosti, od 70-tych rokov 20. storočia, stúpajúcu tendenciu. Negatívny trend je mimoriadne výrazný u marginalizovanej rómskej populácie.

Nepriaznivý zdravotný stav a úmrtnosť obyvateľstva SR sú v rámci hlavných príčin chorobnosti a úmrtnosti obyvateľstva SR, podrobne analyzované podľa veku občanov (predproduktívny, produktívny, poproduktívny vek) a pohlavia, na úrovni zdravotníckej infraštruktúry samosprávnych krajov (NUTS III), západoslovenského, stredoslovenského a východoslovenského regiónu.

Ochorenia obehovej sústavy sú najčastejšou príčinou úmrtnosti obyvateľov SR bez ohľadu na pohlavie a vek. Tento nepriaznivý jav sa vyskytuje aj pri mužoch v produktívnom a poproduktívnom veku ako aj u žien v poproduktívnom veku.

Nádorové ochorenia sú najčastejšou príčinou úmrtnosti žien v produktívnom veku, kde až 19% tvoria ochorenia rakoviny prsníka. Preventívne vyšetrenie spojené s predchádzaním vzniku ochorenia aktívnym vyhľadávaním patologických procesov, s cieľom liečby a predchádzania ich klinických prejavov, je nevyhnutné vykonávať s určitou periodicitou. V negatívnych prípadoch je nevyhnutné aktívne sledovanie choroby s cieľom predchádzania zhoršeniu zdravotného stavu osoby.

Vonkajšie príčiny ochorení a úmrtí majú najvyšší podiel na úmrtnosti mužov aj žien v predproduktívnom veku.

Osobitná pozornosť je v analýze zdravotného stavu obyvateľov SR venovaná rómskej komunite. Na vysokej predčasnej mortalite u rómskej populácie sa podieľajú kardiovaskulárne ochorenia.

Analýza potvrdzuje význam, dôležitosť a najmä efektívnosť a hospodárnosť preventívnej zdravotnej starostlivosti v porovnaní s kuratívnu – ústavnou zdravotnou starostlivosťou.

V časti analýzy, ekonomika zdravotnej starostlivosti, je poukázané na mieru práceneschopnosti a nákladovosť systému zdravotnej starostlivosti.

Záverom analýzy zdravotného stavu obyvateľstva SR je nepriaznivé zistenie potvrdzujúce zlý zdravotný stav obyvateľstva SR, príčinou ktorého je výskyt a existencia piatich ochorení, ktoré sú súčasne tiež najčastejšou príčinou úmrtí obyvateľov SR, (ochorenia obehovej sústavy, nádory, choroby dýchacej sústavy, vonkajšie príčiny ochorení a úmrtí a choroby tráviacej sústavy).

V dôsledku existencie a výskytu týchto akútnych klinických ochorení a príčin úmrtí obyvateľov SR, sú na zdravotnú starostlivosť každého jedinca vynakladané nemalé finančné prostriedky, poskytovaná zdravotná starostlivosť v súčasnej zdravotníckej infraštruktúre je náročná a nákladná.

Dôsledkom týchto nepriaznivých skutočností je zo sociálneho hľadiska znížená kvalita a životná úroveň človeka, nižšia stredná dĺžka života pri narodení a z celospoločenského hľadiska, neúmerne vysoká práceneschopnosť, skrátený produktívny vek, s veľmi negatívnym dopadom na produktivitu práce a v konečnom dôsledku celospoločensky významnú pridanú hodnotu, ako základné sociálno - ekonomické kritérium efektívne prosperujúcej spoločnosti.

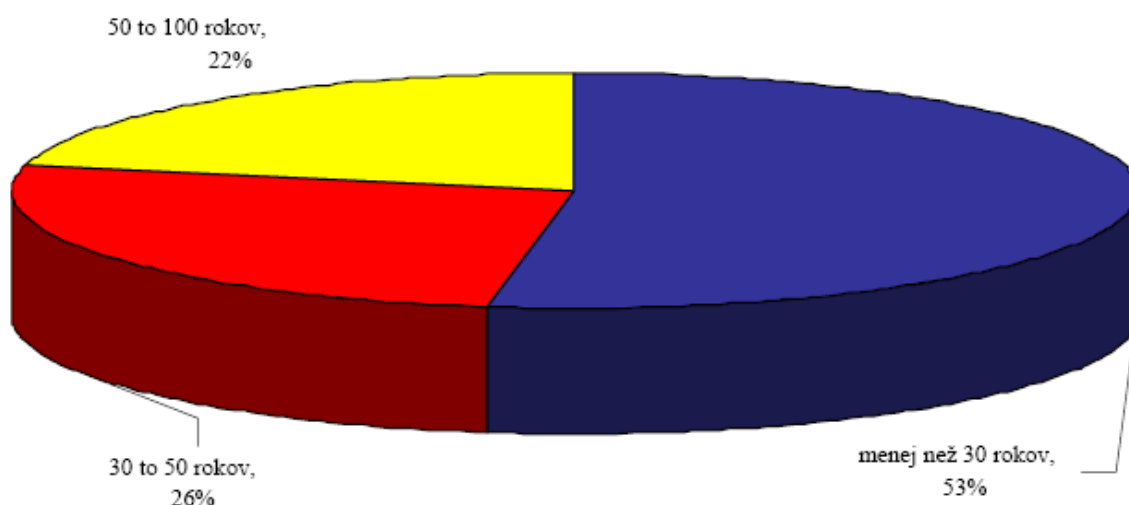
3.4 Analýza zdravotníckej infraštruktúry v Slovenskej republike

3.4.1 Zariadenia ústavnej zdravotnej starostlivosti – všeobecné a špecializované nemocnice

Stavebné objekty a prevádzkové súbory –budovy

Priemerný vek nemocníc je 34,5 roka. Ak sa všetky budovy začlenia do nasledujúcich troch kategórií: nové budovy (menej ako 30 rokov), stredne staré budovy (od 30 do 50 rokov) a staré budovy (viac ako 50 rokov), potom je podiel nových budov mierne nad 50%. Vo všeobecnosti je veľká časť zariadení v stave, keď prekračujú svoju životnosť a možno ich považovať za odpísané, neznamená to však, že budovy sú nepoužiteľné, ale ide o dôležitý signál súčasného stavu infraštruktúry nemocníc a o potrebu ich obnovy v čo najbližšej dobe.

Graf č. 15: Veková štruktúra slovenských nemocníc, celoštátna úroveň

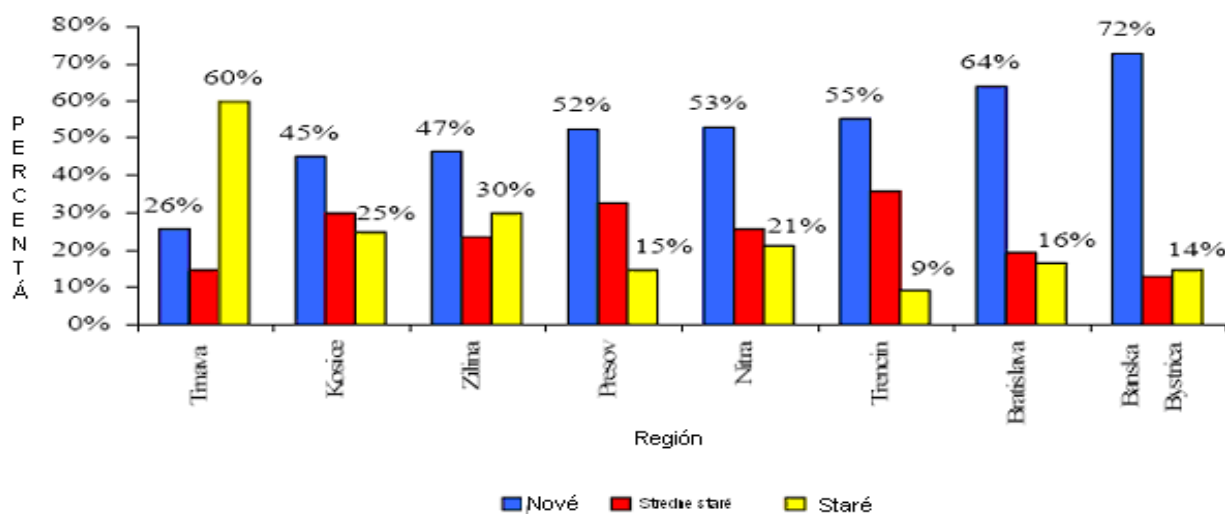


Zdroj: Analýza spoločnosti Sanigest Internacional – Hodnotenie nemocníc Slovensko 2004.

Vychádzajúc z predchádzajúceho členenia, pozoruhodnými znakmi infraštruktúry slovenských nemocníc je, že 41% zariadení má 10-30 rokov, 22 % zariadení je starých (nad 50 rokov) a iba 12% budov bolo postavených v poslednej dekáde.

Podľa regiónov NUTS III, Banskobystrický kraj (72%) a Bratislavský kraj (64%) majú najvyšší podiel nových budov (t.j. menej ako 30 rokov), kým Trnavský (26%) a Košický kraj (45%) majú najnižší podiel. Hoci Banskobystrický kraj má najvyšší podiel nových budov, Bratislavský kraj má najvyšší podiel zariadení mladších ako 10 rokov (17%). Trnavský (60%) a v menšom rozsahu Žilinský kraj (30%) majú najstaršie budovy. Prípád Trnavského kraja je pozoruhodný, keďže podiel jej starých budov predstavuje takmer trikrát národný priemer.

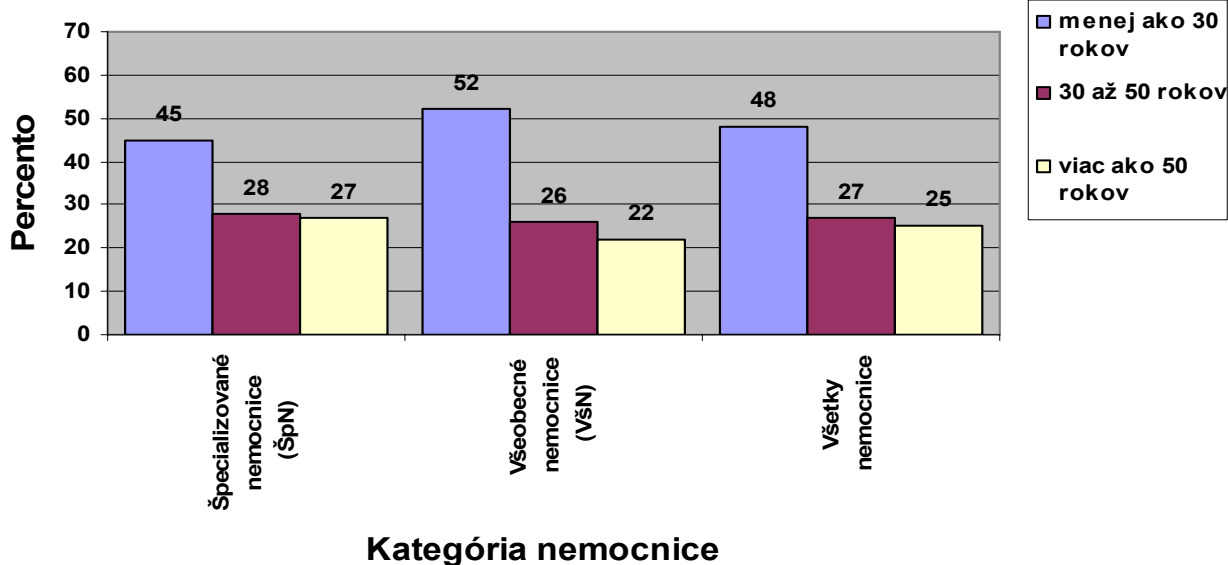
Graf č. 16: Rozdelenie veku budov podľa regiónu



Zdroj: Analýza spoločnosti Sanigest Internacional - Hodnotenie nemocníc, Slovensko

Podľa kategórie nemocníc údaje naznačujú, že najhorší stav infraštruktúry majú špecializované nemocnice. Majú najvyšší podiel budov starších ako 50 rokov (27 %) a za posledných 12 rokov boli vybudované iba 2% novej infraštruktúry.

Graf č. 17: Vek budov podľa kategórie



Zdroj: Analýza spoločnosti Sanigest Internacional – Hodnotenie nemocníc, Slovensko

Najkritickejšie stavy (slabé a neakceptovateľné) sa vyskytujú pri všeobecných nemocniciach, kde až 30 % z nich vykazuje kritický stav (slabý a neakceptovateľný technicko-prevádzkový stav budov). Špecializované nemocnice sú na tom obdobne, kde 43 % z nich potrebuje opravy a 12 % je v slabom stave.

Tabuľka č. 30: Technicko-prevádzkový stav budov podľa kategórie nemocnice

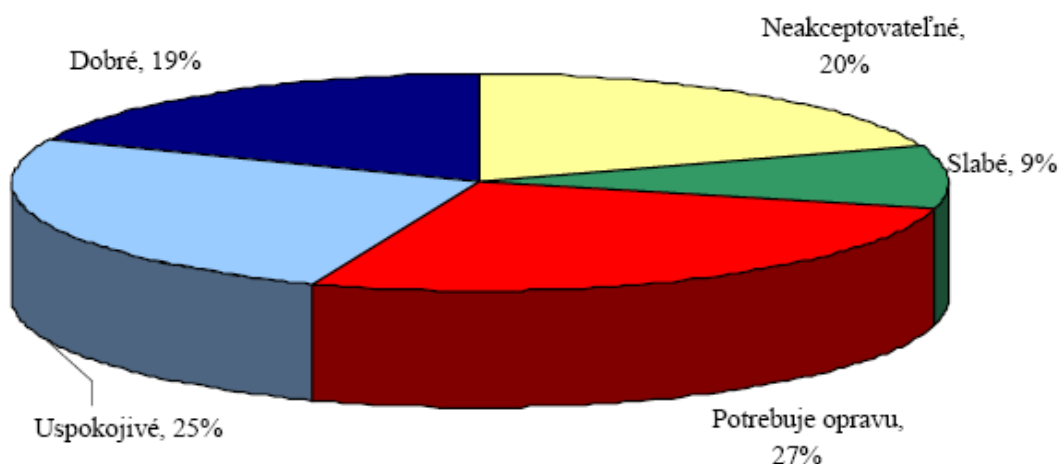
Kategória nemocnice	Dobrý	Uspokojivý	Potrebuje opravy	Slabý	Neakceptovateľný
Špecializované nemocnice (ŠpN)	7 %	38 %	43 %	11 %	1 %
Všeobecné nemocnice (VšN)	2 %	41 %	27 %	17 %	13 %
Všetky nemocnice	4 %	40 %	35 %	14 %	7 %

Zdroj: Analýza spoločnosti Sanigest International – Hodnotenie nemocníc Slovensko 2004

Na celkový stav infraštruktúry vplýva aj celkový stav fasád a celkový stav striech budov nemocníc.

Takmer 30% nemocničných striech je v zlom alebo neprijateľnom stave, jedna pätina striech sa musí kompletne vymeniť.

Graf č. 18 : Všeobecné hodnotenie striech nemocníc podľa kategórie



Zdroj: Analýza spoločnosti Sanigest Internacional – Hodnotenie nemocníc Slovensko 2004.

Podľa kategórie nemocníc, najhorší stav striech je pozorovaný vo všeobecných nemocniciach, kde je až 60 % nevyhovujúci stav striech (potrebuje opravy, slabé, neakceptovateľné) a až 44% striech špecializovaných nemocníc potrebuje nevyhnutne opravu (potrebuje opravy, slabé, neakceptovateľné).

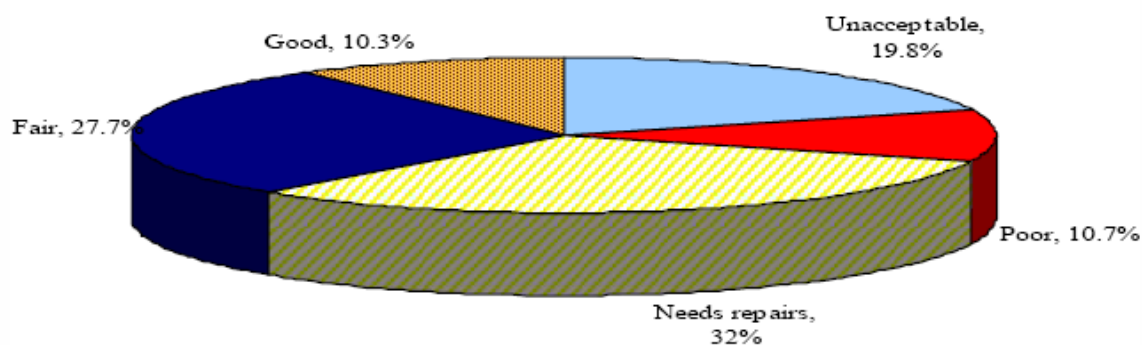
Tabuľka č. 31: Stav nemocničných striech podľa kategórie nemocnice (2004)

Kategória nemocnice	Dobré	Uspokojivé	Potrebuje opravy	Slabé	Neakceptovateľné
Špecializované nemocnice (ŠpN)	24 %	32 %	27 %	9 %	8 %
Všeobecné nemocnice (VšN)	17 %	23 %	26 %	10 %	24 %
Všetky nemocnice	20 %	28 %	26 %	10 %	16 %

Zdroj: Analýza spoločnosti Sanigest International – Hodnotenie nemocníc Slovensko 2004

Celkový stav fasád nemocníc (49,5%) bol mierne horší než stav striech (51,5%), ale stav fasád spadá do kategórie čiastočného poškodenia (t.j. vyžaduje opravy). Asi 30% fasád bolo v neprijateľnom alebo zlom stave, kým 38% bolo v primeranom alebo dobrom stave.

Graf č. 19 : Všeobecné hodnotenie fasád nemocníc 2004



Zdroj: Analýza spoločnosti Sanigest Internacional – Hodnotenie nemocníc Slovensko 2004.

Kľúčovým znakom technického stavu fasád je, že rozdiely medzi kategóriami nemocníc sú omnoho menšie než v prípade striech. Údaje v nasledujúcej tabuľke potvrdzujú, že podiel fasád v neakceptovateľnom alebo slabom stave sa pohybuje okolo 29 % pri špecializovaných, ako aj všeobecných nemocniciach a viac ako 20 % všetkých fasád potrebuje opravy.

Tabuľka č. 32: Stav nemocničných fasád podľa kategórie nemocnice (2004)

Kategória nemocnice	Dobré	Uspokojivé	Potrebuje opravy	Slabé	Neakceptovateľné
Špecializované nemocnice (ŠpN)	11 %	36 %	24 %	10 %	19 %
Všeobecné nemocnice (VšN)	10 %	28 %	33 %	11 %	19 %
Všetky nemocnice	10 %	32 %	29 %	11 %	19 %

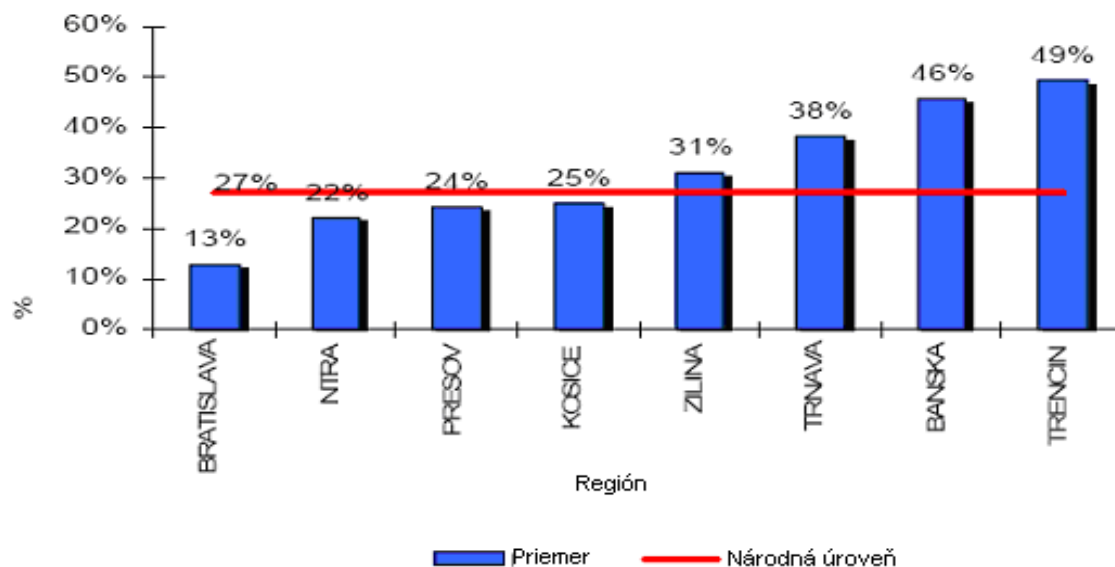
Zdroj: Analýza spoločnosti Sanigest Internacional – Hodnotenie nemocníc Slovensko 2004

Okrem celkového stavu budov je nevyhovujúci aj stav systémov infraštruktúry jednotlivých prevádzkových súborov a konštrukcií stavebných objektov - budov. Systémami infraštruktúry prevádzkových súborov a konštrukcií stavebných objektov sa rozumie nasledovné: elektroinštalácia, rozvody silnoprúdové, rozvody slaboprúdové, elektrické rozvádzače, vodoinštalácie a vodovodné systémy, protipožiarna ochrana, tepelné hospodárstvo, plynové hospodárstvo, vzduchotechnika, klimatizácia, medicínske plyny, odpadové hospodárstvo a konštrukčné prvky stavebných objektov.

Súhrne vzaté, 27% systémov infraštruktúry vyžaduje opravu alebo je v zlom/neprijateľnom stave.

Podľa regiónov sa ukazuje, že Trenčín, Banská Bystrica a Trnava vykazovali najvyššie hodnoty systémov, ktoré potrebovali aspoň jednu opravu. Naopak, Bratislava, Nitra a Prešov mali najnižšie hodnoty, hoci rozdiel medzi Bratislavou a ostatnými regiónmi je výrazný (o 40% nižší než v prípade Nitry, druhého regiónu s najnižšou hodnotou).

Graf č. 20: Celkový stav systémov podľa regiónu (vyžaduje opravu, nedostatočné, neakceptovateľné)

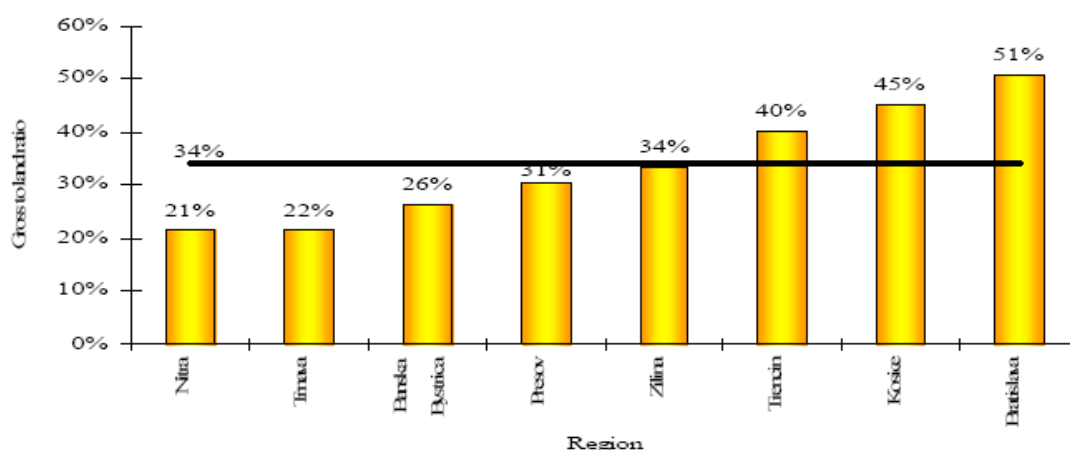


Zdroj: Analýza spoločnosti Sanigest International – Hodnotenie nemocníc Slovensko 2004.

V oblasti zastavaných plôch nedosahujeme medzinárodné normy. Väčšina nemocníc má veľké plochy pozemkov s početnou skupinou budov roztrúsených po celom území. Táto situácia predstavuje reprezentatívny obraz slovenskej nemocnice.

Takmer polovica všeobecných fakultných nemocníc má pomery celkovej hrubej plochy k ploche pozemku nad 70%, ale zároveň 27% z nich má koeficienty pod národným priemerom. Podľa regiónov iba pomer Bratislavy (51%) je vyšší ako je medzinárodná norma, kým v Nitre a Trnave zastavaná plocha predstavuje asi jednu pätinu plochy pozemku.

Graf č. 21: Pomer celkovej a úžitkovej plochy podľa regiónu (2004)



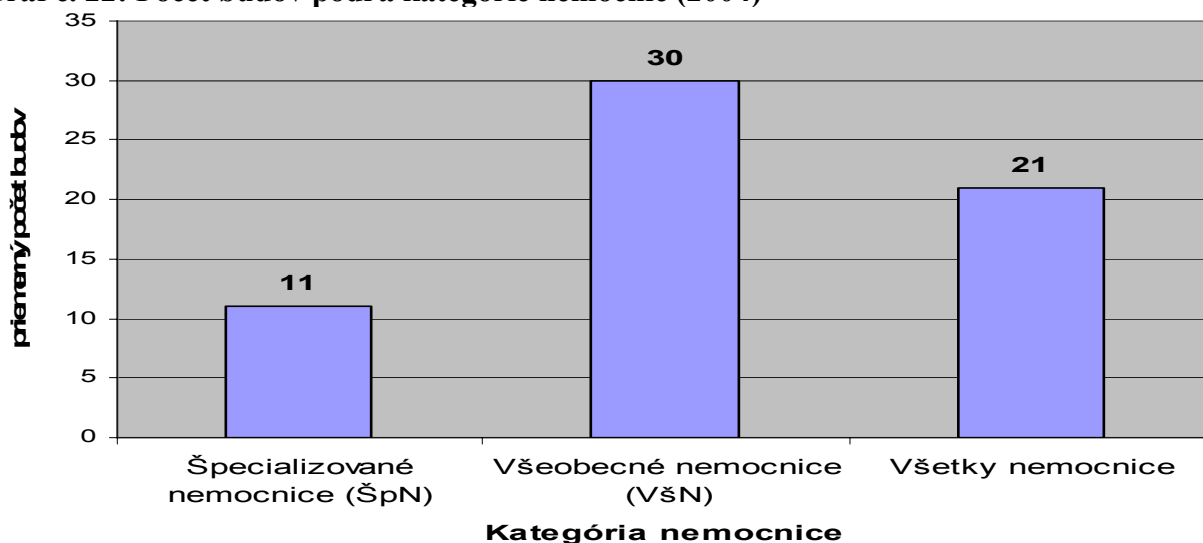
Zdroj: Analýza spoločnosti Sanigest International – Hodnotenie nemocníc Slovensko 2004

Vo väčšine nemocníc je charakteristickou dispozičného riešenia rozmiestnenia stavebných objektov náhodné rozloženie budov po území zariadenia - areálu. Napríklad všeobecné nemocnice majú v priemere 30 budov na nemocnicu, pričom niektoré zariadenia majú až 81 budov (napr. FN Martin).

Pridružené problémy vyplývajúce zo zlého rozloženia budov predstavujú veľké komunikačné vzdialenosti, ktoré existujú medzi kľúčovými klinickými oddeleniami, nebezpečné podmienky

pre pacientov (hlavne v zime), keď sú prepravovaní z jednej budovy do druhej a vzrastajúce náklady na údržbu, ktoré vznikajú pre nemocnicu.

Graf č. 22: Počet budov podľa kategórie nemocníc (2004)



Zdroj: Analýza spoločnosti Sanigest International – Hodnotenie nemocníc Slovensko 2004

Výsledky analýzy poukazujú na skutočnosť, že zdravotnícka infraštruktúra nemocníc je z technického, z ekonomického a tiež z prevádzkového hľadiska nevyhovujúca, navyše zastaraná, rozmiestnenie mnohých nemocničných objektov v nemocničných areáloch a s tým súvisiaca logistika je zlá, hospodárenie nemocníc je neúmerne nákladné a neefektívne.

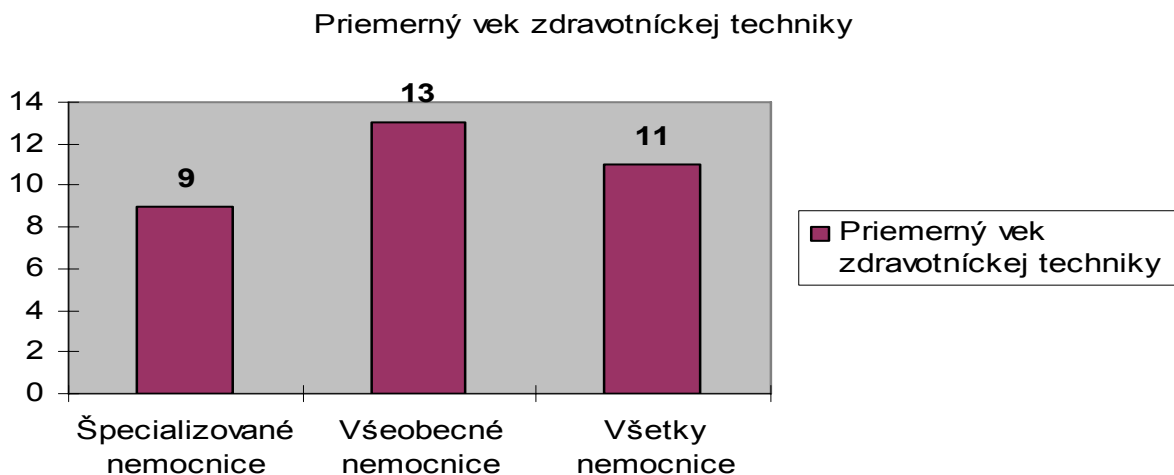
Zdravotnícka technika a prístrojové vybavenie nemocníc

Posúdenie súčasného stavu zdravotníckej techniky je zamerané na vek zdravotníckej techniky, funkčný výkon, prevádzkové podmienky, používanie a údržbu.

Zdravotnícka technika a prístrojové vybavenie väčšiny nemocníc je nevyhovujúce, často presahuje stanovenú mieru životnosti. Potreba obnovy, modernizácie zdravotníckej techniky sa týka všetkých regiónov a nadobúda dôležitosť hlavne v súvislosti s dôrazom na poskytovanie kvalitnej ZS.

Priemerný vek zdravotníckej techniky na Slovensku je 11 rokov a medzi jednotlivými kategóriami nemocníc existujú výrazné rozdiely. V centrách chronickej a dlhodobej starostlivosti špecializovaných nemocníc je zdravotnícka technika štyri roky stará. Vo všeobecných nemocniciach je ZT takmer o 50 % staršia ako v špecializovaných nemocniciach, ako je to zrejmé z nasledujúceho obrázku.

Graf č. 23: Priemerný vek medicínskeho vybavenia podľa kategórie nemocnice, 2004

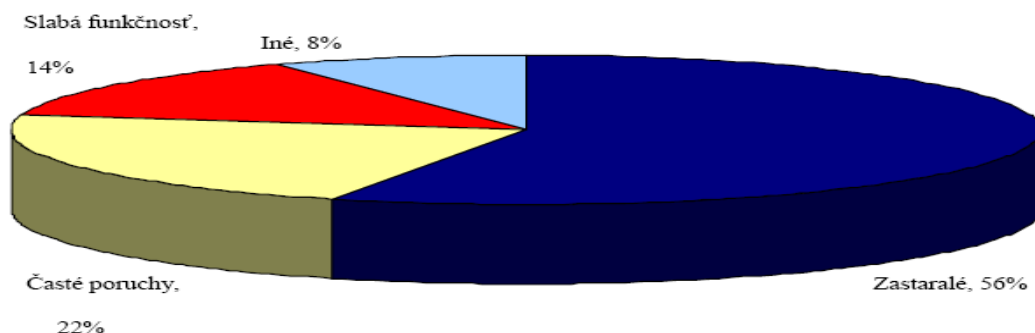


Zdroj: Analýza spoločnosti Sanigest International – Hodnotenie nemocníc Slovensko 2004

Súčasný inventár predstavuje prevažne zdravotnícku techniku zo 70. rokov dvadsiateho storočia a techniku zakúpenú počas posledných piatich rokov.

Prevádzková spoľahlivosť zdravotníckej techniky súvisí so zodpovedajúcou funkčnosťou stroja na základe jeho prevádzkových parametrov. S ohľadom na prevádzkovú spoľahlivosť môžeme hovoriť o troch najdôležitejších príčinách nízkej výkonnosti; zastaranosť (56 %), poruchy (22 %) a funkčná nespoľahlivosť (14%), a to tak, ako je to znázornené na nasledujúcom obrázku.

Graf č. 24 : Prevádzková spoľahlivosť nemocničného vybavenia, agregovaná úroveň 2004



Zdroj: Analýza spoločnosti Sanigest Internacional – Hodnotenie nemocníc Slovensko 2004.

Čo sa týka jednotlivých strojov, nasledujúca tabuľka sumarizuje zdravotnícku techniku s mierou zastarania, výskytom porúch alebo kombinácia týchto dvoch ukazovateľov.

Tabuľka č. 33: Zariadenia s najvyššou mierou zastarania s častými poruchami alebo s oboma problémami súčasne

Zariadenie	% Zastarania	% Porúch	% Oba problémy	Celkovo %
Surgical Lamp, Ceiling - Chirurgická lampa - osvetlenie	0	44	38	82
Linear Accelerator - Lineárny urýchlovač	0	50	25	75
Dental Unit - Stomatologická súprava	7	34	32	73
Incubator, Infant - Inkubátor pre deti	22	19	18	59
Anesthesia Unit - Prístroj na celkovú anestéziu	30	16	13	59
Gamma Camera - Gama kamera - diagnostický systém na snímánie vnútorných orgánov pomocou rádioaktívnych indikátorov	2	30	26	58
Operating Table - Operačný stôl	0	29	29	58
Electrocardiograph - EKG	26	13	11	50
Defibrillator / Monitor - Defibrilátor s monitorom	31	8	8	47
Sterilizer, Steam - Parný sterilizátor- Autokláv	14	16	14	44
X - Ray Unit - RTG prístroj	14	16	13	43
Ventilator, Neonatal - Novorodenecký ventilátor	2	19	19	40
Angiography, Digital Unit (DSA) - Digitálny prístroj na angiografiu - vyšetrenie ciev	0	28	6	34
Slit Lamp - Štrbinová lampa - pozorujú sa predné štruktúry oka	4	11	10	25

Nasledujúca tabuľka č. 34 zobrazuje potrebu novej zdravotníckej techniky podľa regiónov a podľa typov. Trenčiansky a Trnavský kraj vykazujú najvyššiu potrebu novej techniky. Podrobné rozdelenie podľa zamerania prístrojov na vybrané diagnózy je uvedené v prílohe č. 10.

Tabuľka č. 34: Požiadavky na novú zdravotnícku techniku podľa krajov (NUTS III) a druhu prístroja

Prístroj	ZS			SS		VS		BA	SR
	TT	TN	NR	BB	ZA	PO	KE		
Blood gas analyzer - Analyzátor krvných plynov	3	-2	11	10	17	8	19	3	69
Clinical Chemistry analyzer - Analyzátor chem.prvkov	-6	-71	-25	-35	-29	1	-4	-18	-187
Hematology Analyzer - Prístroj na analýzu krvného obrazu	-1	-23	12	4	-4	-8	19	2	1
Defibrillator / Monitor Defibrilátor -Defibrilátor s monitorom	-15	-64	22	49	33	86	63	34	208
MRI - Magnetic Resonance Imaging -Prístroj na magnetickú rezonanciu	2	1	-2	2	1	-17	2	1	-10
Incubator, Infant - Inkubátor pre deti	-1	-55	-13	-1	-2	32	9	9	-22
Mammography Unit - Prístroj na mamografiu/vyšetrenie .prsíkov	7	3	3	6	3	8	9	3	42
Microscope, Electronic - Elektrónový mikroskop - na histologické vyšetrenie	-18	-34	0	-6	-19	1	1	-16	-91
Patient Monitor - Prístroj na monitorovanie pacienta	155	122	161	181	183	174	198	180	1354
Refrigerator, Blood Bank - Zariadenie na získanie veľmi nízkych teplôt, Krvná banka	15	9	11	12	9	5	21	4	86
Ventilator, Adult - Umelá ventilácia - dospelí	12	5	61	66	56	103	92	52	447
Ventilator, Pediatric- Umelá ventilácia - deti	26	-17	25	35	25	33	40	31	198
X - Ray Fluoroscopic Unit, Image Intents - RTG so	8	5	8	8	9	8	9	9	64

zniženými dávkami žiarenia									
X - Ray Hemodynamic Unit - RTG	8	7	8	9	9	-2	10	10	59
X - Ray Unit - RTG prístroj	-5	-9	-17	2	-27	13	22	-15	-36
X - Ray Unit, Mobile, Image Intens - Mobilný RTG prístroj	25	3	24	18	26	33	35	16	180
CT Scanner - CT-skener	3	0	4	4	0	4	7	2	24
Angiography, Digital Unit (DSA) - Digitálny prístroj na angiografiu - vyšetrenie ciev	-3	0	0	-1	-1	-2	3	1	-3
Linear Accelerator - Lineárny urýchlovač	3	1	3	4	3	-10	5	3	12
Echograph, General Purpose - Sonograf, Všeobecné použitie	12	-29	-2	1	0	37	31	11	61
Water Purification System - Systém na čistenie vody	14	11	13	11	14	17	21	17	118
Angiography, Ophthalmology - Prístroj pre angiologickú oftalmológiu/vyšetrenie ciev oka/	5	5	7	9	8	8	10	8	60
Echograph, Mammography - Prístroj na mamografiu- sono	8	3	6	10	9	8	10	10	64
Echograph, Ophthalmologic- Prístroj sonografický pre očné lekárstvo/oftalmológia/	4	5	3	7	8	-34	9	9	11
Electrocardiograph - EKG	-1	-72	-1	32	14	100	71	-25	118
Electroencephalograph EEG- elektropencefalograf	11	6	5	13	6	13	18	12	84
Electromyograph - EMG - elektromyograf/ vyšetrenie svalstva/	7	-1	2	5	2	7	5	2	29
Endoscope, Flexible - Fibroskopický prístroj - vyšetrenie zažívacieho traktu	-37	18	37	39	36	51	59	28	231
Endoscopic Unit - Prístroj na endoskopiu	12	5	2	16	5	13	20	-4	69
Endoscopy, Video System- Videosystém pre endoskopiu	-3	-16	4	6	1	8	8	-1	7
Hemodialysis Unit - Prístroj na hemodialýzu	106	83	73	140	129	128	142	137	938
Slit Lamp - Štrbinová lampa - pozorujú sa predné štruktúry oka	-4	-8	4	11	12	17	15	12	59
Tonometer, Electronic - Elektronický tlakomer	16	2	16	19	15	-12	20	19	95
Anesthesia Unit - Prístroj na celkovú anestéziu	2	-70	17	14	6	67	71	-23	84
Arthroscopy Unit - Arthrosko - Prístroj na vyšetrenie kĺbov optickým systémom	4	-5	4	7	3	8	8	3	32
Dental Unit - Stomatologická súprava	47	43	-11	55	50	52	62	54	352
Extracorporeal Unit - Mimotelová jednotka / pripojená k samostatnému počítaču/	1	0	1	1	1	-1	2	2	7
Gamma Camera - Gama kamera - diagnostický systém na snímání vnútorných orgánov pomocou rádioaktívnych indikátorov	0	1	-1	4	0	2	2	3	11
Incubators, Infant, Intensive Care- Detský inkubátor- stály monitoring pacienta/ "Detské ostrovy"/	34	28	17	38	28	27	43	35	250
Laparoscopy Unit – Laparoskop	2	-6	-3	5	-8	6	3	-3	-4
Laser, Surgical - Chirurgický Laser	5	-3	6	8	5	8	10	8	47
Lithotripter, Extracorporeal-Extrakorporeálny / mimo tela/ Litotriptor-odstaň.žlč.,močov kameňov	1	0	-1	0	0	1	1	-1	1
Operating Table - Operačný stôl	47	20	45	56	54	52	64	60	398
Sterilizer, Ethylene Oxide - Sterilizátor na etylénoxyd	7	4	7	6	8	7	10	7	56
Sterilizer, Plasma - Plazmový sterilizátor	7	4	8	9	5	7	10	9	59
Sterilizer, Steam - Parný sterilizátor- Autokláv	-22	-42	-9	-15	-40	17	19	-51	-143
Surgical Lamp, Ceiling - Chirurgická lampa – osvetlenie	50	14	49	58	56	49	64	61	401
Ventilator, Neonatal - Novorodenecký ventilátor	21	14	15	19	19	21	28	21	158

Zdroj: Analýza spoločnosti Sanigest International – Hodnotenie nemocníc Slovensko 2004

Analýza zdravotníckej techniky poukazuje na jej vysoký priemerný vek, opotrebovanosť a technicko-morálnu a ekonomickú zastaranosť. Najkritickejšia situácia je u všeobecných nemocníc, kde priemerný vek zdravotníckej techniky je 12 až 13 rokov.

Energetické hospodárenie v ústavných zdravotníckych zariadeniach

Výsledky analýz výdavkov na energie nemocníc (Analýza spoločnosti Sanigest International – Hodnotenie nemocníc Slovensko 2004), založených na efektívnosti energetických prevádzok a ich manažmentu, poukazujú na neúmerne podiel energetických výdavkov na celkových výdavkoch. Na Slovensku predstavujú hodnotu 7% z celkových výdavkov nemocníc. Táto hodnota je oveľa vyššia ako v komparatívnych krajinách, kde výdavky na energie predstavujú 1-4% výdavkov na nemocnicu.

Analýzy vo všeobecnosti poukazujú na vysokú finančnú náročnosť a nehospodárnosť energetických systémov a sústav, čo často súvisí s nevyhovujúcim technickým stavom budov, v ktorých sa zdravotnícke zariadenia nachádzajú.

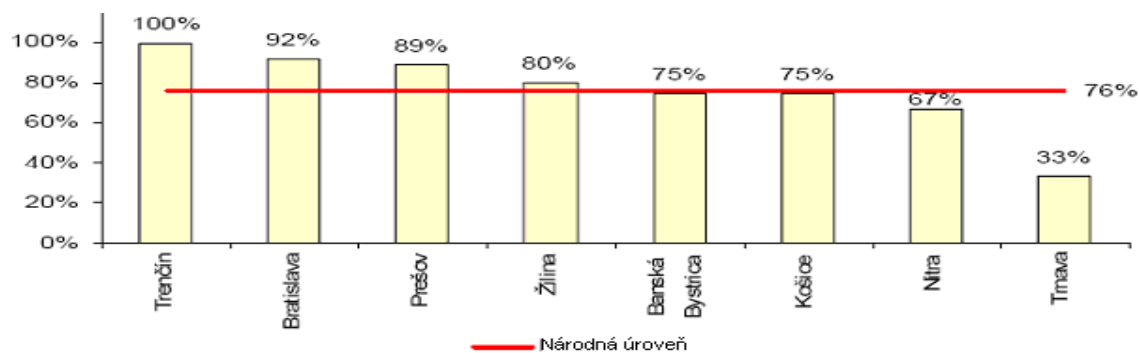
Informačné systémy ústavných zdravotníckych zariadení

Informačné systémy sú základom produktivity každej organizácie. Zdravotnícke zariadenia nie sú výnimkou, keďže tieto systémy predstavujú primárny nástroj na zvládanie a organizáciu každodenných administratívnych činností.

Prevažná väčšina ústavných zariadení (76%) má *oddelenie IT* ako súčasť organizačnej štruktúry, ktorého úloha je však stále nedostatočná alebo nie je dostatočne využívané.

Z regionálneho hľadiska existuje najviac nemocníc s oddeleniami IT v Trenčíne (100%), Bratislave (92%) a Prešove (89%). Na druhej strane Trnava (33%), Nitra (67%) ako aj Košice a Banská Bystrica (po 75%) sú pod národným priemerom (76%).

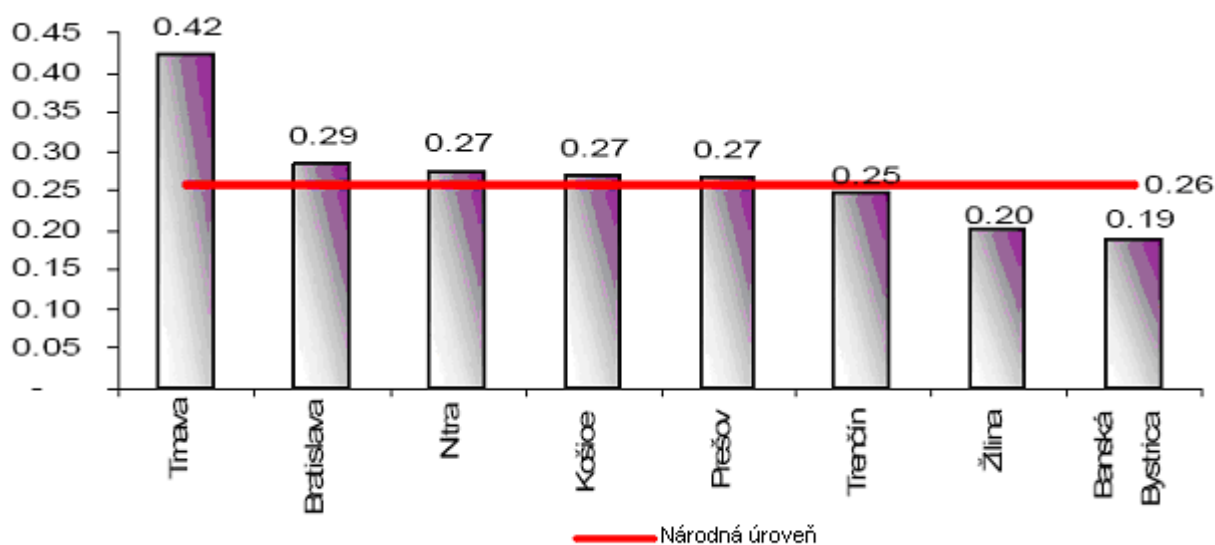
Graf č. 25: Percento nemocníc s IT oddelením podľa regiónu, 2004



Zdroj: Analýza spoločnosti Sanigest Internacional – Hodnotenie nemocníc Slovensko 2004.

V slovenských zariadeniach ústavnej starostlivosti pripadajú na jeden počítač štyria nemocniční pracovníci. V Nitre, Košiciach, Prešove a Trenčíne sa údaje blížila národnému priemeru. V nemocniciach v Trnavskom kraji pripadajú na jeden počítač dvaja nemocniční pracovníci. V Banskej Bystrici a Žiline je však pomer počítačov k počtu nemocničných pracovníkov 1:5.

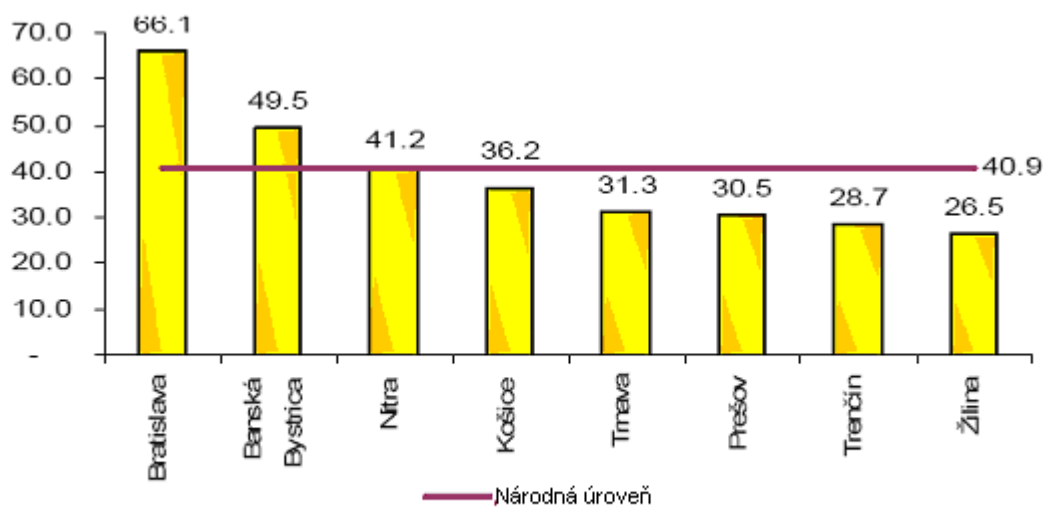
Graf č. 26: Celkový počet počítačov na počet zamestnancov podľa regiónu



Zdroj: Analýza spoločnosti Sanigest Internacional – Hodnotenie nemocníc Slovensko 2004.

V roku 2004 malo prístup na internet 40,9% všetkých nemocničných pracovníkov na Slovensku. Je to potrebný nástroj na výmenu informácií, komunikáciu a výskum. Konkrétnejšie, v Bratislave malo prístup na internet 66,1% pracovníkov, zatiaľ čo v Žiline, Trenčíne a Prešove to bolo iba približne 30% pracovníkov.

Graf č. 27: Percento zamestnancov nemocníc s prístupom na internet podľa regiónu, 2004



Zdroj: Analýza spoločnosti Sanigest Internacional – Hodnotenie nemocníc Slovensko 2004.

Analýza informačných systémov poukazuje na určitý progresívny trend vo vybavení nemocníc vrátane možnosti pripojenia na internet. Pretrvávajúcim nedostatkom je nekomplexnosť a nízka kompatibilita informačných systémov vo všeobecnosti. Je žiaduce odstraňovať uvádzané nedostatky a koncepčne investične podporovať internú informatizáciu poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, tak aby bolo možné komplexné a funkčné prepojenie s Operačným programom Informatizácia spoločnosti vrátane eHealth.

3.4.2 Zariadenia ambulantnej zdravotnej starostlivosti

Technicko-prevádzkový stav ambulantných zdravotníckych zariadení

Aktuálny technicko-prevádzkový stav ambulantnej zdravotníckej infraštruktúry charakteru polikliník, zdravotných stredísk a Národnej transfúznej služby, vrátane informačných systémov, je tak isto nepriaznivý ako je uvádzané v analýze zariadení ústavnej zdravotnej starostlivosti - [kapitola 3.4.1.](#)

Zdravotnícka technika ambulantných zdravotníckych zariadení

Závery analýzy zdravotníckej techniky zariadení ústavnej zdravotnej starostlivosti sa dajú aplikovať aj pri analýze zdravotníckej techniky zariadení ambulantnej zdravotnej starostlivosti

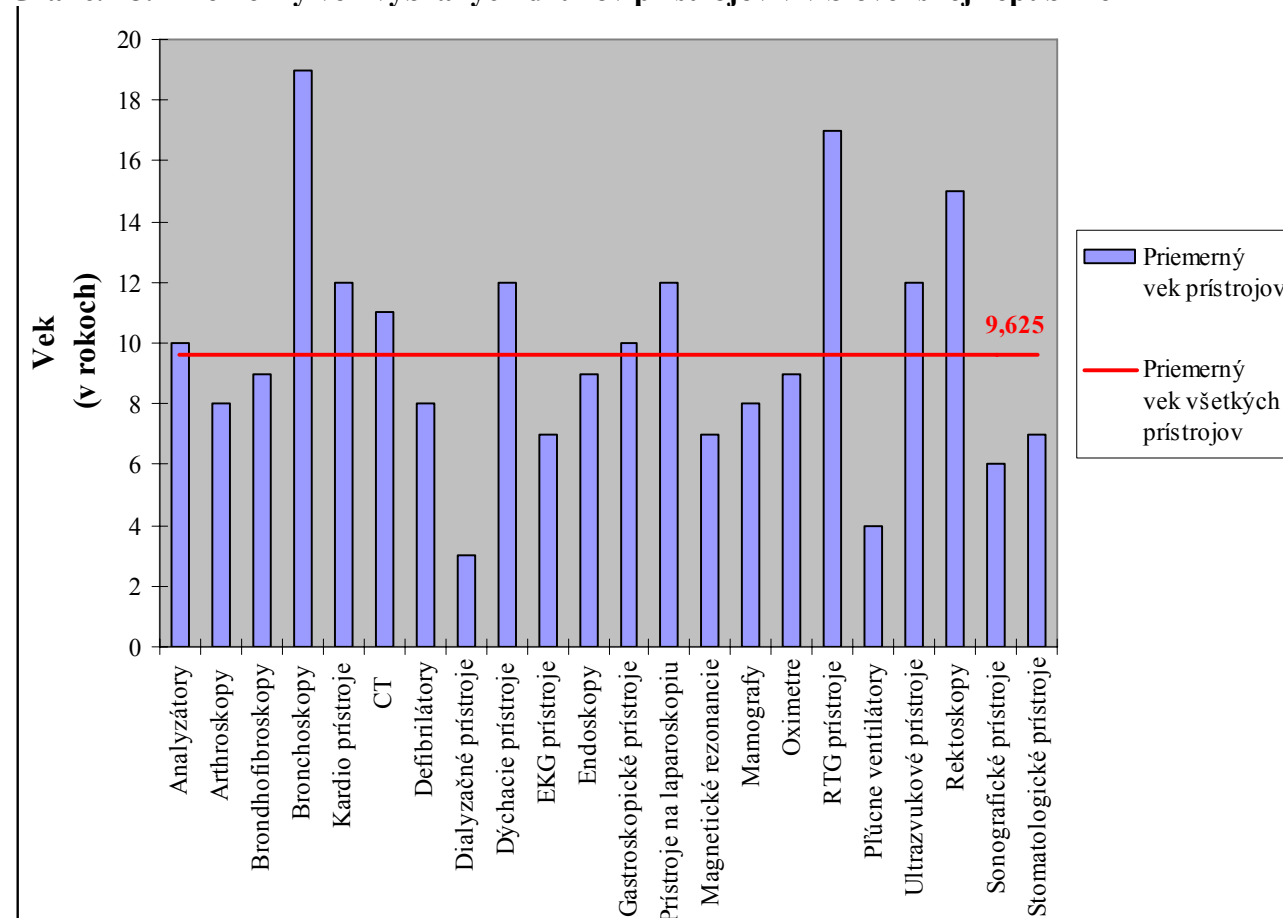
Ako vidieť z tabuľky č. 35 a grafu č. 28 pre vybrané druhy prístrojov v Slovenskej republike je priemerný vek prístrojového vybavenia ambulancií približne 10 rokov.

Tabuľka č. 35: Priemerný vek vybraných druhov prístrojov

Vybrané druhy prístrojov	Priemerný vek prístrojov
Analýzátory krvi	14
Arthroscopy	8
Bronchoscopy	14
Tomografy	11
Defibrilátory	8
Dialyzačné prístroje	5
EKG prístroje	7
Endoscopy	9
Gastrokopické prístroje	10
Laparoskopické prístroje	12
Magnetické rezonancie	7
Mamografy	8
Oximetre	9
RTG prístroje	17
Ultrazvukové prístroje	12
Rektoscopy	15
Sonografy	6
Stomatologické súpravy	7
Priemerný vek všetkých prístrojov	10

Zdroj: NCZI 2006

Graf č. 28: Priemerný vek vybraných druhov prístrojov v Slovenskej republike



Zdroj: NCZI, 2006

Z analýzy zdravotného stavu obyvateľov Slovenskej republiky v kapitole 3.3 vyplynulo, že najčastejšou príčinou úmrtí obyvateľov Slovenskej republiky sú ochorenia obehovej sústavy, nádory, ochorenia tráviacej a dýchacej sústavy a vonkajšie príčiny ochorení a úmrtí.

Z tohto dôvodu bol vykonaný prieskum a analýza priemerného veku prístrojov, ktoré sú pri diagnostikovaní a liečbe pacientov používané hlavne na tieto problémové diagnózy. Priemerný vek prístrojov zameraných na ochorenia „skupiny 5“ je popísaný v tabuľke č. 36 a v grafe č. 29.

Ako je z uvedených údajov vidieť, priemerný vek zdravotníckych prístrojov je okolo 10 rokov, pričom doba odpisovania týchto prístrojov sa pohybuje medzi 2 až 8 rokmi. Z technicko-ekonomického zorného uhla pohľadu je veľká väčšina prístrojov prakticky odpísaná.

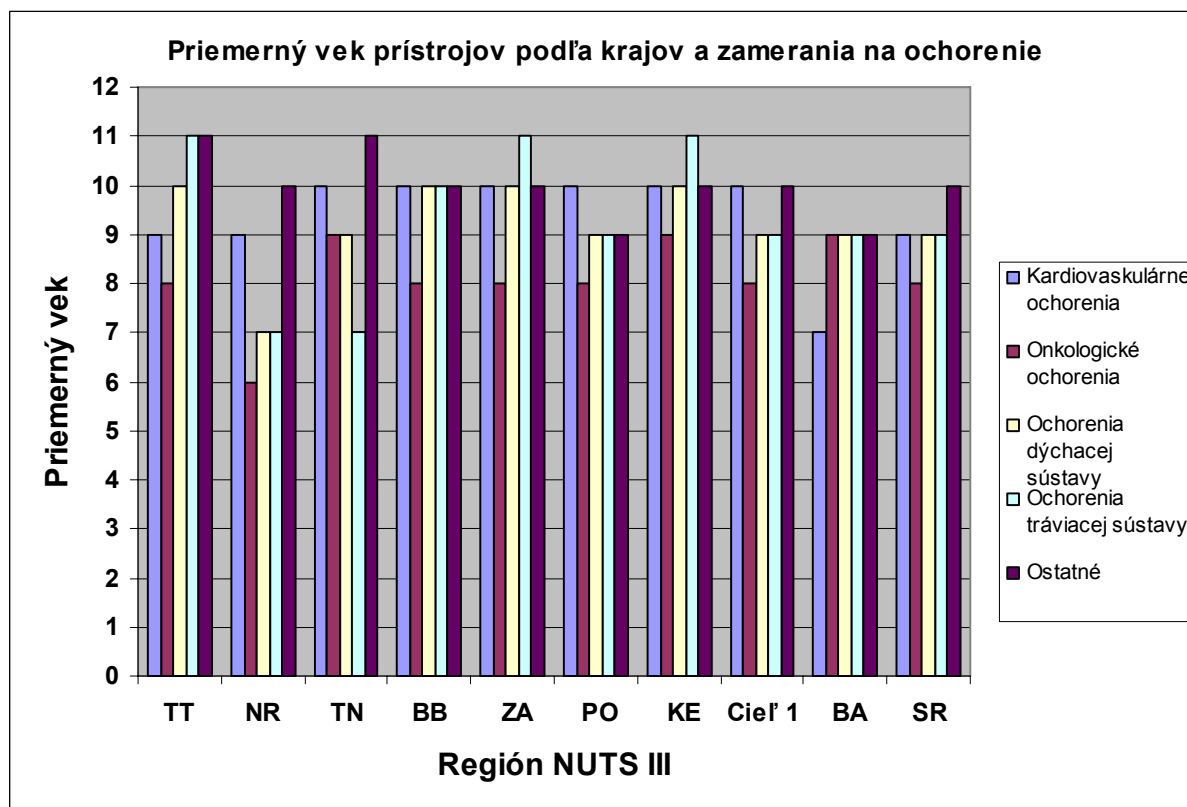
Tabuľka č. 36: Priemerný vek prístrojov podľa krajov a zamerania na ochorenie

Prístroje podľa použitia	ZS			SS		VS		Cieľ „Konvergencia“	BA	SR
	TT	NR	TN	BB	ZA	PO	KE			
Ochorenia obehovej sústavy	9,33			10		10		10	7	9
	9	9	10	10	10	10	10			
Nádory	7,66			8		8,5		8	9	8
	8	6	9	8	8	8	9			
Ochorenia dýchacej sústavy	8,66			10		9,5		9	9	9
	10	7	9	10	10	9	10			
Ochorenia tráviacej sústavy	8,33			10,5		10		9	9	9
	11	7	7	10	11	9	11			

Ostatné	10,66			10		9,5		10	9	10
	11	10	11	10	10	9	10			

Zdroj: NCZI 2006

Graf č. 29: Priemerný vek prístrojov podľa krajov a zamerania na vybrané druhy ochorení



Zdroj: NCZI 2006

Zdravotnícka technika Národnej transfúznej služby SR

Priemerný vek vlastných prístrojov NTS na komplexné spracovanie krvi a produkciu krvných prípravkov je 10 rokov. Prístroje sú opotrebované, vykazujú vysokú poruchovosť a preto sú nutné ich časté opravy. Nízka prevádzková spoľahlivosť a poruchy prístrojov sú príčinou finančných problémov. Na opravy sú vynakladané značné finančné prostriedky. Náklady na údržbu prístrojového vybavenia Národnej transfúznej služby v roku 2007 predstavovali k 30. 6. 2007 cca. 4 mil. Sk.

V dôsledku nedostatku finančných prostriedkov NTS na nákup vlastného prístrojového vybavenia ktoré sú nevyhnutné pre každodennú prácu, je takmer 40% prístrojov zapožičaných, pričom ich technický stav je tiež nevyhovujúci.

3.4.3 Záver analýzy zdravotníckej infraštruktúry v Slovenskej republike

Zdravotnícka infraštruktúra nemocničných poskytovateľov zdravotnej starostlivosti v SR je v značnej miere technicky, morálne a ekonomicky zastaraná, v mnohých prípadoch nevyhovujúca a neumožňuje poskytovanie kvalitnej, efektívnej, dostupnej a bezpečnej zdravotnej starostlivosti

Zariadenia ústavnej zdravotnej starostlivosti

Stavebné objekty a prevádzkové súbory –budovy

Z analýzy vo všeobecnosti vyplýva, že veľká časť zariadení je v stave, keď prekračujú svoju životnosť a možno ich považovať za odpísané.

Z regionálneho pohľadu sú stavebné objekty v Trnavskom kraji najstaršie.

Vychádzajúc z porovnania veku nemocníc podľa kategórií najhorší stav infraštruktúry majú špecializované nemocnice.

Pri porovnaní nemocníc podľa technicko-prevádzkového stavu je kritická situácia u všeobecných nemocníc i špecializovaných nemocníc. Technicko-prevádzkový stav nemocníc je podrobne analyzovaný podľa stavu fasád - opláštení, striech a systémov infraštruktúry.

Z porovnania celkovej a úžitkovej plochy nemocničných areálov vyplýva v mnohých prípadoch nedostatočná logistika v ich situovaní.

Zdravotnícka technika

Zdravotnícka technika s priemerným vekom 10 rokov je v štádiu keď jej určitá väčšia časť, z technického hľadiska, vyžaduje urýchlenú obnovu. Najkritickejšia situácia je u všeobecných – regionálnych a fakultných nemocníc, kde priemerný vek zdravotníckej techniky je 12 resp. 13 rokov.

Hlavné dôvody vyradenia techniky z prevádzky súvisia s vysokým vekom samotných prístrojov a úrovňou údržby.

Zariadenia ambulantnej zdravotnej starostlivosti a Národnej transfúznej služby

Záver analyzy stavebných objektov a prevádzkových súborov – budov a zdravotníckej techniky ústavných zdravotníckych zariadení sú plne aplikovateľné aj pri zariadeniach ambulantnej zdravotnej starostlivosti a Národnej transfúznej služby.

3.5 Zhodnotenie systému a zhrnutie analýz

System zdravotnej starostlivosti sa v súčasnom období, napriek dlhodobejšie prebiehajúcim aktivitám stále nachádza v situácii, kedy štruktúra a kvalita poskytovaných služieb nezodpovedá potrebám obyvateľov, preto prioritnou úlohou je zlepšenie kvality, efektívnosti a dostupnosti poskytovanej zdravotnej starostlivosti pre občanov.

Z vykonaných analýz systému zdravotnej starostlivosti (vrátane pólov rastu) a zdravotného stavu obyvateľstva SR vyplynula jednoznačne a prednostne požiadavka na liečbu ochorení „skupiny 5“ prostredníctvom akútnej všeobecnej a špecializovanej nemocničnej zdravotnej starostlivosti súbežne s efektívnymi aktivitami v oblasti prevencie a podpory zdravia prostredníctvom ambulantnej zdravotnej starostlivosti.

K hlavným problémom zdravotníckeho systému, ktoré je súbežne žiaduce riešiť, patrí tendencia k nadmernej hospitalizácii pacientov, nadmerné využívanie špecializovaných služieb, rastúci počet nemocníc a neprimeraný vzťah medzi primárnou a špecializovanou starostlivosťou.

Z pohľadu kapacít je dôraz kladený na zníženie miery hospitalizovanosti s presunom ťažiska poskytovanej zdravotnej starostlivosti z nemocníc do ambulantnej sféry smerom k jednoduchovej a/alebo domácej starostlivosti.

Trendy v zdravotníctve, ktoré momentálne prebiehajú v Európe, obsahujú významné prvky ovplyvňujúce najmä systém ústavnej - nemocničnej zdravotnej starostlivosti. Tento dôraz má viacero príčin, o.i.:

- nemocnice spotrebujú značnú časť zdravotníckeho rozpočtu, v niektorých európskych krajinách až 70%,
- nemocnice zamestnávajú až 50% lekárov a tri štvrtiny zdravotných sestier⁴.

3.6 Programové obdobie 2004 – 2006

3.6.1. Výsledky realizácie programového obdobia 2004 – 2006

V skrátenom programovom období 2004 – 2006 bola podpora oblasti zdravotníctva, najmä formou technických investícií, primárne zahrnutá v Operačnom programe Základná infraštruktúra (ďalej len OP ZI), ktorý bol financovaný z ERDF.

V rámci OP ZI bola zdravotnícka problematika podporovaná v rámci priority Lokálna infraštruktúra.

Na podporu zdravotníckej infraštruktúry bolo definované podopatrenie 3.1.2. Budovanie a rozvoj zdravotníckej infraštruktúry a oblasť zdravotníckej informatiky bola zahrnutá do opatrenia 3.2. Budovanie a rozvoj informačnej spoločnosti pre verejný sektor.

OP ZI bol určený na podporu organizácií verejného charakteru. RO pre OP ZI vrátane priority 3 Lokálna infraštruktúra bolo MVRR SR.

Tabuľka č. 37: Finančné alokácie pre podopatrenie 3.1.2 Budovanie a rozvoj zdravotníckej infraštruktúry (v EUR)

Obdobie	Celkové náklady spolu	Prostriedky EU (ERDF)	Národné zdroje spolu	Centrálne zdroje (ŠR)	Prostriedky samospráv
2004 - 2006	25 679 870	20 543 897	5 135 973	3 851 980	1 283 993
2004	6 002 561	4 802 049	1 200 512	900 384	300 128
2005	8 572 768	6 858 215	1 714 553	1 285 915	428 638
2006	11 104 541	8 883 633	2 220 908	1 665 681	555 227

Zdroj: OP ZI

⁴ Analýza spoločnosti Sanigest International – Hodnotenie nemocníc Slovensko 2004

Tabuľka č. 38: Finančné alokácie pre opatrenie 3.2. Budovanie a rozvoj informačnej spoločnosti pre verejný sektor(v EUR)

Obdobie	Celkové náklady spolu	Prostriedky EU (ERDF)	Národné zdroje spolu	Centrálne zdroje (ŠR)	Prostriedky samospráv
2004 - 2006	13 702 715	10 277 036	3 425 679	2 740 542	685 137
2004	3 202 952	2 402 214	800 738	640 590	160 148
2005	4 574 408	3 430 806	1 143 602	914 881	228 721
2006	5 925 355	4 444 016	1 481 339	1 185 071	296 268

Zdroj: OP ZI

V rámci finančného plánu opatrenia 3.2. nebola určená presná alokácia na informačné projekty z rezortu zdravotníctva. Alokácia bola stanovená na úrovni opatrenia. Na úrovni jednotlivých blokov (napr. národné projekty) bolo stanovené indikatívne rozdelenie finančných prostriedkov a na úrovni jednotlivých aktivít (napr. Informačný systém pre Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou) boli stanovené minimálne a maximálne hranice nenávratných finančných príspevkov na projekt.

Tabuľka č. 39: Vyhodnotenie doterajšieho dopytu a absorpcie po opatreniach

OP	Priorita	Opatrenie		Alokácia 2004-2006 (EUR)	Dopyt %	Kontrahovanie %	Čerpanie %	
Operačný program Základná infraštruktúra	3	Lokálna infraštruktúra	3.1	Budovanie a rozvoj občianskej infraštruktúry v regiónoch	68 055 288	1093,15	92,50	52,72
			3.1.2	Podopatrenie Budovanie a rozvoj zdravotnic- kej infraštruktúry	24 395 877	580,63	70,31	17,53
			3.2	Budovanie a rozvoj informačnej spoločnosti pre verejný sektor	13 017 578	286,36	65,71	18,85

Zdroj: MVRR SR (ITMS z 24.8.2007)

Vysvetlivky:

dopyt po opatreniach je vyjadrený ako podiel hodnoty prijatých žiadostí o NFP na celkovej alokácii pre opatrenie (tj. spolu ERDF, ŠR a miera spolufinancovania)

absorpcia opatrení je vyjadrená ako:

- stav kontrahovania, vypočítaný ako podiel hodnoty schválených žiadostí o NFP na celkovej alokácii pre opatrenie,
- stav čerpania finančných zdrojov opatrenia, vyjadrený ako podiel uhradených finančných prostriedkov na celkovej alokácii pre opatrenie.

Tabuľka č. 40: Vyhodnotenie počtu prijatých a podporených projektových zámerov

OP	Priorita	Opatrenie	Počet prijatých žiadostí o NFP	Počet schválených žiadostí o NFP
Operačný program Základná infraštruktúra	3.	3.1 Budovanie a rozvoj občianskej infraštruktúry v regiónoch	1393	180
		3.1.2 Podopatrenie Budovanie a rozvoj zdravotníckej infraštruktúry	126	29
		3.2 Budovanie a rozvoj informačnej spoločnosti pre verejný sektor	143	56

Zdroj: MVRR SR (ITMS 24.8.2007)

Z uvedených údajov zo skráteného programového obdobia 2004-2006 vyplýva, že doplnkové zdroje z ERDF a štátneho rozpočtu SR predstavujú v podmienkach SR významný prostriedok na zníženie dopadov dlhodobého poddimenzovania investícií v dotknutých oblastiach. Opodstatnenosť smerovania podpory do zariadení občianskej infraštruktúry vyplýva z analýz súčasného stavu a nadväzuje na nadmerný záujem o uvedené typy aktivít v skrátenom programovom období 2004-2006, kedy dopyt po kapitálových investíciách zo strany zriaďovateľov širokého spektra zariadení občianskej infraštruktúry niekoľkonásobne prevýšil disponibilné prostriedky.

Zhodnotenie dosiahnutej efektívnosti a účinnosti realizovaných projektov

V rámci jednotlivých opatrení Priority 3 Lokálna infraštruktúra OPZI v programovom období 2004-2006 sledoval riadiaci orgán tri úrovne indikátorov, a to indikátory výstupu, výsledku a dopadu. Na úrovni programu OPZI bol za každú úroveň stanovený 1 indikátor. Hodnoty výstupových indikátorov na úrovni jednotlivých projektov sú zisťované na základe monitorovacích správ, ktoré sú riadiacemu orgánu zasielané prijímateľmi štvrťročne. Hodnoty indikátorov výsledku a dopadu sú získavané zo záverečných monitorovacích správ a následne aj počas 5 rokov po ukončení projektu z monitorovacích správ. Súčasná etapa implementácie neumožňuje posúdiť naplnenie výsledkových a dopadových indikátorov. Tieto bude možné zhodnotiť až po ukončení realizácie projektov.

Podopatrenie 3.1.2 Budovanie a rozvoj zdravotníckej infraštruktúry

Tabuľka č. 41: Prijaté projekty - podopatrenie 3.1.2 - OPZI

VÚC (NUTS III)	Počet prijatých projektov	Dopyt (EUR)
Trnavský	14	18 337 457,82
Nitriansky	17	12 316 061,74
Trenčiansky	10	14 627 354,36
Banskobystrický	19	25 064 298,47
Žilinský	16	14 287 030,82
Prešovský	28	35 522 313,10
Košický	22	21 949 422,76
Bratislavský	0	0
SPOLU	126	142 103 939,08

Zdroj: MVRR SR (ITMS 24.8.2007)

Tabuľka č. 42: Schválené projekty - podopatrenie 3.1.2 - OPZI

VÚC (NUTS III)	Počet schválených projektov	Alokácia na schválené projekty (EUR)
Trnavský	3	3 292 578,95
Nitriansky	5	3 078 712,89
Trenčiansky	1	442 724,10
Banskobystrický	4	6 306 631,58
Žilinský	6	6 692 789,47
Prešovský	6	5 733 286,29
Košický	4	2 292 327,84
Bratislavský	0	0
SPOLU	29	27 956 862,03

Zdroj: MVRR SR (ITMS 24.8.2007)

Nakoľko je opatrenie 3.1 zostavené zo 4 podopatrení, každé z nich sleduje rovnaké indikátory, rozdiel je len v stanovených hodnotách. Vo všeobecnosti ide o nasledovné indikátory:

Tabuľka č. 43: Zhodnotenie opatrenia 3.1 OPZI

TYP UKAZOVATEĽA	NÁZOV UKAZOVATEĽA	CIEĽOVÉ HODNOTY JEDNOTLIVÝCH PODOPATRENÍ PODĽA PD K OPZI					PREDPOKLADANÉ CIEĽOVÉ HODNOTY R. 2008 PODĽA SCHVÁLENÝCH PROJEKTOV V RÁMCI PODOPATRENÍ				
		3.1.1	3.1.2	3.1.3	3.1.4	3.1	3.1.1	3.1.2	3.1.3	3.1.4	3.1
Výstup	počet zrekonštruovaných budov	25	10	10	10	55	86	28	26	40	180
Výsledok	počet užívateľov podporenej infraštruktúry (v tisícoch)	150	150	75	75	450	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
Dopad	hrubá/čistá zamestnanosť	2 %	2 %	2 %	2 %	2 %	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

Zdroj: MVRR SR, 2007

Tabuľka č. 44: Nakontrahované projekty - podopatrenie 3.1.2 – OPZI

VÚC (NUTS III)	Počet nakontrahovaných projektov	Kontrahovanie (EUR)
Trnavský	2	2 883 800,00
Nitriansky	1	0,00
Trenčiansky	1	420 337,90
Banskobystrický	3	5 602 829,13
Žilinský	5	5 595 540,00
Prešovský	1	584 026,32
Košický	3	2 065 416,41
Bratislavský	0	0
SPOLU	16	17 151 949,76

Zdroj: MVRR SR (ITMS 24.8.2007)

Opatrenie 3.2 Budovanie a rozvoj informačnej spoločnosti pre verejný sektor

Tabuľka č. 45: Prijaté projekty (zdravotnícke) - Opatrenie 3.2 OPZI

VÚC (NUTS III)	Počet projektov	Dopyt (EUR)
Nitriansky	5	1 202 950,55
Prešovský	3	584 272,21
Banskobystrický	4	984 459,79
Trnavský	2	493 299,47
Košický	1	234 794,21
Žilinský	3	863 727,24
Trenčiansky	0	0
Bratislavský	0	0
Národný projekt	2	2 273 957,89
SPOLU	20	6 601 461,37

Zdroj: MVRR SR (24.8.2007)

Tabuľka č. 46: Schválené projekty (zdravotnícke) - Opatrenie 3.2 OPZI

VÚC (NUTS III)	Počet projektov	Alokácia (EUR)
Nitriansky	4	992 822,47
Prešovský	2	505 061,68
Banskobystrický	2	523 831,00
Trnavský	1	263 157,89
Košický	1	234 794,21
Žilinský	1	430 815,79
Trenčiansky	0	0
Bratislavský	0	0
Národný projekt	1	741 326,31
SPOLU	12	3 691 809,37

Zdroj: MVRR SR (24.8.2007)

Tabuľka č. 47: Nakontrahované projekty (zdravotnícke) - Opatrenie 3.2 OPZI

VÚC (NUTS III)	Počet projektov	Kontrahovanie (EUR)
Nitriansky	0	0
Prešovský	1	252 105,26
Banskobystrický	0	0
Trnavský	1	263 157,89
Košický	0	0
Žilinský	1	430 815,79
Trenčiansky	0	0
Bratislavský	0	0
Národný projekt	0	0
SPOLU	3	946 078,95

Zdroj: MVRR SR (24.8.2007)

Opatrenie 3.2 - Budovanie a rozvoj informačnej spoločnosti pre verejný sektor

Tabuľka č. 48 : Zhodnotenie opatrenia 3.2 OPZI

TYP UKAZOVATEĽA	NÁZOV UKAZOVATEĽA	CIEĽOVÉ HODNOTY OPATRENIA PODĽA PD K OPZI	PREDPOKLADANÉ CIEĽOVÉ HODNOTY R. 2008 PODĽA SCHVÁLENÝCH PROJEKTOV
Výstup	počet verejných prístupových bodov	10	46
Výstup	počet škôl pripojených na internet	5	12
Výstup	počet nemocníc pripojených na internet	5	11
Výsledok	počet užívateľov podporenej infraštruktúry (v tisícoch)	50 000	100 000
Dopad	hrubá/čistá zamestnanosť	N/A	N/A

Zdroj: MVRR SR, 2007

Vo všeobecnosti sa dá zhrnúť, že v oblasti zdravotníckej infraštruktúry bola podporená približne jedna pätina predložených projektov (29 zo 126). Stav kontrahovania k 15.2.2007 v relatívnom vyjadrení bol 28,07 % a čerpanie podľa ITMS 10,08 % .

Na základe hodnotiaceho procesu, odporúčaní a rozhodnutí Výberovej komisie pre výber projektov za podopatrenie 3.1.2 Budovanie a rozvoj zdravotníckej infraštruktúry bolo k 15. 2. 2007 schválených 29 žiadostí o nenávratný finančný príspevok. Riadiaci orgán (Ministerstvo výstavby a regionálneho rozvoja SR) uzavrel zmluvu o poskytnutí nenávratného finančného príspevku (ďalej len zmluva o NFP) so 6 žiadateľmi z 29 schválených žiadostí.

Zo 6 kontrahovaných projektov boli štyri zrealizované. Tri z nich boli zamerané na zateplenie a rekonštrukciu vnútornej infraštruktúry a jeden na rekonštrukciu tepelného hospodárstva. Aj posledné dva projekty sa už začali realizovať.

Na základe hodnotiaceho procesu, odporúčaní a rozhodnutí Výberovej komisie pre výber projektov za opatrenie 3.2 Budovanie a rozvoj informačnej spoločnosti pre verejný sektor bolo k 15. 2. 2007 schválených 12 žiadostí o nenávratný finančný príspevok. Z 12 schválených žiadostí sa realizujú 2 projekty v oblasti zdravotníctva. Celková suma nakontrahovaných projektov je 140.288.756,- SKK.

Z dvoch projektov v procese realizácie je jeden zameraný na zvýšenie efektívnosti poskytovania zdravotnej starostlivosti a zvýšenie efektívnosti riadenia a hospodárenia nemocnice a cieľom druhého je dosiahnuť úroveň efektívneho riadenia nemocnice zodpovedajúcej štandardom EÚ.

Pozitívne príklady zo skráteného programového obdobia 2004-2006 (Best practise):

- Stratégia OP ZI správne identifikovala prioritné oblasti podpory súvisiace s poddimenzovaným kapitálovým financovaním občianskej infraštruktúry. Vysoký záujem o získanie doplnkových zdrojov z ERDF zo strany miestnych a regionálnych samospráv potvrdil, že OP ZI bol zameraný na ich aktuálne tematické priority v oblasti investičného financovania (negatívom bola nedostatočne cielená stratégia).
- Veľká časť projektových zámerov v rámci Priority 3 – Lokálna infraštruktúra OPZI nemohla byť vzhľadom na disponibilnú alokáciu podporená. Mnohé zábery organizácií v zriaďovateľskej pôsobnosti samospráv však boli v záujme získania podpory zo ŠF

spracované a pripravené do podoby konkrétnych stavebno-technických projektov, boli k nim vydané stavebné povolenia a zo strany samospráv došlo vo viacerých prípadoch k majetko-právnomu vysporiadaniu dotknutých nehnuteľností.

Využiteľné skúsenosti pre programové obdobie 2007-2013 (Lessons Learned):

- Napriek svojmu doplnkovému charakteru sú ŠF na Slovensku mnohými samosprávami často vnímané ako jediná alternatíva na realizáciu ich investičných zámerov. Vysoký dopyt po podporovaných typoch operácií na jednej strane a doplnkový a obmedzený charakter prostriedkov zo ŠF na strane druhej nevyhnutne vytvárajú potrebu presného definovania stratégie operačného programu.
- Jedným z najvýznamnejších prvkov na zvýšenie kvality implementácie je vopred definované rozdelenie alokácie disponibilnej alokácie OPZ na zainteresované NUTS 2 regióny. Disponibilná alokácia je jedným z najrelevantnejších údajov pre všetky subjekty zapojené do implementácie OPZ (EK, Riadiaci orgán pre OPZ, prijímatelia, atď.). Na základe skúseností z predchádzajúceho programového obdobia je nevyhnutné pravidelne a často aktualizovať informácie o čerpaní prostriedkov na úrovni jednotlivých opatrení OPZ a jednotlivých regiónov. Najvyhľadávanejším zdrojom týchto informácií pre uvedené subjekty sú internetové stránky riadiacich orgánov a spoločný informačný portál pre ŠF a KF.
- V súvislosti s potrebou spracovania vysokého počtu žiadostí o finančný príspevok je potrebné vytvoriť implementačné prostredie, v ktorom sú v maximálne možnej miere uplatňované informačné technológie. Zlepšenia v tejto oblasti výrazne prispievajú k zvýšeniu transparentnosti a najmä objektívnosti procesov. Ide predovšetkým o zabezpečenie plynulých a priebežných procesov prijímania a registrácie žiadostí o finančný príspevok, a to čiastočne aj v elektronickej podobe.
- V skrátenom programovom období 2004-2006 bol v rámci Priority 3 – Lokálna infraštruktúra OPZI hodnotiaci proces projektov administratívne a časovo náročný, čo súviselo s viacstuňovými kontrolnými mechanizmami nastavenými kvôli nedostatočným skúsenostiam v oblasti ŠF. Nastavený systém implementácie OPZ v programovom období 2007-2013 predpokladá objektívne posudzovanie dokumentácií žiadostí v prvotných fázach hodnotenia prostredníctvom súboru merateľných kvantifikovateľných a „áno-nie“ kritérií pre každú tematickú oblasť podpory.
- Rozhodnutia o schválení projektov sú v konečnej fáze prijímané kolektívnymi orgánmi zloženými zo sociálno-ekonomických partnerov (tzv. výberové komisie). Činnosť výberových komisií v programovom období 2004-2006 bola založená na posudzovaní projektových zámerov, ktoré sa na základe predchádzajúceho hodnotenia kvalifikovali do výberového procesu. V súvislosti s výberovým procesom boli identifikované nasledovné nedostatky:
- Výberové komisie založené na princípe partnerstva prijímali rozhodnutia na základe konsenzu všetkých členov, čo viedlo k zníženiu akcieschopnosti výberových komisií v prípade, že niektorý z jej členov vetoval rozhodnutia iných členov. V programovom období 2007-2013, je potrebné zvoliť funkčný mechanizmus prijímania rozhodnutí pričom zloženie výberovej komisie reprezentuje v zmysle princípu partnerstva odbornú národnú, regionálnu a miestnu úroveň, úroveň horizontálnych priorít atď.
- Ako najjednoduchší a administratívne najmenej náročný spôsob uchovávania dokumentácie a sledovania dosahovaného pokroku sa javí systém ITMS. Systém ITMS upravený na základe skúseností z predchádzajúceho obdobia predstavuje významný zdroj informácií pre proces monitorovania a hodnotenia programu.

- Skúsenosti z rokov 2004-2006 potvrdili, že priebežné a často aktualizované informovanie verejnosti prostredníctvom aktualizovaných informácií o dosiahnutom pokroku v implementácii sú kľúčovým faktorom pre transparentnú realizáciu operačného programu.
- Najrozšírenejším a najžiadanejším spôsobom získavania informácií je ich uverejňovanie na internetových stránkach riadiacich orgánov a na spoločnom informačnom portáli pre všetky operačné programy.

3.7 SWOT analýza

SWOT analýza vychádza z popisu súčasnej situácie a zachytáva identifikované kľúčové disparity rezortu. Analýza sektora zdravotníctva na Slovensku predstavuje súhrnné hodnotenie silných a slabých stránok, príležitostí a ohrození a tvorí základ pre formuláciu cieľov OPZ na roky 2007 – 2013.

Tabuľka č. 49: SWOT analýza

SILNÉ STRÁNKY	ZS	SS	VS
Rovnomerné pokrytie územia ústavnými poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti v póloch rastu	x	x	x
Existencia fakultných nemocníc a špecializovaných inštitúcií s centralizovanou špecializovanou starostlivosťou	x	x	x
Rozvinutá sieť ambulancií vykonávajúcich prevenciu rizikových faktorov špecifických ochorení	x	x	x

SLABÉ STRÁNKY	ZS	SS	VS
Nepriaznivý zdravotný stav obyvateľstva SR, vysoká chorobnosť a úmrtnosť na ochorenia obehovej sústavy, nádory, vonkajšie príčiny ochorení a úmrtnosti, ochorenia dýchacej sústavy a ochorenia tráviacej sústavy (ochorenia „skupiny 5“)	x	x	x
Nižšia stredná dĺžka života obyvateľov SR v porovnaní s EÚ	x	x	x
Nevyhovujúci stav materiálo technickej základne infraštruktúry poskytovateľov zdravotnej starostlivosti	x	x	x
Nevyhovujúci stav zdravotníckej techniky poskytovateľov zdravotnej starostlivosti	x	x	x
Nekomplexnosť poskytovaných ambulantných zdravotníckych služieb v dôsledku individualizácie poskytovateľov ambulantnej zdravotnej starostlivosti	x	x	x
Vysoká energetická náročnosť zdravotníckej infraštruktúry	x	x	x
Nekomplexnosť a nízka kompatibilita informačných systémov poskytovateľov zdravotnej starostlivosti	x	x	x

PRÍLEŽITOSTI	ZS	SS	VS
Vytvorenie efektívnej a flexibilnej siete poskytovateľov na úrovni NUTS II., ktorá dokáže poskytnúť občanom kvalitnú, bezpečnú dostupnú a ekonomicky udržateľnú zdravotnú starostlivosť	x	x	x
Zlepšenie kvality života občanov prostredníctvom zlepšenia kvality poskytovania nemocničnej zdravotnej starostlivosti	x	x	x
Zlepšenie kvality života občanov prostredníctvom zlepšenia prevencie, diagnostiky a modernizácie zdravotníckych zariadení	x	x	x
Zvýšenie individuálnej zodpovednosti občana za svoj zdravotný stav	x	x	x

OHROZENIA	ZS	SS	VS
Pasivita občanov vo vzťahu k vlastnému zdraviu	x	x	x
Pretrvávajúca nepriaznivá sociálna situácia marginalizovaných rómskych komún		x	x
Rezistencia voči reštrukturalizačným zmenám	x	x	x
Nedostatok finančných prostriedkov na celkovú komplexnú reštrukturalizáciu poskytovateľov ZS	x	x	x

Identifikované silné a slabé stránky, ako aj príležitosti a ohrozenia majú všeobecný charakter, prejavujú sa na národnej úrovni a zároveň sú spoločné pre všetky regióny SR na úrovni NUTS II.

3.8 Hlavné disparity a faktory rozvoja

Tabuľka č. 50: Kľúčové disparity a faktory rozvoja s regionálnym priemetom na úrovni NUTS 2

Kľúčové disparity	Regionálny priemet			Hlavné faktory rozvoja	Regionálny priemet		
Prioritná os 1	ZS	SS	VS	Prioritná os 1	ZS	SS	VS
1. Nevyhovujúci stav materiálo - technickej základne infraštruktúry poskytovateľov zdravotnej starostlivosti	x	x	x	Zlepšenie infraštruktúry zdravotníckych zariadení s cieľom zvýšiť kvalitu, efektívnosť a dostupnosť ZS s dôrazom na špecifické druhy ochorení (1,2,3,4)	x	x	x
2. Nedostatočná efektívnosť systému zdravotnej starostlivosti	x	x	x				
3. Nedostatky v poskytovaní ZS s negatívnym vplyvom na kvalitu a bezpečnosť pacienta	x	X	x				
4. Zlý zdravotný stav obyvateľstva a úmrtnosť na špecifické druhy ochorení							
Prioritná os 2	ZS	SS	VS	Prioritná os 2	ZS	SS	VS
5. Nedostatočná úroveň a zastaranosť infraštruktúry ambulancií vykonávajúcich prevenciu rizikových faktorov špecifických ochorení	x	X	x	b. Zvýšenie kvality infraštruktúry ambulancií na včasné zachytenie rizikových faktorov špecifických ochorení, ktoré majú najväčší podiel na úmrtnosti obyvateľstva (5)	x	x	x

Zdroj: MZ SR

4 Stratégia operačného programu

4.1 Východiská stratégie OPZ

V procese určovania rámca pre stratégiu OPZ na roky 2007-2013 je nevyhnutné zohľadniť nasledovné východiská:

- východiská NSRR pre OPZ,
- stratégie na úrovni Spoločenstva, na úrovni národnej, na regionálnych a miestnych úrovniach a výstupy z uplatňovania princípu partnerstva,
- výsledky analýz a východiská pre tematickú a územnú koncentráciu intervencií.

4.1.1 Východiská Národného strategického referenčného rámca pre operačný program zdravotníctvo - prepojenie stratégie OPZ s víziou a stratégiou NSRR

NSRR je základným rámcovým strategickým dokumentom na celoštátnej úrovni, ktorý stanovuje rozvojové priority spolufinancované zo ŠF a KF v programovom období 2007-2013 v nadväznosti na Strategické usmernenia Spoločenstva definujúce rámce pre intervencie fondov na európskej úrovni.

Ako prvú zo svojich strategických priorít identifikuje NSRR strategickú prioritu Infraštruktúra a regionálna dostupnosť, ktorej globálnym cieľom je „zvýšenie hustoty vybavenia regiónov infraštruktúrou a zvýšenie efektívnosti s ňou súvisiacich verejných služieb“. Uvedený cieľ je dosahovaný prostredníctvom realizácie jednotlivých špecifických priorít NSRR. OPZ je operačným programom, pre ktorý je relevantná špecifická priorita 1.4 Zdravotnícka infraštruktúra. Jej cieľ je definovaný ako „Zlepšenie podmienok ovplyvňujúcich zdravotný stav obyvateľstva v produktívnom ako aj v neproduktívnom veku prostredníctvom zvyšovania kvality zdravotníckej infraštruktúry.“ Východiskom NSRR pre určenie stratégie OPZ je, že cieľ špecifickej priority 1.4 NSRR je dosahovaný predovšetkým prostredníctvom implementácie OPZ.

Tabuľka č. 51: Hierarchická sústava priorít a cieľov NSRR relevantných z pohľadu OPZ

Hierarchia	Cieľ
NSRR	Do roku 2013 výrazne zvýšiť konkurencieschopnosť a výkonnosť regiónov a slovenskej ekonomiky a zamestnanosť pri rešpektovaní trvalo udržateľného rozvoja
Strategická priorita 1 Infraštruktúra a regionálna dostupnosť	Zvýšenie hustoty vybavenia regiónov infraštruktúrou a zvýšenie efektívnosti s ňou súvisiacich verejných služieb
Špecifická priorita 1.4 Zdravotnícka infraštruktúra	Zlepšenie podmienok ovplyvňujúcich zdravotný stav obyvateľstva v produktívnom ako aj v neproduktívnom veku prostredníctvom zvyšovania kvality zdravotníckej infraštruktúry.

Strategické priority NSRR a ich ciele sú na nižšej úrovni rozpracované do špecifických priorít a cieľov vrátane kľúčových štrukturálnych ukazovateľov pre každú z tematických oblastí rozpracovanej v danej priorite.

4.1.2 Stratégie na úrovni Spoločenstva, na úrovni národnej, na regionálnych a miestnych úrovniach a výstupy z uplatňovania princípu partnerstva

Zhodnotenie súčasného stavu regionálnej infraštruktúry v jednotlivých tematických oblastiach podpory OPZ a predpokladaný vývoj v nasledujúcich rokoch bol posudzovaný na základe koncepcných a strategických dokumentov:

Strategické usmernenia Spoločenstva (SÚS) – OPZ vychádza z 3. usmernenia SÚS - „Vytvorenie väčšieho množstva a kvalitnejších pracovných miest“ a v rámci neho je orientovaný na „Ochranu zdravia pracovnej sily“.

Lisabonská stratégia/Národný plán rozvoja (LS/NPR) – OPZ prispieva k zvyšovaniu konkurencieschopnosti a atraktivity regiónov podporou rozvoja zdravotníckej infraštruktúry predovšetkým v póloch rastu.

Národná stratégia trvalo udržateľného rozvoja/Akčný plán trvalo udržateľného rozvoja (NSTUR/APTUR) – OPZ prostredníctvom zvyšovania kvality života v regiónoch (posilňovanie inovačných a kohéznych pólov rastu) podporuje polycentrický celoplošný rozvoj územia SR, prostredníctvom ktorého podpora zdravotníckej infraštruktúry v kohéznych póloch rastu prispieva k znižovaniu vnútroregionálnych disparít.

Koncepcia územného rozvoja Slovenska 2001 (KURS 2001) definuje štruktúru osídlenia SR a hierarchiu jeho centier a ťažiskových priestorov, ktoré sú východiskom pre určenie inovačných a kohéznych pólov rastu ako priorít územnej koncentrácie pre NSRR.

V procese vypracovávaní OPZ boli zohľadnené nasledovné základné dokumenty a stratégie:

- Nariadenia k štrukturálnym fondom na obdobie 2007 – 2013,
- Strategické usmernenia Spoločenstva,
- „Rozpracovanie programového vyhlásenia vlády 2006 – 2010 na podmienky rezortu zdravotníctva“,
- Zákon č. 578/2004 Z. z. z 21. októbra 2004 o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zdravotníckych pracovníkoch, stavovských organizáciách v zdravotníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov,
- Zákon č. 576/2004 Z. z. z 21. októbra 2004 o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov,
- Vyhláška č. 770/2004 Z. z. Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky z 20. decembra 2004, ktorou sa ustanovujú určujúce znaky jednotlivých druhov zdravotníckych zariadení,
- Národný rozvojový plán na roky 2004 – 2006 (schválený UV SR č. 166/2003),
- Operačný program Základná infraštruktúra na roky 2004 – 2006,
- Národný strategický referenčný rámec SR 2007 – 2013 – schválený uznesením vlády SR č. 1005/2006 dňa 6. decembra 2006,
- Stratégia rozvoja konkurencieschopnosti SR do roku 2010,
- Koncepcia územného rozvoja Slovenska 2001 (schválená UV č. 1033/2001),
- Analýza spoločnosti Sanigest International – Hodnotenie nemocníc, Slovensko, 02/2006,
- Správa o zdravotnom stave obyvateľstva SR – Uznesenie vlády SR 873 z 18. októbra 2006,

- „Dodatok k Národnému programu reforiem Slovenskej republiky na roky 2006 – 2008“ – Uznesenie vlády SR č. 1056/2006 z 13. decembra 2006;
- Zdravotnícka ročenka Slovenskej republiky 2000 – 2005, vydaná v roku 2007,
- „Správa o programe racionalizácie v systéme zdravotníctva SR“ - Uznesenie vlády SR č. 462/2007 z 23. mája 2007,
- Návrh koncepcie rozvoja zdravotníctva Prešovského samosprávneho kraja,
- Koncepcia zdravotníctva Žilinského samosprávneho kraja,
- Stratégia rozvoja zdravotníckych služieb v Banskobystrickom samosprávnom kraji na roky 2006 – 2009,
- Program rozvoja Nitrianskeho samosprávneho kraja 2003 – 2013, časť zdravotníctvo,
- Rozvojový plán Slovensko – Východ (návrh), Rozvojová téma: Zdravotná starostlivosť,
- Program hospodárskeho a sociálneho rozvoja Trenčianskeho samosprávneho kraja, oblasť zdravotníctva,
- Program hospodárskeho a sociálneho rozvoja Trnavského samosprávneho kraja 2004 – 2013, oblasť zdravotníctva.

Na príprave a schvaľovaní OPZ participovalo široké spektrum sociálno-ekonomických partnerov, ktorí presadzovali priemet schválených sektorových alebo prierezových stratégií do stratégie OPZ. Závery z uplatňovania princípu partnerstva v procese prípravy OPZ sú uvedené v prílohe č. 7.

Účasť sociálno-ekonomických partnerov na príprave a implementácii OPZ je zabezpečená počas programového obdobia 2007-2013, činnosťou pracovnej skupiny pri vypracovaní samotného operačného programu, výziev pre jednotlivé opatrenia OPZ, aktivitami v Monitorovacom výbore pre OPZ, v Riadiacej skupine na hodnotenie a spoluprácu na aktivitách vyplývajúcich z Komunikačného plánu pri poskytovaní informácií a publicite OPZ a pod. Zapojenie uvedených partnerov na implementácii OPZ, je popísané v kapitole č. 2 OPZ.

4.1.3 Výsledky analýz v oblasti zdravotného stavu obyvateľov SR a zdravotníckej infraštruktúry poskytovateľov zdravotnej starostlivosti

Výsledky analýz a východiská pre tematickú a územnú koncentráciu intervencií OPZ, ktoré poukazujú na súčasnú situáciu v zdravotníctve, sú obsiahnuté v nasledovných častiach programového dokumentu :

- hodnotenie systému zdravotnej starostlivosti v SR,
- analýza zdravotného stavu obyvateľstva SR,
- analýza zdravotníckej infraštruktúry ústavných a ambulantných poskytovateľov zdravotnej starostlivosti,
- hodnotenie skráteného programového obdobia 2004 – 2006,
- SWOT analýza,
- hlavné disparity a faktory rozvoja zdravotníctva.

Z vykonaných analýz zdravotného stavu obyvateľstva SR vyplynula jednoznačne a prednostne požiadavka na liečbu ochorení „skupiny 5“

- obehová sústava,

- nádory,
- vonkajšie príčiny,
- dýchacia sústava,
- tráviacej sústava,

ktoré sú hlavnou príčinou chorobnosti a úmrtnosti obyvateľov SR, prostredníctvom akútnej klinickej všeobecnej a špecializovanej nemocničnej a ambulantnej zdravotnej starostlivosti spojenej s prevenciou a podporou zdravia.

Hlavné príčiny ochorení a úmrtí, diagnózy „skupiny 5“ predurčili zameranie analýzy na zdravotnícku infraštruktúru nemocničných a ambulantných poskytovateľov zdravotnej starostlivosti. Zdravotnícka infraštruktúra je v zmysle článku 4 nariadenia Európskeho parlamentu a Rady (ES) č. 1080/2006 z 5. júla 2006 o ERDF, ktorým sa ruší nariadenie (ES) č. 1783/1999, súčasťou prioritnej témy 11 – *„investície do zdravotníctva a do sociálnej infraštruktúry, ktoré prispievajú k regionálnemu a miestnemu rozvoju a zvyšujú kvalitu života“*. Na určenie stratégie OPZ vyplývajú z analýzy zdravotníckej infraštruktúry nasledovné zovšeobecnené poznatky:

- nevyhovujúci stav a kvalita materiálno technickej základne a technicko – ekonomická úroveň zdravotníckej infraštruktúry poskytovateľov zdravotnej starostlivosti,
- nevyhovujúca úroveň vybavenia poskytovateľov zdravotnej starostlivosti zdravotníckou technikou,
- nekomplexnosť poskytovaných ambulantných zdravotníckych služieb v dôsledku nárastu individualizácie poskytovateľov ambulantnej zdravotnej starostlivosti, ktorá nezabezpečuje dostatočnú komplexnosť poskytovaných zdravotníckych služieb polikliník a zdravotných stredísk,
- vysoká energetická náročnosť zdravotníckej infraštruktúry,
- neúplná a nekompatibilná informatizácia poskytovateľov ZS,
- sieť zariadení zdravotníckej infraštruktúry poskytovateľov nemocničnej zdravotnej starostlivosti je v celoslovenskom priemere z kvantitatívneho hľadiska dostatočná, v prípade niektorých zariadení dokonca dochádza k jej reštrukturalizácii z dôvodu zabezpečenia ekonomickej udržateľnosti,
- analýza potvrdila, že počty zariadení a ich rozmiestnenie kopírujú inovačné a kohézne póly rastu (IPR) a rozmiestnenie obyvateľstva v reálnej štruktúre osídlenia,
- existujú určité regionálne rozdiely vo vybavenosti zariadeniami zdravotníckej infraštruktúry, predovšetkým medzi vyspelejším západom a menej vyspelým východom územia,
- Skvalitnenie aktívnej prevencie s cieľom zníženia úmrtnosti žien na ochorenie rakoviny prsníka je možné dosiahnuť prostredníctvom národného projektu nákupu, dodávky a organizovanej prevádzky mobilných mamografických jednotiek v prevencii,
- Pretrvávajúcim problémom je nedostatočná materiálno-technická základňa, ktorá by zabezpečovala dostatočné množstvo a kvalitu krvi a krvných produktov, efektívne zásobovanie a dostupnosť pre reálne potreby poskytovateľov zdravotnej starostlivosti.

4.1.4 Závery pre tematickú koncentráciu intervencií

Na základe uvedených výsledkov analýzy je možné zdefinovať nasledovné východiská pre tematické smerovanie intervencií v rámci jednotlivých oblastí podpory - opatrení zdravotníckej infraštruktúry:

- intervencie do zariadení zdravotníckej infraštruktúry (všeobecných, špecializovaných nemocníc, ambulancií typu polikliník a zdravotných stredísk) orientovať na výstavbu nových nemocničných zariadení, rekonštrukciu, modernizáciu, zlepšenie stavebno-technického stavu všetkých vybraných zariadení a ich modernizáciu vybavenia zdravotníckou a informačnou technikou, zvýšenie energetickej hospodárnosti budov, pričom budú podporované dopytové projekty smerujúce k racionalizácii siete poskytovateľov zdravotnej starostlivosti,
- intervencia do národného projektu, realizáciou ktorého sa vytvoria podmienky pre celoštátne zabezpečenie efektívneho riešenia prevencie a liečby nádorových ochorení prsníkov žien,
- intervencia do národného projektu, ktorý odstráni existujúce problémy komplexným riešením materiálno-technickej základne zdravotníckej infraštruktúry Národnej transfúznej služby,
- pri smerovaní intervencií do zariadení zdravotníckej infraštruktúry dopytovo a národne orientovaných projektov, uplatňovať výberové kritériá, ktoré budú zárukou kvality, efektívnosti, dostupnosti a bezpečnosti poskytovanej ZS a trvalej udržateľnosti (kapacitné a ekonomické kritériá).

4.1.5 Východiská pre územnú koncentráciu intervencií

Ako konštatuje NSRR, z hľadiska národných východísk regionálneho priemetu stratégie NSRR je pre SR dôležitý fakt, že disponuje rovnomerne rozvinutým systémom centier osídlenia, kde sa okolo najvýznamnejších centier vytvorili polarizované a aglomerizované územia, tzv. ťažiská osídlenia. Tieto mestá a ich aglomerácie môžu plniť úlohy tzv. akcelérátorov rozvoja, alebo inými slovami pólov rastu jednotlivých území.⁵

Pre účely územnej koncentrácie v NSRR sa odporúča sledovať koncentráciu aktivít do inovačných a kohéznych pólov rastu v súlade s polycentrickým konceptom rozvoja osídlenia. Inovačné a kohézne póly rastu boli v rámci prípravy NSRR vyšpecifikované na základe vopred zvolených sociálno-ekonomických, urbanistických kritérií a štatistických hodnotení všetkých obcí na území celej SR. Návrh vymedzenia pólov rastu vo forme presného zoznamu obcí bol individuálne prerokovaný a pripomienkovaný vecne príslušnými odbornými útvarmi všetkých samosprávnych krajov (t.j. útvarmi zaoberajúcimi sa územným plánovaním a regionálnym rozvojom na úradoch samosprávnych krajov). Uvedený postup zabezpečil spresnenie výsledného zoznamu obcí a ich zatriedenie do pólov rastu.

Popis metodiky určenia pólov rastu a výsledný zoznam obcí zatriedených do príslušných kategórií podľa regiónov tvorí prílohu č. 5 OPZ. Na internetovej stránke MVRR SR www.build.gov.sk je za každý NUTS 3 región uverejnený presný zoznam obcí zatriedených do jednotlivých kategórií a grafické znázornenie na mape regiónu.

Zatriedenie obcí do inovačných a kohéznych pólov rastu bolo realizované predovšetkým na základe prítomnosti jednotlivých zariadení občianskej a hospodárskej infraštruktúry a pôsobenia činností týchto zariadení na obce okolitého územia. Inovačný cyklus týchto zariadení je v zásade

⁵ Národný strategický referenčný rámec SR na roky 2007-2013, Ministerstvo výstavby a regionálneho rozvoja SR

dlhodobého charakteru rátajúci desaťročia až storočia. Z týchto dôvodov sa nepredpokladajú výraznejšie zmeny v zaradení obcí do pólov rastu počas programového obdobia 2007-2013 a ani potreba jeho revidovania. Prípadné zmeny môžu ojedinele nastať v situácii, kedy nastane výrazný rozvoj ekonomických aktivít v obci, ktorá nie je pólom rastu (napr. výrazný prílev investícií). Následne vyvolaný ekonomický a sociálny rozvoj si môže vyžadovať aj rozvoj v oblasti zariadení základnej vybavenosti takého rozsahu, že tieto zariadenia budú svojim významom prevládať nad zariadeniami v susedstve ležiacich kohéznych pólov rastu. Počas programového obdobia 2007-2013 je súčasťou priebežných hodnotení na úrovni NSRR aj priebežné hodnotenie zamerané na zhodnotenie účinnosti zvolenej územnej koncentrácie a na zhodnotenie efektu realizovaných intervencií a celkového vývoja ekonomiky SR na zoznam inovačných a kohéznych pólov rastu. Vzhľadom na potrebu dodržania istého časového priestoru pre prejavovanie efektov intervencií je možné uvažovať s vykonaním takéhoto hodnotenia najskôr v roku 2010. Výsledky hodnotenia sú prezentované Národnému monitorovaciemu výboru, ktorý na ich základe prijme rozhodnutie týkajúce sa prípadnej úpravy zvoleného prístupu k územnej koncentrácii.

Inovačné póly rastu sú tvorené najvýznamnejšími mestami v osídlení SR. Za tieto boli vyšpecifikované všetky mestá, ktoré zabezpečujú vyššiu a špecifickú občiansku vybavenosť a sú súčasne centrami pracovných miest regionálneho, nadregionálneho až celoštátneho významu. Medzi tieto centrá boli na základe doterajšieho vývoja a súčasných rozvojových trendov zaradené súčasné krajské mestá a mestá s funkciou obvodných centier, mestá plniace bývalú funkciu okresných centier a niektoré ďalšie najvýznamnejšie mestá, ktoré boli doplnené na základe zohľadnenia regionálnych špecifik po individuálnych odborných konzultáciách s územne príslušnými samosprávnymi krajmi. Okolo najvýznamnejších miest, ktoré sú vyšpecifikované ako inovačné póly rastu sa v dôsledku ich pôsobenia na okolie vytvorili aglomeračné väzby s obcami a mestami v ich zázemí. V Koncepcii územného rozvoja Slovenska 2001 (ďalej len „KURS 2001“) sa tieto priestory nazvali ťažiskami osídlenia. Pre účely NSRR sa v súlade s KURS 2001 vyšpecifikovali záujmové územia inovačných pólov rastu, ktoré sú bezprostredne a silne ovplyvňované centrálnymi mestami (inovačnými pólmi rastu) a v ktorých sa prejavujú suburbanizačné tendencie spojené s prejavmi tzv. koncentrovanej dekoncentrácie. Znamená to, že do týchto území sa alokujú nové hospodárske a sociálne aktivity a spolu s centrálnymi mestami vytvárajú jeden funkčný celok. V rámci týchto priestorov sa nachádzajú alebo môžu nachádzať ďalšie inovačné póly rastu, ktoré sú medzi sebou previazané intenzívnymi aglomeračnými vzťahmi, kohézne póly rastu a ostatné obce, z tohto pohľadu bližšie nešpecifikované.

Kohézne póly rastu sú tvorené obcami, ktoré spĺňajú alebo majú najlepšie predpoklady spĺňať kritériá zabezpečenia základných obslužných funkcií ako pre obyvateľov žijúcich v príslušnej obci, tak pre obyvateľov v ich tesnom zázemí. Inovačné póly rastu súčasne plnia aj funkciu kohéznych pólov rastu.

Kohézne póly rastu boli vymedzené na základe kritérií, v ktorých sa sledovali nasledovné indikátory:

- prítomnosť zariadení základnej vybavenosti (vybavenosť školskými zariadeniami a ich rozsah, prítomnosť zariadení sociálnej infraštruktúry),
- postavenie obce z hľadiska plnenia niektorých verejných funkcií (matričný úrad, existujúce spoločné stavebné úrady),
- veľkosť obce danej počtom obyvateľov v roku 2004,
- historický vývoj obce a jej postavenie v systéme osídlenia (vo vzťahu na predchádzajúcu strediskovú sústavu osídlenia uplatňovanú na území SR),
- lokalizácia obce v území a dostupnosť navrhovaného kohézneho pólu rastu z ostatných príľahlých obcí,
- dostupnosť k regionálnym centráм je v celej SR pod izochrónou 30 minút.

Tabuľka č. 52: Počet pólov rastu a podiel obyvateľov žijúcich v póloch rastu v roku 2004

REGIÓN	POČET VŠETKÝCH OBCÍ V REGIÓNE	POČET PÓLOV RASTU V REGIÓNE	POČET INOVAČNÝCH PÓLOV RASTU	POČET KOHÉZNYCH PÓLOV RASTU	POČET OBCÍ, KTORÉ NIE SÚ PÓLMI RASTU		POČET OBYVATEĽOV ŽIJÚCICH V PÓLOCH RASTU	% OBYVATEĽOV ŽIJÚCICH V PÓLOCH RASTU
					v záujmovom území inovačných pólov rastu	mimo záujmového územia inovačných pólov rastu		
NUTS 2 Bratislava	73	37	4	33	22	14	571 811	95,1
Bratislavský	73	37	4	33	22	14	571 811	95,1
NUTS 2 Západ	881	366	29	337	77	438	1552535	83,2
Trnavský	251	106	7	99	26	119	453251	81,9
Trenčiansky	276	104	12	92	23	149	504801	83,9
Nitriansky	354	156	10	146	28	170	594483	83,8
NUTS 2 Stred	831	264	24	240	148	419	1107933	81,8
Žilinský	315	139	11	128	82	94	602321	86,8
Banskobystrický	516	125	13	112	66	325	505612	76,8
NUTS 2 Východ	1106	306	25	281	168	632	1230376	78,5
Prešovský	666	176	13	163	93	397	615371	77,2
Košický	440	130	12	118	75	235	615005	79,8
Cieľ „Konvergencia“	2818	936	78	858	393	1489	3890844	81,45
Spolu SR	2891	973	82	891	415	1503	4462655	82,87

Zdroj: Aurex, 2007

Približne tretina obcí zo všetkých obcí ležiacich na území cieľa „Konvergencia“ je inovačným, alebo kohéznym pólom rastu. Žije v nich približne 83 % obyvateľov z celého územia cieľa Konvergencia v podmienkach SR. Najmenší podiel obyvateľov žijúcich v póloch rastu majú Banskobystrický a Prešovský kraj, čo je dané najmä roztrieštenou štruktúrou osídlenia (veľkým počtom malých obcí). NSRR územne koncentruje tematické priority z hľadiska dosahovania strategického cieľa do územia prostredníctvom projektov implementovaných⁶

- prioritne v inovačných a kohéznych póloch rastu,
- v špecifických prípadoch do území mimo pólov rastu.

Z uvedeného vyplýva, že intervencie týkajúce sa jednotlivých strategických priorít NSRR sú smerované nasledovným spôsobom:

- strategická priorita „Infraštruktúra a regionálna dostupnosť“ – prioritné smerovanie do inovačných a kohéznych pólov rastu v závislosti od konkrétnych typov infraštruktúry,
- strategická priorita „Vedomostná ekonomika“ – prioritná koncentrácia do inovačných pólov rastu (okrem oblasti zvýšenia prístupnosti k širokopásmovému internetu), v ktorých sa vytvoria podmienky pre vznik a rozvoj najvýznamnejších zdrojov rastu postavených na využívaní poznatkov, raste efektívnosti a účinnosti rozhodujúcich ekonomických a sociálnych procesov ovplyvňujúcich vývoj v ostatnom území SR,
- strategická priorita „Ľudské zdroje“ – intervencie nebudú podmienené princípom územnej koncentrácie, keďže previazanosť obsahu vzdelávania na potreby trhu práce, nadobudnutie základných zručností a kľúčových kompetencií ako aj zvýšenie kvality celoživotného vzdelávania si vyžadujú komplexný a jednotný prístup na celom území SR (vrátane Bratislavského samosprávneho kraja).

V prípade mimoriadne efektívnych a účinných intervencií s ohľadom na dosahovanie cieľov definovaných v NSRR a jeho príslušných prioritách, ktoré nie je možné realizovať v prioritne

⁶ Národný strategický referenčný rámec SR na roky 2007-2013, Ministerstvo výstavby a regionálneho rozvoja SR

preferovaných územiach, je účelné smerovať príspevky aj do území mimo pólov rastu. Uvedený prístup môže byť uplatňovaný predovšetkým v prípade podpory typov aktivít horizontálneho charakteru, ako je sociálna inklúzia marginalizovaných rómskych komunít (segregované a separované rómske osady). Ďalej v prípade podpory zariadení občianskej infraštruktúry sídliačich mimo pólov rastu, ale významných z hľadiska funkcie, druhu služieb v štruktúre a kapacitách daného regiónu, v prípade podpory vybraných projektov životného prostredia a podpory cestovného ruchu.

Miera uplatňovania princípu územnej koncentrácie v rámci každej prioritnej osi OPZ je rámcovo popísaná v kapitole 4.1.6 a 4.1.7 OPZ.

Koncentračný princíp rozvoja a lokalizácie ekonomických aktivít zodpovedá v podmienkach trhovej ekonomiky koncentračným tendenciám predovšetkým v produkčných odvetviach a odvetviach trhových služieb. OPZ by mal v podmienkach SR predstavovať vyváženú koncepciu s využitím prvkov koncentračného a egalizačného prístupu. Podpora smerovaná do inovačných pólov rastu prispieva k vyrovnávaniu medziregionálnych rozdielov a podpora smerovaná do kohéznych pólov rastu prispieva k vyrovnávaniu vnútroregionálnych rozdielov. Podporou pólov rastu sa podporuje nielen vyrovnávanie neželaných regionálnych rozdielov, ale sa prispieva aj k rozvoju a udržaniu vidieckeho priestoru. Podporou inovačných a kohéznych pólov rastu sa zabezpečuje základná a vyššia občianska vybavenosť územia „plošným“ spôsobom, čím sa zvyšuje aj kvalita obsluhy vidieckeho priestoru. Vidiecky priestor sa tak stáva rovnocenným územím voči urbanizovaným areálom a v značnej miere bude tak prispievať aj k vyššej atraktivite samotných urbanizovaných areálov.

Princíp územnej koncentrácie OPZ rešpektuje polycentrický koncept rozvoja osídlenia SR a vychádza z teórie inovačných a kohéznych pólov rastu identifikovanej už na úrovni NSRR. Podpora smerovaná do inovačných pólov rastu prispieva k vyrovnávaniu medziregionálnych rozdielov a podpora smerovaná do kohéznych pólov rastu prispieva k vyrovnávaniu vnútroregionálnych rozdielov.

4.1.6 Ústavné zdravotnícke zariadenia a póly rastu

Porovnanie vzťahov a súvislostí medzi zdravotníckou infraštruktúrou (nemocníc) a pólmi rastu založené na kategorizácii ústavných zdravotníckych zariadení podľa druhu v celej škále oficiálneho triedenia je v nižšie uvedenej [tabuľke č. 53](#) „Rozdelenie jednotlivých druhov zdravotníckych zariadení podľa pólov rastu, NUTS II a NUTS III“, z ktorej vyplýva nasledovné:

- Na území SR (vrátane bratislavského kraja) evidujeme 172 ústavných zdravotníckych zariadení
- V rámci cieľa „Konvergencia“ (bez bratislavského kraja) sa z celkového počtu 103 všeobecných a špecializovaných nemocníc 99 (96 %) nemocníc nachádza v póloch rastu, z toho:
 - o v inovačných póloch rastu je 62 všeobecných nemocníc,
 - o v inovačných póloch rastu je 20 špecializovaných nemocníc,
 - o v kohéznych póloch rastu v záujmovom území IPR je 1 všeobecná nemocnica,
 - o v kohéznych póloch rastu v záujmovom území IPR je 8 špecializovaných nemocníc,
 - o v kohéznych póloch rastu mimo záujmového územia IPR sú 4 všeobecné nemocnice,

- o v kohéznych póloch rastu mimo záujmového územia IPR 4 špecializované nemocnice.

Analýza potvrdzuje vysokú previazanosť a súvislosť medzi počtom inovačných pólov rastu, počtom kohéznych pólov rastu a počtom zodpovedajúcej zdravotníckej infraštruktúry reprezentovanej všeobecnými nemocnicami vrátane polikliník (ambulantná časť) a špecializovanými nemocnicami.

Všetky všeobecné nemocnice v rámci cieľa „Konvergenčia“ (100%) sa nachádzajú v póloch rastu.

Z celkového počtu 67 všeobecných nemocníc v rámci cieľa „Konvergenčia“ je v inovačných a kohéznych póloch rastu 100 %, z toho 40 zariadení sú všeobecné nemocnice s poliklinikou (ambulantná časť).

Z celkového počtu 36 špecializovaných nemocníc v rámci cieľa „Konvergenčia“ je 32 (89%) nemocníc v póloch rastu.

4 špecializované nemocnice sú vzhľadom k diagnózam a charakteru liečby situované mimo inovačných a kohéznych pólov rastu.

Tabuľka č. 53: Rozdelenie jednotlivých druhov ústavných zdravotníckych zariadení podľa pólov rastu, NUTS II a NUTS III

Póly rastu	Región NUTS II v póloch rastu	ZS			SS		VS		Cieľ „Konvergenčia“	BA	SR
	Počet obcí v póloch rastu	32			33		26		91	6	97
	Počet obyvateľov v póloch rastu	405 640			597 883		637 787		1 641 310	478 047	2 119 357
	Región NUTS III v póloch rastu	TT	TN	NR	ZA	BB	PO	KE	Cieľ „Konvergenčia“	BA	SR
	Druh zdravotníckeho zariadenia	Počet zdravotníckych zariadení									
IPR	Všeobecné nemocnice /s poliklinikou	6/5	9/6	7/3	5/4	11/8	13/3	11/6	62/35	5/2	67/37
	Špecializované nemocnice	2	1	2	1	3	3	8	20	15	35
	Prírodné liečebne a kúpele	1	-	-	1	-	2	-	4	-	4
	Liečebne	-	-	-	-	1	2	1	4	-	4
	Hospic	1	1	-	-	1	2	-	5	1	6
	Dom ošetrovateľskej starostlivosti	-	-	-	-	-	1	-	1	-	1
	Zariadenie biomedicínskeho výskumu	-	-	-	-	-	-	-	0	1	1
KPR v ZÚ IPR	Všeobecné nemocnice/s poliklinikou	-	1/1	-	-	-	-	-	1/1	1	2/1
	Špecializované nemocnice	1	-	1	1	1	4	-	8	1	9
	Prírodné liečebne a kúpele	-	3	-	2	2	4	-	11	-	11
	Liečebne	1	-	-	2	-	-	-	3	1	4
	Hospic	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Dom ošetrovateľskej starostlivosti	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Zariadenie biomedicínskeho výskumu	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1
KPR mimo ZÚ IPR	Všeobecné nemocnice/s poliklinikou	-	-	1/1	1/1	2/2	-	-	4/4	-	4/4
	Špecializované nemocnice	-	-	1	2	1	-	-	4	-	4
	Prírodné liečebne a kúpele	-	-	-	-	3	1	1	5	-	5
	Liečebne	-	-	1	-	1	-	2	4	-	4

	Hospic	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Dom ošetrovateľskej starostlivosti	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Zariadenie biomedicínskeho výskumu	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Póly rastu Spolu	Všeobecné nemocnice	6/5	10/7	8/4	6/5	13/10	13/3	11/6	67/40	6/2	73/42
	Špecializované nemocnice	3	1	4	4	5	7	8	32	16	48
	Prírodné liečebne a kúpele	1	3	-	3	5	7	1	20	-	20
	Liečebne	1	-	1	2	2	2	3	11	1	12
	Hospic	1	1	-	-	1	2	-	5	1	6
	Dom ošetrovateľskej starostlivosti	-	-	-	-	-	1	-	1	-	1
	Zariadenie biomedicínskeho výskumu	-	-	-	-	-	-	-	-	2	-
Mimo pólov rastu	Všeobecné nemocnice	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Špecializované nemocnice	-	-	1	-	1	2	-	4	-	4
	Prírodné liečebne a kúpele	-	1	-	-	-	-	-	1	-	1
	Liečebne	-	-	-	2	2	-	-	4	1	5
	Hospic	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Dom ošetrovateľskej starostlivosti	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Zariadenie biomedicínskeho výskumu	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Celkom		12/5*	16/7*	14/4*	17/5*	29/10*	34/3*	23/6*	145/40*	27/2*	172/72*

Zdroj: MVRR SR 2007, MZ SR 2007

* všeobecné nemocnice s poliklinikou

Legenda k tabuľke č. 53

* počet všeobecných nemocníc s poliklinikou

ZS – NUTS II Západoslovenský región

SS – NUTS II Stredoslovenský región

VS – NUTS II Východoslovenský región

TT – NUTS III Trnavský samosprávny kraj

TN – Trenčiansky samosprávny kraj

NR – Nitriansky samosprávny kraj

ZA – Žilinský samosprávny kraj

BB – Banskobystrický samosprávny kraj

PO – Prešovský samosprávny kraj

KE – Košický samosprávny kraj

Cieľ – regióny spadajúce do cieľa „Konvergenčia“

SR – Slovenská republika

IPR - inovačné póly rastu

KPR v ZÚ IPR - kohézne póly rastu v záujmovom území
inovačných pólov rastu

KPR mimo ZÚ IPR - kohézne póly rastu mimo záujmového
územia inovačných pólov rastu

EARDF (v) - obce podporované z EARDF v záujmovom území
inovačných pólov rastu

EARDF (mimo) - obce podporované z EARDF mimo
záujmového územia inovačných pólov rastu

V tabuľkách uvedených v prílohách č. 6a - Póly rastu/Ústavné zdravotnícke zariadenia - Západoslovenský región, č. 6b - Póly rastu/Ústavné zdravotnícke zariadenia - Stredoslovenský región a č. 6c - Póly rastu/Ústavné zdravotnícke zariadenia - Východoslovenský región, spolu s mapovou časťou je prehľad o umiestnení jednotlivých druhov ústavných zdravotníckych zariadení podľa pólov rastu a obcí s uvedením počtu obyvateľov.

4.1.7 Ambulantné zdravotnícke zariadenia a póly rastu

Porovnanie vzťahov a súvislostí medzi zdravotníckou infraštruktúrou ambulancií (polikliník a zdravotných stredísk) a pólmi rastu založené na kategorizácii ambulantných zdravotníckych zariadení podľa druhu v celej škále oficiálneho triedenia je v nasledujúcej tabuľke č. 54 „Rozdelenie jednotlivých druhov ambulantných zdravotníckych zariadení (koncentrácia 5 a viac ambulancií) podľa pólov rastu, NUTS II a NUTS III“, z ktorej vyplýva nasledovné:

- Na území SR (vrátane bratislavského kraja) je lokalizovaných 217 ambulantných zdravotníckych zariadení charakteru polikliník a zdravotníckych stredísk

- V rámci cieľa „Konvergenca“ sa z celkového počtu 181 ambulantných zdravotníckych zariadení (polikliniky a zdravotné strediská) 180 (99%) zariadení nachádza v póloch rastu, z toho:
 - o v inovačných póloch rastu je 141 polikliník a zdravotných stredísk,
 - o v kohéznych póloch rastu v záujmovom území IPR je 14 polikliník a zdravotných stredísk,
 - o v kohéznych póloch rastu mimo záujmového územia IPR je 25 polikliník a zdravotných stredísk,
 - o jedno ambulantné zdravotnícke zariadenie v západoslovenskom regióne - nitriansky kraj (obec Jesenské) sa nachádza mimo pólov rastu.

Porovnanie potvrdzuje logickú previazanosť a súvislosť medzi počtom inovačných pólov rastu, počtom kohéznych pólov rastu a počtom zodpovedajúcej zdravotníckej infraštruktúry reprezentovanej poliklinikami a zdravotnými strediskami zabezpečujúcimi ambulantnú zdravotnú starostlivosť, čo je tiež plne v súlade s platnou legislatívou (Nariadenie vlády SR č. 751/2004) o nevyhnutnej sieti poskytovateľov ambulantnej zdravotnej starostlivosti.

Tabuľka č. 54: Rozdelenie jednotlivých druhov ambulantných zdravotníckych zariadení (koncentrácia 5 a viac ambulancií) podľa pólov rastu, NUTS II a NUTS III

Póly rastu	Región NUTS II	ZS			SS		VS		Cieľ „Konvergenca“	BA	SR
	Počet obcí	35			26		31		92	8	100
	Počet obyvateľov	752728			526903		748811		2028442	502164	2530606
	Región NUTS III	TT	TN	NR	ZA	BB	PO	KE	Cieľ „Konvergenca“	BA	SR
	Druh zdravotníckeho zariadenia	Počet zariadení/Počet ambulancií									
IPR	Polikliniky a zdravotné strediská	9/178	19/180	24/309	18/219	16/174	26/229	29/408	141/1697	32/571	173/2268
KPR v ZÚ IPR	Polikliniky a zdravotné strediská	1/9	4/27	1/11	2/31	-	5/37	1/5	14/120	4/27	18/147
KPR mimo ZÚ IPR	Polikliniky a zdravotné strediská	4/31	3/26	-	6/40	4/40	7/60	1/5	25/202	-	25/202
Póly rastu spolu		14/218	26/233	25/320	26/290	20/214	38/326	31/418	180/2019	36/598	216/2617
Mimo pólov rastu	Polikliniky a zdravotné strediská	-	-	1/7	-	-	-	-	1/7	-	1/7
Celkom		14/218	26/233	26/327	26/290	20/214	38/326	31/418	181/2026	36/598	217/2624

Zdroj: Spoločná zdravotná poisťovňa 2007, MVRR SR 2007, MZ SR 2007

Pozn.: Uvádzané číselné údaje majú indikatívny charakter

Legenda k tabuľke č. 54

ZS – NUTS II Západoslovenský región
 SS – NUTS II Stredoslovenský región
 VS – NUTS II Východoslovenský región
 TT – NUTS III Trnavský samosprávny kraj
 TN – Trenčiansky samosprávny kraj
 NR – Nitriansky samosprávny kraj
 ZA – Žilinský samosprávny kraj
 BB – Banskobystrický samosprávny kraj
 PO – Prešovský samosprávny kraj
 KE – Košický samosprávny kraj

Cieľ – regióny spadajúce do cieľa „Konvergencia“

SR – Slovenská republika

IPR - inovačné póly rastu

KPR v ZÚ IPR - kohézne póly rastu v záujmovom území
 inovačných pólov rastu

KPR mimo ZÚ IPR - kohézne póly rastu mimo záujmového územia
 inovačných pólov rastu

EARDF (v) - obce podporované z EARDF v záujmovom území
 inovačných pólov rastu

EARDF (mimo) - obce podporované z EARDF mimo záujmového územia
 inovačných pólov rastu

V tabuľkách uvedených v prílohách č. 6d - Póly rastu/Ambulantné zdravotnícke zariadenia - Západoslovenský región, č. 6e - Póly rastu/Ambulantné zdravotnícke zariadenia - Stredoslovenský región a č. 6f - Póly rastu/Ambulantné zdravotnícke zariadenia - Východoslovenský región je prehľad o umiestnení jednotlivých druhov ambulantných zdravotníckych zariadení podľa pólov rastu a obcí s uvedením počtu obyvateľov.

Všetkých 11 Národných transfúzných staníc je na 100% lokalizovaných v inovačných póloch rastu.

Tabuľka č. 55:

Rozdelenie transfúziologických zariadení podľa pólov rastu, NUTS II a NUTS III

Póly rastu	Región NUTS II	ZS			SS		VS		Cieľ "Konvergencia"	BA	SR
	Počet obcí	35			26		31		92	8	100
	Počet obyvateľov	752728			526903		748811		2028442	502164	2530606
	Región NUTS III	TT	TN	NR	ZA	BB	PO	KE	Cieľ "Konvergencia"	BA	SR
	Druh zdravotníckeho zariadenia	Počet transfúziologických pracovísk									
IPR	Počet transfúziologických pracovísk	1	1	2	2	1	2	1	10	1	11

Zdroj: NTS 2007, MZ SR 2007

4.2 Globálny cieľ OPZ

V zmysle záverov pre tematickú koncentráciu a východísk pre územnú koncentráciu intervencií je globálny cieľ operačného programu zameraný na **zlepšenie podmienok ovplyvňujúcich zdravotný stav obyvateľstva v produktívnom, ako aj v neproduktívnom veku, prostredníctvom zvyšovania kvality, efektívnosti a dostupnosti zdravotnej starostlivosti a podpory zdravia, v rámci zdravotníckej infraštruktúry.**

4.3 Stratégia na dosiahnutie globálneho cieľa OPZ

Finančné prostriedky zo ŠF napriek svojmu doplnkovému a obmedzenému charakteru predstavujú v podmienkach SR významný zdroj podpory zdravotníckej infraštruktúry. Ich efektívne využitie si vyžaduje ciele smerovanie podpory takým spôsobom, aby sa dosiahol čo najväčší efekt realizovaných operácií, bola zabezpečená trvalá udržateľnosť a dostupnosť intervencií a vznikala synergia s podporou z iných operačných programov spolufinancovaných zo ŠF (najmä v oblasti horizontálnych priorít), prípadne z iných rozvojových zdrojov.

Globálny cieľ OPZ - zlepšenie podmienok ovplyvňujúcich zdravotný stav obyvateľstva v produktívnom, ako aj v neproduktívnom veku, prostredníctvom zvyšovania kvality, efektívnosti a dostupnosti zdravotnej starostlivosti a podpory zdravia, v rámci zdravotníckej infraštruktúry - je možné najúčinnnejšie dosiahnuť spoločným aplikovaním tematickej a územnej koncentrácie intervencií.

4.3.1 Stratégia OPZ: syntéza tematickej a územnej koncentrácie

Stratégia OPZ je založená a štruktúrovaná na základe vykonaných analýz v zmysle tematickej a územnej koncentrácie intervencií do prioritných osí a oblastí podpory – opatrení OPZ.

Hlavnými problémami súvisiacimi so zdravím a zdravotným stavom obyvateľstva SR sú:

- vysoká chorobnosť na ochorenia „skupiny 5“ a v dôsledku toho práceneschopnosť a znížená životná úroveň,
- vysoká úmrtnosť na ochorenia „skupiny 5“ a v dôsledku toho nižšia stredná dĺžka života pri narodení v porovnaní s priemerom EÚ.

Tieto zásadné problémy majú celospoločenský tematický i územný charakter, a preto si vyžadujú globálne riešenie v súlade s cieľom „Konvergencia“ v záujme naplnenia globálneho cieľa OPZ.

Riešením naplnenia globálneho cieľa OPZ v dôsledku vysokej chorobnosti a úmrtnosti na ochorenia „skupiny 5“, pri rešpektovaní trendov v racionalizácii siete poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, sú investície prostredníctvom dopytových projektov do:

- zdravotníckej infraštruktúry všeobecných a špecializovaných nemocníc (poskytovateľov kuratívnej, akútnej a klinickej zdravotnej starostlivosti) – prioritná os 1 „Modernizácia zdravotníckeho systému nemocníc“,
- zdravotníckej infraštruktúry polikliník a zdravotných stredísk (poskytovateľov komplexnej ambulantnej zdravotnej starostlivosti spojenej s prevenciou) – prioritná os 2 „Podpora zdravia a predchádzanie zdravotným rizikám“,

a prostredníctvom národných projektov do:

- projektu „Nákup a dodávka mobilných mamografických jednotiek“ – prioritná os 2 „Podpora zdravia a predchádzanie zdravotným rizikám“,
- projektu „Dobudovanie infraštruktúry Národnej transfúznej služby SR“ – prioritná os 2 „Podpora zdravia a predchádzanie zdravotným rizikám“.

Postavenie kvalitnej nemocničnej zdravotnej starostlivosti na vrchole zdravotníckeho systému potvrdzujú analýzy stavu a smerov vývoja systémov zdravotnej starostlivosti v Európe. Politika a prax fungovania nemocníc má veľmi významný vplyv a najmä spoločensko – ekonomický dopad na celkovú úroveň zdravotnej starostlivosti⁷.

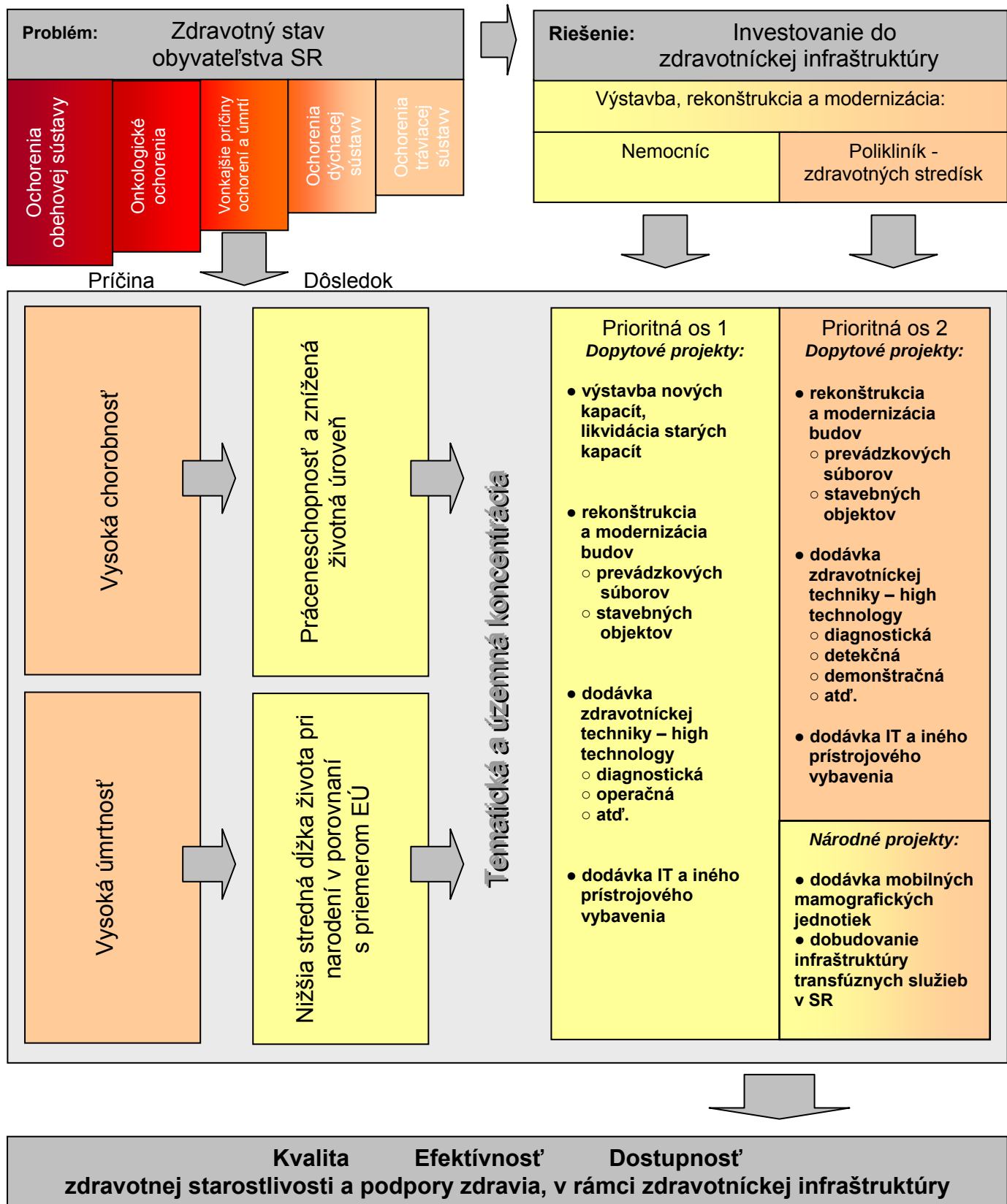
Hlavným finančným nástrojom na naplnenie globálneho cieľa je Európsky fond regionálneho rozvoja (ERDF) spolu s národnými zdrojmi.

Názorným vyjadrením východísk z vykonaných analýz na dosiahnutie syntézy tematickej a územnej koncentrácie intervencií do zdravia občanov a zdravotníckej infraštruktúry v SR s vyústením do jednoznačnej a jasne vyhranenej smerovanej stratégie OPZ je nasledujúca schéma č. 1.

⁷ Analýza spoločnosti Sanigest International – Hodnotenie nemocníc Slovensko 2004

Schéma č. 1 Operačný program Zdravotníctvo

Cieľ Konvergencia
Zdroj: Fond ERDF



Zdravotnícka infraštruktúra

Výstavba zdravotníckych zariadení v druhej polovici 20. storočia zabezpečila rovnomerné a dostupné rozmiestnenie zariadení zdravotníckej infraštruktúry na celom území SR. Pomerne rozsiahla sieť ústavných a ambulantných zariadení poskytovateľov zdravotnej starostlivosti je však v súčasnosti poznačená zlým stavebno-technickým stavom, rozsiahlym fyzickým opotrebením a morálnou zastaranosťou. Vzniknutá situácia je zapríčinená nedostatočným kapitálovým financovaním. Zmeny vlastníckych vzťahov a zmeny v systéme financovania zdravotníckych zariadení sa tiež podpísali na nedostatočnej údržbe a opravách využívaných budov a celých areálov. Stavebné objekty a prevádzkové súbory navyše nevyhovujú súčasným stavebno-technickým požiadavkám predovšetkým z hľadiska energetickej hospodárnosti budov a úrovne informatizácie.

Vzhľadom na význam kvality, efektívnosti a dostupnosti zdravotnej starostlivosti a podpory zdravia, v rámci zdravotníckej infraštruktúry je opodstatnené prehodnotiť aj priestorové a kapacitné riešenia zariadení nemocničnej a ambulantnej zdravotnej starostlivosti.

Stratégia OPZ v zariadeniach nemocničnej zdravotnej starostlivosti (prioritná os 1)

Kuratívnu, akútnu a klinickú zdravotnú starostlivosť zameranú na ochorenia „skupiny 5“ je možné zabezpečiť len prostredníctvom všeobecných a špecializovaných nemocníc.

Z celkového počtu 103 všeobecných a špecializovaných nemocníc v regiónoch cieľa „Konvergencia“ je 96 % lokalizovaných v póloch rastu.

Aktuálny technický stav stavebných objektov a prevádzkových súborov – budov vrátane vybavenia zdravotníckou technikou všeobecných a špecializovaných nemocníc je v dôsledku nedostatočných investícií a dlhodobej podkapitalizovanosti systému veľmi zlý.

Intervencie v rámci prioritnej osi 1 je potrebné smerovať do všeobecných nemocníc (vrátane všeobecných nemocníc s poliklinikou) a špecializovaných nemocníc, prednostne orientovaných na liečbu ochorení „skupiny 5“, nachádzajúcich sa v póloch rastu a rešpektujúcich trendy v racionalizácii siete, prostredníctvom investičných dopytových projektov.

Prioritná os 1 “Modernizácia zdravotníckeho systému nemocníc“ je po vecnej stránke orientovaná na projekty:

- výstavba nových kapacít, likvidácia starých kapacít
- rekonštrukcia, modernizácia budov
 - o prevádzkových súborov
 - o stavebných objektov
- dodávka zdravotníckej techniky – high technology
 - o diagnostická
 - o operačná
 - o atď.
- dodávka IT a iného prístrojového vybavenia

Výstavba nových kapacít, rekonštrukcia a modernizácia existujúcich objektov musí byť realizovaná s ohľadom na nízku energetickú náročnosť objektov, možnosť komplexného riešenia bezbariérového prístupu pre imobilných občanov a ďalšie súvisiace technicko-prevádzkové normy SR a štandardy EÚ.

V kontexte analýz a v súlade s kohéznou politikou EÚ je dôvodom obnovy a rozvoja zdravotníckej infraštruktúry nemocníc v regiónoch SR v rámci cieľa „Konvergencia“ znižovanie nerovností v zdravotníctve, prekonávanie veľkých regionálnych rozdielov v starostlivosti o zdravie, zlepšenie kvality, efektívnosti, dostupnosti a bezpečnosti poskytovanej zdravotnej starostlivosti a zefektívnenie využitia zdrojov v zdravotníctve. Úspešnou realizáciou intervencií do zariadení nemocničnej zdravotnej starostlivosti sa docieli zníženie nákladov na zdravotnú starostlivosť, zvýšenie konkurencieschopnosti regiónov a zlepšením zdravotného stavu obyvateľstva predĺženie pracovného života a zvýšenie produktivity práce.

Stratégia OPZ v zariadeniach ambulantnej zdravotnej starostlivosti (prioritná os 2)

Z dôvodu vysokej chorobnosti a úmrtnosti obyvateľstva na špecifické skupiny ochorení (ochorenia „skupiny 5“) je žiaduce, ako to analýza potvrdzuje, podporiť nielen kuratívnu stránku zdravotnej starostlivosti, keď už ochorenie prepuklo, ale aj preventívnu stránku a včasnú detekciu ochorení v počiatočnom štádiu, kedy je možné zabrániť, prípadne spomaliť prepuknutie choroby, vedúcej k náročnej a zdĺhavej liečbe, ktorá má v konečnom dôsledku dopad na zvyšovanie výdavkov určených na kuratívnu starostlivosť, ako aj na kvalitu života jednotlivca.

Spolu s podporou nemocníc je nevyhnutné, investície smerovať cielene i do zariadení ambulantnej starostlivosti charakteru polikliník a zdravotných stredísk s rešpektovaním komplexnosti poskytovania zdravotnej starostlivosti a východísk územnej koncentrácie, keď z celkového počtu 181 polikliník a zdravotných stredísk v regiónoch cieľa „Konvergencia“ je takmer 100 % lokalizovaných v póloch rastu.

Na základe výsledkov analýz je žiaduce smerovať intervencie v rámci prioritnej osi 2 prostredníctvom dopytových projektov do infraštruktúry ambulancií (polikliník a zdravotných stredísk), ako aj prostredníctvom národných projektov do nákupu a dodávky mobilných mamografických jednotiek a dobudovanie infraštruktúry Národnej transfúznej služby SR.

Prioritná os 2 “ Podpora zdravia a predchádzanie zdravotným rizikám“ je po vecnej stránke orientovaná na dopytové projekty:

- rekonštrukcia, modernizácia budov,
 - o prevádzkových súborov
 - o stavebných objektov
- dodávka zdravotníckej techniky – high technology,
 - o diagnostická
 - o detekčná
 - o demonštračná
 - o atď.
- dodávka IT a iného prístrojového vybavenia,

a národné projekty:

- “Nákup a dodávka mobilných mamografických jednotiek“ ako prostriedok na skvalitnenie aktívnej prevencie s cieľom zníženia úmrtnosti žien na ochorenie rakoviny prsníka. Národný projekt bude realizovaný Východoslovenským onkologickým ústavom a.s. (VOÚ), ktorý je jediným špecializovaným ústavom zameraným na diagnostiku a liečbu onkologických ochorení v rámci cieľa „Konvergencia“ v Slovenskej republike. Prostredníctvom mobilných mamografov sa zlepši a zabezpečí dostupnosť vyšetrenia

a hlavne efektívny zber údajov, ktoré budú centrálne vyhodnocované. Projekt je nenáročný na ľudské zdroje. Efektívne rieši problém nedostatočného personálneho zabezpečenia v regiónoch. Nákupom mamografických jednotiek sa nielen zvýši šanca žien na včasnú diagnostiku, úspešné liečenie a zlepšenie kvality života, ale aj náklady spojené s liečbou neskorých štádií ochorení.

- „Dobudovanie infraštruktúry Národnej transfúznej služby SR“, pri rešpektovaní trendov racionalizácie siete, na zabezpečenie národnej sebestačnosti v produkcii krvných produktov najvyššej možnej kvality, bezpečnosti a efektívnosti v požadovanom objeme vo všetkých regiónoch Slovenska. Národný projekt bude realizovaný prostredníctvom Národnej transfúznej služby SR, ktorá integruje transfúziologickú starostlivosť v Slovenskej republike a realizuje národnú krvnú politiku Slovenskej republiky.

Súčasťou národného projektu sú nasledovné aktivity:

- o rekonštrukcia a modernizácia transfúziologických pracovísk,
 - prevádzková časť
 - stavebná časť
- o dodávka prístrojového vybavenia,
- o dodávka IKT vrátane on-line prepojenia transfúziologických pracovísk.

Špecifikom tohto komplexného projektu s celoštátnou pôsobnosťou je skutočnosť, že z uvedených jedenástich transfúziologických pracovísk je jedno situované na území Bratislavského kraja (v Bratislave), ktorý je neoprávnený v rámci cieľa „Konvergencia“ na čerpanie prostriedkov ERDF z OPZ.

Pre transfúziologické pracovisko situované v Bratislave budú prvé dve samostatné a nezávislé funkčné aktivity a ich výsledky financované ako neoprávnené náklady z národných zdrojov. Tento princíp bude uplatnený aj v prípade tretej aktivity tam, kde bude možné priradiť výdavky k jednotlivým regionálnym transfúziologickým pracoviskám podľa ich umiestnenia. V opačnom prípade, pri investíciách s dopadom na obyvateľstvo celého Slovenska vrátane Bratislavského kraja, bude uplatnený princíp pro rata, na základe ktorého časť alokácie pripadajúca na ekvivalent obyvateľov Bratislavského kraja (11,4%) bude financovaná ako neoprávnený náklad z národných zdrojov.

Realizáciou projektu sa zabezpečí rast objemu a kvality krvných produktov, efektívne zásobovanie a dostupnosť pre reálne potreby regiónov, zvýšenie bezpečnosti transfúzií a prevencia komplikácií hemoterapie.

Rekonštrukcia a modernizácia existujúcich objektov musí byť realizovaná s ohľadom na nízku energetickú náročnosť objektov, možnosť komplexného riešenia bezbariérového prístupu pre imobilných občanov a ďalšie súvisiace technicko-prevádzkové normy SR a štandardy EÚ.

V kontexte analýz a v súlade s kohéznou politikou EÚ je dôvodom podpory rozvoja zariadení ambulantnej zdravotnej starostlivosti zameraných na prevenciu v regiónoch spadajúcich do cieľa „Konvergencia“ úsilie zlepšovať zdravotný stav populácie. Výsledkom kvalitnej, včasnej a bezpečnej ambulantnej zdravotnej starostlivosti, ktorá je kľúčovým subjektom zabezpečovania účinnej prevencie a výsledkom preventívnych vyšetrení vo vybraných špecializáciách, je zvýšenie účasti obyvateľstva na trhu práce, predĺženie produktívneho veku, zvýšená produktivita práce a zníženie nákladov na zdravotnú starostlivosť. Úspešnou realizáciou intervencií do siete ambulantných zariadení zdravotnej starostlivosti a prevencie sa tak vytvára priestor a podmienky na presmerovanie aktivít a investícií z nemocničných zdravotníckych zariadení do ambulantných zdravotníckych zariadení.

4.3.2 Meranie účinnosti dosahovania globálneho cieľa OPZ

Účinnosť dosahovania globálneho cieľa OPZ sa posudzuje na základe sústavy merateľných ukazovateľov na úrovni programu. Ukazovatele sú priebežne sledované a agregované z úrovne projektov cez úroveň opatrení a prioritných osí až na úroveň operačného programu a NSRR.

Cieľové hodnoty ukazovateľov na úrovni programu boli stanovené v súlade so stratégiami na úrovni tematických oblastí podpory OPZ a boli aplikované na:

- princíp územnej koncentrácie (podpora inovačných a kohéznych pólov rastu)
- kritériá udržateľnosti (vecné, kapacitné, ekonomické a iné kritériá).

Tabuľka č. 56: Ukazovatele na úrovni OPZ

Typ ukazovateľa	Názov ukazovateľa	Merná jednotka	Počiatočný rok	Počiatočná hodnota	Cieľová hodnota r. 2015	Definícia	Poznámka
Výstupový	Počet podporených projektov z OPZ na úrovni prioritnej osi 1 core indikátor	počet	2006	0	30	Počet podporených projektov z OPZ zameraných na obnovu a modernizáciu vybraných všeobecných a špecializovaných nemocníc prednostne orientovaných na liečbu ochorení „skupiny 5“	<i>Za predpokladaného priemerného rozpočtového nákladu na projekt 250 mil. Sk</i>
Výstupový	Počet podporených projektov z OPZ na úrovni prioritnej osi 2 core indikátor	počet	2006	0	28	Počet podporených projektov z OPZ zameraných na obnovu a modernizáciu vybraných ambulantných zariadení typu polikliník a zdravotných stredísk prednostne orientovaných na prevenciu ochorení „skupiny 5“	<i>Za predpokladaného priemerného rozpočtového nákladu 50 mil. Sk</i>
Dopadový	Počet vytvorených pracovných miest celkom - muži - ženy core indikátor	Počet	2006	0	58 29 29	Celkový počet vytvorených pracovných miest	
Výsledkový	Priemerné zníženie energetickej náročnosti budov využívaných podporenými zariadeniami zdravotníckej infraštruktúry	%	2006	0	15	Priemerné percentuálne zníženie potreby energie na vykurovanie budov využívaných podporovanými zariadeniami zdravotníckej infraštruktúry	Prispieva k zvýšeniu kvality podmienok poskytovaných v zariadeniach zdravotníckej infraštruktúry a k efektívnosti ich prevádzky. Zdrojom informácií je ITMS, dokumentácie k projektovým žiadam a pravidelné porealizačné monitorovacie správy k projektom.

Zdroj: MZ SR, 2007

Po odsúhlasení operačných programov Európskou komisiou je Riadiaci orgán pre OPZ zodpovedný za prípravu hodnôt smerných výstupových a výsledkových ukazovateľov (benchmarking). Smerné ukazovatele (benchmarks) sú stanovené ako podiel finančných prostriedkov vyčlenených na dané opatrenie ku kľúčovému ukazovateľu výstupu respektíve výsledku uvedenému v OPZ.

NSRR zároveň identifikuje štyri horizontálne priority, ktorých napĺňanie je realizované prostredníctvom príspevkov z jednotlivých operačných programov spolufinancovaných zo ŠF a KF v programovom období 2007-2013. Príspevok OPZ k napĺňaniu uvedených horizontálnych priorít NSRR je podrobnejšie popísaný v kapitole 6.

5 Prioritné osi

Dosiahnutie globálneho cieľa - zlepšenie podmienok ovplyvňujúcich zdravotný stav obyvateľstva v produktívnom, ako aj v neproduktívnom veku, prostredníctvom zvyšovania kvality, efektívnosti a dostupnosti zdravotnej starostlivosti a podpory zdravia, v rámci zdravotníckej infraštruktúry sa dosiahne realizáciou prioritných osí.

Tabuľka č. 57: Členenie OPZ na prioritné osi

Operačný program Zdravotníctvo	
Prioritné osi programu	Fond
1 Modernizácia zdravotníckeho systému nemocníc	ERDF
2 Podpora zdravia a predchádzanie zdravotným rizikám	ERDF
3 Technická pomoc	ERDF

Zdroj: MZ SR

5.1 Prioritná os 1 - Modernizácia zdravotníckeho systému nemocníc

5.1.1. Špecifický cieľ a zameranie prioritnej osi 1

Špecifický cieľ prioritnej osi 1

Špecifickým cieľom prioritnej osi 1 je zabezpečiť výstavbu, rekonštrukciu a modernizáciu zdravotníckej infraštruktúry všeobecných a špecializovaných nemocníc s prednostným zameraním na liečbu ochorení „skupiny 5“.

Tabuľka č. 58: Ukazovatele na úrovni prioritnej osi 1

Názov ukazovateľa	Definícia	Informačný zdroj	Typ ukazovateľa: R - výsledku/result O - výstupu/output C - hlavný/core	Merná jednotka	Východisková a cieľová hodnota za Slovensko	
Počet lôžok ktoré sú prevádzkované v rámci zmodernizovanej infraštruktúry	Počet lôžok ktoré sú prevádzkované v rámci zmodernizovanej infraštruktúry všeobecných a špecializovaných nemocníc – ochorenia „skupiny 5“	MZ SR	R ☐ O ☒ C.. ☐	počet	2006	0
					2015	1250
Plocha vybudovaných a zariadených priestorov na poskytovanie ZS	Plocha vybudovaných a zariadených priestorov všeobecných a špecializovaných nemocníc na poskytovanie ZS	MZ SR	R ☐ O ☒ C.. ☐	m ²	2006	0
					2015	37600

Plocha rekonštruovaných a/alebo zariadených priestorov na poskytovanie ZS	Plocha rekonštruovaných a/alebo zariadených priestorov všeobecných a špecializovaných nemocníc na poskytovanie ZS	MZ SR	R ☐ O ☒ C.. ☐	m ²	2006	0
					2015	150200
Počet pacientov hospitalizovaných v modernizovanej infraštruktúre	Počet pacientov hospitalizovaných v modernizovanej infraštruktúre všeobecných a špecializovaných nemocníc – ochorenia „skupiny 5“	MZ SR	R ☒ O ☐ C.. ☐	počet	2006	0
					2015	56000
Počet hospitalizácií ambulantne senzitivných ochorení	Ambulantne senzitivné ochorenie (ASO) je ukazovateľom efektívnosti zdravotníckych služieb medzi primárnymi a nemocničnými službami**.	MZ SR	R ☒ O ☐ C.. ☐	%	2006	12.2
					2015	8
Priemerná doba hospitalizácie	Priemerná doba hospitalizácie vo všeobecných a špecializovaných nemocniciach – ochorenia „skupiny 5“	MZ SR	R ☒ O ☐ C.. ☐	dni	2006	9.5
					2015	7.1
Počet vytvorených pracovných miest celkom - muži - ženy	Počet novovytvorených pracovných miest na základe podpory zariadení zdravotníckej infraštruktúry	MZ SR	R ☐ O ☐ C.. ☒	počet	2006	0 0 0
					2015	30 15 15
Priemerné zníženie energetickej náročnosti budov využívaných podporenými zariadeniami zdravotníckej infraštruktúry	Priemerné percentuálne zníženie potreby energie na vykurovanie budov využívaných podporovanými zariadeniami zdravotníckej infraštruktúry všeobecných a špecializovaných nemocníc	MZ SR	R ☒ O ☐ C.. ☐	%	2006	0
					2015	15
Počet podporených projektov z OPZ, prioritná os 1	Počet podporených projektov zameraných na obnovu a modernizáciu vybraných všeobecných a špecializovaných nemocníc prednostne orientovaných na liečbu ochorení „skupiny 5“	MZ SR	R ☐ O ☒ C.. ☒	počet	2006	0
					2015	30*

Zdroj: MZ SR

* Za predpokladaného priemerného rozpočtového nákladu na projekt 250 mil. Sk

** Hospitalizácie v rámci ASO predstavujú hospitalizácie počas situácií, ktoré, ak sú v rámci ustanovenia ambulantnej starostlivosti upravené časovo a vhodným spôsobom, zvyčajne nevyžadujú prijatie pacienta do nemocnice (Inštitút medicíny, 1993). Sú definované grémiom lekárov. ASO predstavuje zdravotnícku situáciu; zvyčajne ide o nemoc, ktorá vyžaduje liečbu na úrovni primárnej starostlivosti. Odráža problémy vo fungovaní ambulantnej starostlivosti a siete nemocničných špecialistov.

Zameranie prioritnej osi 1

Prioritná os 1 je zameraná, na základe výsledkov analýz zdravotného stavu obyvateľstva SR a stavu materiálno-technickej základne zdravotníckej infraštruktúry ústavnej zdravotnej starostlivosti – nemocníc, na zlepšenie kvality, efektívnosti a dostupnosti poskytovanej zdravotnej starostlivosti prostredníctvom podpory investičných projektov komplexných reštrukturalizačných programov nemocničných poskytovateľov zdravotnej starostlivosti. Investičné projekty môžu byť zamerané na likvidáciu starých a výstavbu nových kapacít, rekonštrukciu a modernizáciu zdravotníckej infraštruktúry prevádzkových súborov a stavebných objektov nemocníc, s komplexným vývojovo kvalitatívne najnovším sofistikovaným, technicko-prevádzkovým, zdravotníckym diagnostickým, operačným, technologickým, informačným a iným prístrojovým vybavením.

Intervenčná logika použitia štrukturálnych fondov v rámci prioritnej osi 1 je založená na nasledovných princípoch:

- Podporiť komplexné zmeny poskytovateľov s cieľom zvýšenia produktivity.
- Podporiť len tie komplexné zmeny poskytovateľov, ktoré sú v súlade s budúcim dopytom po službách.
- Podporiť len také komplexné zmeny, ktoré sú ekonomicky udržateľné a nevyvolávajú zvýšenie nárokov na rozpočet verejných financií.
- Prednostné zameranie všeobecných a špecializovaných nemocníc na liečbu ochorení „skupiny 5“.

Podporené tak budú ucelené investičné projekty, pri ktorých žiadateľ prostredníctvom komplexných reštrukturalizačných plánov preukáže realizáciu takeého portfólia aktivít, ktoré bude minimálne v strednodobom horizonte (nasledujúcich 5 rokov) vytvárať predpoklady na dosiahnutie cieľa prioritnej osi. Na vyhodnotenie portfólia aktivít bude vypracovaná hodnotiacia metodika.

Podmienkou podpory bude preukázanie ekonomickej udržateľnosti žiadateľa prostredníctvom predloženia strednodobého ekonomického plánu vypracovaného na nasledujúcich 5 rokov.

Rámcové aktivity prioritnej osi 1 - Modernizácia zdravotníckeho systému nemocníc:

Prioritná os 1 “Modernizácia zdravotníckeho systému nemocníc“ je po vecnej stránke orientovaná na projekty s rámcovými aktivitami:

- výstavba nových kapacít, likvidácia starých kapacít,
- rekonštrukcia, modernizácia budov,
 - o prevádzkových súborov
 - o stavebných objektov
- dodávka zdravotníckej techniky – high technology⁸,
 - o diagnostická
 - o operačná
 - o atď.
- dodávka IT a iného prístrojového vybavenia.

Výstavba nových kapacít, rekonštrukcia a modernizácia existujúcich objektov musí byť realizovaná s ohľadom na nízku energetickú náročnosť objektov, možnosť komplexného riešenia bezbariérového prístupu pre imobilných občanov a ďalšie súvisiace technicko-prevádzkové normy SR a štandardy EÚ.

Prioritná os bude implementovaná prostredníctvom dopytovo- orientovaných projektov, ktoré budú predkladané vlastníckmi nehnuteľnosťmi.

⁸ Riadiaci orgán na úrovni prijímateľa zabezpečí dodržiavanie platnej legislatívy týkajúcej sa nakladania a likvidácie zastaranej zdravotníckej techniky

5.1.2 Miesto realizácie projektov v rámci prioritnej osi 1

Intervencie v rámci prioritnej osi 1 sú na území cieľa „Konvergenčia“ smerované:

- do inovačných a kohéznych pólov rastu;
- výnimočne do území mimo pólov rastu, vzhľadom na špecifické vysokohorské klimatické podmienky, nevyhnutné pri liečbe ochorení dýchacej sústavy.

5.1.3 Oprávnený prijímateľ v rámci prioritnej osi 1

Oprávnenými prijímateľmi v rámci prioritnej osi 1 sú vlastníci, nájomcovia alebo správcovia všeobecných a špecializovaných nemocníc z verejného a súkromného sektora, ktorí sú zároveň poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti. Zoznam oprávnených prijímateľov nachádzajúcich sa v póloch rastu je zverejnený na www.health.gov.sk spolu so systémom aktualizácie pri jeho zmene.

5.1.4 Zdôvodnenie prioritnej osi 1

Prioritná os 1 je zameraná na zabezpečenie požadovanej kvalitatívnej a kvantitatívnej úrovne zdravotníckej infraštruktúry všeobecných a špecializovaných nemocničných poskytovateľov zdravotnej starostlivosti na podporovanom území cieľa „Konvergenčia“ v SR.

Ako vyplýva z analytickej časti nemocnice sú v súčasnosti v zlom stavebno-technickom stave, s rozsiahlym fyzickým opotrebením a morálnou zastaranosťou. Vzniknutá situácia je zapríčinená nedostatočným kapitálovým financovaním. Zmeny vlastníckych vzťahov a zmeny v systéme financovania zdravotníckych zariadení sa tiež podpísali na nedostatočnej údržbe a opravách využívaných budov a celých areálov. Stavebné objekty a prevádzkové súbory navyše nevyhovujú súčasným stavebno-technickým požiadavkám predovšetkým z hľadiska energetickej hospodárnosti budov a úrovne informatizácie.

Vzhľadom na význam kvality, efektívnosti a dostupnosti zdravotnej starostlivosti je opodstatnené prehodnotiť aj priestorové a kapacitné riešenia zariadení nemocničnej zdravotnej starostlivosti.

V kontexte analýz a v súlade s kohéznou politikou EÚ je dôvodom obnovy a rozvoja zdravotníckej infraštruktúry nemocníc v regiónoch SR v rámci cieľa „Konvergenčia“ znižovanie nerovností v zdravotníctve, prekonávanie veľkých regionálnych rozdielov v starostlivosti o zdravie, zlepšenie kvality, efektívnosti, dostupnosti a bezpečnosti poskytovanej zdravotnej starostlivosti a zefektívnenie využitia zdrojov v zdravotníctve. Úspešnou realizáciou intervencií do zariadení nemocničnej zdravotnej starostlivosti sa docieli zníženie nákladov na zdravotnú starostlivosť, zvýšenie konkurencieschopnosti regiónov a zlepšením zdravotného stavu obyvateľstva predĺženie pracovného života a zvýšenie produktivity práce.

Tabuľka č. 59: Kategorizácia oblastí pomoci

Kategorizácia oblastí pomoci 2007 – 2013 pre prioritnú os 1:	
Prioritná téma	76
Forma finančného príspevku	01
Podporované územie	01, 05

Podporované hlavné ekonomické činnosti	19
--	----

Zdroj: MZ SR

5.2 Prioritná os 2 - Podpora zdravia a predchádzanie zdravotným rizikám

5.2.1. Špecifický cieľ a zameranie prioritnej osi 2

Špecifický cieľ prioritnej osi 2

Špecifickým cieľom prioritnej osi 2 je zabezpečiť rekonštrukciu a modernizáciu zdravotníckej infraštruktúry ambulantnej zdravotnej starostlivosti s prednostným zameraním na prevenciu a podporu zdravia u ochorení „skupiny 5“, ako aj na zabezpečenie adekvátneho prístrojového vybavenia.

Tabuľka č. 60: Ukazovatele na úrovni prioritnej osi 2

Názov ukazovateľa	Definícia	Informačný zdroj	Typ ukazovateľa: R - výsledku/result O - výstupu/output C - hlavný/core	Merná jednotka	Východisková a cieľová hodnota za Slovensko	
Plocha rekonštruovaných a/alebo zariadených priestorov na poskytovanie ZS	Plocha rekonštruovaných a/alebo zariadených priestorov polikliník a zdravotných stredísk na poskytovanie ZS	MZ SR	R ☐ O ☒ C.. ☐	m ²	2006	0
					2015	66140
Počet pacientov ktorým bola poskytnutá zdravotná starostlivosť v modernizovanej infraštruktúre	Počet pacientov ktorým bola poskytnutá zdravotná starostlivosť v modernizovanej infraštruktúre polikliník a zdravotných stredísk	MZ SR	R ☒ O ☐ C.. ☐	počet	2006	0
					2015	844000
Počet preventívnych prehliadok	Počet preventívnych prehliadok v ambulanciách polikliník a zdravotných stredísk	MZ SR	R ☒ O ☐ C.. ☐	počet	2006	0
					2015	*
Počet preventívnych vyšetrení - intervencií (vybrané diagnózy)	Počet preventívnych vyšetrení - intervencií na ochorenia „skupiny 5“ v ambulanciách polikliník a zdravotných stredísk	MZ SR	R ☒ O ☐ C.. ☐	počet	2006	0
					2015	*
Počet vytvorených pracovných miest celkom - muži - ženy	Počet novovytvorených pracovných miest na základe podpory zariadení zdravotníckej infraštruktúry polikliník a zdravotných stredísk	MZ SR	R ☐ O ☐ C.. ☒	počet	2006	0 0 0
					2015	28 14 14
Priemerné zníženie energetickej náročnosti budov využívaných podporenými zariadeniami zdravotníckej infraštruktúry	Priemerné percentuálne zníženie potreby energie na vykurovanie budov využívaných podporovanými zariadeniami zdravotníckej infraštruktúry polikliník a zdravotných stredísk	MZ SR	R ☒ O ☐ C.. ☐	%	2006	0
					2015	15
Počet podporených projektov z OPZ, prioritná os 2	Počet podporených projektov zameraných na obnovu a modernizáciu vybraných ambulantných zariadení typu polikliník a zdravotných stredísk prednostne orientovaných na prevenciu ochorení „skupiny 5“	MZ SR	R ☐ O ☒ C.. ☒	počet	2006	0
					2015	28**

Zdroj: MZ SR

Poznámka:

** Ukazovatele, počet preventívnych prehliadok a počet preventívnych vyšetrení - intervencií (vybrané diagnózy) neboli zatiaľ sledované a evidované, preto nie je možné kvalifikovane určiť plánovaný počet. V období od roku 2007 zabezpečíme evidenciu a vyhodnotenie počtu preventívnych prehliadok a vyšetrení. Predpokladáme priebežný nárast týchto ukazovateľov.*

*** Za predpokladaného priemerného rozpočtového nákladu 50 mil. Sk.*

Zameranie prioritnej osi 2

Prioritná os 2 je na základe výsledkov analýz zdravotného stavu obyvateľstva SR a stavu materiálno-technickej základne zdravotníckej infraštruktúry ambulancií, zameraná na zlepšenie kvality, efektívnosti a dostupnosti zdravotnej starostlivosti a podpory zdravia, v rámci zdravotníckej infraštruktúry prostredníctvom podpory investičných projektov ambulantných poskytovateľov zdravotnej starostlivosti (polikliniky a zdravotné strediská na poskytovanie ZS). Investície budú orientované na rekonštrukciu a modernizáciu budov - polikliník spojenú s komplexným vývojovo kvalitatívne najnovším sofistikovaným, technicko-prevádzkovým, zdravotníckym diagnostickým, informačným a iným prístrojovým vybavením.

Intervenčná logika použitia štrukturálnych fondov v rámci prioritnej osi 2 je založená na nasledovných princípoch:

- Podporiť zmeny procesov a infraštruktúry u ambulantných poskytovateľov s cieľom zvýšenia produktivity v oblasti prevencie
- Podporiť zavádzanie nových metódik a technológií – „hightech“ na zlepšenie zabezpečenia zdravotnej starostlivosti
- Podporiť špecializované programy zamerané na diagnostiku na diaľku (tele-diagnostika), ktoré majú priamu súvislosť s rastúcim trendom výskytu ochorení (najmä onkologických a kardiovaskulárnych ochorení) a zároveň zabezpečujú vysokú účinnosť prevencie a efektivity a vplyv na zlepšovanie kvality života pracovnej sily
- Podporiť len také zmeny, ktoré sú ekonomicky udržateľné a nevyvolajú zvýšenie nárokov na rozpočet verejných financií

Podporené budú tak len tie investičné projekty, pri ktorých žiadateľ prostredníctvom plánu rozvoja žiadateľa preukáže realizáciu takeého portfólia aktivít, ktoré bude minimálne v strednodobom horizonte (nasledujúcich 5 rokov) vytvárať predpoklady na dosiahnutie cieľa prioritnej osi. Na vyhodnotenie portfólia aktivít bude vypracovaná hodnotiacia metodika.

Podmienkou podpory bude preukázanie ekonomickej udržateľnosti žiadateľa prostredníctvom predloženia strednodobého ekonomického plánu vypracovaného na nasledovných 5 rokov.

Rámcové aktivity prioritnej osi 2 – Podpora zdravia a predchádzanie zdravotným rizikám:

Prioritná os 2 “Podpora zdravia a predchádzanie zdravotným rizikám“ je po vecnej stránke orientovaná na dopytové projekty:

- rekonštrukcia, modernizácia budov,
 - o prevádzkových súborov
 - o stavebných objektov
- dodávka zdravotníckej techniky – high technology⁹,
 - o diagnostická

⁹ Riadiaci orgán na úrovni prijímateľa zabezpečí dodržiavanie platnej legislatívy týkajúcej sa nakladania a likvidácie zastaranej zdravotníckej techniky

- o detekčná
 - o demonštračná
 - o atď.
 - dodávka IT a iného prístrojového vybavenia,
- a na národné projekty:
- „Nákup mobilných mamografických jednotiek“. Projekt predstavuje výrazný podiel riešenia prevencie a zachytávanie včasných štádií rakoviny prsníka. Toto ochorenie patrí medzi onkologické ochorenia, ktoré predstavujú najčastejšie príčiny smrti žien v produktívnom veku. Každoročne pribúda 2000 nových ochorení, z toho je podiel 10-15 % v III. a IV. štádiu (t.j. 200-300 žien). Pritom liečba vo včasnom štádiu má vysokú úspešnosť a výrazne zlepšuje kvalitu života žien ako pracovnej sily. Tento kľúčový projekt bude realizovaný Východoslovenským onkologickým ústavom a.s. (VOÚ), ktorý je jediným špecializovaným ústavom v rámci cieľa „Konvergencia“ v Slovenskej republike a s diagnostikou a liečbou onkologických ochorení má dlhoročné skúsenosti, o čom svedčí aj certifikát manažmentu kvality ISO 9001. VOÚ bude plniť úlohu špecializovaného vyhodnocovacieho pracoviska s digitálnym mamografom, mobilné skriningové jednotky budú umiestnené podľa potreby v rámci územia spadajúceho pod cieľ „Konvergencia“ a zabezpečia vyššiu kvalitu vyšetrení pri nižšej radiačnej dávke, ako aj skrátenie doby vyšetrenia a úsporu prevádzkových nákladov. Koncentrácia špecialistov vo VOÚ zabezpečí diagnostiku (garant kvality skriningu a diagnostiky) a následnú terapiu, ako aj centrálny digitálny archív vyšetrení. Zároveň bude eliminovaný výskyt nepravdivých vyšetrení zo zariadení, ktoré nespádajú pod špecializované zariadenia tohto typu (v súčasnosti podiel falošných vyšetrení 15,4%). Odborné zaškolenie pracovníkov, mediálna podpora, koordinácia a marketing, ako aj logistika mobilných jednotiek a monitoring bude financované formou krížového-financovania v rámci operačného programu.
 - „Dobudovanie infraštruktúry Národnej transfúznej služby SR“ pri rešpektovaní trendov racionalizácie siete. Projekt bude realizovaný prostredníctvom Národnej transfúznej služby SR, príspevkovej organizácie MZ SR, ktorá predstavuje významnú zložku zabezpečenia zdravotnej starostlivosti a ochrany zdravia obyvateľstva. Národná transfúzna služba SR integruje transfúziologickú starostlivosť v Slovenskej republike a realizuje Národnú krvnú politiku Slovenskej republiky. Cieľom projektu bude zabezpečiť národnú sebestačnosť v produkcii krvných produktov najvyššej možnej kvality a bezpečnosti v podmienkach maximálnej efektívnosti v požadovanom objeme vo všetkých regiónoch Slovenska. Pri odbere, spracovaní krvi a distribúcii a využití krvi a krvných produktov zabezpečí ochranu zdravia verejnosti a účinnú prevenciu prenosu infekcií hemoterapiou. Ďalšou úlohou bude tiež zaviesť štandardy pre výber darcov, odbery, testovanie, spracovanie a klinické využitie krvných produktov, zaviesť systém kvality a jeho kontrolu, eliminovať a riešiť komplikácie nezhôd hemoterapie. Zavádzanie nových technológií a metodík vyšetrovania bude rovnako jedným z hlavných cieľov projektu.
- Cieľ projektu sa dosiahne prostredníctvom nasledovných aktivít:
- o rekonštrukcia a modernizácia transfúziologických pracovísk,
 - prevádzková časť
 - stavebná časť

- o dodávka prístrojového vybavenia,
- o dodávka IKT vrátane on-line prepojenia transfúziologických pracovísk.

Rekonštrukcia a modernizácia existujúcich objektov musí byť realizovaná s ohľadom na nízku energetickú náročnosť objektov, možnosť komplexného riešenia bezbariérového prístupu pre imobilných občanov a ďalšie súvisiace technicko-prevádzkové normy SR a štandardy EÚ.

Aktivity spojené s odborným zaškolením pracovníkov na nové prístrojové a technologické vybavenie budú financované prostredníctvom ESF z Operačného programu Vzdelávanie, prioritná os 2. „Ďalšie vzdelávanie ako nástroj rozvoja ľudských zdrojov“, opatrenie 2.2 „Podpora ďalšieho vzdelávania v zdravotníctve“.

5.2.2. Miesto realizácie projektov v rámci prioritnej osi 2

Intervencie v rámci prioritnej osi 2 sú na území cieľa „Konvergencia“ smerované do:

- inovačných a kohéznych pólov rastu,
- okrem podpory širokého spektra aktivít OPZ prioritne smerovaných do pólov rastu, je v rámci OPZ prioritná os 2 realizovaná výnimka, a to realizácia projektov zdravotníckej infraštruktúry so segregovanými alebo separovanými rómskymi osídleniami, ktoré môžu byť realizované aj majiteľmi budov v obciach mimo pólov rastu s vysokou koncentráciou marginalizovaných rómskych komunít (v zmysle aktualizovaného Atlasu rómskych komunít), ktoré nesú znaky viacnásobnej deprivácie a znaky sociálneho vylúčenia zo života obce a tým obmedzený prístup k verejným službám. Výnimka sa týka konkrétnych aktivít vo vybraných projektoch OPZ v rámci komplexného prístupu k MRK a nie obcí ako prijímateľov pre roky 2007-2013.

Podmienkou smerovania intervencií mimo pólov rastu je popri preukázaní trvalej udržateľnosti a splnení všetkých legislatívnych podmienok pre realizáciu projektu, najmä zabezpečenie plnenia stanovených ukazovateľov OPZ.

5.2.3 Oprávnení prijímateľa v rámci prioritnej osi 2

Oprávnenými prijímateľmi v rámci prioritnej osi 2 sú vlastníci, nájomcovia alebo správcovia budov polikliník a zdravotných stredísk z verejného a súkromného sektora nachádzajúci sa v póloch rastu. Taktiež sú oprávnení majitelia budov v obciach s vysokou koncentráciou marginalizovaných rómskych komunít (v zmysle aktualizovaného Atlasu rómskych komunít), ktoré nesú znaky viacnásobnej deprivácie a znaky sociálneho vylúčenia zo života obce a tým obmedzený prístup k verejným službám.

5.2.4 Zdôvodnenie prioritnej osi 2

Prioritná os 2 je zameraná na zabezpečenie požadovanej kvalitatívnej a kvantitatívnej úrovne zdravotníckej infraštruktúry ambulantných poskytovateľov zdravotnej starostlivosti (polikliniky a zdravotné strediská) a na národné projekty na podporovanom území cieľa „Konvergencia“ v podmienkach SR.

Ako vyplýva z analytickej časti polikliniky a zdravotné strediská sú v zlom stavebno-technickom stave, s rozsiahlym fyzickým opotrebením a morálnou zastaranosťou. Vzniknutá situácia je zapríčinená nedostatočným kapitálovým financovaním. Zmeny vlastníckych vzťahov a zmeny

v systéme financovania zdravotníckych zariadení sa tiež podpísali na nedostatočnej údržbe a opravách využívaných budov. Stavebné objekty a prevádzkové súbory navyše nevyhovujú súčasným stavebno-technickým požiadavkám, predovšetkým z hľadiska energetickej hospodárnosti budov a úrovne informatizácie.

Vzhľadom na význam kvality, efektívnosti, dostupnosti a bezpečnosti zdravotnej starostlivosti je opodstatnené prehodnotiť aj priestorové a kapacitné riešenia zariadení ambulantnej zdravotnej starostlivosti.

V kontexte analýz a v súlade s kohéznou politikou EÚ je dôvodom obnovy a rozvoja zdravotníckej infraštruktúry polikliník a zdravotných stredísk v regiónoch SR v rámci cieľa „Konvergenca“ znižovanie nerovností v zdravotníctve, prekonávanie veľkých regionálnych rozdielov v starostlivosti o zdravie, zlepšenie kvality, efektívnosti, dostupnosti a bezpečnosti poskytovanej zdravotnej starostlivosti a zefektívnenie využitia zdrojov v zdravotníctve. Úspešnou realizáciou intervencií do zariadení ambulantnej zdravotnej starostlivosti s dôrazom na prevenciu sa docieli zníženie nákladov na zdravotnú starostlivosť, zvýšenie konkurencieschopnosti regiónov a zlepšením zdravotného stavu obyvateľstva predĺženie pracovného života a zvýšenie produktivity práce.

V kontexte analýz a v súlade s kohéznou politikou EÚ je dôvodom podpory rozvoja zariadení ambulantnej zdravotnej starostlivosti zameraných na prevenciu v regiónoch spadajúcich do cieľa „Konvergenca“ úsilie zlepšovať zdravotný stav populácie. Výsledkom kvalitnej, včasnej a bezpečnej ambulantnej zdravotnej starostlivosti, ktorá je kľúčovým subjektom zabezpečovania účinnej prevencie a výsledkom preventívnych vyšetrení vo vybraných špecializáciách, je zvýšenie účasti obyvateľstva na trhu práce, predĺženie produktívneho veku, zvýšená produktivita práce a zníženie nákladov na zdravotnú starostlivosť. Úspešnou realizáciou intervencií do siete ambulantných zariadení zdravotnej starostlivosti a prevencie sa tak vytvára priestor a podmienky na presmerovanie aktivít a investícií z nemocničných zdravotníckych zariadení do ambulantných zdravotníckych zariadení.

Nákupom mobilných mamografických jednotiek, prezentujúcich nový moderný prístup k prevencii sa vytvorí predpoklad na včasné zachytenie choroby a zlepšenie kvality života žien, u ktorých rakovina prsníka má rastúci trend a stále je vysoký počet výskytu neskorých štádií. Mobilná jednotka zároveň zabezpečí dostupnosť diagnostiky do všetkých regiónov a flexibilitu umiestnenia na základe reálnej požiadavky.

Dobudovaním infraštruktúry Národnej transfúznej služby SR sa zabezpečí tvorba podmienok pre centrálnu štruktúru riadenia činností transfúzných služieb, jednotný komunikačný systém a jednotné značenie krvných produktov (umožní sledovateľnosť krvného prípravku v praxi prostredníctvom elektronickej evidencie, vytvorenie Národného registra darcov krvi, databázy vyradených a vzácnych darcov krvi, dostupnosť informácií o stave zásob a potrebe krvných produktov). Centrálny systém zároveň umožní využiť prístrojové, materiálne a personálne vybavenie a efektívne zavádzanie nových vyšetrovacích metodík (NAT) a v konečnom dôsledku zabezpečí rast objemu a kvality krvných produktov, efektívne zásobovanie a dostupnosť pre reálne potreby regiónov, zvýšenie bezpečnosti transfúzných liekov a prevencie komplikácií hemoterapie.

Tabuľka č. 61: Kategorizácia oblastí pomoci

Kategorizácia oblastí pomoci 2007 – 2013 pre prioritnú os 2:	
Prioritná téma	76
Forma finančného príspevku	01
Podporované územie	01, 05
Podporované hlavné ekonomické činnosti	19

Zdroj: MZ SR

5.3 Prioritná os 3 Technická pomoc

5.3.1. Špecifický cieľ a zameranie prioritnej osi 3

Špecifický cieľ prioritnej osi 3

Špecifickým cieľom je zabezpečenie implementácie OPZ v súlade s požiadavkami kladenými na riadenie, implementáciu, kontrolu, audit, monitorovanie a vyhodnocovanie operačného programu, na administratívne štruktúry zodpovedné za realizáciu operačného programu, na poskytnutie podpory na prípravu projektov, ako aj na informovanie verejnosti, propagáciu, hodnotenie a výmenu skúseností.

Tabuľka č. 62: Ukazovatele na úrovni prioritnej osi 3

Názov ukazovateľa	Definícia	Informačný zdroj	Typ ukazovateľa: R - výsledku/result O - výstupu/output C - hlavný/core I - dopadu/impact	Merná jednotka	Východisková a cieľová hodnota za Slovensko	
Počet podporených projektov	Počet projektov technickej pomoci realizovaných RO. Projekt RO na stabilizáciu administratívnych kapacít, prípravu, hodnotenie a výber, implementáciu, monitorovanie a kontrolu projektov. Projekt RO na hodnotenie a štúdie; informácie a komunikáciu. Počet projektov nie je súčasťou ukazovateľa počtu projektov na úrovni OPZ.	MZ SR	R ☐ O ☒ C.. ☐	počet	2006	0
					2015	2
Počet vytvorených pracovných miest	Počet vytvorených pracovných miest na prípravu, hodnotenie, implementáciu, monitorovanie a kontrolu projektov a monitorovanie a riadenie programu.	MZ SR	R ☐ O ☐ I ☒ C.. ☐	počet	2006	0
					2015	65

Zdroj: MZ SR

Zameranie prioritnej osi 3

Technická pomoc sa zameriava na podporu efektívneho riadenia operačného programu, na jeho propagáciu a na podporu hodnotenia prioritných osí a vybraných projektov. Ďalej bude využitá na aktivity spojené s riadením, monitorovaním, kontrolou, analýzou a poskytovaním informácií vrátane propagácie, vyhodnocovania a výmeny skúseností. Z prostriedkov technickej pomoci

budú financované aj podporné IT systémy pre potrebu MZ SR ako RO pre OPZ tak, aby nedošlo k duplicite financovania IT systémov, financovaných z OP Technická pomoc. IT monitorovacie systémy (ďalej len ITMS), ktoré sa budú využívať jednotne pri riadení operačných programov a náklady na ich vytvorenie budú plne hrazené z OP Technická pomoc.

Rámcové aktivity

Podporované aktivity sa budú zameriavať najmä na:

- aktivity publicity a informovania RO,
- technické, priestorové a prevádzkové vybavenie RO,
- platy zamestnancov RO,
- vzdelávacie aktivity pre RO,
- zabezpečenie funkčnosti Monitorovacieho výboru OPZ,
- hodnotenia OPZ definované vo všeobecnom nariadení,
- vybavenie RO informačnými technológiami,
- softvérové produkty a ich údržba,
- štúdie a analýzy, outsourcing, monitoring,
- ďalšie aktivity v súlade s legislatívou SR a EÚ.

5.3.2. Zdôvodnenie prioritnej osi 3

Účelom tejto prioritnej osi je podporovať realizáciu celého OPZ a jeho aktivít. Efektívna implementácia operačného programu závisí od schopnosti orgánov, ktoré sú zapojené do implementácie, vykonávať svoje funkcie v súlade s povinnosťami vyplývajúcimi z legislatívy a usmernení ES a SR. Technická pomoc je dôležitým nástrojom riadiaceho orgánu na budovanie dostatočne erudovaných ľudských zdrojov, zabezpečenie ich profesionálneho rastu a vytvorenie adekvátnych podmienok na kvalitné rozhodovanie. Technická pomoc je súčasne dôležitým nástrojom na zabezpečenie publicity a šírenia povedomia o operačnom programe s priamym vplyvom na zvyšovanie absorpčnej kapacity žiadateľov a dôležitým prostriedkom na zhodnotenie výsledkov a dopadov intervencií za účelom efektívneho čerpania finančných prostriedkov štrukturálnych fondov.

Tabuľka č. 63: Kategorizácia oblastí pomoci

Kategorizácia oblastí pomoci 2007 – 2013 – pre prioritnú os 3:	
Prioritná téma	85, 86
Forma finančného príspevku	01
Podporované územie	00
Podporované hlavné ekonomické činnosti	17

Zdroj: MZ SR

6 Horizontálne priority

Na základe očakávaného pôsobenia príspevkov na rozvoj územia, ako aj jednotlivých odvetví ekonomických činností, stratégia NSRR definuje horizontálne priority, ktoré komplementárnym spôsobom vplyvajú na ciele NSRR v štyroch oblastiach:

- marginalizované rómske komunity,
- rovnosť príležitostí,
- trvalo udržateľný rozvoj,
- informačná spoločnosť.

6.1 Charakter a rozsah horizontálnych priorít

Každá zo štyroch horizontálnych priorít je svojim charakterom odlišná a v procese implementácie vyžaduje osobitný prístup. Zmyslom každej z horizontálnych priorít je zabezpečiť dosiahnutie pre ňu definovaného cieľa, ktorý sa týka viacerých priorít NSRR a nemôže byť teda zabezpečený len prostredníctvom jedného operačného programu, ale vyžaduje si koordinovaný prístup pretínajúci viaceré špecifické priority, resp. projekty.

Horizontálne priority sú podľa svojho charakteru uplatnené v relevantných operačných programoch v zmysle nasledovnej tabuľky.

Tabuľka č. 64: Uplatnenie horizontálnych priorít v OPZ

Horizontálna priorita	Cieľ horizontálnej priority	Uplatnenie horizontálnej priority
A. marginalizované rómske komunity	Zvýšenie zamestnanosti a vzdelanostnej úrovne príslušníkov MRK a zlepšenie ich životných podmienok	OPZ bude riešiť komplexný prístup v rámci prioritnej osi 2.
B. rovnosť príležitostí	Zabezpečiť rovnosť príležitostí pre všetkých a predchádzať všetkým formám diskriminácie	princíp uplatňovaný pri každom projekte
C. trvalo udržateľný rozvoj	Zabezpečenie environmentálnej, ekonomickej a sociálnej udržateľnosti ekonomického rastu	princíp uplatňovaný individuálne pri každom projekte
D. informačná spoločnosť	Rozvoj inkluzívnej informačnej spoločnosti	integrovaný prístup (interoperabilita informačných systémov verejnej správy a zavádzanie e-Health v OPISe s podporou OPZ)

Indikatívne ukazovatele pre horizontálne priority v rámci OPZ sú súčasťou národného systému ukazovateľov vypracovaného na úrovni NSRR. Národný systém ukazovateľov vrátane ukazovateľov pre horizontálne priority schvaľuje Národný monitorovací výbor pre NSRR.

Finálne ukazovatele OPZ pre horizontálne priority na úrovni programu (vrátane kvantifikácie) sú predložené a prediskutované najneskôr na druhom zasadnutí monitorovacieho výboru pre OPZ.

Tabuľka č. 65: Indikatívne hodnoty ukazovateľov horizontálnych priorít OPZ

Horizontálna priorita	Názov indikátora	Typ indikátora	Merná jednotka	Počiatočný rok	Počiatočná hodnota	Cieľová hodnota r. 2015
Marginalizované rómske komunity (MRK)	Hodnota projektov identifikovaných ÚSVRK ako cielene zameraných na MRK	výsledok	EUR	2006	0	8 000 000
	Počet projektov identifikovaných ÚSVRK ako cielene zameraných na MRK	výsledok	počet	2006	0	8
	Počet vytvorených pracovných miest cielene pre MRK	výsledok	počet	2006	0	5
Rovnosť príležitostí	Počet vytvorených pracovných miest obsadených mužmi	výsledok	počet	2006	0	29
	Počet vytvorených pracovných miest obsadených ženami	výsledok	počet	2006	0	29
Trvalo udržateľný rozvoj	Priemerné zníženie energetickej náročnosti stavebných objektov podporených prostredníctvom OPZ	dopad	%	2006	0	15
	Počet vytvorených pracovných miest spolu	dopad	počet	2006	0	58
Informačná spoločnosť	Hodnota projektov, ktorých výsledky alebo dopady sa dotýkajú rozvoja informačnej spoločnosti	výsledok	EUR	2006	0	7 800 000
	Počet projektov, ktorých výsledky alebo dopady sa dotýkajú rozvoja informačnej spoločnosti	výsledok	počet	2006	0	30

Zdroj: NSRR, 2007

6.1.1 Marginalizované rómske komunity

V problematike marginalizovaných skupín obyvateľstva sa osobitne rieši špecifická problematika marginalizovaných rómskych komunít (ďalej len „MRK“). Jej zámerom je posilnenie spolupráce, efektívnejšej koordinácie činností a finančných zdrojov smerujúcich k zlepšeniu životných podmienok príslušníkov MRK. Podpora MRK je zameraná na štyri prioritné oblasti: vzdelávanie, zamestnanosť, zdravie, bývanie a tri vzájomne súvisiace problémové okruhy: chudoba, diskriminácia a rodová rovnosť.

Na základe záverov pracovnej komisie CSF (Rámca podpory Spoločenstva) pre rozvoj rómskych komunít, ktorej úlohou je monitorovanie účinkov intervencií zo ŠF k riešeniu problémov MRK a navrhovanie návrhov na zvýšenie ich efektívnosti, je potrebné zvýšiť efektívnosť intervencií ŠF pri riešení problémov MRK prostredníctvom komplexného prístupu, ktorý spája niekoľko aktivít, resp. projektov do celkovej stratégie rozvoja konkrétnej lokality tak, aby ich realizácia na seba nadväzovala a prispievala k dlhodobému rozvoju MRK v danej lokalite. Pri komplexnom prístupe je dôraz kladený na vzájomnú previazanosť aktivít a na aktívnu participáciu miestnej komunity pri realizácii projektu. Využívanie komplexnosti v riešení problémov MRK je nevyhnutnosťou, pretože zabezpečí systémové riešenie problémov v týchto komunitách a umožní dlhodobé strategické plánovanie a riadenie rozvoja komunity a pozitívnej zmeny.

Vzhľadom na rozsah a náročnosť uplatňovania komplexného prístupu, je vytypovaným oblastiam/mikroregiónom¹⁰ so záujmom o komplexný prístup k dispozícii pomoc pri vypracúvaní lokálnej stratégie rozvoja rómskych komunít, ako aj pri príprave projektových aktivít v rámci stratégie, tak aby bola zabezpečená obsahová aj časová komplementárnosť a celkový synergický efekt. Komplexný prístup je aplikovaný predovšetkým v oblastiach s výraznou koncentráciou MRK.

¹⁰ Realizácia projektov bude vychádzať z už pripravených mikroregiónov a osídlení so spracovanou projektovou dokumentáciou v rámci grantovej schémy PHARE, 14 mikroregiónov (134 obcí) bolo vytypovaných a predpripravených v rámci projektu TA 11400130021 „Budovanie administratívnych kapacít splnomocnenkyne vlády SR“

Horizontálna priorita MRK sa premieta do jednotlivých strategických, resp. špecifických priorít a ich cieľov prostredníctvom realizácie širokého radu opatrení zameraných na integráciu MRK, najmä prostredníctvom zlepšenia infraštruktúry rómskych osídlení, zamestnanosti, vzdelávania, zdravotníckej starostlivosti a sociálnych služieb.

Cieľom komplexného prístupu sú sídla, ktoré sú uvedené v Sociografickom mapovaní z roku 2004 a ktoré deklarujú svoj záujem o riešenie problematiky prostredníctvom komplexného prístupu a zároveň preukážu svoju oprávnenosť v zmysle podmienok, ktoré sú špecifikované v jednotlivých výzvach na podávanie žiadostí o poskytnutie nenávratného finančného príspevku z fondov EÚ.

Na základe potrieb vytypovaných oblastí/mikroregiónov a predpokladu realizácie komplexných projektov bola určená indikatívna alokácia na realizáciu komplexných projektov na úrovni NSRR vo výške 200 miliónov EUR, ktorej financovanie je zabezpečené cez indikatívne alokácie na úrovni operačných programov relevantných pre realizáciu komplexných projektov (vid'. NSRR). Táto indikatívna alokácia môže byť v priebehu programového obdobia upravená v nadväznosti na priebežné hodnotenia účelnosti a efektívnosti zvoleného komplexného prístupu, jej prehodnotenie ako aj výsledky priebežného hodnotenia sú predmetom zasadnutí Národného monitorovacieho výboru.

Príspevok OPZ k horizontálnej priorite MRK

V problematike marginalizovaných skupín obyvateľstva sa v OPZ osobitne analyzuje zdravotný stav marginalizovaných rómskych komunít. Podpora marginalizovaných rómskych komunít je zameraná na komplexné poskytovanie a dostupnosť zdravotnej starostlivosti. Využívanie komplexnosti i v riešení problémov marginalizovaných rómskych komunít je nevyhnutnosťou, pretože napomôže zabezpečiť systémové riešenie problémov v marginalizovaných rómskych komunitách.

Horizontálna priorita MRK sa premieta do jednotlivých strategických, resp. špecifických priorít NSRR a ich cieľov prostredníctvom realizácie širokého radu opatrení zameraných na integráciu marginalizovaných rómskych komunít, najmä prostredníctvom zlepšenia infraštruktúry rómskych osídlení, zamestnanosti, vzdelávania, zdravotníckej starostlivosti a sociálnych služieb.

V OPZ je realizovaná podpora MRK prostredníctvom projektov, ktoré môžu byť realizované ako dopytovo orientované projekty v rámci prioritnej osi 1 a prioritnej osi 2 a tiež ako súčasť komplexného prístupu v riešení problémov MRK v rámci prioritnej osi 2.

6.1.2 Rovnosť príležitostí

Podpora základných práv, nediskriminácie a rovnosti príležitostí je jedným zo základných princípov uplatňovaných v EÚ. Rovnosť príležitostí je súčasťou pilierov Európskej stratégie zamestnanosti a Európskej rámcovej stratégie nediskriminácie a rovnakých príležitostí pre všetkých, v zmysle ktorých horizontálna priorita Rovnosť príležitostí podporuje potieranie diskriminácie na základe pohlavia, rasy, etnického pôvodu, náboženského vyznania, viery, zdravotného postihnutia, veku, či sexuálnej orientácie.

Zvláštny dôraz sa kladie na princíp rodovej rovnosti (rovnosť príležitostí žien a mužov), ktorého naplnenie patrí k základnému cieľu Európskeho spoločenstva a ako taký patrí medzi hlavné ciele štrukturálnych fondov. Podľa čl. 2 Amsterdamskej zmluvy je úlohou Spoločenstva dosiahnuť rovnaké postavenie žien a mužov v spoločnosti a podľa čl. 3 je stanovená povinnosť odstraňovať nerovnosti a presadzovať rodovú rovnosť vo všetkých aktivitách metódou gender mainstreamingu. Je to postup, pri ktorom sú všetky koncepčné, strategické, rozhodovacie a vyhodnocovacie procesy vo všetkých fázach prípravy a realizácie podriadené hľadisku rodovej

rovnosti. V kontexte ŠF to znamená, že pri programovaní, monitorovaní a hodnotení je braný do úvahy prínos k presadzovaniu rovnosti príležitostí pre všetkých a k podpore vyváženého zastúpenia žien a mužov.

Horizontálna priorita rovnosť príležitostí je uplatňovaná a sledovaná vo všetkých operačných programoch. Horizontálna priorita rovnosť príležitostí zasahuje iba do tých projektov, ktoré majú pozitívny, resp. negatívny vplyv na rovnosť príležitostí. V prípade ostatných projektov (nemajú vplyv na rovnosť príležitostí) sa tento princíp neuplatňuje.

Horizontálna priorita je uplatňovaná aj formou prístupnosti fyzického prostredia, dopravy a verejných služieb pre obyvateľov s obmedzenou mobilitou a orientáciou.

Veľmi často sa vyskytuje kombinácia niekoľkých znevýhodňujúcich faktorov, čo spôsobuje sťažený prístup a zotrvanie na trhu práce, prístup k odbornému vzdelávaniu a iným životným príležitostiam. Z uvedeného dôvodu sa okrem rešpektovania princípu rovnosti príležitostí pri všetkých príspevkoch z fondov, na oblasť rovnosti príležitostí aktívne zameriavajú aj špecifické priority NSRR „Podpora rastu zamestnanosti a sociálnej inklúzie“ a „Moderné vzdelávanie pre vedomostnú spoločnosť“. Špecifická priorita „Podpora rastu zamestnanosti a sociálnej inklúzie“ sa venuje rovnosti príležitostí na trhu práce a je okrem iného zameraná i na vytváranie rovnosti príležitostí v prístupe na trh práce a na integráciu znevýhodnených skupín na trh práce vrátane podpory mechanizmov eliminácie rodovej nerovnosti na trhu práce. V špecifickej prioritě „Moderné vzdelávanie pre vedomostnú spoločnosť“ je rovnosť príležitostí prierezovo podporovaná prostredníctvom konkrétnych aktivít, ktoré vytvárajú podmienky na rovný prístup k formálnemu a neformálnemu vzdelávaniu pre všetkých počas celého života. Osobitná pozornosť sa venuje problematike znevýhodnených skupín obyvateľstva.

Príspevok OPZ k napĺňaniu horizontálnej priority Rovnosť príležitostí

Realizácia investičných projektov s dôrazom na debarierizáciu a iné úpravy uľahčujúce fyzicky hendikepovaným osobám prístup k rekonštruovaným, rozširovaným, modernizovaným, prípadne novobudovaným zariadeniam zdravotníckej infraštruktúry. Zlepšenie prístupu k všetkým formám zdravotníckej vybavenosti.

6.1.3 Trvalo udržateľný rozvoj

Trvalo udržateľný rozvoj znamená, že potreby súčasnej generácie by sa mali uspokojovať bez toho, aby bola ohrozená schopnosť budúcich generácií uspokojovať svoje potreby. Je jedným zo základných cieľov EÚ, ktorým sa riadia všetky jej politiky a činnosti. Zameriava sa na neustále zlepšovanie kvality života a blahobytu súčasných i budúcich generácií na Zemi. Na tento účel podporuje dynamické hospodárstvo s plnou zamestnanosťou, vysokú úroveň výchovy, vzdelávania, ochrany zdravia, sociálnej a územnej celistvosti, ako aj vysokú úroveň ochrany životného prostredia. Zmena správania a postojov občanov a politikov v prospech rešpektovania princípov a cieľov trvalo udržateľného rozvoja je kľúčovou a dlhodobou celospoločenskou úlohou.

Trvalo udržateľný rozvoj je ako jeden z kľúčových princípov NSRR obsiahnutý v strategickom ciele NSRR, ktorý definuje rešpektovanie trvalo udržateľného rozvoja ako jednu z kľúčových podmienok pre zvyšovanie konkurencieschopnosti a výkonnosti regiónov a ekonomiky SR v období rokov 2007-2013. Napĺňanie dlhodobej vízie NSRR, t.j. proces konvergenzie ekonomiky SR k priemeru EÚ-15 tak musí prebiehať v podmienkach trvalo udržateľného rozvoja.

Cieľom horizontálnej priority „Trvalo udržateľný rozvoj“ je zabezpečiť, aby výsledný efekt všetkých intervencií financovaných v rámci NSRR synergicky podporoval trvalo udržateľný

rozvoj vo všetkých jeho zložkách, t.j. v environmentálnej, ekonomickej a sociálnej zložke v súlade s cieľmi a ukazovateľmi stratégie trvalo udržateľného rozvoja EÚ. Vzhľadom k tomu, že intervencie do uvedených troch zložiek sa realizujú prostredníctvom viacerých operačných programov, monitorovanie a hodnotenie dosiahnutie cieľa tejto horizontálnej priority je realizované na úrovni NSRR, a to prostredníctvom vyhodnocovania strategického cieľa NSRR, ktorý obsahuje princíp trvalo udržateľného rozvoja.

Príspevok OPZ k napĺňaniu horizontálnej priority „Trvalo udržateľný rozvoj“

Individuálne posudzovanie všetkých investičných projektov podporovaných v rámci OPZ z hľadiska vplyvov na životné prostredie.

Zvyšovanie energetickej efektívnosti budov využívaných zariadeniami zdravotníckej infraštruktúry, čo má za následok znižovanie ich ekonomickej náročnosti.

Uplatňovanie princípov územnej a tematickej koncentrácie s orientáciou na perspektívu a udržateľnosť intervencií.

6.1.4 Informačná spoločnosť

V súčasnosti pri budovaní vedomostnej spoločnosti prichádza vo svete k postupnej premene jej tradičného vnímania v zmysle vedomostného trojuholníka (vzdelávanie, výskum a inovácie) na štvoruholník (pridáva sa strana štvrtá – informatizácia). Zavádzanie informačno-komunikačných technológií (ďalej len „IKT“) a zefektívňovanie procesov prostredníctvom ich využívania prispieva podstatnou mierou k oveľa vyššej efektívnosti a účinnosti implementácie prvkov vedomostnej spoločnosti.

Cieľom horizontálnej priority je podpora vyššej efektívnosti, transparentnosti a kvality implementácie priorít NSRR v dôsledku zavádzania a využívania prostriedkov IKT.

Oblasť budovania informačnej spoločnosti je v NSRR podporovaná dvoma spôsobmi; v rámci Operačného programu Informatizácia spoločnosti (ďalej len „OPIS“) a prostredníctvom projektov informatizácie realizovaných v ostatných operačných programoch. V tomto kontexte si realizácia horizontálnej priority Informačná spoločnosť vyžaduje integrovaný prístup k realizácii projektov v oblasti informatizácie v operačných programoch mimo OPIS založený na úzkej spolupráci riadiacich a sprostredkovateľských orgánov týchto programov s riadiacim orgánom a sprostredkovateľským orgánom pre OPIS.

Stratégia OPIS sa zameriava na vytváranie technologického, aplikačného a procesného prostredia pre zavádzanie efektívnych elektronických služieb poskytovaných verejnou správou a zvyšovanie ich dostupnosti prostredníctvom širokopásmového pripojenia. OPIS sa koncentruje na projekty eGovernmentu vrátane eHealth, eCulture a širokopásmového pripojenia, ktoré vytvárajú kvalitné prostredie pre rozvoj infraštruktúry a e-služieb v tematicky špecifických oblastiach spadajúcich do kompetencie ostatných riadiacich a sprostredkovateľských orgánov.

Na horizontálnej úrovni je rozvoj informačnej spoločnosti podporovaný prostredníctvom projektov informatizácie realizovaných v ostatných operačných programoch mimo OPIS. V tomto zmysle sa horizontálna priorita Informačná spoločnosť koncentruje na optimalizáciu špecifických procesov služieb poskytovaných ústrednými orgánmi štátnej správy a integráciu technologicko-aplikačnej infraštruktúry, ktorej vlastníkom sú: MH SR, MŽP SR, MPSVR SR, MŠ SR, MDPT SR, MVRR SR. V rámci implementácie tejto horizontálnej priority sú podporované aktivity v oblasti nákupu a prevádzky technologickej a aplikačnej infraštruktúry, lokálnych a špecializovaných sietí a rozvoj elektronických služieb v špecifických oblastiach. Intervencie v rámci tejto horizontálnej priority vyžadujú podporu zavádzania takých služieb

eGovernmentu ako napr. eContent, eLearning, eTransport, eInclusion, eBusiness, eTourism, eSkills a pod., ktoré sú súčasťou sektorových stratégií jednotlivých operačných programov¹¹. Projekty v týchto témach sú financované z vlastných zdrojov alokovaných v tematicky príslušných operačných programoch.

Projekty informatizácie spoločnosti, implementované v týchto operačných programoch tak nadväzujú na aktivity OPIS, ktorý vytvorí integrované metodické, procesné, technologické a aplikačné prostredie pre koordinovaný rozvoj týchto projektov.

OPIS sa zameriava na zavádzanie efektívnych elektronických služieb poskytovaných verejnosti, verejnou správou prostredníctvom technologického a aplikačného prostredia s využitím široko pásmového pripojenia.

OPIS vytvorí podmienky pre MZ SR realizovať schválenú koncepciu elektronizácie a informatizácie zdravotníctva v častiach týkajúcich sa poskytovania informačných služieb verejnosti.

OPIS vytvorí ústredný portál verejnej správy, na ktorý sa napojí národný zdravotný portál s projektmi:

- o národné zdravotné registre
- o národné dátové centrum NCZI
- o zverejňovanie public health informácií

Príspevok OPZ k napĺňaniu horizontálnej priority Informatizácia spoločnosti

Intervencie do všetkých zariadení zdravotníckej infraštruktúry, prostredníctvom ktorých je možné obstarávať IKT vybavenie ale aj realizovať stavebno-technické úpravy pre infraštruktúru IKT.

6.2 Koordinácia horizontálnych priorít

Uznesením vlády SR č. 1005/2006 zo dňa 6. decembra 2006 boli určené koordinátori horizontálnych priorít, ktorými sú Úrad vlády SR pre MRK, trvalo udržateľný rozvoj a informačnú spoločnosť a Ministerstvo práce, sociálnych vecí a rodiny SR pre horizontálnu prioritu rovnosť príležitostí.

Koordinácia implementácie horizontálnych priorít je rámcovo popísaná už na úrovni NSRR. Detailný opis systému implementácie každej z horizontálnych priorít je popísaný v systéme koordinácie implementácie horizontálnej priority, samostatne vypracovanom pre každú z horizontálnych priorít a odsúhlasenom Centrálnym koordinačným orgánom a riadiacimi orgánmi operačných programov. Uvedený opis tvorí prílohu Systému riadenia štrukturálnych fondov a Kohézneho fondu na roky 2007-2013.

Monitorovanie každej horizontálnej priority je zabezpečené prostredníctvom súboru ukazovateľov, ktorý je súčasťou Národného systému ukazovateľov pre prioritné osi jednotlivých operačných programov. Realizácia horizontálnych priorít je osobitne monitorovaná vo výročných správach operačných programov v súlade s charakterom horizontálnych priorít ako aj vo výročnej správe NSRR, ktorej súčasťou sú monitorovacie správy pripravené koordinátorom príslušnej horizontálnej priority aj s uvedením regionálneho priemetu realizovaných aktivít.

V priebehu programového obdobia sú realizované priebežné hodnotenia zamerané na úspešnosť a efektívnosť zvoleného spôsobu implementácie každej horizontálnej priority a na zhodnotenie výstupov a výsledkov projektov realizovaných v rámci horizontálnych priorít a na zhodnotenie

¹¹ komplementarita intervencií realizovaných v OPIS s intervenciami v rámci ostatných operačných programov je popísaná v OP IS

naplňania horizontálnych priorít. Po skončení programového obdobia sa realizuje hodnotenie dopadu projektov realizovaných v rámci horizontálnych priorít. Všetky vykonané hodnotenia sú predmetom zasadaní Národného monitorovacieho výboru a príslušných pracovných skupín zapojených do implementácie danej horizontálnej priority a sú zverejnené prostredníctvom komunikačných kanálov Centrálného komunikačného orgánu, a tým sú dostupné širokej verejnosti.

6.2.1 Marginalizované rómske komunity

NSRR chce prostredníctvom horizontálnej priority MRK vytvoriť priestor pre efektívny dopad pomoci ŠF na riešenie problémov MRK. Na politickej úrovni za horizontálnu prioritu MRK zodpovedá podpredseda vlády pre vedomostnú spoločnosť, európske záležitosti, ľudské práva a menšiny. Koordinátorom horizontálnej priority MRK je Úrad splnomocnenkyne vlády SR pre rómske komunity (ďalej len „ÚSVRK“), ktorý pre výkon činností spojených s administratívnym a metodickým zabezpečením horizontálnej priority MRK zriaďuje odbor pre koordináciu horizontálnej priority MRK¹².

Ambíciou je využiť ŠF na rozšírenie, doplnenie a lepšiu kombináciu programov už existujúcich na národnej úrovni. Vychádzajúc z niekoľko rokov realizovanej vládnej stratégie SR pre integráciu ekonomicky a sociálne vylúčených rómskych komunít a praxou overených nástrojov inklúzie, je možné obdobie rokov 2007-2013 využiť na dosiahnutie synergického a udržateľného efektu. Východiskom je vládna politika založená na vyrovnávacích opatreniach, rezortné koncepcie pre vzdelávanie (predškolská príprava, asistenti učiteľov, podpora rómskeho jazyka, integrované vzdelávanie), regionálny rozvoj a bývanie (výstavba nájomných bytov a infraštruktúra), podporu zdravia (zdravotní asistenti), komunitného rozvoja a zamestnanosti (komunitní sociálni pracovníci, komunitné centrá, sociálne podniky) a ďalšie. Pozitívnym faktom je aj vybudovaná inštitucionálna sieť, či už prostredníctvom verejných inštitúcií (regionálne kancelárie ÚSVRK, oddelenia na VÚC, regionálne kancelárie Slovenského národného strediska pre ľudské práva a pod.) alebo cez mimovládny a občiansky sektor. Táto sieť predstavuje kvalifikovaný ľudský potenciál. Pre komplexnosť riešenia a lepšiu koordináciu zvlášť na úrovni regiónov, zadal v roku 2006 ÚSVRK vypracovanie Regionálnych koncepcií pre rozvoj rómskych komunít v oblastiach s vysokou koncentráciou marginalizovaných skupín (Košický, Prešovský a Banskobystrický kraj). Podieľali sa na nich široké partnerstvá a boli konzultované a akceptované aj na úrovni samosprávnych krajov.

Navrhovanými nástrojmi pre zabezpečovanie dopadu a koordinácie sú:

- komplexný prístup v riešení problémov MRK, ktorý sa uplatňuje v ROP, OP Zamestnanosť a sociálna inklúzia, OP Vzdelávanie, OP Životné prostredie, OP Konkurencieschopnosť a hospodársky rast a OP Zdravotníctvo,
- individuálne projekty (dopytovo orientované projekty), ktoré sa môžu uplatniť vo všetkých operačných programoch.

Úlohy ÚSVRK a spolupráca s riadiacimi orgánmi, rozsah a presné podmienky realizácie opísaných nástrojov zabezpečenia horizontálnej priority MRK v rámci konkrétnych operačných programov sú predmetom záväznej zmluvy o spolupráci medzi ÚSVRK a každým riadiacim orgánom alebo sprostredkovateľským orgánom pod riadiacim orgánom.

Komplexný prístup je riešený nasledovne:

¹² v súlade s materiálom „Analýza administratívnych kapacít pre programové obdobie 2007 -2013“ schváleným uznesením vlády SR č. 396 z 2. 5. 2007

- predkladanie lokálnych stratégií komplexného prístupu (ďalej „KxP“) obcou, príp. mikroregiónom (v nadväznosti na obsah regionálnych koncepcií sociálno-ekonomickej inklúzie MRK, ktorých vznik bol iniciovaný ÚSVRK v roku 2006 v prípade Prešovského, Košického a Banskobystrického kraja a vyžaduje zapojenie širokého partnerstva v danej lokalite)
- vyhodnotenie a schvaľovanie lokálnych stratégií komplexného prístupu,
- príprava projektov v rámci schválených lokálnych stratégií komplexného prístupu,
- schválenie a implementácia projektov v rámci operačných programov,
- priebežné monitorovanie a hodnotenie napĺňania cieľov lokálnych stratégií prostredníctvom jednotlivých projektov,
- vyhodnotenie prínosu komplexných projektov k napĺňaniu cieľa horizontálnej priority.

Kompetencie ÚSVRK v súvislosti s realizáciou komplexného prístupu vyplývajú z poverenia podpredsedu vlády SR pre vedomostnú spoločnosť, európske záležitosti, ľudské práva a menšiny, ktorého ÚSVRK pravidelne informuje o koordinácii horizontálnej priority MRK:

- ÚSVRK uzatvára zmluvy s jednotlivými riadiacimi orgánmi a sprostredkovateľskými orgánmi pod riadiacimi orgánmi o vzájomnej spolupráci a koordinácii pri napĺňaní horizontálnej priority MRK, ktoré podpisuje vedúci Úradu vlády SR, ako štatutárny zástupca Úradu vlády SR,
- spolupracuje s riadiacimi orgánmi pri príprave výziev na predkladanie projektov v rámci KxP,
- zverejňuje výzvy na predkladanie lokálnych stratégií KxP,
- zriaďuje výberovú komisiu KxP a koordinuje jej činnosť, s cieľom schvaľovať lokálne stratégie KxP,
- spolupracuje s obcami/mikroregiónmi, ktoré na základe úspešnej lokálnej stratégie KxP získavajú/ využívajú poradenstvo,
- spolupracuje s riadiacimi orgánmi a sprostredkovateľskými orgánmi pod riadiacimi orgánmi pri výbere, hodnotení a monitoringu projektov predkladaných v rámci KxP, ktorých jasná identifikácia sa zabezpečí označením priamo v žiadosti o nenávratný finančný príspevok,
- koordinuje činnosť monitorovacej skupiny KxP, ktorej úlohou je monitorovať realizáciu komplexného projektu priamo na mieste a riešiť prípadné identifikované problémy v realizácii, a to v priamej komunikácii a spolupráci s riadiacimi orgánmi príslušných operačných programov,
- spolupracuje pri monitoringu a hodnotení dopadu ŠF na MRK v období 2007-2013 spolu s Pracovnou skupinou pre MRK,
- zabezpečuje špeciálne monitorovanie a hodnotenie zamerané na celkové plnenie schválených lokálnych stratégií KxP.

Kompetencie riadiacich a sprostredkovateľských orgánov pod riadiacimi orgánmi v súvislosti s realizáciou komplexného prístupu:

- sú členmi medzirezortnej komisie pre hodnotenie a výber projektov KxP,

- vyčlenia indikatívnu alokáciu zdrojov určenej na implementáciu komplexných projektov v rámci OP,
- vyhlasujú výzvy na predkladanie projektov v rámci KxP, pričom sa uplatňuje systém priebežnej výzvy, t.j. je možné ich predkladať kedykoľvek počas implementácie OP, čím sa zabezpečia podmienky na plynulú realizáciu všetkých zložiek komplexného projektu v súlade s časovým harmonogramom realizácie schválenej lokálnej stratégie KxP,
- hodnotia a vyberajú jednotlivé projekty predkladané v rámci KxP,
- zabezpečujú monitoring a kontrolu úspešných projektov predložených v rámci KxP,
- s ÚSVRK spolupracujú pri obsahovom a technickom zabezpečovaní výziev na predkladanie projektov v rámci KxP,
- v pravidelných intervaloch poskytujú ÚSVRK potrebné informácie a údaje potrebné pre výkon monitoringu a hodnotenia dopadu ŠF na MRK.

Realizácia individuálnych projektov majúcich dopad na MRK prebieha nasledovne:

- v samostatnej časti žiadosti o nenávratný finančný príspevok žiadateľ jasne identifikuje, že projekt je zameraný na MRK,
- skutočný predpokladaný dopad projektov na horizontálnu prioritu MRK, ktoré žiadateľ takto označil, posúdi ÚSVRK v procese hodnotenia projektov zameraných na MRK,
- projekty, ktoré ÚSVRK posúdi ako projekty s výrazným dopadom na MRK, sú bodovo zvýhodnené (s výnimkou operačných programov, v ktorých je HP MRK riešená prostredníctvom samostatného opatrenia, resp. skupiny aktivít),
- ÚSVRK vykonáva monitorovanie projektov zameraných na MRK na vzorke definovanej riadiacim orgánom alebo sprostredkovateľským orgánom pod riadiacim orgánom.

Informovanie a publicita, ako dôležitá súčasťou vytvárania atmosféry spolupráce a úspešného riešenia postavenia MRK, je zabezpečovaná ÚSVRK prostredníctvom nasledovných činností:

- v pravidelných intervaloch, v spolupráci s riadiacimi orgánmi a sprostredkovateľskými orgánmi pod riadiacimi orgánmi, informuje o napĺňaní horizontálnej priority MRK Centrálny koordinačný orgán a podpredsedu vlády SR pre vedomostnú spoločnosť, európske záležitosti, ľudské práva a menšiny,
- zabezpečuje realizáciu komunikačného plánu horizontálnej MRK s cieľom zvýšiť informovanosť MRK ako aj širokej verejnosti o možnostiach poskytnutia podpory a výsledkoch realizácie horizontálnej priority MRK.

V záujme zapojenia prijímateľov a ostatných aktérov a zabezpečenia širšej platformy pre komunikáciu o realizácii horizontálnej priority MRK v NSRR a v záujme monitorovania a hodnotenia vplyvu realizovaných projektov na MRK naďalej, v úzkej spolupráci s odborom pre koordináciu HP MRK pri ÚSVRK, funguje Pracovná komisia CSF pre rozvoj rómskych komunít (pod názvom Pracovná komisia pre rozvoj rómskych komunít, ktorej činnosť v programovom období 2004-2006 sa ukázala ako dobrý príklad v implementácii ŠF.

6.2.2 Rovnosť príležitostí

Koordinačnú úlohu pri implementácii horizontálnej priority NSRR „rovnosť príležitostí“ plní minister práce, sociálnych vecí a rodiny SR. Horizontálna priorita rovnosť príležitostí sa sleduje vo všetkých operačných programoch v rámci NSRR.

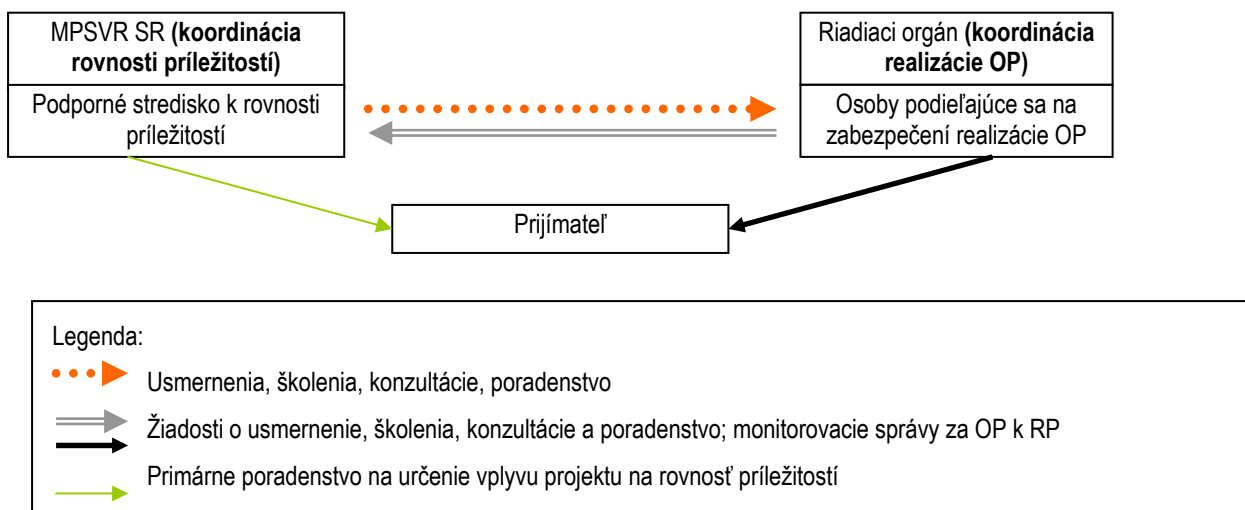
Posúdenie vplyvu projektu na naplnenie horizontálnej priority Rovnosť príležitostí je povinné pre všetkých žiadateľov zo ŠF a KF a jej naplnenie sa sleduje v projektovej prihláške, kde žiadateľ zhodnotí či má projekt vplyv na rovnosť príležitostí. V prípade, že projekt má vplyv na rovnosť príležitostí, je tento vplyv zhodnotený ako pozitívny, resp. negatívny a vzťah k rovnosti príležitostí je zaradený medzi hodnotiace kritériá. V prípade ak projekt nemá vplyv na rovnosť príležitostí, vzťah k rovnosti príležitostí sa medzi hodnotiace kritériá nezaraďuje.

Hodnotiace kritériá pre hodnotenie vplyvu projektov na rovnosť príležitostí vypracuje Ministerstvo práce, sociálnych vecí a rodiny SR (ďalej len „MPSVR SR“), ktoré v tejto oblasti poskytuje usmernenia pre všetky riadiace orgány a zabezpečí vzdelávanie ich pracovníkov. Súčasťou projektových ukazovateľov každého takéhoto projektu sú aj ukazovatele monitorujúce vplyv na rovnosť príležitostí.

MPSVR SR zriaďuje podporné stredisko, ktoré poskytuje prijímateľom pomoc pri posudzovaní vplyvu projektu na rovnosť príležitostí. Na jednotlivých riadiacich orgánoch operačných programov sa zriaďujú focal points (kontaktné osoby), ktorých úlohou je spolupracovať s podporným strediskom MPSVR SR, poskytovať poradenstvo prijímateľom pri určení vzťahu projektu k horizontálnej priorite Rovnosť príležitostí ako aj pri hodnotení projektu v procese výberu projektov a pri ich realizácii /monitorovaní.

Tieto aktivity sú koordinované MPSVR SR. MPSVR SR zabezpečí primeranú informovanosť s cieľom zvýšenia pozitívneho vplyvu podporovaných aktivít na rovnosť príležitostí zo zdrojov OP Technická pomoc a OP Zamestnanosť a sociálna inklúzia v spolupráci s Centrálnym koordinačným orgánom.

Schéma č. 2 Schéma koordinácie implementácie horizontálnej priority „Rovnosť príležitostí“



Zdroj: MPSVR SR, 2007

6.2.3 Trvalo udržateľný rozvoj

Na politickej úrovni koordinačnú úlohu pri implementácii horizontálnej priority Trvalo udržateľný rozvoj (ďalej len „TUR“) plní podpredseda vlády pre vedomostnú spoločnosť, európske záležitosti, ľudské práva a menšiny. Túto úlohu vo vzťahu k trvalo udržateľnému rozvoju plní prostredníctvom Rady vlády pre trvalo udržateľný rozvoj z funkcie jej predsedu. Koordinátorom horizontálnej priority na pracovnej úrovni je Úrad vlády SR (ďalej len „ÚV SR“). ÚV SR zabezpečuje, aby horizontálna priorita bola efektívne riadená a implementovaná vo

vzťahu k všetkým operačným programom, ich prioritným osiam a monitoruje a hodnotí napĺňanie cieľov horizontálnej priority aj na úrovni NSRR.

Pre tento účel je na ÚV SR zriadená pracovná skupina pre horizontálnu prioritu TUR, v ktorej majú zastúpenie všetky relevantné riadiace orgány, Centrálny koordinačný orgán, ako aj zástupcovia sociálno-ekonomických partnerov (zástupcovia regionálnych a miestnych samospráv, akademickej obce, výskumných inštitúcií, podnikateľských a odborových zväzov, záujmových združení a občianskej spoločnosti).

Rada vlády pre TUR SR je poradným a koordinačným orgánom vlády SR pre uplatňovanie zásad TUR. Vyjadruje sa o.i. aj k predloženým materiálom Pracovnej skupiny pre horizontálnu prioritu TUR. Spolupracujúcimi a poradnými orgánmi Rady sú odborníci vysokých škôl, vedeckých ústavov, zástupcov samosprávnych orgánov, odborových a zamestnávateľských zväzov a zástupcov orgánov štátnej správy pri posudzovaní riešenia niektorých problémov trvalo udržateľného rozvoja.

Kľúčovými prostriedkami, prostredníctvom ktorých sú riadené intervencie tak, aby napĺňali horizontálnu prioritu TUR, sú integračné nástroje, ktoré vyplývajú z koncepčného, právneho a inštitucionálneho rámca TUR:

- strategické a programové dokumenty, koncepcie v oblasti trvalo udržateľného rozvoja,
- princípy, priority, ciele a ukazovatele trvalo udržateľného rozvoja.

Jednou z oblastí významne prispievajúcou k TUR je oblasť energetiky a energetickej efektívnosti, ktorá bude okrem OP Konkurencieschopnosť a hospodársky rast prierezovo podporovaná aj v rámci aktivít Regionálneho operačného programu a aj v OP Životné prostredie (v oblasti využívania obnoviteľných zdrojov), OP Zdravotníctvo, OP Výskum a vývoj, OP Bratislavský kraj a v Programe rozvoja vidieka SR financovanom z EAFRD. Koordináciu podpory energetiky horizontálne zabezpečuje Ministerstvo hospodárstva SR, ktoré je v zmysle kompetenčného zákona¹³ zodpovedné za energetickú politiku, zabezpečuje a plní úlohy, ktoré pre SR vyplývajú z nariadení, smerníc a strategických dokumentov EÚ a zároveň má povinnosť informovať EK o plnení týchto záväzkov.

Ministerstvo hospodárstva SR s spolupráci s riadiacimi orgánmi uvedených operačných programov zabezpečí účasť kompetentných zástupcov v hodnotiacej komisii pre výber projektov v opatreniach, kde dochádza k využitiu obnoviteľných zdrojov alebo k zabezpečeniu energetickej efektívnosti. Úlohou uvedeného pracovníka je okrem hodnotenia projektov aj odsúhlasenie indikátorov v navrhovanom projekte tak, aby bolo možné monitorovať príspevok projektu k zabezpečeniu energetickej efektívnosti.

Ministerstvo hospodárstva SR ďalej prostredníctvom sprostredkovateľského orgánu pod riadiacim orgánom pre OP Konkurencieschopnosť a hospodársky rast (Slovenská energetická agentúra - SEA) zabezpečí zber údajov za oblasť energetiky od jednotlivých riadiacich orgánov tak, aby ich celková hodnota za všetky príslušné operačné programy bola centrálne monitorovaná a vyhodnocovaná na Ministerstve hospodárstva SR.

6.2.4 Informačná spoločnosť

Na politickej úrovni za koordináciu implementácie horizontálnej priority Informačná spoločnosť zodpovedá podpredseda vlády SR pre vedomostnú spoločnosť, európske záležitosti, ľudské práva a menšiny. Koordinátorom horizontálnej priority na pracovnej úrovni je ÚV SR. Na koncepčnej a vecnej úrovni za horizontálne riadenie a implementáciu všetkých projektov Informatizácie spoločnosti zodpovedá MF SR, ktoré je ústredným orgánom štátnej správy na

¹³ Zákon č. 575/2001 Z. z. o organizácii činnosti vlády a organizácii ústrednej štátnej správy

úseku informatizácie v zmysle zákona č. 275/2006 Z. z. o informačných systémoch verejnej správy a o zmene a doplnení niektorých zákonov.

ÚV SR zabezpečuje, aby táto horizontálna priorita bola efektívne riadená a implementovaná vo vzťahu k všetkým operačným programom, ich prioritným osiam a monitoruje a hodnotí napĺňanie cieľov horizontálnej priority aj na úrovni NSRR. Pre tento účel je na ÚV SR zriadená pracovná skupina pre horizontálnu prioritu Informačná spoločnosť, v ktorej majú zastúpenie všetky relevantné riadiace orgány, Centrálny koordinačný orgán, MF SR, ako aj zástupcovia sociálno-ekonomických partnerov (zástupcovia regionálnych a miestnych samospráv, akademickej obce, výskumných inštitúcií, podnikateľských a odborových zväzov, záujmových združení a občianskej spoločnosti). Taktiež sa vytvára Úrad splnomocnenca vlády pre informatizáciu spoločnosti, ktorý je súčasťou pracovnej skupiny pre informačnú spoločnosť a plní v tejto skupine poradnú funkciu v zmysle svojho štatútu.

Kľúčovými prostriedkami, prostredníctvom ktorých sú riadené intervencie tak, aby napĺňali horizontálnu prioritu Informačná spoločnosť, sú integračné nástroje, ktoré vyplývajú z koncepčného, právneho a regulačného rámca informatizácie spoločnosti a za ktoré je v zmysle kompetenčného zákona a zákona č. 275/2006 Z. z. o informačných systémoch verejnej správy a o zmene a doplnení niektorých zákonov zodpovedné MF SR, ako ústredný orgán štátnej správy na úseku informatizácie:

- strategické dokumenty, akčné plány v oblasti informatizácie spoločnosti,
- národná koncepcia informatizácie verejnej správy a z nej vyplývajúce koncepcie rozvoja informačných systémov verejnej správy povinných subjektov, ktorými sú inštitúcie verejnej správy,
- národné projekty implementované v rámci OPIS,
- dátové štandardy, technologické štandardy a bezpečnostné štandardy,
- metodické pokyny, usmernenia, príručky pre žiadateľov, prípadne výzvy na predkladanie projektov.

Implementácia horizontálnej priority Informačná spoločnosť je vo fáze implementácie na základe využitia integračných nástrojov vykonávaná nasledovne:

- vo fáze implementácie operačných programov je napĺňanie horizontálnej priority Informačná spoločnosť uskutočňované prostredníctvom zadefinovania jednotného textu odkonzultovaného s Ministerstvom financií SR pre všetky riadiace orgány, resp. sprostredkovateľské orgány pod riadiacim orgánom v rámci príručky pre prijímateľov, ktorého obsahom je, aby žiadateľ o nenávratný finančný príspevok vo svojom projekte jasne zadefinoval, či chce svojím projektom podporiť rozvoj informačnej spoločnosti a akým spôsobom,
- vo fáze implementácie je napĺňanie horizontálnej priority informačná spoločnosť ďalej zabezpečené prostredníctvom nastavenia hodnotiacich kritérií projektov v súlade s cieľmi horizontálnej priority informačná spoločnosť. Jednotlivé riadiace orgány, prípadne sprostredkovateľské orgány pod riadiacimi orgánmi zašlú ÚV SR návrh hodnotiacich kritérií projektov pre horizontálnu prioritu Informatizácia spoločnosti,
- ÚV SR v súčinnosti s MF SR posúdi návrh hodnotiacich kritérií projektov v zmysle vyššie uvedených integračných nástrojov.

7 Súlad stratégie s politikami, dokumentmi a cieľmi

Strategické dokumenty EÚ a SR tvoria základný rámec pre stratégiu OPZ na dosiahnutie globálneho cieľa - prostredníctvom efektívnejšieho výkonu podpory zdravia a zvyšovania kvality, efektívnosti a dostupnosti služieb zdravotnej starostlivosti prispieť k zlepšeniu zdravotného stavu občanov ako pracovnej sily, ktorá je základom konkurencieschopnosti ekonomiky. Ide najmä o strategické dokumenty ako Strategické usmernenia Spoločenstva, Lisabonská stratégia pre Slovensko, resp. Národný program reforiem 2006 – 2008, Národná stratégia trvalo udržateľného rozvoja SR, Koncepcia územného rozvoja Slovenska 2001 atď.

7.1 Súlad so strategickými dokumentmi a politikami EÚ

7.1.1 Komunitárny program v oblasti verejného zdravia

Rozhodnutím Európskeho parlamentu a Rady č. 1786/2002/EK z 23 septembra 2002 bol prijatý Komunitárny program v oblasti verejného zdravia na roky 2003 – 2008. Program predstavuje politiku spoločenstva v oblasti zdravia. Vychádza zo záväzkov definovaných v Zmluve, ktorá požaduje vysokú mieru ochrany zdravia ľudí pri definovaní a implementácii všetkých politík a aktivít spoločenstva. Zároveň upevňuje blízku spoluprácu s medzinárodnými organizáciami v oblasti zdravia ako sú Svetová zdravotnícka organizácia (ďalej len WHO) a Organizácia pre ekonomický rozvoj a spoluprácu (ďalej len OECD).

Cieľom programu je ochrana ľudského zdravia a podpora zdravia verejnosti. Na uvedený cieľ nadväzuje OPZ svojimi aktivitami, ktoré by mali prispieť k zlepšeniu zdravotného stavu obyvateľstva prostredníctvom lepšieho systému ZS a preventívnych opatrení, ako aj zvýšenia informovanosti obyvateľov o zdravotnom systéme a prevencii.

7.1.2 Strategické usmernenia Spoločenstva

OPZ je plne v súlade s kapitolou 1.3.5 Ochrana zdravia pracovnej sily usmernenia spoločenstva, ktoré hovorí o ochrane zdravia pracovnej sily.

Vzhľadom k demografickej štruktúre EÚ, starnúcemu obyvateľstvu a pravdepodobnému poklesu pracovnej sily je nevyhnutné, aby EÚ podnikla kroky na zvýšenie počtu rokov, v ktorých môže pracovná sila dlhšie pracovať v dobrom zdravotnom stave. Investície do podpory zdravotnej starostlivosti a prevencie chorôb pomáhajú udržať aktívnu účasť obyvateľov na spoločenskom a hospodárskom živote, čo má priamy účinok na produktivitu a konkurencieschopnosť. Medzi európskymi regiónmi existujú veľké rozdiely v zdravotnom stave a v prístupe k ZS. Preto je dôležité, aby kohézna politika prispievala k podpore zariadení ZS, čím napomáha zvyšovať počet rokov, v ktorých pracovná sila môže dlhšie pracovať v dobrom zdravotnom stave. Dobrá zdravotná starostlivosť ústi do väčšej účasti na trhu práce, dlhšieho produktívneho veku, vyššej produktivity, nižších nákladov na zdravotnú starostlivosť a do nižších sociálnych nákladov.

Členské štáty by mali kohéznou politikou prispieť k zvyšovaniu efektívnosti v systémoch ZS, a to prostredníctvom investícií do IKT, vedomostí a inovácií. Je potrebné venovať pozornosť:

- zabráňovaniu zdravotných rizík formou všeobecných informačných kampaní o zdraví, zabezpečovaním transferu vedomostí a technológií a zabezpečením toho, že služby v

zdravotníctve sú vybavené potrebnými kvalifikáciami, výrobkami a vybavením, na predchádzanie rizikám a minimalizovanie z nich vyplývajúcich možných škôd,

- preklenutiu rozdielov v zdravotníckej infraštruktúre a podporovaniu účinného poskytovania služieb, v prípadoch, v ktorých bol postihnutý hospodársky rozvoj regiónov oprávnených v rámci cieľa “Konvergencie“. Toto opatrenie musí byť založené na podrobnej analýze optimálnej úrovne poskytovania služieb a vhodnej technológie, ako je telemedicína a možnosť šetriť náklady prostredníctvom poskytovania elektronických zdravotníckych služieb.

7.1.3 Lisabonská a Göteborská stratégia

Lisabonská stratégia

Lisabonská stratégia si vytýčila za cieľ urobiť z EÚ do roku 2010 „najdynamickejšiu a najkonkurencieschopnejšiu poznatkovo orientovanú ekonomiku“. Na základe Lisabonskej stratégie bola vypracovaná a vládou SR schválená Stratégia rozvoja konkurencieschopnosti Slovenska do roku 2010 (Lisabonská stratégia pre Slovensko).

Hlavný cieľ stratégie je zabezpečiť, aby Slovensko čo najrýchlejšie dobehlo životnú úroveň najvyspelejších krajín EÚ. Dobrá politika štátu v oblasti zdravotníctva a dôchodkového zabezpečenia je nevyhnutným predpokladom na zabezpečenie plnohodnotného života jednotlivca v každom veku. So všeobecne nízkou pôrodnosťou a rastúcou priemernou dĺžkou života Európanov, vrátane Slovákov, budú v budúcnosti naďalej výrazne rásť finančné náklady na kvalitné zdravotníctvo a dôchodkový systém. Realizované reformy v tejto oblasti umožňujú, že adekvátna ZS a adekvátne dôchodky budú napriek tomu dlhodobé a spravodlivo zabezpečené pre všetkých občanov Slovenska. Akékoľvek zmeny v zdravotníctve a systéme dôchodkového zabezpečenia sa musia pridržovať dvoch základných princípov:

- *dodržiavať vyváženú kombináciu princípu zabezpečenia základných práv a ľudskej dôstojnosti a princípu zásluhovosti*
- *neohroziť dlhodobú ekonomickú udržateľnosť zdravotníctva a dôchodkového systému*

OPZ bude naplňovať politiku v oblasti zdravotníctva tak, aby bola poskytovaná kvalitná, dostupná a efektívna ZS na zabezpečenie životnej úrovne podobnej EÚ.

Göteborská stratégia

Návrh stratégie trvalo udržateľného rozvoja: Udržateľná Európa pre lepší svet (predložený Rade Európy v júni 2001 v Göteborgu) sa orientuje prioritne na klimatické zmeny, na negatívne vplyvy na zdravie obyvateľstva, na využívanie prírodných zdrojov, na dynamiku populačného vývoja a na znečisťovanie životného prostredia, pričom za dominantné sektory sa považuje okrem iných aj doprava.

Cieľom OPZ v súlade so zásadami trvalo udržateľného rozvoja je prispieť k napĺňaniu globálneho cieľa, ktorým je zlepšenie zdravotného stavu občanov ako pracovnej sily, ktorá je základom konkurencieschopnosti ekonomiky. Naplnenie tohto cieľa sa zabezpečí zvyšovaním kvality, efektívnosti a dostupnosti služieb ZS.

Aktivity zamerané na nákup mobilných mamografických jednotiek zároveň budú mať výrazný vplyv na zlepšenie kvality žien ako pracovnej sily a dosiahnutia cieľov Lisabonskej stratégie, ktoré sú formulované v súvislosti dosiahnutia účasti žien na trhu práce.

7.1.4 Legislatíva ES v oblasti pravidiel hospodárskej súťaže

OP Zdravotníctvo je v súlade s pravidlami hospodárskej súťaže – nariadenie Rady (ES) č. 1/2003 o vykonávaní pravidiel hospodárskej súťaže stanovených v článkoch 81 a 82 Zmluvy o založení Európskych spoločenstiev.

Dohľad nad oblasťou ochrany a podpory hospodárskej súťaže v SR je vykonávaný prostredníctvom Protimonopolného úradu SR ako ústredného orgánu štátnej správy.

Slovenská republika ako členský štát EÚ plne aproximovala nariadenia ES v oblasti štátnej pomoci do národnej legislatívy, ktorá je v súčasnosti upravovaná zákonom č. 231/2001 Z. z. o štátnej pomoci v znení neskorších predpisov. Riadiaci orgán – MZ SR zabezpečí, že štátna pomoc poskytovaná týmto operačným programom, bude aplikovaná v súlade s aktuálnymi postupmi a procedúrami uplatňovanými v čase poskytnutia štátnej pomoci.

7.1.5 Legislatíva ES v oblasti pravidiel verejného obstarávania

Hlavné princípy pravidiel verejného obstarávania vychádzajú zo Zmluvy o založení Európskeho spoločenstva a zo smerníc ES pre oblasť verejného obstarávania. Ide o princípy transparentnosti, rovnakého zaobchádzania, nediskriminácie, vzájomného uznávania a proporcionality pri dodržiavaní zásad hospodárnosti pri vynakladaní finančných prostriedkov.

Problematika verejného obstarávania a zadávania verejných zákaziek je zabezpečovaná aproximovanou legislatívou prostredníctvom zákona č. 25/2006 Z. z. o verejnom obstarávaní a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení zákona č. 282/2006 Z. z., ktorý zavádza systém verejného obstarávania zohľadňujúci záväzky SR ako člena EÚ. Tento zákon upravuje verejné obstarávanie zákaziek na dodanie tovaru, na uskutočnenie stavebných prác, na poskytnutie služieb, na koncesie na stavebné práce, na súťaž návrhov a upravuje správu vo verejnom obstarávaní.

Implementáciou tohto zákona sa dosahuje zvýšenie transparentnosti procesu verejného obstarávania, zvýšenie konkurencie, a tým rozvoj hospodárskej súťaže a všeobecne podnikateľského prostredia. Prispieva aj k zefektívneniu kontroly vynakladania verejných prostriedkov a obmedzeniu možnosti korupcie.

Ústredným orgánom štátnej správy pre oblasť verejného obstarávania je Úrad pre verejné obstarávanie.

Aktivita a činnosti, na ktoré sa nevzťahuje aplikácia zákona o verejnom obstarávaní sa realizujú na základe Obchodného zákonníka prostredníctvom verejnej obchodnej súťaže.

7.1.6 Legislatíva ES v oblasti pravidiel ochrany a starostlivosti o životné prostredie

Pri tvorbe OP Zdravotníctvo bolo vykonané strategické environmentálne hodnotenie v zmysle zákona č. 24/2006 Z. z. o posudzovaní vplyvov na životné prostredie a o zmene a doplnení niektorých zákonov, ktorý je v súlade so smernicou EÚ č. 2001/42/EC o posudzovaní účinkov určitých plánov a programov na životné prostredie a uplatňuje sa pri posudzovaní strategických dokumentov.

Príprava a výber projektov v procese implementácie operačného programu sa realizuje so zreteľom na dodržiavanie princípov ochrany a zlepšovania životného prostredia v zmysle zákona č. 543/2002 Z. z. o ochrane prírody a krajiny v znení neskorších predpisov.

Implementácia OPZ a príprava a výber projektov rešpektuje legislatívu ES v oblasti pravidiel ochrany a zlepšovania životného prostredia a odporúčania strategického environmentálneho hodnotenia, čo sa prejavuje:

- uplatňovaním princípov znižovania energetickej náročnosti budov pri realizácii projektov v rámci všetkých prioritných osí OPZ,
- individuálnym posudzovaním jednotlivých projektových zámerov podporovaných prostredníctvom OPZ v súlade s platnou legislatívou SR (napríklad v rámci procesu stavebného konania),
- dôsledným uplatňovaním zákona č. 24/2006 Z. z. o posudzovaní vplyvov na životné prostredie a o zmene a doplnení niektorých zákonov,
- pri výbere projektov dôsledným sledovaním aspektu udržateľnosti podporovanej aktivity po skončení spolufinancovaného projektu a vyváženosť krátkodobých a dlhodobých efektov,
- pri výbere projektov sledovaním vyváženosti lokálnych, regionálnych a nadregionálnych efektov projektov s cieľom preferencie kumulatívnych a synergických efektov na regionálnej úrovni,
- pri výbere projektov podporou integrácie finančných prostriedkov v horizontálnej i vertikálnej úrovni,
- koncentráciou na podporu riešenia akútnych problémov,
- zabezpečením transparentnosti vrátane prístupu k informáciám v celom procese vyhlasovania výziev, výberu a prideľovania prostriedkov ako aj monitoringu a hodnotenia projektov, jednotlivých prioritných osí a programu za rešpektovania ochrany hospodárskej súťaže.

Intervencie do stavebných objektov (zariadenia zdravotníckej infraštruktúry) sú v rámci OPZ realizované s ohľadom na environmentálne aspekty spočívajúce v znižovaní energetickej náročnosti a zvyšovaní ekonomickej efektívnosti stavieb. Úspora energie pri výstavbe nových alebo pri obnove existujúcich budov sa uplatňuje na základe smernice EP a rady 2002/91/ES zo 16. decembra 2002 o energetickej hospodárnosti budov (Ú. v. ES L 001. 4.1.2003), ktorá je premietnutá do zákona č. 555/2005 Z. z. o energetickej hospodárnosti budov a o zmene a doplnení niektorých zákonov, ktorý je platný od 1. januára 2006. Tento zákon uplatňuje povinnú energetickú certifikáciu nových a obnovovaných budov a stanovuje minimálne požiadavky na ich energetickú hospodárnosť. Aplikovaný je ukazovateľ – „priemerné zníženie energetickej náročnosti budov“ vyjadrený v percentách, ktorý definuje priemerné percento zníženia potreby energie na vykurovanie stavebných objektov zdravotníckej infraštruktúry podporovaných prostredníctvom prioritnej osi 1 a 2. Predpokladom udržateľnosti je aj zavádzanie a využívanie obnoviteľných zdrojov energie, rekonštrukcia a modernizácia existujúcich energetických a tepelných zdrojov a zvyšovanie energetickej efektívnosti.

7.1.7 Legislatíva ES v oblasti pravidiel rovnosti príležitostí, rodovej rovnosti a nediskriminácie

Aktivity pri implementácii projektov budú zabezpečované v súlade s legislatívou ES v oblasti dodržiavania pravidiel rovnosti príležitosti, rodovej rovnosti a nediskriminácie.

Základné ľudské práva a slobody sú v Slovenskej republike zaručené Ústavou SR. Zároveň je Slovenská republika viazaná medzinárodnými dohovormi a vnútroštátnou legislatívou, ktorej snaha je zabezpečiť implementáciu rovnosti príležitostí do praxe. V súvislosti s implementáciou

antidiskriminačnej európskej legislatívy do právneho poriadku Slovenskej republiky bol v roku 2004 prijatý zákon č. 365/2004 Z. z. o rovnakom zaobchádzaní v niektorých oblastiach a o ochrane pred diskrimináciou a o zmene a doplnení niektorých zákonov (antidiskriminačný zákon).

Účelom antidiskriminačného zákona je zabezpečiť subjektom práva takú ochranu proti všetkým formám diskriminácie, ktorá obetiam zaručí možnosť domáhať sa adekvátnej a efektívnej súdnej ochrany, vrátane náhrady škody a nemajetkovej ujmy. Zákon konkretizuje obsah ustanovení o rovnosti a nediskriminácii zakotvených v Ústave SR a v niektorých medzinárodných zmluvách.

Keďže už pred prijatím antidiskriminačného zákona množstvo platných zákonov obsahovalo tzv. antidiskriminačné ustanovenia, v záujme zabránenia duplicity boli súčasne s vytvorením antidiskriminačného zákona schválené novely obsahovo súvisiacich právnych predpisov, ktoré okrem iného posilňujú aj zásadu rovnakého zaobchádzania so ženami a mužmi.

Ako aktívny nástroj predchádzania všetkým formám intolerancie vláda SR pravidelne od roku 2000 schvaľovala systematický nástroj boja proti diskriminácii - „Akčný plán predchádzania všetkým formám diskriminácie, rasizmu, xenofóbie, antisemitizmu a ostatným prejavom intolerancie“. (Akčný plán na obdobie rokov 2006 – 2008 je už štvrtým v poradí od roku 2000). Cieľom akčného plánu je napomáhať vytváraniu systematickej a trvalej pozornosti problematike dodržiavania ľudských práv a predchádzania diskriminácii v rámci jednotlivých rezortov a rozvíjať spoluprácu rezortov s jednotlivými mimovládnyimi organizáciami a ďalšími subjektmi.

7.2 Súlad so strategickými dokumentmi a politikami SR

7.2.1 NSRR a operačné programy

NSRR

Úlohou stratégie NSRR 2007 – 2013 je dosiahnutie strategického cieľa, ktorý je definovaný nasledovne: „Výrazne zvýšiť do roku 2013 konkurencieschopnosť a výkonnosť regiónov a slovenskej ekonomiky a zamestnanosť pri rešpektovaní trvalo udržateľného rozvoja.“

Jeden z merateľných ukazovateľov strategického cieľa je formulovaný ako dosiahnutie HDP na obyvateľa v parite kúpnej sily vo vzťahu k EÚ 15 na viac ako 60% úrovne EÚ 15. Stratégia NSRR je napĺňaná cez hierarchickú sústavu strategických a špecifických priorít a pozostáva z troch strategických priorít, a to:

1. Infraštruktúra a regionálna dostupnosť, 2. Znalostná ekonomika a 3. Ľudské zdroje.

Prostredníctvom implementácie stratégie OPZ bude podporovaná strategická priorita 1 NSRR. Synergický efekt opatrení v rámci NSRR, ako aj ostatných operačných programov bude v OPZ dosiahnutý vytvorením kvalitnejších podmienok na dosiahnutie, resp. udržanie zdravia občanov, ktoré je jedným zo základných predpokladov kvalitnej pracovnej sily ako rozhodujúceho faktora konkurencieschopnosti ekonomiky.

Na riešenie prierezového zabezpečenia problematiky zdravotníctva medzi operačnými programami s cieľom podporiť ich koordináciu a synergiu bola vytvorená na MZ SR odborná pracovná skupina pre OPZ, ktorej členmi sú dotknuté riadiace orgány. Na podporu týchto činností bude v spolupráci s CKO v rámci evaluácie programu v maximálnej miere využitá koordinácia horizontálnych administratívnych kapacít. Previazanosť OPZ na ďalšie OP je

uvedená nižšie. Zadefinovaním týchto demarkančných línií sa dosiahne efekt synergie a nebude dochádzať k prekrývaniu aktivít v jednotlivých OP.

Operačný program Vzdelávanie

Pre OP Vzdelávanie je v zmysle uznesenia vlády SR schválené MZ SR ako SORO pre oblasť podpory 2.2 Podpora ďalšieho vzdelávania v zdravotníctve. Zdravotnícka infraštruktúra riešená v OPZ, financovaná z ERDF, vytvorí materiálno technickú základňu, v rámci ktorej budú vytvorené podmienky na praktickú výuku zdravotníckych odborníkov teoreticky vzdelávaných prostredníctvom OPV (špecializované, certifikačné a sústavné vzdelávanie v zdravotníctve), ktoré je financované z ESF.

Operačný program Životné prostredie

Operačný program Životné prostredie v prioritnej osi 3 Ochrana ovzdušia bude podporovať zmenu palivovej základne energetických zdrojov na výrobu tepla a teplej vody v prospech využívania obnoviteľných zdrojov a v prioritnej osi 4 Odpadové hospodárstvo, bude podporovať, nakladanie s vybranými druhmi nebezpečných odpadov (vrátane nemocničného odpadu). Tieto aktivity sú komplementárne k ostatným investičným reštrukturalizačným aktivitám, ktoré sa budú realizovať v rámci OPZ, prioritná os 1 a 2.

Operačný program Zamestnanosť a sociálna inklúzia

OPZ v prioritných osiach 1 a 2 bude podporovať projekty zamerané najmä na zabezpečenie obnovy a rozvoja zdravotníckej infraštruktúry poskytovateľov zdravotnej starostlivosti (ZS) s dôrazom na prevenciu a podporu zdravia, ako aj na zabezpečenie adekvátneho prístrojového vybavenia. Týmto spôsobom sa zabezpečí zlepšenie prístupu k zdravotnej starostlivosti všetkých obyvateľov SR vrátane zvýšenie prevencie marginalizovaných skupín čo vytvára pozitívne predpoklady na zvýšenie zamestnanosti príslušníkov týchto komunít a vytvára sa tým synergický efekt s aktivitami prioritnej osi 2 operačného programu OPZaSI, v rámci ktorých budú podporované špecifické nástroje reflektujúce potreby marginalizovaných skupín populácie (vrátane rómskych marginalizovaných skupín) financované z ESF.

Synergia OPZ a OPZaSI sa ďalej predpokladá pri zabezpečovaní prepojenia modernizácie materiálno-technologickej infraštruktúry zdravotníctva s rozvojom ľudských zdrojov v zdravotníctve, pri zohľadnení deliacich línií medzi OP Vzdelávanie a OPZaSI.

Aktivita programu zameraná na nákup mobilných mamografických jednotiek bude mať priamy vplyv na zvyšovanie kvality života žien aj v nadväznosti na trh práce, čím sa vytvára priame prepojenie na aktivity zamerané na zlepšenie postavenia žien na trhu práce implementované prostredníctvom OPZaSI.

Operačný program Výskum a vývoj

Operačný program Výskum a vývoj bude podporovať v rámci prioritnej osi 3 infraštruktúru vysokých škôl a univerzít, vrátane škôl so zdravotníckym zameraním. OPZ vytvorí podmienky na ďalšie praktické a čiastočne aj teoretické vzdelávanie absolventov týchto škôl v modernizovanej sieti poskytovateľov ZS.

Regionálny operačný program

Obnova a rozvoj zdravotníckej infraštruktúry všeobecných a špecializovaných nemocníc a zariadení ambulantnej zdravotnej starostlivosti prostredníctvom Operačného programu Zdravotníctvo (OPZ), nepriamo súvisí s podporou stredných zdravotníckych škôl v rámci podpory infraštruktúry stredných škôl prostredníctvom Regionálneho operačného programu (ROP). Oba programy zvýšením úrovne materiálno-technickej základne, OPZ zdravotníckej

infraštruktúry a ROP infraštruktúry vzdelávania - škôl, vytvorením podmienok pre poskytovanie zdravotnej starostlivosti (OPZ) a pre vzdelávanie ľudských zdrojov v oblasti zdravotníctva (ROP) výrazne prispievajú k naplneniu cieľov “Konvergencia” a “Konkurencieschopnosť”.

V oblasti podpory infraštruktúry nekomerčných záchranných služieb je ROP zameraný na podporu subjektov, ktoré priamo nerealizujú zdravotnú záchrannú službu (Hasičský a záchranný zbor, Obecné hasičské zbory, horské záchranné služby a pod.).

Operačný program Informatizácia spoločnosti

OPIS sa zameriava na zavádzanie efektívnych elektronických služieb poskytovaných verejnosti, verejnou správou prostredníctvom technologického a aplikačného prostredia s využitím široko pásmového pripojenia.

OPIS vytvorí podmienky pre MZ SR realizovať schválenú koncepciu elektronizácie a informatizácie zdravotníctva v častiach týkajúcich sa poskytovania informačných služieb verejnosti.

OPIS vytvorí ústredný portál verejnej správy, na ktorý sa napojí národný zdravotný portál s projektmi:

- o národné zdravotné registre
- o národné dátové centrum NCZI
- o zverejňovanie public health informácií

OPZ bude naďalej podporovať informatizáciu poskytovateľov zdravotnej starostlivosti súvisiace s internou informatizáciou vybraných poskytovateľov zdravotnej starostlivosti.

Operačný program Konkurencieschopnosť a hospodársky rast

Prioritná os 1 Operačného programu Konkurencieschopnosť a hospodársky rast bude podporovať rozvoj podnikov a služieb, najmä prostredníctvom inovácií. Prioritná os nebude podporovať poskytovateľov ZS (vrátane ambulantnej sféry). Podpora týchto subjektov sa bude realizovať len v rámci OPZ.

7.2.2 Stratégia rozvoja konkurencieschopnosti Slovenska do roku 2010

Stratégia rozvoja konkurencieschopnosti Slovenska do roku 2010 vychádza zo základnej filozofie lisabonskej stratégie EÚ, ktorou je rozvoj ekonomickej konkurencieschopnosti prostredníctvom dvoch základných druhov aktivít:

- hlbokých reforiem (tzv. štrukturálnych reforiem) a
- adekvátnych rozvojových politík.

Medzi štrukturálnymi reformami treba spomenúť predovšetkým zmeny v dôchodkovom a zdravotníckom systéme. Zmeny v zdravotníckom systéme boli orientované na dosiahnutie efektívnejšieho vynakladania verejných finančných prostriedkov, ako aj na zvýšenie kvality poskytovaných služieb. Je predpoklad, že dokončením dôchodkovej a zdravotníckej reformy sa do veľkej miery vyriešia vážne problémy, ktoré by na Slovensku v budúcnosti vyplynuli kvôli starnutiu obyvateľstva.

V tomto období je nevyhnutné sústrediť sa na dokončenie a najmä na kvalitnú implementáciu prijatých reforiem tak, aby priniesli očakávané pozitívne výsledky.

7.2.3 Národná stratégia trvalo udržateľného rozvoja

Národná stratégia trvalo udržateľného rozvoja (NSTUR) vychádza z niekoľkých oblastí: kultúrne, sociálne, ekonomické, environmentálne, inštitucionálne a regionálne podmienky.

Východiskovú situáciu na zabezpečenie trvalo udržateľného rozvoja v SR (TUR) v rámci sociálnych podmienok a hľadísk určuje, medzi iným, najmä vývoj a stav kvality a dĺžky života, populačný vývoj a vývoj vzdelanostnej úrovne obyvateľstva, zdravie ľudí a úroveň ZS.

Sociálny aspekt TUR vychádza zo základného faktu, že skutočným bohatstvom spoločnosti sú jej ľudia. Cieľom stratégie TUR by preto malo byť vytvorenie takého prostredia, ktoré umožní prežiť ľuďom dlhý, zdravý, plnohodnotný a tvorivý život. Predstava TUR SR sa zakladá na predpoklade, že lokálne, regionálne spoločenstvá a celá spoločnosť majú záujem na efektívnom využívaní ľudských zdrojov v súčasnosti, ale i v blízkej a vzdialenej budúcnosti, a preto jedným zo základných cieľov rozvoja by malo byť zlepšenie kvality života.

Dobrý zdravotný stav je základným determinantom kvality života. NSTUR konštatuje, že zdravotný stav slovenskej populácie je nepriaznivý. Ovplyvňuje ho nezdravý životný štýl, situácia v zdravotníctve, zhoršená kvalita životného prostredia v niektorých regiónoch, nezamestnanosť a nevhodné bytové podmienky časti populácie. Medzi ďalšie faktory negatívne vplyvajúce na zdravotný stav obyvateľstva patrí nižšia vzdelanostná úroveň, charakter ekonomického vývoja a nedostatočná integrácia Rómov.

OPZ prostredníctvom svojich priorít odráža potreby NSTUR a zameriava sa na aspekty zlepšovania zdravotníckej infraštruktúry, zavádzania nástrojov efektívnosti a kvality, podpory preventívnych opatrení, ktoré prispievajú k zabezpečeniu kvalitnej ZS a v konečnom dôsledku zlepšenie kvality života občanov. Ďalej sa orientuje na presadzovanie celospoločenskej zodpovednosti na všetkých úrovniach a stupňoch za zdravie najmä v podpore a ochrane zdravia a zabezpečenie informovanosti.

7.2.4 Koncepcia územného rozvoja SR

Koncepcia územného rozvoja SR (KURS) sa vo svojej analytickej časti venuje podmienkam a faktorom, ktoré sú nevyhnutné na rozvoj hospodárskej a sociálnej oblasti spoločnosti v súlade s požiadavkami trvalo udržateľného rozvoja. Medzi explicitne spomenutými faktormi je aj zdravotný stav a ochrana zdravia obyvateľstva. Konštatuje sa, že zdravotný stav slovenskej populácie nie je priaznivý. Súčasná situácia je ovplyvnená nezdravým životným štýlom, stavom organizácie zdravotníctva a nepriaznivými podmienkami jeho financovania, čiastočne zhoršenou kvalitou životného prostredia v niektorých regiónoch, nezamestnanosťou a nevhodnými bytovými podmienkami časti populácie. V časti Stav ochrany zložiek životného prostredia je podrobnejší popis jednotlivých zložiek, ktoré veľkou mierou ovplyvňujú zdravotný stav populácie ako ovzdušie, odpadové hospodárstvo a pod..

Cieľom OPZ bude svojimi nástrojmi vytvárať také podmienky, ktorými eliminuje negatívne dopady na zdravotný stav a zároveň sa vytvoria dobré predpoklady na kvalitné a efektívne poskytovanie ZS.

7.2.5 Ostatné národné, sektorové strategické a analytické materiály

Stratégia modernizácie zdravotníctva vychádza aj z nasledujúcich materiálov:

- Analýza spoločnosti Sanigest International – Hodnotenie nemocníc, Slovensko, 02/2006
- Správa o zdravotnom stave obyvateľstva SR – Uznesenie vlády SR 873 z 18. októbra 2006,
- „Dodatok k Národnému programu reforiem Slovenskej republiky na roky 2006 – 2008“ – Uznesenie vlády SR č. 1056/2006 z 13. decembra 2006,
- Zdravotnícka ročenka Slovenskej republiky 2000 – 2005, vydané v roku 2007

- „Správa o programe racionalizácie v systéme zdravotníctva SR“ - Uznesenie vlády SR č. 462/2007 z 23. mája 2007.

7.2.6 Regionálne strategické dokumenty

Stratégia modernizácie zdravotníctva vychádza aj z dostupných strategických materiálov jednotlivých VÚC v oblasti zdravotníctva:

- Návrh koncepcie rozvoja zdravotníctva Prešovského samosprávneho kraja,
- Koncepcia zdravotníctva Žilinského samosprávneho kraja,
- Stratégia rozvoja zdravotníckych služieb v Banskobystrickom samosprávnom kraji na roky 2006 – 2009,
- Program rozvoja Nitrianskeho samosprávneho kraja 2003 – 2013, časť zdravotníctvo,
- Rozvojový plán Slovensko – Východ (návrh), Rozvojová téma: Zdravotná starostlivosť,
- Program hospodárskeho a sociálneho rozvoja Trenčianskeho samosprávneho kraja, oblasť zdravotníctva,
- Program hospodárskeho a sociálneho rozvoja Trnavského samosprávneho kraja 2004 – 2013, oblasť zdravotníctva.

7.3. Prepojenie na iné finančné nástroje EÚ

Vzhľadom na charakter a zameranie aktivít OPZ, Riadiaci orgán pre OPZ počas implementácie OPZ aktívne skúma v spolupráci s MF SR priebežne možnosti využitia inovatívnych finančných nástrojov.

Vzhľadom na charakter a zameranie aktivít OPZ, Riadiaci orgán pre OPZ počas implementácie OPZ aktívne skúma zahrnutie inovačných aktivít vyplývajúcich z iniciatívy „Regióny pre hospodársku zmenu“ do OPZ aj formou umožnenia účasti a vytvorením priestoru pre zástupcu siete v Monitorovacom výbore pre OPZ.

7.3.1 Synergia, komplementarita s programami financovanými z EAFRD a EFF

V programovom období 2007-2013 je priama podpora vidieka realizovaná prostredníctvom Programu rozvoja vidieka SR (ďalej len „PRV“) spolufinancovaného z Európskeho poľnohospodárskeho fondu na rozvoj vidieka (ďalej len „EAFRD“). Globálnym cieľom PRV je „Multifunkčné poľnohospodárstvo, potravinárstvo, lesníctvo a udržateľný rozvoj vidieka“. Gestorom PRV je Ministerstvo pôdohospodárstva SR. PRV je realizovaný prostredníctvom štyroch osí:

1. Zvýšenie konkurencieschopnosti poľnohospodárstva a lesného hospodárstva
2. Zlepšenie životného prostredia krajiny
3. Kvalita života vo vidieckych oblastiach a diverzifikácia vidieckeho hospodárstva
4. Leader.

Os 3, PRV „Kvalita života vo vidieckych oblastiach a diverzifikácia vidieckeho hospodárstva je svojim obsahom zameraná na:

- diverzifikáciu nepoľnohospodárskych činností
- podporu činností v oblasti cestovného ruchu
- obnovu a rozvoj obcí
- odborné vzdelávanie

- získavanie zručností a ožiovovanie

Synergia, komplementarita a súčasne deliaca línia oboch programov PRV a OPZ v období 2007-2013, v záujme posilňovania konvergence, sociálno-ekonomického rozvoja a konkurencieschopnosti vidieckych oblastí v SR, je v spoločnej podpore a naplnení komplexnosti hmotnej infraštruktúry obcí a to v póloch a v nevyhnutných opodstatnených prípadoch i mimo pólov rastu.

PRV je prostredníctvom osi 3, „Kvalita života vo vidieckych oblastiach a diverzifikácia vidieckeho hospodárstva“ a konkrétne aktivity obnova a rozvoj obcí zameraný na podporu hmotnej infraštruktúry obcí, pričom nerieši zdravotnícku infraštruktúru.

OPZ na doplnenie a zabezpečenie komplexnosti hmotnej infraštruktúry obcí rieši prostredníctvom prioritnej osi 2, „Podpora zdravia a predchádzanie zdravotným rizikám“ zdravotnícku infraštruktúru obcí v póloch rastu, vrátane výnimky, ktorá predstavuje realizáciu projektov zdravotníckej infraštruktúry so segregovanými alebo separovanými rómskymi osídleniami, ktoré môžu byť realizované aj majiteľmi budov v obciach mimo pólov rastu s vysokou koncentráciou marginalizovaných rómskych komunít (v zmysle aktualizovaného Atlasu rómskych komunít), ktoré nesú znaky viacnásobnej deprivácie a znaky sociálneho vylúčenia zo života obce a tým obmedzený prístup k verejným službám. Výnimka sa týka konkrétnych aktivít OPZ v rámci konkrétnych projektov prijímateľov pomoci, pre roky 2007-2013.

7.3.2 Komplementarita a synergia s operačnými programami v rámci cieľa Európska územná spolupráca

V programoch cezhraničnej spolupráce na roky 2007-2013 sú zohľadnené ustanovenia základných strategických a programových dokumentov EÚ, a to predovšetkým v oblasti definovania cieľov a rozsahu priorít. V súlade so všeobecným nariadením je v rámci programu zaistená súdržnosť získavanej podpory z ERDF s opatreniami, politikami a prioritami Spoločenstva. Aktivity navrhované v programoch cezhraničnej spolupráce sú v súlade s politikami Spoločenstva a jeho strategických dokumentov.

Oblasť podpory je zameraná predovšetkým na podporu socio-ekonomického rozvoja prihraničného regiónu, rozvoj cezhraničnej dopravnej informačnej infraštruktúry a životného prostredia.

V rámci programov cezhraničnej spolupráce sa jednotlivé projekty realizujú v prihraničných oblastiach SR. Na území cieľa „Konvergencia“ ide o spoluprácu regiónov Slovenska s regiónmi Českej republiky, Rakúska, Poľska a Maďarska. Projekty rozvíjajú cezhraničnú spoluprácu a majú nadnárodný charakter spolupráce. Dva nasledovné programy sa zameriavajú i na spoluprácu v oblasti zdravotnej starostlivosti.

Program Cezhraničná spolupráca Slovensko - Rakúsko

V rámci cieľa Európska územná spolupráca bol v spolupráci s Rakúskou stranou vypracovaný Program Cezhraničná spolupráca Slovensko – Rakúsko na obdobie rokov 2007-2013 (Cross-Border Cooperation Programme Slovakia – Austria 2007-2013). V prepojení na cieľ Konvergencia sa týka územia Trnavského samosprávneho kraja.

Priorita I *Učiaci sa región a hospodárska konkurencieschopnosť* zameraná okrem iného i na rozvoj spolupráce v oblasti zdravotnej starostlivosti je komplementárna s OPZ zameraným na zvyšovanie kvality, efektívnosti a dostupnosti zdravotnej starostlivosti a podpory zdravia v rámci zdravotníckej infraštruktúry.

Program Cezhraničná spolupráca Maďarsko – Slovensko

V spolupráci s Maďarskou stranou bol v rámci cieľa Európska územná spolupráca vypracovaný Program Cezhraničná spolupráca Maďarsko – Slovensko na obdobie rokov 2007-2013 (Hungary – Slovakia Cross-Border Cooperation Programme 2007-2013). Tento program je okrem iného zameraný i na spoluprácu v oblasti zdravotnej starostlivosti v prioritě I *Hospodárstvo a spoločnosť*. Podobne ako ostatné programy zamerané na cezhraničnú spoluprácu aj Program Cezhraničná spolupráca Maďarsko – Slovensko zabezpečuje prostredníctvom projektov rozvoj susediacich regiónov, a tým aj synergický efekt pri dosahovaní cieľov OPZ na území Košického, Banskobystrického, Nitrianskeho a Trnavského kraja.

Na základe charakteru podporovaných aktivít oboch programov sú jednoznačne zaručené deliace línie medzi operačnými programami v rámci cieľa Európska územná spolupráca a OPZ tak, aby nedochádzalo k duplicitnému spolufinancovaniu tých istých rozvojových aktivít v rámci oboch programov. Mechanizmus zabránenia vzniku duplicitnej podpory rovnakých operácií, resp. ich častí spočíva vo využití systému ITMS, ktorý eviduje všetky projekty realizované v rámci OPZ až na úroveň jednotlivých operácií a vo výmene informácií medzi oboma zúčastnenými riadiacimi orgánmi.

8 Finančný plán

8.1 Finančný plán OPZ – ročné záväzky

Tabuľka č. 66: Finančný plán OPZ – ročné záväzky (v EUR, v bežných cenách)

Rok	Štrukturálne fondy ERDF (1)	Kohézny fond (2)	Celkom (3)=(1)+(2)
2007	35 556 323	0	35 556 323
2008	34 599 224	0	34 599 224
2009	33 296 268	0	33 296 268
2010	30 717 394	0	30 717 394
2011	33 076 047	0	33 076 047
2012	36 494 036	0	36 494 036
2013	46 260 708	0	46 260 708
Celkom 2007-2013	250 000 000	0	250 000 000

Zdroj: MZ SR, 2007

8.2 Finančný plán OPZ za celé programové obdobie podľa prioritných osí

V súlade s uznesením vlády SR zo dňa 8. októbra 2006 k Stratégii financovania štrukturálnych fondov a Kohézneho fondu na programové obdobie 2007 – 2013 sa podiel pomoci z ERDF vyjadruje k celkovým oprávneným verejným výdavkom v zmysle čl. 53 ods. 1b) nariadenia Rady (ES) č. 1083/2006 z 11. júla 2006, ktorým sa ustanovujú všeobecné ustanovenia o Európskom fonde regionálneho rozvoja, Európskom sociálnom fonde a Kohéznom fonde a ktorým sa zrušuje nariadenie (ES) č. 1260/1999.

Tabuľka č. 67: Finančný plán OPZ (v EUR, v bežných cenách)

	EÚ zdroje (a)	Národné zdroje (b)	Celkom (c)=(a)+(b)	Miera spolufinancovania (d)=(a)/(c)	Pre informáciu (indikatívne)	
					EIB príspevok	Iné zdroje
Prioritná os 1 Modernizácia zdravotníckeho systému nemocníc	193 075 000	34 072 059	227 147 059	85 %	0	9 653 750
Prioritná os 2 Podpora zdravia a predchádzanie zdravotným rizikám	49 100 000	8 664 706	57 764 706	85 %	0	245 500
Prioritná os 3 Technická pomoc	7 825 000	1 380 882	9 205 882	85 %	0	0
Celkom	250 000 000	44 117 647	294 117 647	85 %	0	9 899 250

Zdroj: MZ SR, 2007

Finančný plán rozdelenia disponibilných zdrojov na jednotlivé prioritné osi bol vypracovaný na základe identifikácie predpokladaných potrieb v príslušných oblastiach v podmienkach SR. Zohľadňuje globálny cieľ programu, ako aj samotné zadefinovanie prioritných osí a ich zameranie uvedené v kapitole 5 tohto operačného programu. Vo výraznejšom finančnom objeme budú podporované projekty na zmenu štruktúry a kvality ekonomicky udržateľnej ponuky služieb zdravotnej starostlivosti prostredníctvom komplexných reštrukturalizačných projektov nemocničných poskytovateľov zdravotnej starostlivosti.

8.3 Rozdelenie príspevku z fondov do kategórie pomoci na úrovni OPZ

Tabuľka č. 68: Informatívne rozdelenie príspevku z fondov EÚ do kategórií dimenzie „Prioritná téma“ (EUR)

Kód kategórie	Názov kategórie	Indikatívna suma prostriedkov v rámci kategórie	%
76	Zdravotná infraštruktúra	242 175 000	96,87
85	Príprava, vykonávanie, monitorovanie a kontrola	6 651 250	2,66
86	Hodnotenie a štúdie; informácie a komunikácia	1 173 750	0,47
Spolu		250 000 000	100,00

Zdroj: MZ SR, 2007

Tabuľka č. 69: Informatívne rozdelenie príspevku z fondov do kategórií dimenzie „Forma finančného príspevku“ (EUR)

Kód kategórie	Názov kategórie	Indikatívna suma prostriedkov v rámci kategórie	%
01	Nenávratná pomoc	250 000 000	100,00
Spolu		250 000 000	100,00

Zdroj: MZ SR, 2007

Tabuľka č. 70: Informatívne rozdelenie príspevku z fondov do kategórií dimenzie „Podporované územie“ (EUR)

Kód kategórie	Názov kategórie	Indikatívna suma prostriedkov v rámci kategórie
00	Neuplatňuje sa	7 825 000
01	Mestské oblasti	217 957 500
05	Vidiecke oblasti -ostané	24 217 500
Spolu		250 000 000

Zdroj: MZ SR, 2007

8.4 Regionálne finančné alokácie OPZ

Indikatívne regionálne finančné alokácie pre prioritnú os 1 boli vyčíslené na základe počtu lôžok zariadení ústavnej zdravotnej starostlivosti (nemocníc) v jednotlivých samosprávnych krajoch (NUTS III). V tabuľke č. 71 sú sumarizované na úrovni NUTS II.

Tabuľka č. 71: Indikatívne regionálne finančné plány - Prioritná os 1

Región NUTS II	Zdroje EÚ (EUR)	%
ZS	67 576 250	35,00
SS	57 922 500	30,00
VS	67 576 250	35,00
Spolu	193 075 000	100,00

Zdroj: MZ SR

Indikatívne regionálne finančné alokácie pre prioritnú os 2 boli vyčíslené na základe štatistických údajov o počte obyvateľov v jednotlivých samosprávnych krajoch (NUTS III). V tabuľke č.72 sú sumarizované na úrovni NUTS II.

Tabuľka č. 72: Indikatívne regionálne finančné plány - Prioritná os 2

Región NUTS II	Zdroje EÚ (EUR)	%
ZS	19 101 225	38,90
SS	13 858 372	28,22
VS	16 140 403	32,88
Spolu	49 100 000	100,00

Zdroj: ŠÚ SR 2006, MZ SR

Sumár údajov z tabuľky č. 71 a č. 72 je uvedený v tabuľky č. 73.

Tabuľka č. 73: Indikatívne regionálne finančné plány pre OPZ - Prioritná os 1 a 2

Región NUTS II	Zdroje EÚ (EUR)	%
ZS	86 677 475	35,79
SS	71 780 872	29,64
VS	83 716 653	34,57
Spolu	242 175 000	100,00

Zdroj: ŠÚ SR 2006, MZ SR

8.5 Schéma štátnej pomoci

RO pre OPZ zaručí, že akákoľvek štátna pomoc vrátane prípadných schém de minimis v rámci OPZ bude poskytovaná v súlade s procedurálnymi a vecne príslušnými pravidlami štátnej pomoci aplikovateľnými v čase poskytnutia podpory z verejných zdrojov.

8.6 Krížové financovanie

OPZ predpokladá financovanie akcií patriacich do rozsahu pôsobnosti ESF komplementárnym spôsobom a to len pre Prioritnú os 2 „Podpora zdravia a predchádzanie zdravotným rizikám“ vo výške 2% z prioritnej osi.

Krížové financovanie sa v rámci OPZ bude využívať napr. na účely propagácie a osvedčenia prevádzky pojazdových diagnostických jednotiek (vybavenie mamografmi).

Tabuľka č. 74: Krížové financovanie

Prioritná os	Plánované krížové financovanie [%]
1. Modernizácia zdravotníckeho systému nemocníc	0
2. Podpora zdravia a predchádzanie zdravotným rizikám	2

Zdroj: MZ SR

9 Systém implementácie

Kapitola 9 popisuje systém implementácie OPZ v súlade so všeobecným nariadením a v súlade so Systémom riadenia ŠF a KF pre programové obdobie 2007 – 2013.

9.1 Orgány zapojené do riadenia a implementácie programu

9.1.1 Centrálny koordinačný orgán

Na základe uznesenia vlády SR č. 832 z 8. októbra 2006 Ministerstvo výstavby a regionálneho rozvoja SR ako Centrálny koordinačný orgán pre operačné programy v Národnom strategickom referenčnom rámci SR na roky 2007 – 2013 (ďalej len „CKO“) zabezpečovalo do 30. júna 2010 strategickú úroveň systému riadenia NSRR. Od 1. júla 2010 do 31. decembra 2010 plnil úlohy CKO Úrad vlády SR. Od 1. januára 2011 plní úlohy CKO Ministerstvo dopravy, výstavby a regionálneho rozvoja SR. V tejto súvislosti vykonáva CKO v oblasti riadenia pomoci zo ŠF a KF najmä nasledovné funkcie:

- na úrovni NSRR zabezpečuje programovanie, monitorovanie, hodnotenie, publicitu a informovanosť a vzdelávanie administratívnych kapacít v týchto oblastiach;
- zabezpečuje koordináciu procesov riadenia a implementácie operačných programov v súlade so Systémom riadenia ŠF a KF;
- metodicky usmerňuje subjekty zapojené do riadenia a implementácie operačných programov;
- zodpovedá za vývoj, prevádzku a údržbu ITMS;
- plní funkciu RO pre OP Technická pomoc.

9.1.2 Riadiaci orgán

Riadiaci orgán operačného programu (ďalej len „RO“) predstavuje operačnú úroveň systému riadenia NSRR. Riadiaci orgán je orgán určený členským štátom na základe článku 59(1) všeobecného nariadenia, ktorý zodpovedá za riadenie a vykonávanie programu v súlade s predpismi EÚ a SR. Pri riadení operačného programu postupuje RO v súlade s metodickými pokynmi CKO a metodickými pokynmi certifikačného orgánu a orgánu auditu v príslušných oblastiach.

Na základe uznesenia vlády SR č. 832 z 8. októbra 2006 riadiacim orgánom OPZ je Ministerstvo zdravotníctva SR.

V súlade s čl. 60 všeobecného nariadenia RO je zodpovedný za riadenie a vykonávanie príslušného OP, najmä za:

- vypracovanie operačného programu a programového manuálu;
- spolufinancovanie operačného programu zo štátneho rozpočtu;
- usmerňovanie prijímateľov;
- monitorovanie a hodnotenie operačného programu;
- vedenie MV pre OPZ a vypracovanie výročnej a záverečnej správy o implementácii, ich predloženie monitorovaciemu výboru a Európskej komisii;
- publicitu o pomoci z EÚ a informovanie verejnosti o fondoch z EÚ v súlade s článkom 69 všeobecného nariadenia;

- zber a zaznamenávanie údajov potrebných na finančné riadenie, monitorovanie, preverovanie, audity a hodnotenie v elektronickej podobe;
- uchovávanie a dostupnosť dokumentov v súlade s článkom 90 všeobecného nariadenia;
- vyhlasovanie výziev, prijímanie, výber a schvaľovanie projektov prijímateľov v súlade s kritériami hodnotenia a výberu projektov schválenými monitorovacím výborom;
- uzatváranie zmlúv s prijímateľmi o poskytnutí nenávratného finančného príspevku;
- overenie spolufinancovania jednotlivých projektov zo zdrojov prijímateľa a z ostatných národných zdrojov;
- overenie vykonania prác, dodania tovarov a poskytnutia služieb financovaných v rámci projektu a overenie skutočne vynaložených výdavkov;
- zabezpečenie vedenia samostatného účtovného systému prijímateľmi a inými orgánmi zapojenými do implementácie;
- kontrolu podľa čl. 60b všeobecného nariadenia.

V súlade s čl. 71 všeobecného nariadenia vnútorná štruktúra a rozdelenie (delegovanie) zodpovednosti RO pre OPZ budú popísané v opise systémov riadenia a kontroly, ktorý členský štát predloží EK pred predložením prvej žiadosti o priebežnú platbu alebo najneskôr do 12 mesiacov od schválenia OP.

9.1.3 Zapojenie orgánov regionálnej a miestnej samosprávy

Regióny (VÚC) vstupovali do prípravy a implementácie OP Zdravotníctvo na niekoľkých úrovniach:

1. V procese prípravy OPZ boli zástupcovia VÚC (s výnimkou BA kraja, ktorý nespadá pod cieľ „Konvergenčia“) a Združenia miest a obcí Slovenska (ZMOS) súčasťou Pracovnej skupiny na prípravu Operačného programu.
2. V procese prípravy boli zohľadnené regionálne stratégie VÚC týkajúce sa zdravotníctva.
3. V procese prípravy kritérií pre OPZ jedným zo základných kritérií podpory poskytovateľov zdravotnej starostlivosti budú kritériá vyhovenia predloženého projektu požiadavkám tematickej a územnej koncentrácie.
4. V procese hodnotenia a výberu projektov je zabezpečená účasť zástupcov VÚC a ZMOS v hodnotiacich komisiách.
5. V procese monitorovania programu je zabezpečená účasť zástupcov VÚC a ZMOS v monitorovacom výbore pre OPZ.

9.1.4 Monitorovacie výbory

Monitorovací výbor pre OPZ

V súlade s čl. 63 všeobecného nariadenia musí byť pre každý OP do troch mesiacov od jeho schválenia Európskou komisiou zriadený monitorovací výbor (ďalej len „MV“). Cieľom monitorovacieho výboru je dohliadať na efektívnosť a kvalitu implementácie programu.

Predsedom MV pre OPZ je minister zdravotníctva SR ako predstaviteľ riadiaceho orgánu pre OPZ. Funkciu sekretariátu MV vykonáva RO OPZ. Členovia MV sú menovaní ministrom zdravotníctva SR. V súlade s čl. 11 všeobecného nariadenia je zloženie monitorovacieho výboru založené na princípe partnerstva – členmi MV sú popri príslušných ministerstvách aj zástupcovia regionálnej a miestnej samosprávy, tretieho sektora a ostatných sociálno-ekonomických

partnerov (Úrad verejného zdravotníctva SR, Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou, Slovenská lekárska komora, Asociácia nemocníc Slovenska, Asociácia súkromných lekárov SR, Združenie miest a obcí Slovenska, Únia miest Slovenska, Trnavský samosprávny kraj, Nitriansky samosprávny kraj, Trenčiansky samosprávny kraj, Banskobystrický samosprávny kraj, Žilinský samosprávny kraj, Prešovský samosprávny kraj, Košický samosprávny kraj) a pre horizontálnu prioritu MRK aj USVRK, ktorých sa dotýka obsah daného operačného programu, pričom je potrebné zabezpečiť rovnovážnu účasť partnerov. Členom MV je aj zástupca CKO, certifikačného orgánu a orgánu auditu a zasadnutí MV sa ako pozorovateľ a poradca zúčastňuje aj zástupca Európskej komisie. Zloženie MV môže byť ďalej preskúmané a rozšírené, aby sa zabezpečila dostatočná reprezentatívnosť a partnerstvo.

Monitorovací výbor sa schádza na svoje zasadnutie dvakrát ročne, prípadne na podnet RO, resp. člena MV častejšie, ak je potrebné prerokovať záležitosti, pri ktorých je nevyhnutný súhlas monitorovacieho výboru (napr. návrh na revíziu operačného programu).

Pôsobnosť a činnosť MV upravuje štatút a rokovací poriadok, ktoré MV schváli na svojom prvom zasadnutí.

Hlavné úlohy monitorovacieho výboru v súlade s čl. 65 všeobecného nariadenia sú:

- schvaľovať kritériá na výber projektov (do šiestich mesiacov od schválenia OP) a ich prípadnú revíziu;
- posudzovať a schvaľovať návrhy na zmenu a doplnenie obsahu operačného programu;
- pravidelne skúmať výsledky implementácie programu, najmä dosahovanie cieľov operačného programu a hodnotenia uvedené v čl. 48(3) VN;
- posudzovať a schvaľovať výročné a záverečné správy o implementácii programu pred ich odoslaním Európskej komisii;
- dostávať informácie o výročnej kontrolnej správe alebo o tej jej časti, ktorá sa vzťahuje na OP a o všetkých dôležitých pripomienkach, ktoré môže Komisia vzniesť po jej preskúmaní;
- kedykoľvek navrhnúť riadiacemu orgánu akúkoľvek revíziu alebo preskúmanie OP, ktoré by mohlo umožniť dosiahnutie cieľov príslušného fondu alebo zlepšiť riadenie OP vrátane finančného riadenia.

9.2 Monitorovanie

V súlade so Systémom riadenia ŠF a KF predstavuje monitorovanie činnosť, ktorá sa systematicky zaoberá zberom, triedením, agregovaním a ukladaním relevantných informácií pre potreby hodnotenia a kontroly riadených procesov. Hlavným cieľom monitorovania je pravidelné sledovanie realizácie cieľov NSRR, OP a projektov s využitím ukazovateľov.

Výstupy z monitorovania zabezpečujú pre riadiaci orgán vstupy na rozhodovanie o zlepšení implementácie operačného programu, na vypracovávanie výročných správ a záverečnej správy o vykonávaní OP a podklady na rozhodovanie monitorovacích výborov (napr. v súvislosti s prípadnou revíziou OP).

Proces monitorovania vychádza zo štruktúrovaného modelu riadenia na úrovni NSRR, OP a na úrovni projektov. Monitorovanie a hodnotenie zabezpečujú všetky subjekty zúčastnené na riadení ŠF a KF v rozsahu zadefinovaných úloh a zodpovedností a subjekty, ktoré čerpajú finančné prostriedky z fondov.

Úlohy RO pre OPZ v oblasti monitorovania:

- Postupuje v súlade s metodikou CKO v oblasti monitorovania
- V prípade potreby predkladá CKO návrhy na zmeny, resp. doplnenie národného systému ukazovateľov
- Zodpovedá za zber údajov a ich analýzu na úrovni programu v oblasti monitorovania prostredníctvom systému ukazovateľov, ako aj v oblasti monitorovania na úrovni kategórií pomoci
- Zodpovedá za vypracovanie výročných a záverečnej správy o vykonávaní OP, ktoré predkladá na schválenie MV pre daný OP a následne Európskej Komisii

Monitorovanie (a následne hodnotenie) prebieha dvoma spôsobmi – na základe systému ukazovateľov a na základe kategórií pomoci zo ŠF. Monitorovanie ukazovateľov uvedených v kapitole 5 bude zabezpečené na úrovni jednotlivých projektov a následne budú vyhodnocované na úrovni celého strategického programového dokumentu.

Monitorovanie prostredníctvom systému ukazovateľov

Ciele NSRR a jednotlivých operačných programov sa definujú a následne kvantifikujú v procese programovania prostredníctvom sústavy fyzických a finančných ukazovateľov (národný systém ukazovateľov pre NSRR). Ukazovatele budú záväzné pre všetky subjekty a budú súčasťou ITMS. Napĺňanie definovaných ukazovateľov predstavuje najdôležitejší nástroj monitorovania a hodnotenia napĺňania cieľov operačných programov a NSRR.

Ukazovatele operačného programu sú uvedené v kapitole 5 tohto dokumentu.

Monitorovanie začína na najnižšom stupni – na úrovni projektu. Na monitorovanie je projekt základnou jednotkou, ktorá je analyzovaná prostredníctvom relevantných zozbieraných údajov. V zmluve o poskytnutí pomoci z fondov sa prijímateľ zaviazuje poskytovať údaje na účely monitorovania a poskytovania správ o realizácii projektu. Fyzické i finančné ukazovatele projektov získané od prijímateľa prostredníctvom jednotných monitorovacích správ sú premietnuté do ITMS a agregované smerom nahor na úroveň opatrenia, prioritnej osi, operačného programu, NSRR.

Monitorovanie prostredníctvom kategórií pomoci zo ŠF

V súlade s článkom 9 všeobecného nariadenia a prílohy II implementačného nariadenia sa výdavky z fondov sledujú podľa nasledovných kategórií:

- prioritnej témy;
- spôsobu financovania;
- typu územia;
- rozmeru ekonomickej aktivity;
- rozmeru umiestnenia pomoci.

Každý OP obsahuje indikatívne plánované rozdelenie príspevku z fondov na úrovni programu v rámci prvých troch kategórií. Pri kategórii „prioritné témy“ sa v OP vyčleňuje indikatívny podiel príspevku z fondov na tie aktivity, ktoré sú zamerané na podporu konkurencieschopnosti a tvorbu pracovných miest, teda na tzv. „lisabonské aktivity“. Uvedené umožní v priebehu implementácie programu a po jeho skončení monitorovať a hodnotiť príspevok operačných programov k napĺňaniu cieľov Lisabonskej stratégie a Národného programu reforiem.

Pri monitorovaní prostredníctvom kategórií pomoci zo ŠF sa uplatňuje nasledovný postup: pri schválení projektu sa údaje zaznamenávajú do ITMS a po ukončení projektu sa zaznamená skutočná hodnota dosiahnutá v danej kategórii. Prostredníctvom ITMS sa údaje za kategorizáciu

z úrovne jednotlivých projektov agregujú do vyšších úrovní programovej štruktúry a sú súčasťou výročných správ.

9.3 Hodnotenie

V súlade so Systémom riadenia ŠF a KF hodnotenie predstavuje proces, ktorý systematicky skúma prínos z realizácie programov a ich súlad s cieľmi stanovenými v OP a NSRR a analyzuje účinnosť realizačných procesov a vhodnosť nastavenia jednotlivých programov a opatrení a pripravuje odporúčania na zvýšenie ich efektívnosti.

V zmysle čl. 47 všeobecného nariadenia môžu mať hodnotenia strategický charakter (preskúmanie vývoja programu alebo skupiny programov v súvislosti s prioritami Spoločenstva a národnými prioritami) alebo operatívny charakter (s cieľom podporiť priebeh operačného programu). Hodnotenie sa vykonáva pred začiatkom programového obdobia (predbežné hodnotenie), počas neho (priebežné hodnotenie) a po ukončení programového obdobia (záverečné hodnotenie).

Hodnotenia sa uskutočňujú v rámci zodpovednosti členského štátu (CKO, RO) alebo Komisie, v súlade so zásadou proporcionality. Výsledky sa zverejňujú podľa platných predpisov o prístupe k informáciám.

Úlohy CKO v oblasti hodnotenia:

- zabezpečuje predbežné hodnotenie hlavného strategického dokumentu na programové obdobie po r. 2013;
- zabezpečuje priebežné, tematické hodnotenie na centrálnej úrovni;
- koordinuje a metodicky usmerňuje riadiace orgány v oblasti hodnotenia.

Úlohy RO pre OPZ v oblasti hodnotenia:

- postupuje v súlade s metodikou CKO v oblasti hodnotenia;
- zabezpečí predbežné a priebežné hodnotenie OP a predloženie výsledkov priebežného hodnotenia monitorovaciemu výboru OPZ a Komisii;
- zabezpečuje komunikáciu s EK a vstupy pre následné hodnotenie OP a prípadné strategické hodnotenie vykonávané EK.

Hodnotenie identifikuje a vymedzuje všeobecne platné skutočnosti a navrhuje možné spôsoby riešenia zistení. Zatiaľ čo monitoring je možné považovať za súbor okamžitých informačných aktivít, hodnotenie využíva vybrané dokumenty, správy a informácie pre analytické činnosti.

Hodnotenie je zamerané na zlepšovanie riadenia a implementáciu operačných programov. Opiera sa o monitorovacie činnosti, ktoré mu poskytujú nevyhnutné informácie. Na základe výsledkov monitorovania vykonáva hodnotenie poskytovanej pomoci.

Podľa článku 37 (1) g) nariadenia Rady (ES) č. 1083/2006 operačné programy obsahujú vykonávacie ustanovenia operačného programu vrátane opisu systémov monitorovania a hodnotenia.

Ex-ante hodnotenie

Členské štáty EÚ musia vykonať Ex-ante hodnotenie, pričom v rámci jednotlivých cieľov regionálnej politiky EÚ si RO pre OPZ vybral možnosť vykonať Ex-ante hodnotenie na celý OPZ pre cieľ „Konvergenčia“, financovaný z Európskeho fondu regionálneho rozvoja. Za vykonanie Ex-ante hodnotenia zodpovedá orgán, ktorý je zodpovedný za prípravu programových dokumentov.

Ex-ante hodnotenie musí identifikovať a ohodnotiť disparity, medzery a potenciál rozvoja, ciele, ktoré majú byť dosiahnuté, očakávané výsledky, kvantifikované ciele, koherenciu stratégie navrhnutú pre región (ak relevantné), pridanú hodnotu Spoločenstva, rozsah zohľadnenia priorít Spoločenstva, skúsenosti z predchádzajúceho programového obdobia, kvalitu procedúr a prekážky implementácie, monitorovania, hodnotenia a finančného manažmentu.

Cieľom predbežného hodnotenia je optimalizácia pridelovania rozpočtových zdrojov v rámci operačného programu a zlepšenie kvality programovania. Hodnotenie určí a posúdi rozdiely, medzery a potenciál rozvoja, ciele, ktoré sa majú dosiahnuť, očakávané výsledky, kvantifikované ciele, súlad stratégie navrhovanej pre región, v prípade potreby pridanú hodnotu Spoločenstva, rozsah, v akom sa zohľadnili priority Spoločenstva, skúsenosti z predchádzajúceho programovania a kvalitu postupov vykonávania, monitorovania, hodnotenia a finančného riadenia.

Proces Ex-ante hodnotenia OPZ je podrobne opísaný v kapitole 2.2.

Priebežné hodnotenie***Právny základ a obsah priebežného hodnotenia***

Podľa článku 48 (3) nariadenia Rady (ES) č. 1083/2006 členské štáty počas programového obdobia vykonávajú hodnotenia spojené s monitorovaním operačných programov, najmä ak uvedené monitorovanie odhalí výrazný odklon od počiatočne stanovených cieľov alebo ak sa navrhne revízia operačných programov podľa článku 33. Výsledky sa zasielajú monitorovaciemu výboru operačného programu a Komisii.

Priebežné hodnotenie môže mať operatívny alebo strategický charakter. Operatívne hodnotenie (s cieľom podporiť priebeh operačného programu) sa zameriava na makroekonomický dopad pomoci zo ŠF, opodstatnenosť a konzistenciu stratégií na národnej a programovej úrovni, špecifické témy zásadnej významnosti pre OP (napr. inovácie, informačná spoločnosť), horizontálne priority. Toto hodnotenie môže stanoviť odporúčania pre revíziu OP alebo poskytnúť informácie pre strategické správy členského štátu alebo EK. Strategické hodnotenie (preskúmanie vývoja programu alebo skupiny programov v súvislosti s prioritami Spoločenstva a národnými prioritami) sa zameriava na kvalitu a relevanciu kvantifikovaných cieľov, analýzu finančného pokroku, odporúčania ako zvýšiť vykonávanie OP, spôsoby ako dosiahnuť niektoré socio-ekonomické ciele, zhodnotenie funkčnosti administratívnej štruktúry a kvality implementačných mechanizmov.

Skúsenosti z programového obdobia 2004-2006 ukázali potrebu silnejšieho prepojenia medzi monitoringom a hodnotením OP. Monitoring poskytne operatívne informácie (dosiahnuté výstupy a výsledky, finančná absorpcia, kvalita implementačných mechanizmov), z ktorých môže vychádzať hodnotenie, napr. keď sa vyskytnú aktuálne alebo možné problémy. Na druhej strane, informácie o určitých strategických aspektoch, ako je napr. socio-ekonomický dopad alebo zmeny v Spoločenstve, národných alebo regionálnych prioritách týkajúcich sa OP, nemôže poskytnúť monitorovací systém, ale vyžadujú, aby boli predmetom pravidelného hodnotenia.

Priebežné hodnotenie OPZ

Priebežné hodnotenie OPZ sa uskutoční a bude zostavené na základe interných požiadaviek a potrieb v Slovenskej republike. Priebežné hodnotenie OPZ bude vykonané v súlade s vypracovaným odpovedajúcim systémom implementácie zabezpečujúcim naplnenie článku 48 (3) nariadenia Rady (ES) č. 1083/2006. Na základe aktuálnych alebo možných problémov (alebo ďalších informácií), ktoré odhalí monitorovací systém, sa uskutoční priebežné hodnotenie OP. Priebežné hodnotenie sa uskutoční aj v prípade revízie socio-ekonomického dopadu alebo iných strategických aspektov.

V zmysle vyššie uvedeného RO pre OPZ zaistí:

- silnú väzbu medzi systémom monitoringu a systémom hodnotenia;
- periodicitu, resp. pravidelnosť operácií monitoringu a hodnotenia;
- plán hodnotenia.

Na základe výstupov monitoringu RO rozhodne, či bude priebežné hodnotenie vykonané na úrovni prioritných osí, opatrení, rámcových aktivít, národných projektov a pod.

RO pre OPZ vykoná priebežné hodnotenie v nasledovných prípadoch:

- ak uvedené monitorovanie odhalí výrazný odklon od počiatočne stanovených cieľov;
- ak sa navrhne revízia operačného programu;
- iné.

Dôvody revízie OP môžu byť nasledovné:

- zásadné socio-ekonomické zmeny;
- zásadné zmeny v Spoločenstve, v národných alebo regionálnych prioritách;
- problémy/t ťažkosti týkajúce sa implementácie;
- ak monitorovanie odhalí výrazný odklon od počiatočne stanovených cieľov (napr. nedostatok údajov z monitorovacieho systému, dopredu známa riziková oblasť – MRK, a pod.).

Revízii OP vo všetkých týchto prípadoch musí predchádzať hodnotenie, t.j. revízia OP musí vychádzať z pravidelného monitorovacieho procesu a/alebo z pravidelného priebežného hodnotenia, ktoré stanoví špecifické modifikácie OP.

Európskej komisii sa zašlú všetky výsledky priebežných hodnotení, vrátane návrhov na revíziu OP týkajú nasledovných zásadných zmien:

- finančné zmeny – napr. finančné realokácie medzi rôznymi prioritnými osami, kde sa vyžaduje súhlas EK;
- obsahové zmeny – napr. revízia cieľov na úrovni OP alebo na úrovni prioritných osí;
- zmeny v implementácii – napr. zavedenie nových implementačných procesov alebo zásadná zmena existujúcich.

Plán hodnotenia OPZ

Podľa článku 48 (1) nariadenia Rady (ES) č. 1083/2006 môže členský štát v rámci cieľa „Konvergencia“ v súlade so zásadou proporcionality zostaviť plán hodnotenia, v ktorom uvedie orientačné hodnotiace aktivity, ktoré plánuje vykonať v jednotlivých etapách implementácie. EK odporúča vypracovať plán hodnotenia na národnej úrovni a kde je to vhodné (v súlade so zásadou proporcionality) na úrovni programu.

Plán hodnotenia OPZ bude vypracovaný riadiacim orgánom v prvom roku implementácie OP a bude obsahovať nasledovné časti:

1. koordinácia – táto časť bude obsahovať návrh a vysvetlenie celkovej koordinácie procesu priebežného hodnotenia, t.j. väzbu na monitorovací systém, vytvorenie pracovnej skupiny pre hodnotenie, rozdelenie ľudských zdrojov, mechanizmy nožnej revízie plánu hodnotenia, odborné školenia pre hodnotiteľov;
2. špecifické aktivity hodnotenia – táto časť bude obsahovať nasledovné body:
 - a) indikatívny zoznam hodnotení plánovaných počas programového obdobia;
 - b) obsah každej aktivity hodnotenia:
 - strategické alebo operatívne hodnotenie;
 - úroveň OP, skupiny OP, špecifickej témy a pod.;
 - možné rizikové oblasti identifikované na základe skúsenosti z minulosti v špecifickej oblasti pomoci;
 - c) hlavné otázky, ktoré majú byť v procese hodnotenia zodpovedané;
 - d) použitie výsledkov hodnotenia (zverejnenie a dostupnosť hodnotiacich správ, prezentácia výsledkov hodnotenia, monitoring zohľadnenia odporúčaní);
 - e) indikatívny časový plán;
 - f) externé alebo interné hodnotenie;
 - g) finančné zdroje plánované pre každé hodnotenie;
 - h) štruktúra manažmentu (vrátane pracovnej skupiny pre hodnotenie, konzultácií s sociálnymi partnermi, partnermi na regionálnej a lokálnej úrovni).

Manažment priebežného hodnotenia

RO pre OPZ nesie konečnú zodpovednosť za proces priebežného hodnotenia, t.j. rozhoduje, v spolupráci s pracovnou skupinou pre hodnotenie, o štruktúre a obsahu plánu hodnotenia a zabezpečuje administratívny základ pre jeho vykonanie.

RO pre OPZ v procese priebežného hodnotenia zabezpečuje nasledovné úlohy:

- zabezpečuje zber a dostupnosť monitorovacích indikátorov;
- garantuje rešpektovanie cieľov hodnotenia a zachovanie jeho štandardov kvality;
- zabezpečuje finančné zdroje z technickej asistencie nevyhnutné pre vykonanie hodnotenia;
- predkladá výsledky hodnotenia monitorovaciemu výboru pre OPZ a EK.

RO pre OPZ využije pre vykonanie priebežného hodnotenia externých hodnotiteľov na základe písomnej rámcovej zmluvy/dohody. Priebežné hodnotenie vykonajú nezávislí hodnotitelia vybraní na základe verejného obstarávania. Rámcová zmluva uzavretá medzi internými

hodnotiteľmi a RO pre OPZ pokryje celé programové obdobie. Rámcová zmluva v žiadnom prípade nenahradí zodpovednosť riadiaceho orgánu za vykonanie hodnotenia pri implementácii OP.

Nezávislí externí hodnotitelia sa v rámcovej zmluve zaviazujú k úzkej spolupráci s internými kapacitami RO pri plánovaní a vykonávaní procesov hodnotenia.

Do analýzy výsledkov a odporúčaní hodnotenia bude aktívne zapojený aj monitorovací výbor pre OPZ.

Zásady priebežného hodnotenia

1. **proporcionalita** – RO zabezpečí, aby bola zachovaná zásada proporcionality pri stanovení počtu a obsahu jednotlivých hodnotení počas prípravy plánu hodnotenia;
2. **nezávislosť** – RO zabezpečí, aby priebežné hodnotenie bolo vykonané expertmi nezávislými od RO, CO a OA;
3. **partnerstvo** – RO zabezpečí, že plánovanie, príprava a vykonanie priebežného hodnotenia bude prebiehať v spolupráci so všetkými relevantnými partnermi;
4. **transparentnosť** – RO zabezpečí zverejnenie všetkých hodnotiacich správ a výsledkov a odporúčaní priebežného hodnotenia, napr. prostredníctvom svojej webovej stránky, v zmysle vyvolania verejnej debaty o zisteniach hodnotenia.

Následné hodnotenie

Podľa článku 49 (3) nariadenia Rady (ES) č. 1083/2006 EK vykoná následné hodnotenie pre každý cieľ v úzkej spolupráci s členským štátom a riadiacim orgánom. Cieľom následného hodnotenia je preskúmanie rozsahu, v akom sa využili zdroje, účinnosti a efektívnosti programovania a socio-ekonomického dopadu.

Hodnotí sa za každý cieľ a zameriava sa na vypracovanie záverov pre politiku hospodárskej a sociálnej súdržnosti.

Následné hodnotenie identifikuje faktory, ktoré prispeli k úspechu alebo neúspechu implementácie operačného programu a identifikuje osvedčené postupy.

Následné hodnotenie musí byť ukončené do 31. decembra 2015.

Zdroj informácií pre hodnotenie

Hlavným zdrojom informácií, na ktorých je hodnotenie založené, je systém ukazovateľov. Ukazovatele sú stanovené na všetkých úrovniach, t.j. na úrovni programu, pre jednotlivé prioritné osi a oblasti podpory. Berú do úvahy metodológiu, zoznam príkladov ukazovateľov a kategorizáciu oblastí zásahu stanovených Komisiou, ktoré sa viažu na špecifický charakter pomoci, jej ciele a spoločensko-hospodársku, štrukturálnu a ekologickú situáciu príslušného štátu a jeho regiónov.

Na úrovni oblasti podpory tieto informácie umožňujú popísať, ako sa dosahujú ciele (zapojené organizácie a štruktúry, prepojenie s inými oblasťami podpory, výber cieľov a nástrojov v závislosti od potrieb a priorít, kvalita dodaných služieb, primeranosť zdrojov zmobilizovaných pre realizáciu). Tieto kvalitatívne informácie tiež pomáhajú identifikovať faktory úspechu a/alebo prekážky, ktoré vyplývajú z posúdenia efektívnosti, účinnosti a závažnosti oblasti podpory. Zaoberajú sa takými otázkami, ako je napr. „efekt zbierania smotany“.

Tieto informácie pomôžu doplniť analýzu kauzality a relativizovať ju v rámci jej kontextu.

Okrem ukazovateľov sa musia zhromažďovať aj kvalitatívne informácie. Je to súčasť hodnotenia „procesu“, ktorá je obzvlášť dôležitá pri posudzovaní podmienok realizácie a politického

kontextu intervencie. Tieto kvalitatívne informácie sú dôležitou zložkou hodnotiacej práce (prehľady, rozhovory, ťažiskové skupiny, atď.).

Sprístupnenie výsledkov hodnotenia

Výsledky sa uverejnia podľa platných predpisov o prístupe k dokumentom. Hodnotiace správy budú predkladané na monitorovací výbor.

Hodnotiace správy sú štruktúrované tak, aby bolo možné využiť výsledky hodnotenia pre nasledovné účely:

- informovanie riadiaceho orgánu, monitorovacieho výboru a EK o výsledkoch hodnotenia programu;
- odporúčenia pre ďalšie programové obdobie z hľadiska riadenia programu, implementácie a monitoringu;
- závery a odporúčenia pre národnú politiku zamestnanosti;
- analýza a vytvorenie zásobníka dobrých príkladov a skúseností.

Dôležitým prvkom hodnotenia je aj šírenie výsledkov hodnotenia s cieľom zvýšenia efektívnosti samotného programu a zabezpečenia informovanosti širokej verejnosti o využití prostriedkov ŠF. Za šírenie výsledkov zodpovedá RO.

9.4 IT monitorovací systém pre ŠF a KF

IT monitorovací systém pre ŠF a KF (ďalej len „ITMS“) je centrálny informačný systém, ktorý slúži na evidenciu, spracovávanie, export a monitorovanie dát o programovaní, projektovom a finančnom riadení, kontrole a audite ŠF a KF. Skladá sa z dvoch, paralelne pracujúcich subsystémov na programové obdobia 2004-2006 a 2007-2013. Subsystémy na dve programové obdobia úzko spolupracujú, využívajú spoločnú databázu a v nej spoločnú evidenciu objektov.

ITMS využívajú všetky operačné programy v rovnakej miere. Spoločný monitorovací systém má za úlohu zabezpečiť jednotný a kompatibilný systém monitorovania, riadenia a finančného riadenia programov financovaných zo ŠF a KF.

Systém je delený na tri hlavné časti:

1. Neverejná časť ITMS zabezpečuje programové, projektové a finančné riadenie, kontrolu a audit v prepojení na účtovný systém ISUF a jeho prostredníctvom so štátnou pokladnicou a rozpočtovým informačným systémom.
2. Výstupná časť zabezpečuje tvorbu statických a dynamických dátových exportov.
3. Verejná časť zabezpečuje komunikáciu s prijímateľmi, informačným systémom Európskej komisie SFC 2007 a monitorovacími systémami okolitých krajín pre programy cezhraničnej spolupráce.

Oprávnenými užívateľmi verejnej časti ITMS systému môžu byť na základe žiadosti všetky subjekty, ktoré majú možnosť predložiť žiadosť o príspevok z fondov. Komunikácia žiadateľov/prijímateľov s verejnou časťou ITMS je zabezpečená využitím SSL protokolu. CKO

vypracuje príručku pre prijímateľov na užívanie verejnej časti ITMS. Žiadateľom/prijímateľom príspevku z fondov bude cez verejnú časť ITMS umožnené:

- elektronické podanie a príjem žiadostí o príspevok z fondov;
- získanie prehľadne usporiadaných informácií o stave procesov svojich projektov, vrátane žiadostí o platby /refundáciu nákladov;
- ďalšie možnosti (aktualizácia údajov o žiadateľovi/prijímateľovi, elektronický príjem žiadostí o platbu, elektronický príjem monitorovacích hárkov).

ITMS a procesy komunikácie žiadateľov o príspevok z fondov na úrovni projektu sú nasledovné:

- zriadenie konta, podpísanie dohody o užívaní medzi RO a žiadateľom o príspevok z fondov, aktivovanie konta;
- zadávanie údajov do elektronických formulárov a ich prenesenie do verejnej časti ITMS, zaslanie overenej papierovej formy formulára žiadateľom správcovi a užívateľovi neverejnej časti ITMS;
- overenie súladu informácií elektronickej a papierovej formy formulára užívateľom neverejnej časti ITMS;
- ďalšie spracovanie žiadostí po vykonaní kontroly a opravy prípadných nesúládov elektronickej a papierovej formy.

Úlohy CKO vo vzťahu k ITMS:

- Zodpovedať za vývoj, prevádzku a udržiavanie systému, zabezpečuje prevádzku všetkých častí ITMS.
- Riadiť komisiu, v ktorej má svojho zástupcu každý riadiaci orgán a ktorá navrhuje smer vývoja, komunikuje požiadavky RO na CKO, riadi a usmerňuje užívateľov systému podľa pokynov a usmernení CKO, zodpovedá za inicializačné dáta systému.
- Vypracovávať usmernenia k užívaniu ITMS.
- Udržiavať inicializačné dáta na úrovni NSRR v aktuálnom stave.

Úlohy RO pre OPZ vo vzťahu k ITMS:

- Udržiavať inicializačné dáta svojho programu v aktuálnom stave.
- Zodpovedať za zadávanie údajov o programe, projektoch a podriadených štruktúrach podľa usmernení CKO k užívaniu ITMS.
- Zodpovedať za pridelenie rolí užívateľom podľa interných manuálov.
- Poskytovať podporu prvej úrovne užívateľom verejnej a neverejnej časti ITMS.

9.5 Elektronická výmena dát s EK

V zmysle implementačného nariadenia oddielu 7 je povinná elektronická komunikácia členského štátu s databázou Európskej komisie SFC 2007.

Možné sú nasledovné formy elektronickej komunikácie:

- Webové rozhranie SFC 2007
- Integrácia monitorovacích systémov členských štátov so SFC 2007

V podmienkach SR sa zvolil druhý spôsob: integrácia ITMS II so systémom SFC 2007. ITMS II bude zabezpečovať zber dát a komunikáciu s SFC 2007. Použitie webového rozhrania SFC 2007 je možné pre jednotlivé RO, ale využitím rozhrania ITMS II sa zabezpečí integrita dát v oboch systémoch a ušetrí sa čas zadávania údajov. V prípade nefunkčnosti ITMS, alebo rozhrania, po súhlase CKO je možné využívať webové rozhranie na zadávanie údajov do SFC 2007, zadávateľ však zodpovedá za zosúladenie dát v oboch systémoch.

Rozhrania ITMS II a SFC2007:

- import rozpisu alokovanej čiastky zo ŠF a KF pre SR podľa cieľov v stálych cenách r. 2004 a v bežných cenách
- export NSRR
- export OP a prioritných osí
- export veľkých projektov
- export OP TA
- import rozhodnutí EK o OP
- rozpis kategorizácie fondov EÚ
- export odhadu očakávaných výdavkov
- žiadosti o platbu na EK
- vyhlásenie o čiastočnom ukončení programu
- export opisu riadiacich a kontrolných systémov
- export výročných správ
- export záverečných správ
- export záverečnej platby
- vyrovnanie podľa pravidla $n+2$, $(n+3)$
- export neštruktúrovaných dát: NSRR
- import neštruktúrovaných dát: Rozhodnutia EK o NSRR, OP

Zabezpečenie komunikácie ITMS II a SFC 2007 je na úrovni systémov zabezpečené pomocou zaručeného elektronického podpisu, ktorý bude vydaný pre ITMS II.

Za identifikáciu užívateľov a klientskych systémov v rámci SFC 2007 zodpovedá v každom členskom štáte tzv. MS Liaison. Úlohu MS Liaison pre fondy ERDF, ESF a KF zastáva v SR zodpovedný zamestnanec CKO. Všetky žiadosti o prístup na webové rozhranie SFC 2007 a

zmenu prístupových práv sa posielajú CKO. Po formálnej a obsahovej kontrole žiadostí MS Liaison komunikuje s Európskou komisiou pri tvorbe a aktivovaní užívateľského konta. Prístupové heslá z Európskej komisie sa posielajú v dvoch častiach; jednu časť dostane priamo užívateľ, druhú časť MS Liaison.

9.6 Informovanie a publicita

V zmysle článku 69 všeobecného nariadenia členský štát a riadiaci orgán zabezpečia informovanie občanov a prijímateľov a publicitu o spolufinancovaných programoch s cieľom zdôrazniť úlohu Spoločenstva a zabezpečiť transparentnosť pomoci z fondov.

Na zabezpečenie informovania a publicity vypracuje riadiaci orgán komunikačný akčný plán (KAP) pre príslušný operačný program a do štyroch mesiacov od schválenia OP ho predloží EK. Pri implementácii KAP zabezpečí RO vykonávanie všetkých opatrení informovania a publicity v zmysle článkov 5 až 7 implementačného nariadenia.

Úlohy CKO v oblasti informovania a publicity:

- Vypracovať a implementovať Centrálny komunikačný akčný plán pre ŠF a KF (ďalej len „CKAP“) zahŕňajúci prierezové aktivity pre všetky operačné programy.
- Koordinovať a metodicky usmerňovať riadiace orgány v oblasti informovania a publicity.
- Byť kontaktným orgánom pre Európsku komisiu a komunikačné siete Spoločenstva a informovať riadiace orgány.

Úlohy RO pre OPZ v oblasti informovania a publicity:

- Vypracovať komunikačný akčný plán pre OP.
- Pri vypracovaní komunikačného akčného plánu a pri ostatných aktivitách informovania a publicity postupovať v súlade s metodikou CKO;
- Predložiť komunikačný plán Európskej komisii do 4 mesiacov od schválenia OP.
- Zahnúť oblasť publicity a informovania do výročných a záverečnej správy o vykonávaní OP.
- Informovať monitorovací výbor OP o pokroku implementácie komunikačného plánu, uskutočnených a plánovaných aktivitách.
- Zabezpečiť dodržiavanie ustanovení článku 8 implementačného nariadenia prijímateľom (povinnosť informovať verejnosť o pomoci poskytnutej zo fondov) uvedením týchto náležitostí v zmluve s prijímateľom.
- Zabezpečiť v zmysle čl. 5(3) implementačného nariadenia zapojenie ďalších orgánov do oblasti realizácie informovania a publicity.

Informačné opatrenia :

RO – MZ SR bude zodpovedať za vykonávanie národnej informačnej činnosti. Do aktivít na publicitu a informovanie budú v prípade potreby zapojené aj orgány regionálnej a miestnej úrovne.

Informačná stratégia je vyjadrením spôsobu, akým bude RO uvádzať do praxe Komunikačný plán. Ide o stratégiu a obsah opatrení v oblasti informovania a publicity, ktoré má prijať RO,

určené pre potenciálnych prijímateľov a verejnosť, v súvislosti s pridanou hodnotou pomoci Spoločenstva na štátnej, regionálnej a miestnej úrovni. Informačné opatrenia zahŕňajú :

- zabezpečenie prehľadnosti pre potenciálnych prijímateľov a prijímateľov,
- informovanie verejnosti.

Médiá a internet

RO zabezpečí informovanosť médií tým najvhodnejším spôsobom o činnostiach, ktoré sú spolufinancované zo strany EÚ prostredníctvom ŠF. S týmto cieľom budú realizované informačné opatrenia, najmä prostredníctvom regionálnych médií (tlač, rozhlas a televízia). Tieto princípy sa vzťahujú napr. na reklamné akcie, akými sú tlačové vyhlásenia alebo propagačné komuniké.

Pre lepšiu informovanosť širokého okruhu čitateľov sa plánuje publikovanie odborných článkov v novinách a časopisoch. Na začiatku programového obdobia sa budú publikovať články o jednotlivých programových dokumentoch, ich prioritách a opatreniach, články sa budú venovať sumarizácii aktivít a výsledkov z pomoci poskytnutej zo ŠF.

Ministerstvo zdravotníctva SR bude na stránke www.health.gov.sk.sk udržiavať a aktualizovať osobitnú informačnú sekciu s prehľadnými a podrobnými podkladmi pre širokú verejnosť. Sekcia bude obsahovať časť „Často kladené otázky“ (Frequently Asked Questions - FAQ). Za udržiavanie a aktualizovanie stránky je zodpovedný manažér informovanosti a publicity.

Informačné akcie

Počas programového obdobia sa budú vykonávať rôzne príležitostné akcie, ktoré budú slúžiť na propagáciu cieľov ŠF. Menovite použitie stánkov, vydávanie plagátov, účasť na veľtrhoch s cieľom vytvoriť a šíriť pozitívny obraz o pomoci zo ŠF.

Organizátori informačných akcií ako konferencie, semináre, veľtrhy, výstavy a pod., v spojení s realizáciou operácií čiastočne financovaných zo strany ŠF sa musia snažiť veľmi explicitne objasniť účasť EÚ (napr. vystavenie európskych vlajok v zasadacích miestnostiach, umiestnenie loga EÚ a loga OP/ŠF na dokumentoch).

Semináre budú poskytovať informácie o základných témach ŠF, vybraných podľa priorít politiky rozvoja ľudských zdrojov. Tieto semináre môžu byť vo forme regionálneho seminára prispievajúceho k povzbudeniu a podpore ŠF na regionálnej úrovni. Cieľom seminárov bude poskytovať informácie a propagovať možnosti pomoci zo ŠF. Komunikačný plán sa zaväzuje k uskutočňovaniu rôznych seminárov s rôznymi cieľmi a formami pre rozličné cieľové skupiny.

Informačné materiály

Publikácie o programoch alebo podobných opatreniach financovaných alebo spolufinancovaných zo ŠF, budú mať na titulnej strane jasné označenie účasti EÚ, vrátane vlajky EÚ a logo OP/ŠF tam, kde je použitý štátny znak alebo regionálny emblém. Vyššie uvedené princípy sa budú rovnako uplatňovať pri audiovizuálnom materiáli.

Letáky - publikácie ľahko prístupné širokej verejnosti. Je ľahko použiteľná a informuje o potenciálnej pomoci zo ŠF. Pozostáva z textu, v ktorom sú informácie členené do jednotlivých blokov.

Plagáty - RO zabezpečí umiestnenie plagátov prostredníctvom prijímateľov uvádzajúce príspevok únie a prípadne príspevok ŠF na budovách inštitúcií, ktoré vykonávajú opatrenia financované zo ŠF. Na plagátoch bude uvedené logo ŠF.

Oznámenie pre užívateľov - všetky oznámenia o pomoci pre užívateľov zaslané príslušnými orgánmi musia uviesť skutočnosť o spolufinancovaní Európskou úniou (prípadne môžu uviesť čiastku alebo percento pomoci).

Odborné publikácie

Príručka pre žiadateľa - manuál pre všetkých, ktorí si želajú uchádzať sa o informácie o pomoci poskytovanej zo ŠF. Táto príručka bude obsahovať informácie o programovom dokumente, právne zdroje a nariadenia, kontakty na príslušných manažérov a spôsob vypracovania žiadosti o poskytnutie NFP a spôsob financovania projektu. Príručka bude uverejnená aj na internetovej stránke MZ SR <http://www.health.gov.sk>.

Každý dokument, predmet či správa vytvorené so spolufinancovaním ŠF musia byť označené logom EÚ a OP a musí sa uviesť, že aktivita bola spolufinancovaná z ERDF.

Ďalšie informácie o možnostiach získania nenávratného finančného príspevku zo ŠF, ako aj plné znenie programových dokumentov a doplnkov programov je možné nájsť na internetovej stránke MZ SR www.health.gov.sk.

Vyhodnotenie publicity

Za vyhodnocovanie informačných a publikačných aktivít v zmysle nariadenia Rady (ES) č. 1083/2006 zodpovedajú monitorovacie výbory, ktoré budú neustále informovať médiá o napredovaní využívania pomoci. Monitorovacie výbory zvažia a schvália výročné a záverečné správy o vykonávaní podľa článku 65 nariadenia Rady (ES) č. 1083/2006, ktoré v súlade s článkom 67 uvedeného nariadenia musia obsahovať opatrenia prijaté na poskytovanie informácií o operačnom programe a jeho publicitu.

9.7 Typy projektov

OPZ bude implementovaný prostredníctvom dopytovo-orientovaných a národných projektov.

Jedným z národných projektov bude nákup mobilných mamografických jednotiek. Tento projekt predstavuje výrazný podiel riešenia prevencie a zachytávanie včasných štádií rakoviny prsníka.

Ďalším národným projektom bude projekt „Dobudovanie infraštruktúry Národnej transfúznej služby SR“, ktorý bude realizovaný prostredníctvom Národnej transfúznej služby SR, príspevkovej organizácie MZ SR, ktorá predstavuje významnú zložku zabezpečenia zdravotnej starostlivosti a ochrany zdravia obyvateľstva.

9.8 Finančné riadenie, kontrola a audit

Systém finančného riadenia štrukturálnych fondov a Kohézneho fondu zahŕňa komplex na seba nadväzujúcich a vzájomne prepojených podsystémov a činností, prostredníctvom ktorých sa zabezpečuje účinné finančné plánovanie, rozpočtovanie, účtovanie, výkazníctvo, platby prijímateľom, sledovanie finančných tokov a finančnú kontrolu a audit pri realizácii pomoci z ES.

Do systému finančného riadenia operačného programu sú zapojené nasledovné subjekty:

- riadiaci orgán,
- certifikačný orgán,
- platobná jednotka,
- orgán auditu.

Funkcie riadiaceho orgánu sú uvedené v časti 9.1.2.

Funkcie certifikačného orgánu vykonáva Ministerstvo financií SR. Certifikačný orgán predovšetkým zabezpečuje:

- koordináciu a metodické usmerňovanie vo vzťahu k finančnému riadeniu štrukturálnych fondov a Kohézneho fondu, vrátane koordinácie činnosti platobných jednotiek;
- zostavenie a zaslanie žiadostí o priebežné platby a záverečnú platbu na Európsku komisiu;
- predbežnú finančnú kontrolu súhrnnej žiadosti platobných jednotiek o platbu;
- certifikačné overenie na všetkých úrovniach finančného riadenia, vrátane prijímateľa pomoci, s cieľom ubezpečenia sa o postupoch riadiaceho orgánu, sprostredkovateľského orgánu pod riadiacim orgánom a platobných jednotiek;
- certifikáciu výkazu výdavkov na EK;
- príjem prostriedkov EÚ na osobitné mimorozpočtové účty MF SR;
- prevod finančných prostriedkov EÚ prijímateľovi pomoci prostredníctvom platobnej jednotky;
- zostavenie a predloženie odhadu očakávaných výdavkov pre príslušný a nasledujúci rok Európskej komisii na základe podkladov riadiacich orgánov každý rok do konca apríla;
- vedenie knihy dlžníkov;
- zostavenie a predloženie do 31. marca výkazu čiastok k 31. decembru predchádzajúceho roka, ktoré majú byť vrátené, v členení podľa rokov začatia konania;
- finančné opravy prostriedkov EÚ na základe požiadaviek Európskej komisie;
- vrátenie neoprávnene použitých alebo nevyužitých prostriedkov Európskej komisii, vrátane úrokov z omeškania;
- zavedenie jednotného systému účtovníctva pre certifikačný orgán a platobné jednotky (Informačného systému pre účtovanie fondov - ISUF);
- vedenie účtovníctva, výkazníctva a uschovávanie dokladov.

Funkcie platobnej jednotky zabezpečuje Oddelenie financovania a platieb projektov Sekcie financovania na Ministerstve zdravotníctva SR. Platobná jednotka predovšetkým zabezpečuje:

- posudzovanie žiadostí o platbu prijímateľov obdržaných od riadiaceho orgánu;
- prevod prostriedkov EÚ a štátneho rozpočtu na spolufinancovanie prijímateľom;
- vyplnenie a predkladanie súhrnných žiadostí o platbu a čiastkových výkazov výdavkov certifikačnému orgánu;
- vedenie účtovníctva, výkazníctva a uschovávanie dokladov;
- vedenie čiastkovej knihy dlžníkov.

Na Ministerstve zdravotníctva SR sú funkcie riadiaceho orgánu a platobnej jednotky zabezpečené samostatnými funkčne neprepojenými útvarmi vytvorenými v rámci Sekcie financovania.

Funkcie orgánu auditu zabezpečuje MF SR. Orgán auditu zabezpečuje hlavne:

- a) vypracovanie správy o výsledku posudku zavedenia systémov, podľa bodu 2 článku 71 nariadenia Rady (ES) č. 1083/2006;

- b) zabezpečenie, aby sa audity vykonávali s cieľom preveriť účinné fungovanie systému riadenia a kontroly operačného programu;
- c) zabezpečenie, aby sa audity operácií vykonávali na vhodnej vzorke, aby sa preverili deklarované výdavky;
- d) predloženie Komisii do deviatich mesiacov od schválenia operačného programu stratégie auditu, ktorý sa budú zaoberať subjektami vykonávajúcimi audity uvedenými v písmenách b) a c), použitou metódou, metódou výberu vzorky na audity operácií a orientačným plánom auditov, s cieľom zabezpečiť, aby sa auditu podrobili hlavné subjekty a aby boli audity počas celého programového obdobia rozvrhnuté rovnomerne. Ak sa uplatňuje spoločný systém pre viaceré operačné programy, možno predložiť jednu stratégiu auditu.
- e) do 31. decembra každého roku od roku 2008 do 2015 zodpovedá za:
 - i) predloženie Komisii výročnej kontrolnej správy, ktorá obsahuje nálezy auditov vykonaných počas predchádzajúceho 12-mesačného obdobia, ktoré sa končí 30. júna dotknutého roku, v súlade so stratégiou auditu operačného programu a uvádza nedostatky zistené v systémoch riadenia a kontroly programu. Prvá správa, ktorá sa predloží do 31. decembra 2008, sa vzťahuje na obdobie od 1. januára 2007 do 30. júna 2008. Informácie týkajúce sa auditov vykonaných po 1. júli 2015 sa zahrnú do záverečnej kontrolnej správy, ktorá je podkladom pre vyhlásenie o ukončení uvedené v písmene f);
 - ii) na základe kontrol a auditov, ktoré sa vykonali pod jeho vedením, vydanie stanoviska o tom, či systém riadenia a kontroly funguje dostatočne účinne na to, aby poskytol primeranú záruku, že výkazy výdavkov, ktoré sa predkladajú Komisii, sú správne, a na základe toho primeranú záruku, že príslušné transakcie sú zákonné a správne;
 - iii) predloženie v prípadoch stanovených v článku 88, vyhlásenia o čiastočnom ukončení, ktorým sa posudzuje zákonnosť a správnosť príslušných výdavkov. Ak sa na niekoľko operačných programov uplatňuje spoločný systém, môžu sa informácie uvedené v bode (i) spojiť do jednej správy a stanovisko a vyhlásenie vydané podľa bodov (ii) a (iii) môže zahŕňať všetky príslušné operačné programy;
- f) predloženie Komisii najneskôr do 31. marca 2017 vyhlásenia o ukončení, ktoré posudzuje platnosť žiadosti o záverečnú platbu a zákonnosť a správnosť príslušných transakcií zahrnutých do záverečného výkazu výdavkov, ktorý je doložený záverečnou kontrolnou správou.

Na Ministerstve financií SR sú funkcie zabezpečené organizačne neprepojenými útvarmi. Funkciu certifikačného orgánu plní Sekcia európskych a medzinárodných záležitostí Ministerstva financií SR, ktorá je organizačne podriadená 1. štátnemu tajomníkovi. Funkciu orgánu auditu plní Sekcia auditu a kontroly medzinárodných finančných zdrojov MF SR, ktorej generálny riaditeľ je v priamej riadiacej pôsobnosti ministra financií.

Ministerstvo financií SR ako Orgán auditu pripravilo Postupy pre audit štrukturálnych fondov, Kohézneho fondu a Európskeho fondu pre rybné hospodárstvo na roky 2007-2013 a v nadväznosti na tento materiál podpíše zmluvy s jednotlivými ministerstvami so špecifikovaním predmetu činnosti auditu, ktoré by mali zabezpečovať jednotlivé nezávislé útvary na ministerstvách a Správy finančnej kontroly. Tieto útvary budú vykonávať auditorské činnosti ako orgány konajúce v mene Orgánu auditu a budú sa riadiť metodikou určenou Ministerstvom financií SR.

Útvary musia byť nezávislé od útvarov poverených akýmikoľvek činnosťami spojenými s riadením, implementáciou alebo monitorovaním štrukturálnych fondov, Kohézneho fondu a

Európskeho fondu pre rybné hospodárstvo na roky 2007-2013, čo bude deklarované aj v opisoch systémov vzťahujúcich sa najmä na organizáciu a postupy orgánu auditu a všetkých ostatných orgánov, ktoré vykonávajú audit pod jeho vedením v nadväznosti na požiadavku Nariadenia (ES) č.1083/2006. Postupy pre audit štrukturálnych fondov, Kohézneho fondu a Európskeho fondu pre rybné hospodárstvo na roky 2007-2013 budú vo vláde SR schválené najneskôr do 30.11.2007.

Systém finančných tokov

Platby finančných prostriedkov EÚ sú z Európskej komisie prevedené na osobitný účet Certifikačného orgánu Ministerstva financií SR v Štátnej pokladnici v rámci záväzku, ktorý bol prijatý Európskou komisiou. Platby finančných prostriedkov ERDF prijímateľom sa realizujú prostredníctvom štátneho rozpočtu.

Finančné prostriedky EÚ a prostriedky štátneho rozpočtu na spolufinancovanie sú prijímateľom vyplácané prostredníctvom platobnej jednotky súčasne na základe zmluvy o poskytnutí nenávratného finančného príspevku v pomere stanovenom na projekt.

Platby prostriedkov EÚ a spolufinancovania zo štátneho rozpočtu prijímateľom uskutočňuje platobná jednotka v sume schválenej certifikačným orgánom na základe súhrnnej žiadosti o platbu v prípade systému refundácie. V prípade systému zálohových platieb, resp. predfinancovania, platby prijímateľom realizuje platobná jednotka vo výške schválených žiadostí o zálohové platby, resp. predfinancovania, bez predchádzajúceho súhlasu certifikačného orgánu.

Podrobný popis finančného riadenia je stanovený v Systéme finančného riadenia štrukturálnych fondov a Kohézneho fondu pre programové obdobie 2007 – 2013 schválenom uznesením vlády SR č. 835/2006 zo dňa 8. októbra 2006 a uverejnenom na www.finance.gov.sk.

Schéma č. 3: Schéma finančných tokov prostriedkov štrukturálnych fondov a Kohézneho fondu

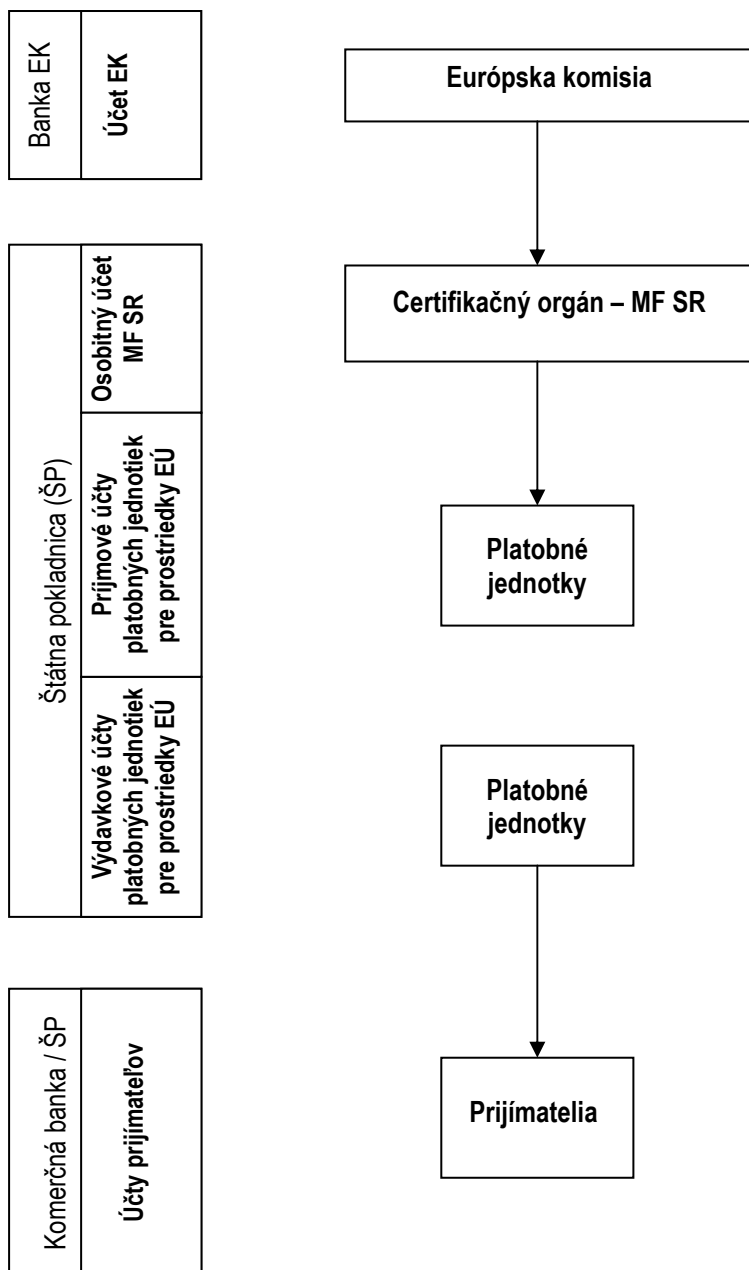
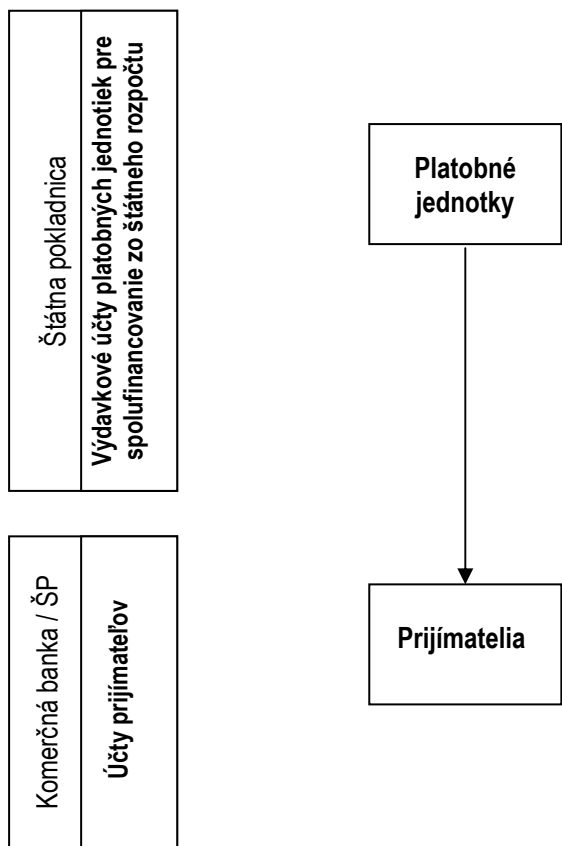


Schéma č. 4: Schéma finančných tokov národného spolufinancovania zo štátneho rozpočtu



10. Prílohy

Príloha č. 1.....	str. 151
<i>Zoznam skratiek</i>	
Príloha č. 2.....	str. 153
<i>Členovia pracovnej skupiny</i>	
Príloha č. 3.....	str. 154
<i>Stanovisko (číslo : 1839/07-3.4/gn) vydané Ministerstvom životného prostredia Slovenskej republiky podľa § 17 ods. 12 zákona č. 24/2006 Z. z. o posudzovaní vplyvov na životné prostredie a o zmene a doplnení niektorých zákonov</i>	
Príloha č. 4.....	str. 166
<i>Sieť ústavných zdravotníckych zariadení - nemocníc v Slovenskej republike</i>	
Príloha č. 5.....	str. 170
<i>Metodický prístup a kritéria pre výber inovačných a kohéznych pólov rastu</i>	
Príloha č. 6a.....	str. 176
<i>Póly rastu - ústavné zdravotnícke zariadenia, Západodoslovenský región NUTS II (ZS)</i>	
Príloha č. 6b.....	str. 182
<i>Póly rastu - ústavné zdravotnícke zariadenia, Stredodoslovenský región NUTS II (SS)</i>	
Príloha č. 6c.....	str. 186
<i>Póly rastu - ústavné zdravotnícke zariadenia, Východoslovenský región NUTS II (VS)</i>	
Príloha č. 6d.....	str. 190
<i>Póly rastu - ambulantné zdravotnícke zariadenia, Západodoslovenský región NUTS II (ZS)</i>	
Príloha č. 6e.....	str. 191
<i>Póly rastu - ambulantné zdravotnícke zariadenia, Stredodoslovenský región NUTS II (SS)</i>	
Príloha č. 6f.....	str. 192
<i>Póly rastu - ambulantné zdravotnícke zariadenia, Východoslovenský región NUTS II (VS)</i>	
Príloha č. 7.....	str. 193
<i>Pripomienky parterov k Operačnému programu Zdravotníctvo</i>	
Príloha č. 8.....	str. 197
<i>Popis jednotlivých diagnóz podľa kapitoly MKCH - 10</i>	
Príloha č. 9.....	str. 206
<i>Počet hospitalizácií obyvateľov SR podľa pohlavia a podľa kapitoly MKCH – 10 v rokoch 2000 – 2005</i>	
Príloha č. 10.....	str. 208
<i>Požiadavky na novú zdravotnícku techniku podľa regiónu a zamerania prístrojov na vybrané diagnózy</i>	