

Formulár zámeru národného projektu

Názov národného projektu: Zdravé komunity 2B

1. Zdôvodnite čo najpodrobnejšie prečo nemôže byť projekt realizovaný prostredníctvom výzvy na predkladanie žiadostí o NFP?

(napr. porovnanie s realizáciou prostredníctvom dopytovo orientovaného projektu vzhľadom na efektívnejší spôsob napĺňania cieľov OP, efektívnejšie a hospodárnejšie využitie finančných prostriedkov)

Jedná sa o špecifickú, nekomerčnú, verejnú aktivitu/politiku, ktorú je potrebné realizovať vo veľkom rozsahu, koncepčne a systematicky. Realizácia projektu je z pohľadu úspory a rozsahu najefektívnejším a najhospodárnejším riešením. Projekt je nevyhnutné realizovať subjektom resp. subjektmi, ktoré disponujú odbornými vedomosťami, skúsenosťami, kompetenciami a ľudskými zdrojmi priamo v MRK. Aktivita je komplementárna k ďalším zásadným strategickým aktivitám.

V porovnaní s inými formami implementácie, napr. prostredníctvom dopytovo orientovaného projektu je Národný projekt jednoznačne efektívnejšia forma a to z nasledovných dôvodov:

- *Jeden zamestnávateľ;*
- *Jednotné riadenie a metodika;*
- *Prehľadná a efektívna organizačná štruktúra;*
- *Účinný systém zabezpečenia kontroly;*
- *Transparentnosť;*
- *Eliminovanie finančných rizík pre niekoľkých prijímateľov;*
- *Prehľadná a jednotná odpočítateľnosť merateľných ukazovateľov a plnenia vytyčených strategických úloh;*
- *Možnosť účinnejšie reflektovať výstupy z aktivít NP prostredníctvom predkladania návrhov systémových opatrení na koncepcnej aj legislatívnej úrovni;*

Vzhľadom na výrazné špecifiká projektu (cieľová skupina, oblasť zdravia a podpory prístupu k zdravotným službám), históriu programu (vždy centrálnu) a plány udržateľnosti (súčasť verejnej správy), je najlogickejšie, aby mal projekt centralizovaný charakter. Deliť projekt na niekoľko menších regionálnych projektov by vzhľadom na vyššie uvedené charakteristiky bolo značne neefektívne, neekonomické, neúčelné a nelogické. Predkladaný Zámer národného projektu („ZNP“) zohľadňuje aktuálne podmienky v cieľových lokalitách, ktoré sú dôkladne zmapované v rámci profilov lokalít zameraných na stanovenie zdravotných potrieb MRK.

2. Príslušnosť národného projektu k relevantnej časti operačného programu

Prioritná os	5. Integrácia marginalizovaných rómskych komunít
Investičná priorita	5.1 Sociálno-ekonomická integrácia marginalizovaných komunít, akou sú Rómovia
Špecifický cieľ	5.1.3 Podporiť prístup k zdravotnej starostlivosti a verejnému zdraviu vrátane preventívnej zdravotnej starostlivosti, zdravotníckej osvetu a k zlepšeniu štandardov hygieny bývania
Identifikácia hlavnej aktivity v zmysle OP ĽZ	Podpora systematického poskytovania služieb a asistencie prostredníctvom programu komunitných pracovníkov v oblasti zdravotnej výchovy v obciach s prítomnosťou separovaných a segregovaných MRK Podpora programov zdravotno-výchovnej osvetu obyvateľov segregovaných a separovaných rómskych osídlení a lokalít zameraných na oblasti ako napr.: osobná hygiena a starostlivosť o vlastné zdravie výchova k rodičovstvu ochrana sexuálneho a reprodukčného zdravia, starostlivosť o dieťa, prevencia

	<p>infekčných ochorení manipulácia s potravinami, ochrana životného prostredia, prevencia úrazov a nehôd a pod.</p> <p>Podpora programov zameraných na zabezpečenie minimálnych hygienických štandardov v obciach s prítomnosťou MRK</p>
Miesto realizácie projektu (na úrovni kraja)	Trnavský samosprávny kraj; Trenčiansky samosprávny kraj; Žilinský samosprávny kraj; Prešovský samosprávny kraj; Banskobystrický samosprávny kraj; Košický samosprávny kraj; Nitriansky samosprávny kraj.
Identifikácia hlavných cieľových skupín (ak relevantné)	<p>Hlavné cieľové skupiny:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Príslušníci a obyvatelia z MRK;

3. Prijímateľ¹ národného projektu

Dôvod určenia prijímateľa národného projektu ²	<p>Prijímateľom národného projektu Zdravé komunity 2B bude štátna príspevková organizácia Zdravé regióny, ktorá bola založená na základe Zriaďovacej listiny zo dňa 1.12.2016.</p> <p>Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky v zmysle §21 ods. 5 písm. b) Zákona Národnej rady Slovenskej republiky č. 523/2004 Z.z. o rozpočtových pravidlách verejnej správy a o zmene a doplnení niektorých zákonov a v súlade s §45 zákona č. 576/2004 Z.z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov, vydalo rozhodnutie o zriadení štátnej príspevkovej organizácie Zdravé regióny, na ktorú boli prenesené úlohy a kompetencie:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. v zmysle § 19 písm. b) ochrana zdravia, Zákona o organizácii činnosti vlády a organizácii ústrednej štátnej správy č. 575/2001 Z.z. Uvedená kompetencia v rámci aktivít projektu je vymedzená na úrovni ochrany zdravia formou realizácie osvedy, výchovy, poradenstva ako nástrojov ochrany zdravia na úrovni MRK. 2. v § 45 písm. a) vypracúva návrhy zásadných smerov a priorít rozvoja štátnej zdravotnej politiky, d) riadi celoštátne programy zamerané na ochranu, zachovanie a navrátenie zdravia, Zákona č. 576/2004 Z.z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov. 3. v zmysle §4 ods. 1 a) určuje zásadné smery a priority štátnej zdravotnej politiky na úseku verejného zdravia a predkladá ich na schválenie vláde Slovenskej republiky, §12 ods. 1 a) opatrenie na predchádzanie vzniku a šíreniu prenosných ochorení, b) opatrenie na
---	---

¹ V tomto dokumente je používaný pojem prijímateľ a žiadateľ. Je to tá istá osoba, no technicky sa žiadateľ stáva prijímateľom až po podpísaní zmluvy o NFP.

² Jednoznačne a stručne zdôvodnite výber prijímateľa NP ako jedinečnej osoby oprávnenej na realizáciu NP (napr. odkaz na platné predpisy, operačný program, národnú stratégiu, ktorá odôvodňuje jedinečnosť prijímateľa NP).

	<p>predchádzanie vzniku iných hromadne sa vyskytujúcich ochorení a iných porúch zdravia a na ich obmedzenie Zákona o ochrane, podpore a rozvoji verejného zdravia a o zmene a doplnení niektorých zákonov č. 355/2007 Z.z.</p> <p>4. v Zriaďovateľskej listine uvedené ako „Základným poslaním príspevkovej organizácie Zdravé regióny je zlepšiť využívanie služieb zdravotnej starostlivosti príslušníkmi marginalizovaných komunit, sprístupniť a poskytnúť zdravotnú osvetu, výchovu, poradenstvo komunitnými pracovníkmi – asistentmi osvetu zdravia pracujúcimi priamo v teréne a systematickým mapovaním a cíelením zberom údajov, prispieť k posilneniu informovanosti a prehĺbeniu spolupráce s relevantnými inštitúciami.“</p>
Má prijímateľ osobitné, jedinečné kompetencie na implementáciu aktivít národného projektu priamo zo zákona, osobitných právnych predpisov, resp. je uvedený priamo v príslušnom operačnom programe?	Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky má špecifické postavenie z titulu orgánu štátnej správy a na základe zákonov, tzn. v ich medziach môže vydávať všeobecne záväzné právne predpisy.
Obchodné meno/názov (aj názov sekcie ak relevantné)	Zdravé regióny
Sídlo	Limbová 2, 83101 Bratislava – mestská časť Nové Mesto
IČO	50626396

4. Partner, ktorý sa bude zúčastňovať realizácie národného projektu (ak relevantné)

Zdôvodnenie potreby partnera národného projektu (ak relevantné) ³	N/A
Kritériá pre výber partnera ⁴	N/A
Má partner monopolné postavenie na implementáciu týchto aktivít? (áno/nie) Ak áno, na akom základe?	N/A
Obchodné meno/názov	N/A
Sídlo	N/A
IČO	N/A

V prípade viacerých partnerov, doplňte údaje za každého partnera.

5. Predpokladaný časový rámec

Dátumy v tabuľke nižšie nie sú záväzné, ale predstavujú vhodný a žiadúci časový rámec pre zabezpečenie procesov, vedúcich k realizácii národného projektu.

Dátum vyhlásenia vyzvania vo formáte Mesiac/Rok	06/2019
Uveďte plánovaný štvrťrok podpísania zmluvy o NFP s prijímateľom	03/2019
Uveďte plánovaný štvrťrok spustenia realizácie projektu	01/2020
Predpokladaná doba realizácie projektu	36

³ Uveďte dôvody pre výber partnerov (ekonomickí, sociálni, profesijní...). Odôvodnite dôvody vylúčenia akejkoľvek tretej strany ako potenciálneho realizátora.

⁴ Uveďte, na základe akých kritérií bol partner vybraný, alebo ak boli zverejnené, uveďte odkaz na internetovú stránku, kde sú dostupné. Ako kritérium pre výber - určenie partnera môže byť tiež uvedená predchádzajúca spolupráca žiadateľa s partnerom, ktorá bude náležite opísaná a odôvodnená, avšak nejde o spoluprácu, ktorá by v prípade verejných prostriedkov spadala pod pôsobnosť zákona o VO.

v mesiacoch	
-------------	--

6. Finančný rámec

Alokácia na vyzvanie (zdroj EÚ a SR)	15 825 195,33 €
Celkové oprávnené výdavky projektu	15 825 195,33 €
Vlastné zdroje prijímateľa	0 €

7. Východiskový stav

a. Uveďte východiskové dokumenty na regionálnej, národnej a európskej úrovni, ktoré priamo súvisia s realizáciou NP:

Východiskové strategické dokumenty EÚ:

- Európa 2020 - Stratégia na zabezpečenie inteligentného, udržateľného a inkluzívneho rastu;
- Odporúčanie Rady o účinných opatreniach na integráciu Rómov v členských štátoch - 2013/C 378/01
- Závery Rady o hospodárskej kríze a zdravotnej starostlivosti;
- Rámec EÚ pre vnútroštátne stratégie integrácie Rómov do roku 2020;
- Závery Rady o výžive a fyzickej aktivite.

Strategické dokumenty SR:

- Národný program podpory zdravia
- Základné tézy koncepcie politiky vlády SR v integrácii rómskych komunít;
- Národný program reforiem Slovenskej republiky 2011-2014;
- Program podpory zdravia znevýhodnených komunít na Slovensku - 1. etapa – Program podpory zdravia znevýhodnenej rómskej komunity na roky 2007-2008;
- Program podpory zdravia znevýhodnených komunít na Slovensku na roky 2009-2015 - Druhá etapa programu;
- Národný akčný plán Slovenskej republiky k Dekáde začleňovania rómskej populácie 2005-2015;
- Revidovaný národný akčný plán Dekády začleňovania rómskej populácie 2005 – 2015 na roky 2011-2015
- Stratégia Slovenskej republiky pre integráciu Rómov do roku 2020.
- Uznesenie vlády SR č. 87/2017 k Aktualizovaným akčným plánom Stratégie Slovenskej republiky pre integráciu Rómov do roku 2020 na roky 2016 - 2018 pre oblasti: D.2.1 Oblasť vzdelávania, D.2.2 Oblasť zamestnanosti, D.2.3 Oblasť zdravia, D.2.4 Oblasť bývania a nový akčný plán pre oblasť D.2.5 Oblasť finančného začlenenia.
- Uznesenie vlády SR č. 456/2017 k návrhu finančnej stabilizácie programu zameraného na podporu zlepšovania zdravia obyvateľov marginalizovaných rómskych komunít najmä v 150 obciach identifikovaných v pásme indexu podrozvinutosti prostredníctvom projektu Zdravé komunity na roky 2015 až 2022 a jeho dlhodobej udržateľnosti a vypracovanie Stratégie vyrovnávania rozdielov v zdravotnom stave medzi Rómami a väčšinovou populáciou
- Uznesenie vlády SR č. 25/2019 zo 17. januára 2019 k Aktualizovaným akčným plánom Stratégie Slovenskej republiky pre integráciu Rómov do roku 2020 na roky 2019 - 2020 pre oblasti: D.2.1 Oblasť vzdelávania, D.2.2 Oblasť zamestnanosti, D.2.3 Oblasť zdravia, D.2.4 Oblasť bývania a D.2.5 Oblasť finančného začlenenia

b. Uveďte predchádzajúce výstupy z dostupných analýz, na ktoré nadväzuje navrhovaný zámer NP (štatistiky, analýzy, štúdie,...):

Zdravotný stav populácie žijúcej v marginalizovaných rómskych komunitách (MRK) je v porovnaní s majoritnou populáciou výrazne horší [1-3]. Očakávaná dĺžka života pri narodení je v MRK pri porovnaní s ostatnou populáciou približne o 6-10 rokov nižšia [4] a dožičenská úmrtnosť niekoľkonásobne vyššia [5-7]. Obyvatelia MRK v priebehu celého života častejšie trpia prenosnými aj neprenosnými ochoreniami, vrátane závažných zranení [8-20]. Bezprostrednými príčinami tohto neakceptovateľného stavu sú pretrvávajúce zlé životné materiálne podmienky na úrovni domácnosti i komunít, zlá životospráva, psychosociálne faktory a nedostatočné využívanie zdravotnej starostlivosti

[20-38]. Tieto príčiny sú udržiavané komplexným a dlhodobým sociálnym vylúčením (priestorová segregácia na environmentálne exponovaných miestach, s chýbajúcim alebo nedostatočným napojením na komunitnú infraštruktúru obcí, segregácia a diskriminácia vo vzdelávacích inštitúciách, zdravotníckych zariadeniach i na trhu práce) a súvisiacou medzigeneračnou chudobou (nízka úroveň vzdelania, príjmov a dlhodobá nezamestnanosť). Tieto vzájomne sa ovplyvňujúce faktory vedú k nízkej zdravotnej gramotnosti, zdravotnému uvedomeniu, nezdravému životnému štýlu a vysokej psychosociálnej záťaži (vysoká miera finančnej neistoty, kriminality, gamblingu, fajčenia, časté násilie a pod.) [2, 21, 23-27, 31-34, 37, 39-44].

Systematická a sústavná osvetová, prevenčná a asistenčná práca na komunitnej úrovni sa, podobne ako inde v strednej a východnej Európe [45-47], na Slovensku príkladne osvedčila ako úspešná cesta vyvíjania a poskytovania konkrétnych riešení nielen ohľadne bezprostredných príčin (asistencia a edukácia ohľadne prekonávania bariér v prístupe k starostlivosti, osвета a motivácia ohľadne vlastnej starostlivosti o zdravie, prekonávanie psychosociálnych kríz, spolupráca so samosprávami a RÚVZ pri riešení epidemiologických kríz, spolupráca s pediatriami ohľadne očkovania a pod.), ale i vo vzťahu k miestnym štrukturálnym podmienkam (spolupráca s RÚVZ a samosprávami pri riešení a predchádzaní problémov s infraštruktúrou v komunitách – pripojeniami k zdrojom pitnej vody, k elektrine, funkčnej kanalizácii, verejnému osvetleniu, schémam odvozu odpadu, apod., a ďalej spolupráca s ostatnými poverenými inštitúciami pri riešení socioekonomických problémov spojených s extrémnou chudobou či ochranou práv detí)[48-51].

c. Uved'te, na ktoré z ukončených a prebiehajúcich národných projektov⁵ zámer NP priamo nadväzuje, v čom je navrhovaný NP od nich odlišný a ako sú v ňom zohľadnené výsledky/dopady predchádzajúcich NP (ak relevantné):

V období október 2014 – december 2015 bol projekt Zdravé komunity ako národný projekt (NP ZK) financovaný z OP Zamestnanosť a sociálna inklúzia (programové obdobie 2007 – 2013) realizovaný neziskovou organizáciou Zdravé komunity. Riadiacim orgánom bolo MPSVaR.

V roku 2016 projekt pokračoval v systematickej práci najmä v oblasti prístupu k zdravotnej starostlivosti a úzkej spolupráce s poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti. Projekt aj v tomto roku realizovala nezisková organizácia, pričom financovanie tvorili v plnom rozsahu prostriedky štátneho rozpočtu, ktoré vyčlenila vláda Slovenskej republiky. Vďaka tomuto kľúčovému rozhodnutiu sa podarilo zachovať potrebnú kontinuitu, zhodnotiť investované finančné prostriedky (zo súkromných a verejných zdrojov) do systematického rozvoja programu a zabrániť regresnej situácii, ktorú by spôsobila medzera vo financovaní projektu zo zdrojov EÚ.

V roku 2017 sa prostredníctvom príspevkovej organizácie Zdravé regióny založenej v decembri 2016 pod gesciou Ministerstva zdravotníctva SR vytvoril centrálny nástroj na realizáciu komplexného, dlhodobého riešenia situácie znevýhodnených skupín v oblasti zdravia na národnej úrovni. Cieľom organizácie je realizovať opatrenia a programy, ktoré budú mať zásadný vplyv na znižovanie rozdielov v zdraví medzi MRK a majoritnou populáciou a súčasne prinesú výrazné zlepšenie v oblasti prístupu k zdravotným službám, informáciám, prispievajú k zvýšeniu zdravotnej gramotnosti a zodpovednosti jednotlivcov za svoje zdravie a taktiež k integrácii vylúčených skupín obyvateľstva do spoločnosti. Príspevková organizácia ZR v období od 1.1.2017 – 31.12.2019 realizuje súčasný Národný projekt Zdravé komunity 2A, na ktorý predkladaný zámer NP ZK 2B priamo nadväzuje.

Hlavným cieľom prebiehajúceho projektu NP ZK 2A je zlepšenie situácie obyvateľov marginalizovaných rómskych komunít (MRK) už explicitne v celej oblasti sociálnych determinantov zdravia (SDZ, teda nie už len prostredníctvom asistencie pri prekonávaní bariér v prístupe k starostlivosti a osvety). Hlavnou aktivitou projektu však naďalej zostala realizácia a ďalší rozvoj práce na komunitnej úrovni - zdravotnej mediácie v MRK. V súčasnosti (január 2019) v projekte pracuje 246 asistentov osvedy zdravia, 24 koordinátorov asistentov osvedy zdravia a osem asistentov osvedy zdravia v prostredí nemocníc. Projekt svojimi činnosťami pokrýva 263 lokalít v siedmich

⁵ V prípade ak je to relevantné, uvedte aj ukončené národné projekty z programového obdobia 2007-2013.

krajoch Slovenska a jeho aktivity majú priamy pozitívny odpad na viac ako 200 000 obyvateľov MRK.

Vo svojej súčasnej podobe projekt predstavuje výrazne najrozvinutejšiu mediačnú aktivitu v oblasti zlepšovania podmienok pre zdravie v celej strednej a východnej Európe. Projekt je výnimočný aj vďaka niekoľkým jedinečným konceptuálnym prvkom ako napr.: prevádzková nezávislosť na obciach, dôsledné najímanie terénnych pracovníkov spomedzi obyvateľov cieľových MRK lokalít, rozvinutý, intenzívny a štruktúralne jednotný spôsob priebežného vzdelávania zamestnancov na pozíciách AOZ a KAOZ, dôraz na budovanie miestnych kapacít, aktívny záujem a spolupráca na externej odbornej evaluácii a stanovení zdravotných potrieb na lokálnej úrovni [45, 46, 48, 51].

V období 2017 - 2019 sa v rámci projektu realizujú dve úlohy, ktoré tvoria prvú fázu externej evaluácie dopadov intervencií projektu - 1) Stanovenie zdravotných potrieb v cieľových MRK 2) vstupné meranie pre evaluáciu dopadov projektu. Aj v rámci čiastkových výstupov uvedených úloh, aj ďalších odborných výstupov je možné konštatovať daný stav.

NP ZK 2B opäť priamo nadväzuje na úspešne prebiehajúcu systematickú mediačnú činnosť na komunitnej úrovni priamo v MRK, no i na uvedené úlohy rozvoja. Ultimatívnym cieľom úloh rozvoja projektu je pripraviť program Zdravé komunity do kondície, ktorá ho umožní štátnej správe adoptovať ako bezprecedentne rigorózne vyhodnotený, funkčný a kvalifikovaný centrálny nástroj na riešenie dlhodobo zanedbávanej a zhoršujúcej sa situácie v MRK na úrovni komunitnej práce, t.j. ako terénne kapacity systému verejného zdravotníctva SR v MRK.

Skúsenosti a výstupy z NP ZK 2A plánujeme v rokoch 2020 – 2022 zohľadniť konkrétnejšie v nasledujúcich oblastiach:

Zvýšenie kvality a efektu poskytovaných mediačných služieb prostredníctvom adresného nastavenia intervenčných aktivít v cieľových MRK

Najvýznamnejším podkladom z NP ZK 2A bude výstup zo spomínaného „Systematického stanovenia zdravotných potrieb v cieľových MRK“. Ten poskytne profily SDZ cieľových lokalít. Na základe týchto profilov bude možné adresnejšie nastaviť základné intervencie (a tým zvýšiť ich kvalitu i efekt). Stanovenie zdravotných potrieb navyše umožní presnejšie stanoviť kľúčové problémy i na regionálnej a národnej úrovni.

Zvýšený dôraz na primárnu prevenciu a zlepšovanie podmienok pre zdravie

Na základe čiastkových výstupov z terénneho výskumu pre NP ZK 2A je zrejmé, že pri súčasných kapacitách AOZ, program nemôže mať dostatočný vplyv na samotné podmienky pre zdravie v MRK (s významnou výnimkou miery preočkovanosťi u detí). Dané kapacity AOZ sa vzhľadom na zlý zdravotný stav obyvateľov MRK sústredia najmä na pomoc s navigáciou zdravotným systémom ľuďom, ktorí už sú chorí. Pracovná náplň AOZ je, podľa výsledkov predbežných zistení, orientovaná primárne viac klinickým smerom. Z uvedeného dôvodu je možné predpokladať, že plánované exaktné výstupy, zamerané na odhad problémov v oblasti podmienok pre zdravie v cieľových MRK, budú odporúčať smerovať kapacity NP ZK vo vyššej miere k riešeniu štruktúralnejších problémov a navýšeniu počtu AOZ vo veľkých lokalitách s kumulovanými problémami.

Zvýšenie počtu AOZ vo výnimočne veľkých a komplikovaných lokalitách a v lokalitách, kde aktivity zatiaľ neboli realizované

Vo výnimočne veľkých a problémových lokalitách (vysoký počet obyvateľov, kde je dlhodobo evidovaný zlý zdravotný stav populácie, často sa vyskytujúce epidémie, zanedbaná primárna prevencia – povinné očkovanie ako aj ďalšie) AOZ vykonávajú často iba sanáciu kritického zdravotného stavu veľkého počtu obyvateľov MRK. Z týchto dôvodov je pre plnenie hlavných cieľov projektu – podporu zdravia v MRK - potrebné takéto lokality posilniť vyšším počtom AOZ. Rovnako aj rozšíriť zoznam oprávnených území.

Rozšírenie zoznamu oprávnených území

Ďalšou plánovanou zmenou je zvýšenie počtu oprávnených území o lokality, v ktorých sa aktivity projektu zatiaľ nerealizovali a sú súčasťou Atlasu rómskych komunít. Rozšírenie zoznamu oprávnených území bude realizované aj na základe interného prieskumu NP ZK 2A na úrovni

oblastných skupín v spolupráci s poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti. Zohľadnené bude aj odporúčanie Úradu verejného zdravotníctva SR. Odporúčanie obsahuje zoznam lokalít s nízkym hygienickým štandardom a výskytom infekčných a iných ochorení.

Zoznam oprávnených území plánujeme rozšíriť a vytvoriť tak viac flexibilné podmienky pre realizáciu hlavnej aktivity. Flexibilita v tomto prípade znamená, že prijímateľ bude mať možnosť realizovať aktivity v lokalitách, ktoré sú súčasťou Atlasu rómskych komunít a o ich zapojení sa bude rozhodovať na základe reálnej a aktuálnej potreby. Zoznam oprávnených území by mal mať odporúčací charakter. To či daná lokalita bude zapojená do projektu zhodnotí prijímateľ na základe aktuálnych informácií o situácii v lokalitách. Zhodnotenie bude pozostávať z dvoch zdrojov - komunikácie s relevantnými inštitúciami (lekármi a zdravotníckymi pracovníkmi, RÚVZ, ÚSVRK, samosprávy, miestne organizácie) a vlastných zisťovaní koordinátormi pod vedením expertov. Spolu 66 obcí a miest, ktoré neboli súčasťou oprávnených území NP ZK 2A a sú súčasťou Atlasu rómskych komunít, bolo výsledkom mapovania ďalších relevantných území, do ktorého bolo zapojených celkom 14 Regionálnych úradov verejného zdravotníctva a 11 koordinátorov Národného projektu v mesiacoch január - február 2019.

Vytvorenie novej intervenčnej úrovne pre výnimočne veľké lokality a lokality s kumulovanými problémami

Podľa predbežných zistení čiastkového výstupu z terénneho výskumu pre NP ZK 2A sa výnimočne veľké MRK – bez ohľadu na mieru ich rurálnosti či urbánosti – vyznačujú aj omnoho vyšším počtom vzájomne previazaných problémov naprieč všetkými dimenziami známych SDZ, ktoré tam ďalej zväčša trvajú historicky omnoho dlhšie, a postihujú omnoho väčšie časti miestneho obyvateľstva. Ďalej, v takýchto lokalitách býva na rozdiel od menších omnoho citeľnejšia rezignácia miestneho obyvateľstva, a to aj mimo prostredia MRK, vrátane miestnych úradníkov a ďalších relevantných profesionálov. Navyše, táto rezignácia sa na takýchto miestach prejavuje nielen ignoranciou problémov, ale i sklonom k represívnym opatreniam, ktoré miestne vzťahy a situáciu z dlhodobého hľadiska ešte viac akcelerujú a ďalej zhoršujú. Predbežné súvisiace odporúčanie preto uvádza, že zatiaľ čo v bežne malých lokalitách by na zvýšenie pozitívneho intervenčného efektu na podmienky pre zdravie malo stačiť aj mierne upravenie dôrazu intervenčných aktivít na primárnu prevenciu v lokalitách výnimočne veľkých bude potrebné pridať, ešte aj nový prístup - intervenciu zameranú na koordinovanú mobilizáciu miestnych aktérov a miestnych verejných mienok v prospech komplexnejších rozvojových aktivít. Za týmto účelom preto navrhujeme zriadenie novej pozície. Pod výnimočne veľkými rozumieme MRK s počtom obyvateľov nad 1000, pod bežne malými rozumieme MRK s počtom obyvateľov približne do 400. Konkrétne určenie presných veľkostí príslušnosti jednotlivých lokalít do daných kategórií v súčasnosti prebieha v rámci prvej fázy externej evalvácie dopadov NP ZK 2A a bude súčasťou projektovej žiadosti.

Navrhovaný názov novej pozície je: Manažér rozvoja podmienok pre zdravie.

Vzdelávací program zohľadňujúci odporúčania a potrebu orientácie na primárnu prevenciu pre cieľovú skupinu a zlepšenie podmienok pre zdravie v MRK

Potvrdilo sa, že kľúčovým nástrojom projektu sú ľudské zdroje, ktoré žijú a pôsobia priamo v MRK. Cielené budovanie ľudských zdrojov a ich profesionálny rast bude naďalej zabezpečovaný prostredníctvom realizácie vzdelávacích aktivít, ktoré budú prebiehať počas celej realizácie projektu. Dôraz vzdelávacích aktivít bude kladený na primárnu prevenciu a aktivity smerujúce k zlepšovaniu podmienok pre zdravie. V rámci vzdelávacieho programu Terénna zdravotná mediácia II. budú vzdelávacie aktivity priamo nadväzovať na predchádzajúci vzdelávací program (Terénna zdravotná mediácia I.) pričom zohľadnia odporúčania z externého hodnotenia a výsledky stanovenia zdravotných potrieb, ako aj ďalšie cenné skúsenosti z obdobia 2017 – 2019. V rámci vzdelávania plánujeme posilniť supervíziu pre všetky projektové úrovne ako aj pokračovať v špecializovaných vzdelávacích aktivitách.

V poslednom roku realizácie projektu (2022) bude vytvorený Komplexný vzdelávací program, ktorý bude vychádzať z dobrej praxe vzdelávacích aktivít v rámci doteraz realizovaných Národných projektov (10/2014 – 12/2022) zameraných na zdravotnú mediáciu v MRK. Jeho cieľom bude zjednotiť a štandardizovať metodológiu vzdelávania Asistentov osvetu zdravia.

Zvýšenie počtu asistentov podpory zdravia v nemocniciach

Pozícia Asistenta osvetu zdravia v prostredí nemocníc (2017 – 2019) sa v zapojených nemocničných zariadeniach, kde je doplnkovou službou pri práci s Rómami z marginalizovaného prostredia (MRK), osvedčila pozitívnymi výsledkami. Od apríla 2018 pôsobí 8 Asistentov osvetu zdravia v 5 nemocničných zariadeniach na východnom Slovensku, prioritne na gynekologicko-pôrodných oddeleniach, oddeleniach šestonedelia a pôrodných sál ako aj na pediatrických oddeleniach. Asistentky majú ukončené stredoškolské vzdelanie, skúsenosti v práci s MRK a ovládajú rómsky jazyk. Sú nápomocní Rómom z marginalizovaného prostredia a nemocničnemu personálu pri preklenovaní komunikačných a kultúrnych bariér, v dôsledku ktorých vznikajú na menovaných oddeleniach rôzne nedorozumenia a napäté situácie, ako aj pri preklenovaní problémov súvisiacich s nedôverou voči inštitúciám, nízkou zdravotnou gramotnosťou, ako napr. nepripravenosť na rodičovstvo, zanedbaný zdravotný stav budúcich matiek, nedostatok hygienických návykov, zanedbaný zdravotný stav detí, nevyzdvihnutie detí z nemocníc, úteky z nemocníc, nevedomosť o sexuálnom a reprodukčnom zdraví a mnohé iné.

Cieľom pokračovania a ďalšieho rozvoja aktivity je rozšíriť dobrú prax do ďalších zariadení a zistiť, či sa pozícia AOZ v nemocničných zariadeniach má potenciál inštitucionalizovať. Pozíciu plánujeme rozšíriť vzhľadom na požiadavku, ktorá vychádza z praxe a aktuálnych potrieb ako aj a údajov o TBC (80 % všetkých nakazených tuberkulózou tvoria obyvatelia MRK, podiel rómskych detí na prípadoch detskej tuberkulózy tvorí 95 %, I. Solovič 2017) do Národného ústavu detskej tuberkulózy a respiračných chorôb v Dolnom Smokovci a Národného ústavu tuberkulózy, pľúcnych chorôb a hrudníkovej chirurgie Vyšné Hágy. Plánovaný počet osôb v období 2020 – 2022.

Zároveň plánujeme pôsobením AOZvN aj naďalej zlepšovať prístup MRK ku kvalitnej zdravotnej starostlivosti, chrániť a podporovať zdravie a prevenciu chorôb, podporovať zdravý životný štýl a zlepšovanie životných podmienok a týmto spôsobom znížiť rozdiely v zdraví medzi MRK a väčšinou populáciou.

Pozícia Asistenta osvetu zdravia v prostredí nemocníc naplňuje súvisiace úlohy akčného plánu vládneho dokumentu *Stratégie pre integráciu Rómov do roku 2020*, ktoré počítajú s rozšírením tejto pozície. Tento dopyt, ako aj pozitívne informácie zo strany partnerských nemocníc a samotnej cieľovej skupiny, ale i záujem iných nemocníc o túto pozíciu sú pre nás motiváciou pre rozšírenie aktivity implementácie Asistentov osvetu zdravia aj do iných nemocničných zariadení, kde je takáto doplnková služba potrebná.

Vyhodnotenie dopadov NP ZK

Aktivita bude priamo nadväzovať na vyššie predstavené aktivity rozvoja (A a B) z predchádzajúcej projektovej fázy 2017 – 2019. Jej hlavným cieľom bude poskytnúť spoľahlivé kvantitatívne dôkazy o účinnosti intervenčných aktivít NP ZK (celkovej, regionálnej, i na úrovni jednotlivých cieľových lokalít) v zmysle vylepšovania podmienok pre zdravie, a jednak informácie o faktoroch, ktoré túto účinnosť ovplyvňujú. Účinnosť intervencií bude zisťovaná porovnaním kvantitatívnych údajov o úrovni podmienok pre zdravie v cieľových lokalitách a v lokalitách kontrolných (kde NP ZK nepôsobil, resp. pôsobil omnoho kratšie) z roku 2019 (výstupy z úloh A a B) s kvantitatívnymi údajmi v tých istých lokalitách získaných v roku 2022. Výstup z tejto úlohy bude zároveň predstavovať ďalší, aktualizovaný, systematický odhad potrieb v cieľových lokalitách v danom období, ktorý bude využitý na prípadné ďalšie úpravy a na plánovanie intervencií a iných aktivít NP ZK – vychádzajúc z aktuálnych reálnych potrieb. Realizáciu tejto aktivity vzhľadom na kapacitné obmedzenia a overenú skúsenosť s dodávateľským riešením za minulé obdobie (hladký priebeh realizácie a komplexné a praktické výstupy) rovnako ako v predchádzajúcom období plánujeme riešiť prostredníctvom externého dodávateľa.

Zmena názvu pracovných pozícií:

Plánovaný kvalitatívny posun aktivít projektu smerom k primárnej prevencii a podpore zdravia chceme zohľadniť aj v názve pracovných pozícií. Súčasnú názvy pozícií asistent osvedy zdravia, koordinátor asistentov osvedy zdravia a asistent osvedy zdravia v nemocniciach plánujeme zmeniť na: asistent podpory zdravia (APZ), koordinátor asistentov podpory zdravia (KAPZ) a asistent podpory zdravia v nemocniciach (APZN).

Spolupráca so zdravotníckymi zariadeniami pri odstraňovaní diskriminácie vo vzťahu k pacientom z MRK

Nadväzujúc na pozitívne skúsenosti z realizácie pilotnej aktivity – asistent osvedy zdravia v prostredí nemocníc, ako aj na súvisiacu verejnú potrebu formulovanú v Akčnom pláne Stratégie začleňovania Rómov v oblasti Zdravie (úlohy cielené na znižovanie bariér v prístupe pre obyvateľov MRK na strane zdravotného systému), plánujeme v novom projektovom období našu činnosť rozšíriť o formovanie príkladných spoluprác na odstraňovaní diskriminácie vo vzťahu k pacientom z MRK. Vychádzajúc zo súvisiacich odborných odporúčaní expertného tímu Lekárskej fakulty univerzity P. J. Šafárika, ktorý realizuje hĺbkový terénny prieskum, pripravujeme postupy známe ako najefektívnejšie intervencie daného druhu v zahraničí, a to formovanie a prezentácia príkladných spoluprác v danej oblasti s konkrétnymi špičkovými inštitúciami v regióne [56-59]. Keďže konkrétnejšie sa najviac osvedčili intervencie na jednej strane priamo na to určenou explicitnou úpravou procesov v zdravotníckych zariadeniach, a na druhej strane prostredníctvom zvyšovania počtu kvalifikovaných zdravotníckych pracovníkov z diskriminovanej menšiny, pri vytváraní ďalších spolupracujúcich vzťahov je plánované využitie overených postupov v spolupráci predovšetkým s nemocnicami.

V danom projektovom období plánujeme uskutočniť vytvorenie akčnej pracovnej skupiny a vytvorenie plánu na odstraňovanie diskriminácie vo vybranom zdravotníckom zariadení (iniciácia a moderácia pracovnej skupiny zahŕňajúcej vedenie spriazneného zdravotníckeho zariadenia, zástupcov ZK a externých odborníkov, a ďalej spolupráca pri realizácii úprav procesov v zariadení, ktoré skupina navrhne)

Koordinovanejšia spolupráca NP ZK s RUVZ

Spolupráca bude realizovaná prostredníctvom vzdelávacích interaktívnych seminárov. Úvodné stretnutie kompetentných zamestnancov RUVZ s koordinátormi, s cieľom nadviazania spolupráce, vzájomného oboznámenia sa s programom a epidemiologickou situáciou v osadách, v ktorých projekt pôsobí. Výstup bude predstavovať návrh modelu spolupráce RUVZ, ako kompetenčne zodpovedného subjektu za verejné zdravie a projektu – komunitnej práce, po ukončení financovania z prostriedkov EÚ.

Implementácia, rozširovanie a rozvoj metodík zdravotnej mediácie v MRK

V období 2020 – 2022 sa budú implementovať, rozvíjať, vyhodnocovať a následne revidovať metodiky, ktoré vznikli v predchádzajúcom období (hygiena a upevňovanie hygienických návykov detí predškolského a mladšieho školského veku, tehotenstvo, pôrod a šesťonedeľie – dobrý štart do života, hypertenzia, zneužívanie inhalantov a návykových látok, epidemiológia infekčných ochorení) a rozširovať o ďalšie. Výsledné metodiky budú reflektovať potreby terénu a poskytnú odborný základ overených praxou.

d. Popíšte problémové a prioritné oblasti, ktoré rieši zámer národného projektu. (Zoznam známych problémov, ktoré vyplývajú zo súčasného stavu a je potrebné ich riešiť):

Zámer národného projektu Zdravé komunity 2B rieši prioritne oblasti, ktoré sa týkajú zlého a kritického zdravotného stavu obyvateľov MRK. Na základe skúseností s realizáciou projektu v období 2017 -2019 vieme, ktoré oblasti vieme ovplyvniť priamo a ktoré je možné ovplyvniť nepriamo prostredníctvom dlhodobého systematického pôsobenia a zlepšovania podmienok pre zdravie.

Zámer rieši predovšetkým kriticky zlé podmienky pre zdravie v MRK naprieč všetkými známymi dimenziami sociálnych determinantov zdravia:

- Nízka zdravotná gramotnosť a zdravotné uvedomenie v MRK

- Slabá orientácia v systéme zdravotnej starostlivosti
- Nízka úroveň osobnej i komunitnej hygieny v MRK
- Nezdravá životospráva
- Vysoká miera fajčenia
- Vysoká špecifická psychosociálna záťaž
- Zvyšujúci sa výskyt sociálne-patologických javov (gamblerstvo, užívanie drog, prostitúcia mladistvých, násilie, kriminalita, úžera)
- Stúpajúce trendy epidémií
- Špecifické a komplexné bariéry v prístupe k zdravotnej starostlivosti (vrátane preventívnych prehliadok a očkovaní)
- Prehľbujúca sa fyzická i sociálna segregácia až izolácia (absencia kontaktov a zdrojov mimo MRK)
- Nedostupnosť pozitívnych vzorov
- Diskriminácia v inštitúciách vrátane zdravotníckych zariadení

V dôsledku vyššie uvedeného je:

- Zdravotný stav rómskej populácie je vo viacerých oblastiach výrazne horší než majoritnej populácie.
- Rómovia žijúci v MRK vo väčšej miere trpia infekčnými a chronickými chorobami;
- Očakávaná dĺžka života pri narodení a dožčenská úmrtnosť nedosahuje úroveň väčšinovej populácie;
- Kardiovaskulárne ochorenia sú 2,5-krát častejšie u rómskej populácie v porovnaní so zvyškom populácie (FSG, 2007);
- Rómovia tvoria vyše polovicu z celoročného počtu nakazených vírusom hepatitídy typu A (Bartošovič a Hegyi, 2010);
- Rómovia z MRK predstavujú 80 % všetkých nakazených tuberkulózou (Paraličová et al., 2015);
- Podiel rómskych detí na prípadoch detskej tuberkulózy tvorí 95% (Solovič I., 2018)
- Očakávaná dĺžka života pri narodení človeka z rómskej populácie bola v rokoch 2006 až 2015 takmer o 6 rokov kratšia v porovnaní s majoritnou populáciou (70 oproti 76 rokov). Celá slovenská populácia mala takúto očakávanú dĺžku života naposledy v 50. rokoch 20. storočia;
- Dojčenská úmrtnosť je takmer trojnásobne vyššia v porovnaní so zvyškom populácie (počet úmrtí do jedného roka na 1 000 živonarodených detí predstavuje 12,3 oproti 4,2 vo zvyšku populácie)
- Rozdiely v očakávanej dĺžke života pri narodení a v dožčenskej úmrtnosti existujú aj medzi okresmi, situácia Rómov je najhoršia v okrese Trebišov. Očakávaná dĺžka života Rómov v tomto okrese bola medzi rokmi 2006 a 2015 menej ako 68 rokov. V tomto okrese dosiahla dožčenská úmrtnosť Rómov takmer 30 úmrtí na 1 000 živonarodených detí a dosiahla tak úroveň rozvojových krajín;
- Horší zdravotný stav je dôsledkom zlých životných podmienok a obmedzeného prístupu k základnej infraštruktúre, ako sú napríklad kanalizácia a voda (UNDP, 2012; WB, 2012; Gatti, et al. 2016).
- Prístup k pitnej vode je pre mnoho rómskych osídlení limitovaný (Filčák, Szilvasi a Škobla, 2018), čo priamo ovplyvňuje podmienky bývania, zdravotný stav a výživu.
- Ďalším dôvodom horšieho zdravotného stavu Rómov je nedostatočné využívanie zdravotníckych služieb, napriek ich všeobecnej dostupnosti, Rómovia využívajú zdravotné služby o tretinu menej než majorita. Údaje o výdavkoch verejného zdravotného poistenia potvrdzujú nízke využitie zdravotníckych služieb. Výdavky na jednotlivca sú v priemere približne o tretinu nižšie oproti väčšinovej populácii. U mladých Rómov (5 až 29 rokov) sú výdavky nižšie v priemere až o 40 %

e. Popíšte administratívnu, finančnú a prevádzkovú kapacitu žiadateľa a partnera (v prípade, že v projekte je zapojený aj partner)

Prijímateľ má skúsenosti s realizáciou hlavnej aktivity prostredníctvom Národného projektu Zdravé komunity 2A, ktoré implementovalo ako prijímateľ v období 1.1.2017 - 31.12.2019. Zdravé regióny je štátna príspevková organizácia zriadená Ministerstvom zdravotníctva SR, disponuje odbornými, kvalifikovanými a skúsenými personálnymi kapacitami na riadenie a realizáciu Národného projektu z Európskych štrukturálnych a investičných fondov. K 31.12.2018 organizácia v teréne zamestnávala 245 AOZ, 8 AOZ v prostredí nemocníc, 24 koordinátorov asistentov osvedy zdravia. Čo znamená že 92% zamestnancov projektu pracuje priamo v teréne. Obyvatelia a príslušníci MRK z celkového počtu zamestnancov tvoria 84 % a pracujú na pozíciách AOZ. Koordinátori tvoria 8% zamestnancov projektu a taktiež pracujú priamo v teréne a 90% z nich sú Rómovia. Len 8% zamestnancov pracuje na projekte mimo terén. Títo zamestnanci zabezpečujú veľké množstvo administratívne náročnej práce, pracujú na riadení ľudských zdrojov ich vzdelávaní a rozvoji ľudských zdrojov, metodickým

vedení odborných aktivít celkového monitoringu projektových aktivít, procese verejného obstarávania, spracovávaní podpornej projektovej dokumentácie z terénu, ekonomickom riadení projektu a zabezpečujú mnoho ďalších nevyhnutných činností súvisiacich s administratívou a riadením projektu.

V tejto organizačnej štruktúre chce prijímateľ pokračovať aj naďalej v období 2020 - 2022. Počet zamestnancov pracujúcich mimo teréne závisí od počtu zamestnancov v teréne. Pri plánovanom náraste zamestnancov v teréne, počet riadiaceho a administratívneho personálu by nemal prekročiť 9% z celkového počtu zamestnancov.

Prijímateľ z hľadiska výpočtovej techniky disponuje mzdovým a účtovným software, ku ktorému mám potrebnú licenciu a doplnkové zariadenia a server. Zamestnanci projektu v ústredí aj všetci koordinátori sú vybavení potrebnou výpočtovou technikou a potrebným kancelárskym vybavením. Pre fungovanie základných procesov pri navýšení počtu AOZ, KAOZ ako aj zamestnancov v ústredí bude nevyhnutné dokúpiť aj nové technické vybavenie, zohľadňujeme aj opotrebovanie aktuálneho technického zariadenia a ďalšieho vybavenia zamestnancov.

Z hľadiska priestorov - organizácia sídli v Bratislave v priestoroch, ktoré po spustení projektových aktivít a nárastu počtu zamestnancov v ústredí nebudú postačujúce a pre to bude nevyhnutné uvažovať o rozšírení priestorov ako aj zriadení pobočky a skladových priestorov na východnom Slovensku.

8. Vysvetlite hlavné ciele NP (stručne):

(očakávaný prínos k plneniu strategických dokumentov, k socio-ekonomickému rozvoju oblasti pokrytej OP, k dosiahnutiu cieľov a výsledkov príslušnej prioritnej osi/špecifického cieľa)

Od realizácie aktivít projektu Zdravé komunity 2B očakávame vybudovanie systematického poskytovania služieb v oblasti podpory verejného zdravia prostredníctvom siete pracovníkov na komunitnej a regionálnej úrovni (asistent podpory zdravia, koordinátor asistentov podpory zdravia, asistent podpory zdravia v nemocnici a manažér rozvoja podmienok pre zdravie), vybudovanie nových ľudských kapacít v MRK (zvýšenie zamestnanosti a kvalifikovanosti) ako aj zavedenie podpory zdravia v rámci pôsobnosti súčasného modelu zdravotnej mediácie.

Očakávaným prínosom je podpora a rozvoj programov zdravotno- výchovnej osvetu pre obyvateľov MRK oblastiach napr.: osobná hygiena a starostlivosť o vlastné zdravie výchova k rodičovstvu ochrana sexuálneho a reprodukčného zdravia, starostlivosť o dieťa, prevencia infekčných ochorení manipulácia s potravinami, ochrana životného prostredia, prevencia úrazov a nehôd a pod.

Zlepšenie prístupu k zdravotnej starostlivosti redukciami najmä vnútorných bariér, zvýšenie účasti na preventívnych prehliadkach a povinnom očkovaní, zabezpečenie včasnej identifikácie výskytu infekčných ochorení, zvýšenie miery informovanosti o zdraví a zdravotnej starostlivosti, zlepšenie komunikácie a vzťahov medzi MRK a poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti, zvýšenie dôvery k zdravotnému systému, zlepšenie úrovne osobnej a komunálnej hygieny, zníženie počtu neopodstatnených výjazdov a zneužitia služieb rýchlej zdravotnej pomoci – RZP, zlepšenie informácií o voľnopredajných liekoch a ich používaní, a pod.). Zvýšenie pozitívnych dopadov projektu aj prostredníctvom intervencií zameraných na miestne štrukturálne podmienky pre zdravie (negociácie napojení na štandardnú infraštruktúru so zástupcami obcí, negociácie úprav procesov miestnych zdravotníckych zariadení zjednodušujúcich prístup pre obyvateľov MRK, a pod.).

Exaktné overenie zlepšenia prístupu k zdravotnej starostlivosti bude zabezpečené prostredníctvom porovnania dát vstupného merania (ktoré prebieha v roku 2019) s dátami, ktoré budú získané na základe merania v roku 2022.

9. Očakávaný stav a merateľné ciele

V prípade viacerých merateľných ukazovateľov, doplňte údaje za každý merateľný ukazovateľ.

V tejto časti popíšte očakávané výsledky projektu s konkrétnym prínosom vo vzťahu k rozvoju oblasti pokrytej operačným programom a zrealizovaniu aktivít. V tabuľke nižšie uvedte projektové ukazovatele a iné údaje. Projektové ukazovatele musia byť definované tak, aby odrážali výstupy/výsledky projektu a predstavovali kvantifikáciu toho, čo sa realizáciou aktivít za požadované výdavky dosiahne.⁶

Cieľ národného projektu	Merateľný ukazovateľ	Indikatívna cieľová hodnota	Aktivita projektu	Súvisiaci programový ukazovateľ ⁷
Realizácia a rozvoj zdravotnej mediácie pre obyvateľov a príslušníkov MRK	P0381 – Počet osôb z MRK zamestnaných v oblasti poskytovania zdravotno – výchovnej osvetly, prevencie a poradenstva	160	1	00105 Počet osôb z MRK zamestnaných v oblasti poskytovania zdravotno – výchovnej osvetly, prevencie a poradenstva
Realizácia a rozvoj zdravotnej mediácie pre obyvateľov a príslušníkov MRK	P0361 – Počet projektov zameraných na verejné správy alebo sociálne služby na vnútroštátnej, regionálnej a miestnej úrovni	1	1	CO22 Počet projektov zameraných na verejné správy alebo sociálne služby na vnútroštátnej, regionálnej a miestnej úrovni
Realizácia a rozvoj zdravotnej mediácie pre obyvateľov a príslušníkov MRK	P0545 – Počet zamestnancov v oblasti poskytovania zdravotno-výchovnej osvetly, prevencie a poradenstva	285	1	O0104 Počet zamestnancov v oblasti poskytovania zdravotno – výchovnej osvetly, prevencie a poradenstva
Realizácia a rozvoj zdravotnej mediácie pre obyvateľov a príslušníkov MRK	P0268 – Počet osôb z MRK, ktoré využili služby v oblasti poskytovania zdravotno-výchovnej osvetly, prevencie a poradenstva	20 000 ⁸	1	R0108 Počet osôb z MRK, ktoré využívajú služby v oblasti poskytovania zdravotno-výchovnej osvetly, prevencie a poradenstva

Iné údaje, ktorými je možné sledovať napĺňanie cieľov národného projektu (ak relevantné)			
Cieľ národného projektu	Ukazovateľ	Indikatívna cieľová hodnota	Aktivita projektu
Realizácia a rozvoj zdravotnej mediácie pre obyvateľov a príslušníkov MRK	D311	n/a	Aktivita 1

10. Bližší popis merateľných ukazovateľov.⁹

Predmetná časť sa týka projektových ukazovateľov

⁶ V odôvodnených prípadoch sa uvedená tabuľka nevyplní, pričom je nevyhnutné do tejto časti uviesť podrobné a jasné zdôvodnenie, prečo nie je možné uviesť požadované údaje.

⁷ Národný projekt by mal obsahovať minimálne jeden relevantný projektový ukazovateľ, ktorý sa agreguje do programového ukazovateľa. Pri ostatných projektových ukazovateľoch sa uvedie N/A.

⁸ Cieľová indikatívna hodnota a jej výška priamo súvisí so spôsobom vykazovania. V prípade, že bude nevyhnutné vykazovať uvedený ukazovateľ prostredníctvom tzv. „Karty účastníka“ – prijímateľ navrhuje merateľný ukazovateľ nahradiť iným, prípadne jeho hodnotu stanoviť max. na navrhovanú výšku.

⁹ V odôvodnených prípadoch sa uvedená tabuľka nevyplní, pričom je nevyhnutné do tejto časti uviesť podrobné a jasné zdôvodnenie, prečo nie je možné uviesť požadované údaje.

Názov merateľného ukazovateľa ¹⁰	P0381 – Počet osôb z MRK zamestnaných v oblasti poskytovania zdravotno – výchovnej osvedy, prevencie a poradenstva
Akým spôsobom sa budú získavať dáta?	Dáta sa budú získavať zo zoznamu zamestnancov na pracovných pozíciách Asistent podpory zdravia a asistentov podpory zdravia v nemocniciach. Kvalifikačné predpoklady pre obe pracovné pozície sú nastavené tak, aby umožňovali zapojenie čo najvyššieho počtu uchádzačov z prostredia MRK a podporili zamestnávanie práve tejto cieľovej skupiny.
Názov merateľného ukazovateľa	P0361 – Počet projektov zameraných na verejné správy alebo sociálne služby na vnútroštátnej, regionálnej a miestnej úrovni
Akým spôsobom sa budú získavať dáta?	Realizácia hlavnej aktivity projektu
Názov merateľného ukazovateľa	P0545 – Počet zamestnancov v oblasti poskytovania zdravotno-výchovnej osvedy, prevencie a poradenstva
Akým spôsobom sa budú získavať dáta?	Dáta sa budú získavať z aktuálneho zoznamu zamestnancov na pracovných pozíciách Asistent podpory zdravia a Asistent podpory zdravia v nemocniciach.
Názov merateľného ukazovateľa	P0268 – Počet osôb z MRK, ktoré využili služby v oblasti poskytovania zdravotno-výchovnej osvedy, prevencie a poradenstva
Akým spôsobom sa budú získavať dáta?	Dáta sa budú získavať prostredníctvom karty účastníka (vrátane evidencie súhlasov účastníkov s poskytnutím osobných údajov, „nesúhlasov“ účastníkov s poskytnutím citlivých údajov a „nesúhlasov“ s poskytnutím osobných údajov) a prostredníctvom registračných formulárov klienta - iný údaj s kódom D0311 - Počet účastníkov, ktorí nie sú sledovaní prostredníctvom karty účastníka

V prípade viacerých merateľných ukazovateľov, doplňte údaje za každý z nich.

11. Očakávané dopady

Zoznam prínosov a prípadných iných dopadov, ktoré sa dajú očakávať pre jednotlivé cieľové skupiny		
Dopady	Cieľová skupina (ak relevantné)	Počet ¹¹
Počet obcí s prítomnosťou MRK, v ktorých boli realizované programy a aktivity zamerané na prevenciu ochorenia a podporu zdravého životného štýlu		265
Zdravotnícke zariadenia v ktorých bola realizovaná doplnková služba - asistent podpory zdravia v nemocniciach		6
Počet asistentov osvedy zdravia alebo obdobnej pomáhajúcej profesie v nemocniciach vo vybraných oblastiach s vysokým podielom obyvateľom MRK		12

V prípade viacerých cieľových skupín, doplňte dopady na každú z nich.

12. Aktivity

a) Uveďte detailnejší popis aktivít.

b) V tabuľke nižšie uveďte rámcový popis aktivít, ktoré budú v rámci identifikovaného národného projektu realizované a ich prepojenie so špecifickými cieľmi.

Názov aktivity	Cieľ, ktorý má byť aktivitou dosiahnutý (podľa sekcie <i>Očakávaný stav</i>)	Spôsob realizácie (žiadateľ a/alebo partner)	Predpokladaný počet mesiacov realizácie aktivity
Aktivita 1	Podporiť prístup k zdravotnej	Hlavnú aktivitu projektu budeme realizovať prostredníctvom činností, ktoré sú zamerané na	36

¹⁰ V prípade viacerých merateľných ukazovateľov, doplňte tabuľku za každý merateľný ukazovateľ.

¹¹ Ak nie je možné uviesť početnosť cieľovej skupiny, uveďte do tejto časti zdôvodnenie.

	<p>starostlivosti a verejnému zdraviu vrátane preventívnej zdravotnej starostlivosti, zdravotníckej osvedy a k zlepšeniu štandardov hygieny bývania</p>	<p>pokračovanie a rozvoj aktivít NP Zdravé komunity 2A a na činnosti, ktoré sú v projekte nové a boli identifikované ako potrebné na základe externého stanovenia potrieb a hodnotení. Pre detailnejší opis aktivít realizovaných v rokoch 2020 – 2022 uvádzame nasledovné:</p> <p>1. Realizácia zdravotnej mediácie na komunitnej úrovni</p> <p>Zdravotnú mediáciu chápeme ako druh komunitnej práce, ktorý angažuje a vzdeláva jednotlivcov – laikov z cieľových MRK, na vykonávanie systematickej práce v oblasti zdravia na komunitnej úrovni.</p> <ul style="list-style-type: none"> • realizácia zdravotnej mediácie na komunitnej úrovni (prostredníctvom APZ pod vedením KAPZ); • zvýšenie počtu APZ - nábor nových zamestnancov) - navýšenie počtu APZ vo veľkých lokalitách s kumulovanými problémami; • zvýšenie počtu APZ a KAPZ - nábor nových zamestnancov - zapojenie nových lokalít; • realizácia základných intervencií zameraných na preventívne zdravotné programy, spoluprácu s PZS, priamu asistenciu klientom; • realizácia osvetových aktivít na prioritné témy (priorita určená na základe profilu lokality); • spolupráca s poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti <p>2. Rozvoj ľudských zdrojov - Vzdelávacie aktivity 2020 – 2022</p> <p>Vzdelávanie a rozvoj ľudských zdrojov je kľúčovým prvkom pre plnenie cieľov hlavnej aktivity a základným predpokladom jej úspešnosti.</p> <p>Vzdelávanie je špecializované pre jednotlivé pozície v teréne a zamerané na rozvoj činností, ktoré vykonávajú. Jedná sa o nasledovné</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vzdelávanie APZ • Vzdelávanie KAPZ • Vzdelávanie APZN • Špecializované vzdelávanie pre APZ a KAPZ - vybraní zamestnanci z oblastných skupín, ktorí budú vyškolení v špecializovaných témach primárnej prevencie a zdravotnej mediácie • špecialisti na určitú oblasť primárnej prevencie a zdravotnej mediácie vo svojej oblastnej skupine) 	
--	---	---	--

	<ul style="list-style-type: none"> • Vstupné vzdelávanie APZ, KAPZ, APZN, (pozn. účastníkmi sú noví zamestnanci – harmonogram bude v súlade s náborom a fluktuáciou); • Skupinová supervízia; <p>3. Zvýšenie počtu Asistentov podpory zdravia v nemocniciach</p> <ul style="list-style-type: none"> • realizácia preklenovacích programov – pokračovanie a rozvoj v spolupráci s nemocnicami na oddeleniach pôrodnícko-gynekologických a pediatrii; • príprava a rozšírenie do ďalších okresov (pracovná skupina, individuálne jednanie a pracovné skupiny so zástupcami nemocníc oslovených na spoluprácu, objasnenie obsahu pracovných činností, podpis zmluvy o spolupráci) • výber nových APZvN (ich zaškolenie, vedenie a supervízia) <p>4. Rozvoj podmienok pre zdravie</p> <ul style="list-style-type: none"> • nová intervenčná úroveň zameraná na rozvoj a zlepšenie podmienok pre zdravie pre veľké lokality s kumulovanými problémami; • užšia a koordinovanejšia spolupráca s vybranými RUVZ • rozvoj spolupráce s pomáhajúcimi profesiami, ktoré pôsobia v lokalitách súčasne s APZ odstraňovanie diskriminácie vo vzťahu k pacientom z MRK - vytvorenie akčnej pracovnej skupiny a vytvorenie plánu na odstraňovanie diskriminácie vo vybranom zdravotníckom zariadení. <p>5. Koncepčná implementácia metodík</p> <ul style="list-style-type: none"> • Systematická implementácia metodík, ktoré vznikli v rámci NP ZK 2A • Vznik a implementácia metodík na nové témy • Tvorba nových metodických nástrojov a postupov (pracovné listy, inštruktážne videá, krátke animované filmy na rôzne témy a pod.) 	
--	---	--

V prípade viacerých aktivít, doplňte informácie za každú z nich.

13. Rozpočet

Jasne uveďte, ako bol pripravovaný indikatívny rozpočet a ako spĺňa kritérium „hodnota za peniaze“, t. j. akým spôsobom bola odhadnutá cena za každú položku, napr. prieskum trhu, analýza minulých výdavkov spojených s podobnými aktivitami, nezávislý znalecký posudok, v prípade, ak príprave projektu predchádza vypracovanie štúdie uskutočniteľnosti, ktorej výsledkom je, o. i. aj určenie výšky alokácie, je potrebné

uviesť túto štúdiu ako zdroj určenia výšky finančných prostriedkov. Skupiny výdavkov doplňte v súlade s MP CKO č. 4 k číselníku oprávnených výdavkov v platnom znení. V prípade operačných programov implementujúcich infraštruktúrne projekty, ako aj projekty súvisiace s obnovou mobilných prostriedkov, sa do ukončenia verejného obstarávania uvádzajú položky rozpočtu len do úrovne aktivít.

Indikatívna výška finančných prostriedkov určených na realizáciu národného projektu a ich výstižné zdôvodnenie		
Predpokladané finančné prostriedky na hlavné aktivity	Celková suma	Uveďte plánované vecné vymedzenie
Aktivita 1		
skupina výdavkov	3 848 863,42 €	Mzdové výdavky – priame
skupina výdavkov	8 324 363,76 €	Jednotkové výdavky (ŠSJM) - priame / Mzdové výdavky
skupina výdavkov	3 651 968,15 €	Paušálne výdavky – nepriame
Aktivita 2		
skupina výdavkov		
skupina výdavkov		
Hlavné aktivity SPOLU	15 825 195,33 €	
Predpokladané finančné prostriedky na podporné aktivity		
skupina výdavkov		
skupina výdavkov		
Podporné aktivity SPOLU		
CELKOM	15 825 195,33 €	

Indikatívny rozpočet bol pripravovaný v zmysle naplnenia kritéria „hodnota za peniaze“, pri odhade cien jednotlivých položiek rozpočtu. Stanovenie súm rozpočtových položiek vychádza z analýz cien jednotlivých segmentov trhu, ako aj z podkladov aktuálne platných a pripravovaných Rámcových zmlúv NP ZK 2A.

Rozpočtované výšky cien práce a hodinových sadziieb vychádzajú z ich súčasného stavu v rámci NP ZK 2A a zohľadňujú ich odhadovaný rast podľa dostupných štatistických údajov v národnom hospodárstve pre obdobie implementácie projektu.

14. Deklarujte, že NP vyhovuje **zásade doplnkovosti** (t.j. nenahrádza verejné alebo ekvivalentné štrukturálne výdavky členského štátu v súlade s článkom 95 všeobecného nariadenia).

Prístup k zdravotnej starostlivosti má na SVK každý občan rovnaký to znamená, že každá aktivita v oblasti zdravia resp. ochrany zdravia či už financovaná štátom alebo zo zdrojov EU je nad rámec výdavkov, ktoré vynakladá štát automaticky (tieto aktivity nevykonávame plošne ale iba vo vybraných oblastiach/regiónoch kde sú zastúpené MRK) v princípe ide teda o realizáciu dočasných vyrovnávacích opatrení.

Ustanovenie v slovenskej legislatíve, ktoré výslovne definuje dočasne vyrovnávacie opatrenia a upravuje ich prijímanie. Ide o § 8a zákona 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).

Aktivity projektu nie sú financované prostredníctvom rozpočtu organizácie.

15. Bude v národnom projekte využité zjednodušené vykazovanie výdavkov? Ak áno, aký typ?

Áno, dva typy, konkrétne:

- a) Štandardná stupnica jednotkových nákladov¹²
- b) Paušál na ostatné výdavky

16. Štúdia uskutočniteľnosti vrátane analýzy nákladov a prínosov
Informácie sa vyplňajú iba pre investičné¹³ typy projektov.

Štúdia uskutočniteľnosti vrátane analýzy nákladov a prínosov	
Existuje relevantná štúdia uskutočniteľnosti ¹⁴ ? (áno/nie)	N/A
Ak je štúdia uskutočniteľnosti dostupná na internete , uveďte jej názov a internetovú adresu, kde je štúdia zverejnená	N/A
V prípade, že štúdia uskutočniteľnosti nie je dostupná na internete, uveďte webové sídlo a termín, v ktorom predpokladáte jej zverejnenie (mesiac/rok)	N/A

1. Bartosovic, I., *Some aspects of health status of the Gypsy population in Slovakia*. Bratislavské lekárske listy, 2016. **117**(1): p. 26-30.
2. Sprocha, B., *Health status of Roma population in Slovakia*. Demografie, 2011. **4**(53): p. 293-303.
3. UNDP, *The health situation of Roma communities: Analysis of the data from the UNDP/World Bank/EC Regional Roma Survey 2011*. 2012: Bratislava.
4. Sprocha, B., *Reprodukcia rómskeho obyvateľstva na Slovensku a prognóza jeho populačného vývoja [Reproduction of the Roma population in Slovakia and prognosis of its development]*. 2014, Bratislava: Prognostický ústav Slovenskej akadémie vied.
5. Rosicova, K., et al., *Socioeconomic factors, ethnicity and alcohol-related mortality in regions in Slovakia. What might a tree analysis add to our understanding?* Health & Place, 2011. **17**(3): p. 701-709.
6. Rosicova, K., et al., *Socioeconomic indicators and ethnicity as determinants of regional mortality rates in Slovakia*. Int J Public Health, 2009. **54**(4): p. 274-82.
7. Rosicova, K., et al., *Inequalities in mortality by socioeconomic factors and Roma ethnicity in the two biggest cities in Slovakia: a multilevel analysis*. International Journal for Equity in Health, 2015. **14**(1): p. 123.
8. Antolová, D., et al., *Exposure to Toxoplasma gondii in the Roma and Non-Roma Inhabitants of Slovakia: A Cross-Sectional Seroprevalence Study*. International journal of environmental research and public health, 2018. **15**(3): p. 408.
9. Geckova, A.M., et al., *Socioeconomic characteristics of the population living in Roma settlements and their association with health and health-related behaviour*. Central European journal of public health, 2014. **22**: p. S57-64.
10. Halánová, M., et al., *Seroprevalence of Hepatitis E Virus in Roma Settlements: A Comparison with the General Population in Slovakia*. International journal of environmental research and public health, 2018. **15**(5).
11. Antolová, D., et al., *Occurrence of Echinococcus multilocularis and E. granulosus seropositivity in Roma and non-Roma population of Eastern Slovakia*. Annals of Parasitology, 2016. **62**(Suppl.).
12. Drazilova, S., et al., *Prevalence and Risk Factors for Hepatitis B Virus Infection in Roma and Non-Roma People in Slovakia*. International journal of environmental research and public health, 2018. **15**(5): p. 1047.
13. Gecková, A.M., et al., *Hepameta--prevalence of hepatitis B/C and metabolic syndrome in population living in separated and segregated Roma settlements: a methodology for a cross-sectional population-based study using community-based approach*. Central European journal of public health, 2014. **22**: p. S6-11.

¹² Využitie zjednodušenej formy vykazovania výdavkov prostredníctvom Štandardnej stupnice jednotkových nákladov bude určené po finálnom stanovení jej konkrétnych podmienok (pozn. z tohto dôvodu plánovaný rozpočet počíta s obidvomi možnosťami – viď tabuľka v časti č. 13 – Rozpočet). Ku dňu prípravy návrhu projektového zámeru prijímateľ disponuje informáciou, že v rámci pripravovanej ŠSJN budú dovolenky považované za neodpracované dni – v takomto prípade prijímateľ túto zjednodušenú formu zjednodušenia nevyužije.

¹³ Investičný projekt – dlhodobá alokácia finančného aj nefinančného kapitálu na naplnenie investičného zámeru až do etapy, kedy projekt vstúpi do prevádzkovej etapy a prípadne začne generovať stabilné príjmy. Investičný projekt smeruje k: výstavbe stavby alebo jej technickému zhodnoteniu; nákupu pozemkov, budov, objektov alebo ich častí; nákupu strojov, prístrojov, tovarov a zariadení; obstaraniu nehmotného majetku vrátane softvéru. Zdroj: Uznesenie Vlády SR č. 300 z 21.6.2017 k návrhu Rámca na hodnotenie verejných investičných projektov v SR.

¹⁴ Pozri aj Uznesenie Vlády SR č. 300 z 21.6.2017 k návrhu k návrhu Rámca na hodnotenie verejných investičných projektov v SR (dostupné na: <http://www.rokovania.sk/Rokovanie.aspx/BodRokovaniaDetail?idMaterial=26598>)

14. Hubková, B., et al., *Toluene abuse markers in marginalized populations*. 2018. **11**(1): p. 22.
15. Vazan, P., et al., *Chronic Toluene misuse among Roma youth in Eastern Slovakia*. *Substance Use & Misuse*, 2011. **46**(s1): p. 57-61.
16. Berkesova, M., et al., *Biomonitoring of Mono (2-Ethylhexyl) Phthalate and Mono-N-Butyl Phthalate in Roma Children in Slovakia*. *Journal of Educational and Social Research*, 2014. **4**(4): p. 115.
17. Dluholucký, S. and M. Knapková, *The First Results of Extended Newborn Screening in Slovakia—Differences between the Majority and the Roma Ethnic Group*. *International Journal of Neonatal Screening*, 2017. **3**(3): p. 25.
18. Hasajova, A., et al., *Significantly higher occurrence of Cryptosporidium infection in Roma children compared with non-Roma children in Slovakia*. *European Journal of Clinical Microbiology & Infectious Diseases*, 2014. **33**(8): p. 1401-1406.
19. Frisman, E., et al., *Scald Burns in Children. An Analysis with Special Attention to the Roma Ethnic Group in East Slovakia*. *International Journal of Clinical Medicine*, 2015. **Vol.06No.01**: p. 6.
20. Majdan, M., et al., *Assessment of the indoor environment and implications for health in Roma villages in Slovakia and Romania*. *Central European journal of public health*, 2012. **20**(3): p. 199.
21. Babinska, I., et al., *Does the population living in Roma settlements differ in physical activity, smoking and alcohol consumption from the majority population in Slovakia?* *Central European journal of public health*, 2014. **22**: p. S22-27.
22. Belak, A., *Health-system limitations of Roma health in Slovakia: A qualitative study*. 2013, WHO Country office in Slovakia: Bratislava.
23. Belak, A., et al., *Health-endangering everyday settings and practices in a rural segregated Roma settlement in Slovakia: A descriptive summary from an exploratory longitudinal case study*. *BMC Public Health*, 2017. **17**(1): p. 128.
24. Bobakova, D., et al., *Differences between Roma and non-Roma in how social support from family and friends helps to overcome health care accessibility problems*. *International Journal for Equity in Health*, 2015. **14**(1): p. 37.
25. Bobakova, D., et al., *Does the influence of peers and parents on adolescents' drunkenness differ between Roma and non-Roma adolescents in Slovakia?* *Ethn Health*, 2012. **17**(5): p. 531-541.
26. Davidova, E., et al., *Kvalita života a sociální determinanty zdraví u Romů v České a Slovenské republice [Quality of life and social determinants of health in Roma in the Czech Republic and Slovakia]*. 2010, Ceske Budejovice: Triton.
27. Filadelfiova, J. and D. Gerbery, *Report on the living conditions of Roma households in Slovakia 2010*, UNDP, Editor. 2012, UNDP: Bratislava. p. 234.
28. Filčák, R., M. Szilvasi, and D. Škobla, *No water for the poor: the Roma ethnic minority and local governance in Slovakia*. *Ethnic and Racial Studies*, 2018. **41**(7): p. 1390-1407.
29. Hijova, E., A.M. Geckova, and I. Babinska, *Do eating habits of the population living in Roma settlements differ from those of the majority population in Slovakia?* *Central European journal of public health*, 2014. **22**: p. S65-68.
30. Jarcuska, P., et al., *Are barriers in accessing health services in the Roma population associated with worse health status among Roma?* *Int J Public Health*, 2013. **58**(3): p. 427-434.
31. Kolarcik, P., et al., *To what extent does socioeconomic status explain differences in health between Roma and non-Roma adolescents in Slovakia?* *Social Science & Medicine*, 2009. **68**(7): p. 1279-1284.
32. Kolarcik, P., et al., *Predictors of health-endangering behaviour among Roma and non-Roma adolescents in Slovakia by gender*. *Journal Epidemiology and Community Health*, 2010. **64**(12): p. 1043-8.
33. Kolarcik, P., et al., *Social support, hopelessness and life satisfaction among Roma and non-Roma adolescents in Slovakia*. *International journal of public health*, 2012. **57**(6): p. 905-913.
34. Kolarcik, P., et al., *The mediating effect of discrimination, social support and hopelessness on self-rated health of Roma adolescents in Slovakia*. *International Journal for Equity in Health*, 2015. **14**(1): p. 137.
35. Kolarcik, P., et al., *Delinquent and Aggressive Behavior and Social Desirability Among Roma and Non-Roma Adolescents in Slovakia: A Cross-Sectional Study*. *Journal of Interpersonal Violence*, 2016. **31**(4): p. 677-693.
36. Popper, M., et al., *Iná realita: chudoba, deprivácia a zneužívanie inhalantov v rómskych osídleniach na východnom Slovensku [Other reality: Poverty, deprivation and inhalants misuse in Roma enclaves in Eastern Slovakia]*. 2011, Nadácia otvorenej spoločnosti – OSF: Bratislava. p. 187.

37. Sedláková, D., *Low socioeconomic status and unhealthy lifestyle lead to high morbidity in young Roma of East Slovakia*. Central European Journal Of Public Health, 2014. **22 Suppl**: p. S3-S5.
38. Šprocha, B. and B. Bleha, *Does Socio-Spatial Segregation Matter? 'Islands' of High Romany Fertility in Slovakia*. Tijdschrift voor economische en sociale geografie, 2018. **109**(2): p. 239-255.
39. Belak, A., *Medicina v segregovanej romskej osade: Příklad z juhu stredneho Slovenska [Medicine in a segregated Romani settlement: An example from South-Central Slovakia]*. Romano Dzaniben, 2015. **22**(1): p. 57-84.
40. Belak, A., et al., *Why don't segregated Roma do more for their health? An explanatory framework from an ethnographic study in Slovakia*. International Journal of Public Health, 2018. **63**(9): p. 1123-1131.
41. Filadelfiova, J., *A situational analysis of selected aspects of the living standard of households in marginalized Roma settlements*. 2013, UNDP Europe and the CIS, Bratislava Regional Centre: Bratislava.
42. Filadelfiova, J., *Incomes, expenditures and consumption of households in marginalized Roma settlements*. 2013, UNDP: Bratislava.
43. Filčák, R. and D. Škobla, *Unequal Access to Natural Resources. Understanding Solidarity and Ethnicity in Slovakia*. Re-inventing Social Solidarity across Europe, 2011: p. 227-251.
44. Škobla, D. and R. Filčák, *Infrastructure in Marginalised Roma Settlements: Towards a Typology of Unequal Outcomes of EU Funded Projects*. Sociológia, 2016. **48**(6).
45. OSF, *Roma Health Mediators: Successes and Challenges*. 2011, Open Society Foundations: New York. p. 84.
46. WHO, *Roma health mediation in Romania*. 2013, World Health Organization Europe: Copenhagen.
47. Koller, T., ed. *Poverty and social exclusion in the WHO European Region: health systems respond*. 2010, World Health Organization: Copenhagen.
48. Belak, A., et al., *How Well Do Health-Mediation Programs Address the Determinants of the Poor Health Status of Roma? A Longitudinal Case Study*. International Journal of Environmental Research and Public Health, 2017. **14**(12): p. 1569.
49. EUC, *Roma Health Report. Health status of the Roma population. Data collection in the Member States of the European Union*. 2014. p. 153.
50. EUC, *Evaluation of the EU Framework for National Roma Integration Strategies up to 2020*. 2018, European Commission: Brussels.
51. EUC, *A synthesis of civil society's reports on the implementation of national Roma integration strategies in the European Union. Focusing on structural and horizontal preconditions for a successful implementation*. 2018, Center for Policy Studies, Central European University: Budapest.
52. ÚVZSR, *Program podpory zdravia znevýhodnených rómskych komún na Slovensku na roky 2009-2015*. 2011: Bratislava.
53. ÚVSR, *Stratégia Slovenskej republiky pre integráciu Rómov do roku 2020*. 2011, Úrad Vlády SR: Bratislava.
54. Belak, A., *Segregated Roma and health policies: ethical and practical contradictions [Segregovani Romovia a zdravotne politiky: eticke a prakticke rozpory]*, in *Cierno-biele svety. Romovia v majoritnej spoločnosti na Slovensku*, T. Podolinska and T. Hrustic, Editors. 2015, VEDA Ustav etnologie Slovenskej akademie vied: Bratislava.
55. Kringos, D.S., et al., *Political, cultural and economic foundations of primary care in Europe*. Social Science & Medicine, 2013. **99**: p. 9-17.
56. Bailey, Z.D., et al., *Structural racism and health inequities in the USA: evidence and interventions*. The Lancet, 2017. **389**(10077): p. 1453-1463.
57. Ford, C.L. and C.O. Airhihenbuwa, *Critical race theory, race equity, and public health: toward antiracism praxis*. American journal of public health, 2010. **100**(S1): p. S30-S35.
58. Griffith, D.M., et al., *Dismantling institutional racism: theory and action*. American Journal of Community Psychology, 2007. **39**(3-4): p. 381-392.
59. Phelan, J.C. and B.G. Link, *Is racism a fundamental cause of inequalities in health?* Annual Review of Sociology, 2015. **41**: p. 311-330.