

VESTNÍK



**MINISTERSTVA ZDRAVOTNÍCTVA
SLOVENSKEJ REPUBLIKY**

Čiastka 39-43

Dňa 13. septembra 2024

Ročník 72

OBSAH:

Normatívna časť:

30. Odborné usmernenie Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky na vykonávanie liečby nahradzujúcej funkciu obličiek a mimotelovej eliminačnej liečby
31. Štatút Krízového štábu Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky
32. Rozhodnutie o zmene zriaďovacej listiny Záchrannej zdravotnej služby Bratislava
33. Rozhodnutie o zmene zriaďovacej listiny Zdravotníckej implementačnej agentúry

Oznamovacia časť:

Oznámenie o stratách pečiatok

30.**Odborné usmernenie Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky
na vykonávanie liečby nahradzujúcej funkciu obličiek
a mimotelovej eliminačnej liečby**

Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky podľa § 45 ods. 1 písm. b) zákona č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov vydáva toto odborné usmernenie:

Čl. I**Mimotelová eliminačná liečba**

- (1) Mimotelová eliminačná liečba zabezpečuje odstraňovanie endogénnych a exogénnych škodlivých a nežiadúcich látok z ľudského organizmu s použitím mimotelového obehu.
- (2) Peritoneálna dialýza zabezpečuje odstraňovanie endogénnych a exogénnych škodlivých a nežiadúcich látok z ľudského organizmu s použitím peritoneálnej membrány.
- (3) Hemoperfúzia umožňuje detoxikáciu organizmu prietokom krvi cez kolóny s umelými živcami alebo aktívnym uhlím.
- (4) Membránová plazmaferéza umožňuje odstránenie látok s vysokou molekulovou hmotnosťou (odstránenie plazmy) z tela chorého cez filtre.
- (5) Pre potrebu predmetného odborného usmernenia sa nižšie uplatňuje skratka eliminačná liečba.
- (6) K eliminačnej liečbe patrí:
 - a. hemodialýza (ďalej len „HD“) akútna a chronická a jej modifikácie,
 - b. hemofiltrácia (ďalej len „HF“), hemodiafiltrácia (ďalej len „HDF“), biofiltrácia (ďalej len „BF“) a ich modifikácie,
 - c. kontinuálne eliminačné metódy: kontinuálna venovenózna hemofiltrácia (ďalej len „CVVH / CVVHF“), kontinuálna venovenózna hemodialýza (ďalej len „CVVHD“), kontinuálna venovenózna hemodiafiltrácia (ďalej len „CVVHDF“), kontinuálna venovenózna ultrafiltrácia (ďalej len „CVVUF“), kontinuálna venovenózna high flux dialýza a ich arteriovenózne modifikácie,
 - d. hemoperfúzia,
 - e. membránová plazmaferéza,
 - f. peritoneálna dialýza (ďalej len „PD“), kontinuálna ambulantná peritoneálna dialýza (ďalej len „CAPD“) a jej intermitentné modifikácie uskutočňované ručne alebo pomocou prístrojov - automatizovaná peritoneálna dialýza (ďalej len „APD“),
 - g. imunoferéza,
 - h. iné eliminačné metódy alebo modifikácie a metódy v štádiu alebo po ukončení klinického výskumu.
- (7) Vyššie uvedené metódy sa aplikujú najmä pri náhradnej liečbe zlyhanej funkcie obličiek a pri intoxikáciách, menej často sú indikované pri iných ochoreniach a stavoch. Pri liečbe akútnej a chronickej obličkovej nedostatočnosti sa používajú hlavne hemodialýza, high flux dialýza, hemofiltrácia, hemodiafiltrácia a peritoneálna dialýza. Pri liečbe otráv sa niekedy používa hemoperfúzia a plazmaferéza. V indikovaných prípadoch sa môžu metódy kombinovať.

Čl. II

Hemodialýza a peritoneálna dialýza

- (1) HD je liečba umelou obličkou. Krv pacienta preteká cez dialyzátor s polopriepustnou membránou, telo pacienta sa zbavuje škodlivých a nežiadúcich látok ich prechodom do protismerne prúdiaceho dialyzačného roztoku. Pri hemodialýze je potrebný cievny prístup pre odtok z cievneho systému pacienta a prítok krvi do mimotelového obehu, ktorý je dočasný alebo trvalý (katéter, arteriovenózna fistula, cievny štep), dialyzačný prístroj, dialyzátor (filter), dialyzačný set, dialyzačné ihly, dialyzačný alebo substitučný roztok, látky zabraňujúce zrážaniu krvi, fyziologický (alebo iný preplachový) roztok. Chronická hemodialyzačná liečba je väčšinou vykonaná ambulantne. Vykonáva sa do úspešnej transplantácie obličky alebo do konca života pacienta. Vykonáva sa na dialyzačných pracoviskách, predovšetkým v samostatných dialyzačných stacionároch a doma (voľba domácej hemodialýzy závisí od možností dialyzačného centra a zdravotného stavu a preferencií pacienta).
- (2) PD využíva ako dialyzačnú membránu peritoneum. Do brušnej dutiny sa opakovane cez implantovaný katéter napúšťa sterilný dialyzačný roztok, do ktorého prechádzajú škodlivé a nežiadúce látky. Vypustením roztoku z brušnej dutiny sa telo škodlivých látok zbavuje. Pre výkon sú nevyhnutné peritoneálny katéter, dialyzačné vaky, dialyzačné roztoky, dezinfekčné látky. Pri najrozšírenejšej forme pre pacientov s chronickou nedostatočnosťou obličiek pri CAPD si pacient robí výmeny roztoku sám (alebo jemu blízka osoba) doma alebo na mieste vyhovujúcom hygienickým predpisom spravidla v 6-hodinových intervaloch. Pri automatizovanej forme APD sa výmeny roztokov vykonávajú prevažne v nočných hodinách pomocou prístroja. Priemyselne vyrobené sterilné roztoky sa dodávajú do bytu alebo miesta pobytu pacienta. Popis eliminačných metód je uvedený v prílohe č. 1. Podmienky pre realizáciu, organizáciu, štruktúru, vybavenie a kontrolu dialyzačných stredísk sú v prílohe č. 2.

Čl. III

Dialyzačné pracoviská

Dialyzačné pracoviská v Slovenskej republike:

- (1) vykonávajú:
 - a. liečbu nahradzujúcu akútne alebo chronické zlyhanie funkcie obličiek,
 - b. liečbu akútnych intoxikácií, ktoré nie sú riešiteľné inými metódami,
- (2) môžu vykonávať ostatné liečebné metódy za predpokladu:
 - a. prístrojového vybavenia a personálneho zabezpečenia,
 - b. absolvovania vzdelávania podľa minimálnych štandardov ďalšieho vzdelávania zdravotníckych pracovníkov podľa osobitného predpisu¹,
- (3) riadia sa platnými právnymi predpismi Slovenskej republiky, týmto odborným usmernením, štandardnými diagnostickými a terapeutickými postupmi (ďalej len „ŠDTP“) vydanými Ministerstvom zdravotníctva Slovenskej republiky a odporúčanými postupmi (angl. guidelines), ktoré vypracovali alebo odsúhlasili príslušné slovenské lekárske odborné spoločnosti, spravidla v nadväznosti na aktualizované Európske odborné odporúčania o najlepšej praxi pre hemodialýzu (angl. European Best Practice Guidelines for Haemodialysis) a Európske odborné odporúčania o najlepšej praxi pre peritoneálnu dialýzu (angl. European Best Practice Guidelines for Peritoneal Dialysis), ktoré vypracovali Európska obličková asociácia a Európska dialyzačná a transplantčná asociácia (angl. European Kidney Association (ďalej len „EKA“), European Dialysis and

Transplantation Association (ďalej len „EDTA“), na odporúčania organizácie Obličkové ochorenia – Zlepšovanie globálnych výsledkov (angl. Kidney Disease – Improving Global Outcomes (ďalej len „KDIGO“)) a na ďalšie odborné odporúčania, ktoré implementujú medicínu založenú na dôkazoch (ďalej len „EBM“),

- (4) dodržiavajú platné indikačné kritériá na zaradenie pacientov do chronického dialyzačného programu,
- (5) informujú pacientov o možnosti ich zaradenia na čakaciu listinu na transplantáciu obličky, podľa zásad uvedených v platnom Odbornom usmernení pre transplantáciu orgánov² a v prílohe č. 4 tohto odborného usmernenia,
- (6) poskytujú pacientom informácie a poučenie o možnosti transplantácie obličky ako súčasti integrovaného dialyzačne-transplantačného programu a o dôvodoch ich zaradenia alebo nezaradenia na čakaciu listinu na transplantáciu obličky (pokiaľ pacient zaradenie na čakaciu listinu preukázateľným spôsobom neodmietol),
- (7) dodržiavajú všeobecne záväzné hygienické a epidemiologické predpisy a postupy odsúhlasené príslušným Regionálnym úradom verejného zdravotníctva pre hygienicko–epidemiologický režim pracoviska³,
- (8) sú schopné zabezpečiť viaczmennú prevádzku v závislosti od počtu pacientov vyžadujúcich dialyzačnú liečbu, v súlade s hygienickými a epidemiologickými normami ,
- (9) sú schopné zabezpečiť 24 hodín denne, vrátane dní pracovného voľna a pracovného pokoja neodkladnú dialyzačnú starostlivosť pre pacientov príslušného dialyzačného strediska a pre pacientov, ktorí potrebujú neodkladnú dialyzačnú starostlivosť,
- (10) majú za účelom zabezpečenia inej ako nefrologickej špecializovanej starostlivosti alebo za účelom zabezpečenia hospitalizácie pacientov, predovšetkým v prípade akútnych komplikácií, uzatvorenú zmluvu s dostupným zdravotníckym zariadením alebo zdravotníckymi zariadeniami (pokiaľ nie sú uvedené služby k dispozícii vo vlastnom zdravotníckom zariadení),
- (11) sú schopné zabezpečiť neodkladný kontakt lekárov daného pracoviska s regionálnym transplantačným centrom v súvislosti s transplantáciou obličky a úkony súvisiace s transplantáciou obličky u pacienta z vlastného dialyzačného strediska²,
- (12) zaznamenávajú každý výkon eliminačnej liečby do zdravotnej dokumentácie v súlade s osobitným predpisom⁴,
- (13) v súlade s platnými právnymi predpismi Slovenskej republiky poskytujú v určenej štruktúre a v určených termínoch údaje týkajúce sa dialyzačnej aktivity a zdravotného stavu pacientov pre potreby Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky, Národného centra zdravotníckych informácií, Slovenskej nefrologickej spoločnosti a Slovenskej transplantologickej spoločnosti,
- (14) zabezpečujú edukáciu pacientov o princípoch a praktických aspektoch jednotlivých foriem eliminačnej liečby pred rozhodnutím o ich zaradení do dialyzačného programu, ako aj edukáciu zameranú na princípy správnej životosprávy, stravovania, pitného režimu, potrebnej medikamentóznei liečby, včasnej detekcie komplikácií a na ďalšie praktické aspekty spolupráce a compliance pacienta v priebehu dialyzačného programu.

¹ Výnos Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky zo 17. septembra 2010 č. 12422/2010-OL, ktorým sa ustanovujú minimálne štandardy pre špecializačné študijné programy, minimálne štandardy pre certifikačné študijné programy a minimálne štandardy pre študijné programy sústavného vzdelávania a ich štruktúra v znení neskorších predpisov.

² Odborné usmernenie Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky, ktorým sa upravuje alokácia odobratých ľudských orgánov určených na transplantáciu, algoritmus výberu príjemcu ľudského orgánu a zaraďovanie pacientov na čakaciu listinu na transplantácie ľudských orgánov č. S20426-2023-OZS zo dňa 5. 9. 2023, uverejnené vo Vestníku MZ SR čiastka 31-41.

³ Vyhláška Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky č. 553/2007 Z. z., ktorou sa ustanovujú podrobnosti o požiadavkách na prevádzku zdravotníckych zariadení z hľadiska ochrany zdravia v znení vyhlášky č. 192/2015 Z. z..

Čl. IV **Zrušovacie ustanovenie**

Zrušuje sa Odborné usmernenie na vykonávanie liečby nahrádzajúcej funkciu obličiek a na vykonávanie mimotelovej eliminačnej liečby zo dňa 1.7.2006 uverejnené v čiastke 43-47/2006 Vestníka Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky.

Čl. V **Účinnosť**

Toto odborné usmernenie nadobúda účinnosť dňom uverejnenia vo Vestníku Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky.

Zuzana Dolinková
ministerka

V. Zoznam príloh

Príloha č. 1	POPIS ELIMINAČNÝCH METÓD
Príloha č. 2	PODMIENKY PRE REALIZÁCIU ELIMINAČNEJ LIEČBY NA DIALYZAČNÝCH PRACOVISKÁCH
Príloha č. 3	ODPORÚČANÉ POSTUPY DIALYZAČNEJ LIEČBY
Príloha č. 4	ZARADENIE PACIENTOV NA ČAKACIU LISTINU NA TRANSPLANTÁCIU OBLIČKY
Príloha č. 5	POSUDZOVANIE ETICKÝCH ASPEKTOV PRI POSKYTOVANÍ ELIMINAČNEJ LIEČBY

⁴ § 21 zákona č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov.

POPIS ELIMINAČNÝCH METÓD

MIMOTELOVÁ ELIMINAČNÁ LIEČBA PRI NÁHLOM ZLYHANÍ OBLIČIEK (ďalej len „NZO“)

Táto liečba sa indikuje pacientom s akútnym poškodením obličiek 3. stupňa, ak sa konzervatívnym postupom nepodarilo zvládnuť hyperkaliémiu, metabolickú acidózu, anúriu, opuch pľúc, rýchly vývoj uremického syndrómu (podľa kritérií v odporúčaniach).

Doplňujúcimi indikáciami sú uremická perikarditída, encefalopatia, nutričné problémy a stavy, ktoré môžu spôsobiť hyperhydratáciu. Eliminačný výkon je pri väčšine chorobných stavov potrebný denne alebo vo forme kontinuálnej liečby.

Morbidita a mortalita pacientov s NZO sa znižuje, ak sa aplikuje včasná a opakovaná dialyzačná liečba. Neurologické prejavy (napr. letargia, kŕče, myoklonus, asterixis a periférna neuropatia) sa vyvíjajú v rámci uremického syndrómu a sú indikáciou na mimotelovú eliminačnú liečbu. Suchá uremická perikarditída sa manifestuje perikardiálnym trecím šelestom a má sa liečiť hemodialýzou. Pacienti s NZO sú často hyperkatabolickí a vyžadujú agresívnu diétu suplementáciu, najmä pri hojení rán. Táto liečba sa neposkytuje pri konzervatívnom postupe, ktorý vyžaduje reštrikciu energetického príjmu a tekutín.

MIMOTELOVÁ ELIMINAČNÁ LIEČBA PRI AKÚTNYCH OTRAVÁCH

Táto liečba sa používa pri akútnej otrave niektorými špecifickými toxínmi, ktoré sú odstrániteľné mimotelovou eliminačnou liečbou. Indikáciou je zhoršenie klinického obrazu napriek konzervatívnej liečbe, letálna koncentrácia jedu, nebezpečenstvo neskorých smrteľných účinkov, zlyhanie obličiek a pečene.

Hemodialýza a zriedka peritoneálna dialýza sa používajú pri akútnych otravách spôsobených dialyzovateľnými a vo vode rozpustnými jedmi, ktoré sa minimálne viažu na bielkoviny. Dialyzačná liečba okrem toho upravuje poruchy metabolizmu vody a elektrolytov, osmolality a acidobázickej rovnováhy, ktoré môžu sprevádzať akútne otravy alebo sa vyskytovať pri iných chorobných stavoch.

Hemoperfúzia odstraňuje z krvi toxíny s molekulovou hmotnosťou vyššou ako 145 daltonov, ktoré sa adsorbujú na povrch aktívneho uhlia a iných sorbentov pri otravách jedmi a liekmi. V prípade potreby sa môže robiť súčasne s hemodialýzou.

Plazmaferéza sa používa predovšetkým pri otravách spôsobených jedmi, ktoré sa viažu na bielkoviny a iné látky s vyššou molekulovou hmotnosťou alebo sa nedostatočne odstraňujú predchádzajúcimi liečebnými postupmi a na odstránenie látok neeliminovateľných predchádzajúcimi postupmi.

Výmenná transfúzia počas hemodialýzy sa používa pri akútnych otravách, ktoré vedú k extrémnej hemolýze alebo k methemoglobinémii.

MIMOTELOVÁ ELIMINAČNÁ LIEČBA PRI CHRONICKOM ZLYHANÍ OBLIČIEK (ďalej len „CHZO“)

Ak pri progresii CHZO nie je možné ovplyvniť metabolické zmeny konzervatívnou liečbou alebo u pacienta vzniká uremický syndróm, je indikovaná mimotelová eliminačná liečba alebo peritoneálna dialýza (ďalej len „CAPD / APD“). Táto liečba sa zvyčajne indikuje pacientom s chronickou obličkovou chorobou v 5. štádiu s poklesom eGF pod 0,15 ml/s, pokiaľ konzervatívny postup nedokáže zvládnuť príznaky.

Kontraindikáciou je generalizované maligne ochorenie s predpokladanou veľmi krátkou dobou prežitia, závažná psychóza a závažná nespôlupráca pacienta. Pacient dispenzarizovaný v nefrologickej ambulancii má byť pripravený na začatie dialyzačnej liečby adekvátnou konzervatívnou liečbou. U pacienta s CHZO prichádza do úvahy hemodialýza, hemodiafiltrácia a ich modifikácie, peritoneálna dialýza a preemptívna alebo následná transplantácia obličky.

Hemodialýza (ďalej aj ako „HD“)

Umožňuje difúziu látok s nízkou molekulovou hmotnosťou cez semipermeabilnú membránu a odstránenie tekutiny z organizmu pomocou ultrafiltrácie. Pri HD je potrebný cievny prístup pre odtok a prítok krvi do mimotelového obehu. Na začiatku liečby sa môžu použiť dočasné cievne prístupy katetrizáciou veľkých ciev. Pre opakované spojenie pacienta s mimotelovým obehom je nevyhnutná vnútorná arteriovenózna fistula alebo prirodzený alebo syntetický arteriovenózny transplantát.

Pri HD sa krv cez vhodný cievny prístup dostáva z pacienta pomocou krvnej pumpy do krvnej jednotky a do kapilárneho dialyzátora. Zložky dialyzačného roztoku sa zmiešajú s upravenou vodou v určitom pomere podľa požadovaných koncentrácií jednotlivých látok vo výslednom dialyzačnom roztoku. Na zabránenie zrážania krvi v mimotelovom obehom je obvyklé podávať antikoagulačnú liečbu (spravidla nízkomolekulový heparín alebo heparín). Počas HD liečby je potrebné zvoliť prietok krvnou pumpou a pumpou dialyzačného roztoku k dosiahnutiu maximálnej efektivity. Taktika dialyzačnej liečby závisí od diurézy, metabolického a nutričného stavu pacienta. Ukazovateľ Kt/V je miera množstva plazmy očistenej od močoviny delená distribučným objemom močoviny. Optimálne hodnoty Kt/V sú pri HD uskutočnenej 3-krát týždenne $\geq 1,4$ alebo $eKt/V \geq 1,2$, pričom minimálny efektívny dialyzačný čas nie je menej ako 4 hodiny (K = klírens močoviny, t = dialyzačný čas, V = distribučný objem močoviny, ktorý sa rovná objemu celkovej vody v tele, eKt/V = ekvilibrované Kt/V). Kt/V je však treba posudzovať len ako relatívny ukazovateľ dialyzačnej dávky.

Hemodialýzu môžu sprevádzať nasledujúce komplikácie:

- akútne krvácanie a koagulopatie,
- syndróm nerovnováhy pri HD: výnimočne môže vzniknúť počas prvej alebo ďalšej neprimerane intenzívnej HD pri mimoriadne vyjadrenom uremickom syndróme a je spôsobený opuchom mozgu pri rýchlych nerovnakých zmenách močoviny a osmolality v plazme a mozgovomiechovom moku,
- perikarditída: je prejavom nedostatočnej liečby, v takomto prípade je treba vykonať 5–7 HD počas týždňa,
- hypotenzia počas hemodialýzy: musia sa vylúčiť iné príčiny hypotenzie ako infarkt myokardu, srdcová tamponáda, krvácanie a sepsa,
- cievne komplikácie: infekcie a trombózy cievnych prístupov,
- dialyzačná demencia.

Medikamentózna liečba dialyzovaných pacientov sa indikuje individuálne a zahŕňa predovšetkým preparáty železa, erytropoetín, antihypertenzíva, diuretiká, lieky ovplyvňujúce kostný metabolizmus, antioxidanty a vitamíny nahradzujúce ich straty počas eliminačného procesu.

Ultrafiltrácia

Umožňuje odstrániť veľké množstvo tekutín s minimálnym obsahom dusíkatých a iných katabolitov. Pomocou gradientu transmembránového tlaku sa vytvorí ultrafiltrát plazmy a ten sa potom odstráni. Táto technika umožňuje zbaviť sa prebytočnej tekutiny u uremikov a iných hyperhydratovaných pacientov, ktorí nevyžadujú dialyzačnú liečbu. Používa sa štandardná dialyzačná technika. Ultrafiltrácia sa uskutočňuje samostatne alebo v kombinácii s hemodialýzou.

Hemofiltrácia, hemodiafiltrácia

Metóda umožňujúca hemodialýzou nezvládnuteľnú elimináciu niektorých látok s vyššou molekulovou hmotnosťou, pri nezvládnuteľnom prurite vyvolanom strednomolekulovými látkami. Hemodiafiltrácia kombinuje efekt hemodialýzy a hemofiltrácie. Pre hodnotenie účinnosti hemodiafiltrácie sa zvyčajne používa množstvo podaného substitučného objemu. Za zlatý štandard sa považuje vysokoobjemová online hemodiafiltrácia s podaním aspoň 21 litrov substitučného roztoku, keďže pri tejto liečbe bolo v klinických štúdiách zistené lepšie prežívanie pacientov.

Kontinuálne metódy

CVVH alebo CVVHD sú najčastejšie používané kontinuálne eliminačné metódy. Vyžadujú špeciálne technické vybavenie. Sú vhodné u akútnych pacientov so zlyhaním alebo bez zlyhania obličiek po kardiochirurgických výkonoch, u kardiálne / vaskulárne nestabilných pacientov, u pacientov so sepsou, u pacientov s poruchou vedomia s náročným alebo nemožným transportom. Metóda je tiež používaná na jednotkách alebo oddeleniach intenzívnej starostlivosti za predpokladu kompletného prístrojového vybavenia a zaškolenia zdravotníckych pracovníkov, aplikuje sa väčšinou niekoľko dní 24 hodín denne.

Peritoneálna dialýza

Pri tejto liečbe sa peritoneum používa ako dialyzačná membrána. Peritoneálny katéter sa implantuje do peritoneálnej dutiny pacienta otvorenou chirurgickou cestou alebo laparoskopicky. Elektrolyty a dusíkaté katabolity sa odstránia difúziou do dialyzačného roztoku. Tekutina sa eliminuje na princípe osmózy pridaním osmoticky aktívnej látky (najčastejšie glukózy alebo aminokyselín) do dialyzačného roztoku, ktorá vytvára osmotický gradient. Vyššia koncentrácia glukózy a častejšie výmeny majú za následok väčšiu ultrafiltráciu. Do peritoneálnej dutiny sa spravidla instilujú 2 l peritoneálneho dialyzačného roztoku, potom nasleduje ekvilibračná doba a odtok dialyzátu z peritoneálnej dutiny. CAPD zahŕňa 4 - 5 výmen počas 24 hodín. Každá výmena trvá 5 - 6 hodín. Pri peritoneálnej dialýze sa musí pravidelne monitorovať bilancia tekutín, aby sa predišlo dehydratácii alebo hyperhydratácii. Na posúdenie optimálnej CAPD sa vykonáva peritoneálny ekvilibračný test (ďalej len „PET“). Modifikáciou peritoneálnej dialýzy je APD s použitím automatického meniča (cyclera) peritoneálneho dialyzačného roztoku. Realizuje sa väčšinou v noci, počas spánku.

Peritoneálna dialýza je nevhodná u pacientov po opakovaných laparotómiach, s adhéziami v peritoneálnej dutine a u pacientov, ktorí nie sú ochotní alebo schopní spolupracovať pri realizácii PD. Rovnako nie je vhodná ani pre pacientov s nízkym štandardom bývania a osobnej hygieny, najmä bez prístupu k teplej tečúcej vode a s absenciou základných hygienických návykov. Musí sa vykonávať za sterilných podmienok. Počas CAPD nie je potrebná antikoagulačná liečba. CAPD neovplyvňuje nepriaznivo kardiovaskulárny systém, nespôsobuje výraznejšie zmeny krvného tlaku a elektrolytov a umožňuje pacientom väčšiu nezávislosť od dialyzačného strediska ako hemodialýza.

Z komplikácií sú najvýznamnejšie:

- a. infekcie (peritonitída a infekcia kanála peritoneálneho katétra): peritonitída vzniká zvyčajne následkom narušenia sterility počas peritoneálnej výmeny. Liečba sa začína krátkotrvajúcimi

výmennami roztoku s obsahom antibiotika, prípadne lokálneho anestetika a heparínu. Hospitalizácia je nevyhnutná pri sepe, rezistentnej alebo rekurentnej infekcii, pri podozrení na perforáciu orgánov alebo na tvorbu abscesu. Infekcia okolia výstupu peritoneálneho katétra alebo kanála peritoneálneho katétra sa lieči ťažko a niekedy vyžaduje odstránenie katétra,

- b. strata bielkovín do dialyzačného roztoku, ktorá môže byť veľmi vysoká. V diéte sa musí zvýšiť denný príjem bielkovín na 1,2 – 1,4 g/kg/24 h.

PODMIENKY PRE REALIZÁCIU ELIMINAČNEJ LIEČBY NA DIALYZAČNÝCH PRACOVISKÁCH

ORGANIZAČNÉ FORMY ELIMINAČNEJ LIEČBY

Na vykonávanie eliminačnej liečby sa v SR vytvorila sieť dialyzačných pracovísk, ktoré sú zriadené v súlade s platnými právnymi predpismi SR⁵,

Dialyzačné pracoviská môžu existovať ako:

- a. samostatné zdravotnícke zariadenia (dialyzačné stacionáre),
- b. pracoviská poskytovateľa zdravotnej starostlivosti vlastniaceho viac dialyzačných stredísk,
- c. samostatné oddelenia / kliniky v ústavnom zdravotníckom zariadení,
- d. pracoviská pričlenené spravidla k internému oddeleniu / klinike alebo k oddeleniu anestéziológie a intenzívnej medicíny (ďalej len „OAIM“) alebo klinike anestéziológie a intenzívnej medicíny (ďalej len „KAIM“) v ústavnom zdravotníckom zariadení.

Dialyzačné pracovisko disponuje nefrologickou ambulanciou. Nefrologická ambulancia dispenzarizuje pacientov s chronickou chorobou obličiek v predialyzačnom štádiu a pripravuje ich na niektorú z chronických foriem liečby. Realizuje edukáciu pacientov v predialyzačnom štádiu a zabezpečuje starostlivosť o pacientov po transplantácii obličiek v spolupráci s príslušným transplantačným centrom. Minimálne personálne zabezpečenie a materiálne technické vybavenie nefrologickej ambulancie a dialyzačného pracoviska upravuje osobitný predpis⁶. Každé zariadenie ústavnej zdravotnej starostlivosti zahŕňa dialyzačné pracovisko alebo má s takýmto pracoviskom uzatvorený zmluvný vzťah.

KVALITA ELIMINAČNEJ LIEČBY

Kvalita eliminačnej liečby je určená viacerými faktormi:

- (1) Liečebné prvky: dialyzačné prístroje, dialyzátory, dialyzačné roztoky, úpravovňa vody, medikamentózna liečba, priestorové usporiadanie a materiálne vybavenie pracoviska vyhovujúce aktuálnym medicínskym, technickým, hygienickým predpisom a štandardom a sociálnym potrebám pacientov i personálu.
- (2) Zdravotnícki pracovníci: lekári a sestry s príslušnou odbornou spôsobilosťou podľa osobitného predpisu⁷.
- (3) Pacient: svojím postojom a rešpektovaním odporúčaní zdravotníckych pracovníkov týkajúcich sa liečby, dodržiavaním diétnych a režimových predpisov a celkovou spolupracou.

Typ výkonu, parametre výkonu, membránu dialyzátora, zloženie dialyzačného roztoku, počet a trvanie dialýz určuje ošetrojúci lekár podľa zdravotného stavu pacienta.

⁵Zákon č. 578/2004 Z. z. o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zdravotníckych pracovníkoch, stavovských organizáciách v zdravotníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov.

⁶Výnos MZ SR z 10. septembra 2008 č. 09812/2008-OL o minimálnych požiadavkách na personálne zabezpečenie a materiálno-technické vybavenie jednotlivých druhov zdravotníckych zariadení v znení neskorších predpisov.

⁷Nariadenie vlády Slovenskej republiky č. 296/2010 Z. z. o odbornej spôsobilosti na výkon zdravotníckeho povolania, spôsobe ďalšieho vzdelávania zdravotníckych pracovníkov, sústave špecializačných odborov a sústave certifikovaných pracovných činností v znení neskorších predpisov

ZÁKLADNÉ KRITÉRIÁ PRE LIEČBU NAHRADZUJÚCU CHRONICKY ZLYHANÚ FUNKCIU OBLIČIEK

(1) Základné kritériá pre zaradenie pacienta do chronického dialyzačného programu sú:

- a. vytvorenie dostatočného cievneho prístupu s možnosťou opakovaného napájania pre potrebu hemodialýzy,
- b. zavedenie permanentného peritoneálneho katétra pre potrebu peritoneálnej dialýzy,
- c. eGF spravidla 0,10 – 0,15 ml/s, u rizikových pacientov (vrátane diabetikov) je potrebné zväžiť zaradenie už pri eGF pod 0,25 ml/s,
- d. konzervatívne nevládnuteľná opakovaná alebo život ohrozujúca hyperkaliémia,
- e. konzervatívne nevládnuteľná iná porucha vnútorného prostredia,
- f. konzervatívne nevládnuteľná hyperhydratácia,
- g. konzervatívne nevládnuteľný uremický syndróm a nefrotický syndróm,
- h. v individuálnych prípadoch ako paliatívna liečba kardiorenálneho syndrómu s rezistentnou kongesciou v malom alebo veľkom obehu alebo ako premost'ujúca liečba do realizácie transplantácie srdca,
- i. v individuálnych prípadoch ako paliatívna liečba ascitu rezistentného na konzervatívnu liečbu.

Uvedené kritériá sa hodnotia vo vzájomnej súvislosti a individuálne u každého pacienta.

(2) Základné kritériá adekvátnosti dialyzačnej liečby sú:

- a. frekvencia HD 3 - krát týždenne, častejšia dialýza je potrebná napr. pri ťažko ovplyvniteľnej hyperparatyreóze, závažnej hyperhydratácii, srdcovej slabosti alebo v gravidite. Trvanie HD je spravidla 4 - 6 hodín (podľa individuálneho zhodnotenia zdravotného stavu pacienta),
- b. frekvencia výmeny roztokov pravidelne spravidla 4-krát denne pri CAPD alebo podľa nastavenia cyklov pri APD,
- c. dostatočná ultrafiltrácia na udržanie optimálnej hmotnosti za predpokladu, že nepresiahne 13 ml/kg/hodinu,
- d. dobrý nutričný stav (hodnotenie podľa laboratórných a antropometrických znakov alebo pomocou prístrojových metód),
- e. pravidelné hodnotenie účinnosti hemodialýzy prostredníctvom Kt/V ($Kt/V \geq 1,4$; event. $eKt/V \geq 1,2$) alebo pravidelné hodnotenie účinnosti hemodiafiltrácie (podaný substitučný objem ≥ 21 litrov),
- f. vyššie uvedené kritériá sú platné pre väčšinu pravidelne dialyzovaných pacientov (liečba trvá viac ako 3 mesiace). Pre niektorých pacientov začínajúcich dialyzačnú liečbu s dostatočnou reziduálnou funkciou obličiek je možné použiť tzv. incremental dialysis – postupné pomalé zvyšovanie dávky a frekvencie dialýzy, pričom je nutné individuálne sledovanie ich stavu,
- g. vyššie uvedené kritériá sa nepoužijú v prípadoch uvedených v prílohe č. 5 v časti o možnosti znížiť frekvenciu dialýz, dialýzu skrátiť alebo ukončiť.

TECHNICKÉ PODMIENKY

Pre hemodialýzu

- (1) Použitie bikarbonátového dialyzačného roztoku alebo bikarbonátových prípravkov, možnosť použitia modifikovaných druhov dialyzačných roztokov.
- (2) Použitie jednorazového dialyzátora s dostatočnou plochou a kvalitou membrány (voľba podľa laboratórných vyšetrení a klinického stavu pacienta).

- (3) Použitie dialyzačného prístroja vybaveného všetkými uvedenými snímačmi s akustickou a optickou signalizáciou alarmu:
 - a. meranie prietoku krvi, dialyzačného roztoku a substitučného roztoku,
 - b. arteriálny a venózný snímač tlaku,
 - c. detektor vzduchu,
 - d. merač vodivosti dialyzátu,
 - e. ohrievanie s kontrolou a udržovaním teploty v určených medziach,
 - f. kontrola ultrafiltrácie,
 - g. detektor hemoglobínu.

Prístrojové podmienky sa upravujú priebežne podľa technického vývoja.

- (4) Najmenej dvakrát ročne a po každom takom narušení integrity prístrojov a úpravovne vody, kedy vznikne možnosť kontaminácie, vykonanie mikrobiologických kontrol a vyšetrenia endotoxínov vo vode, s realizovaním mikrobiologických rozborov v akreditovanom pracovisku.
- (5) Vykonanie sterov v dialyzačných priestoroch v rozsahu požadovanom regionálnym úradom verejného zdravotníctva s realizovaním mikrobiologických rozborov v akreditovanom pracovisku.

Pre domácu hemodialýzu

- (1) Klasický dialyzačný monitor a mobilná úpravovňa vody alebo pre domácu hemodialýzu modifikovaný monitor a tomu zodpovedajúce roztoky a zdravotnícky materiál.

Pre peritoneálnu dialýzu

- (1) liečba sterilnými štandardizovanými roztokmi,
- (2) použitie jednorazových spojovacích systémov umožňujúcich výmeny roztokov s minimálnym rizikom vniknutia mikroorganizmov do systému,
- (3) nutná kooperácia a manuálna zručnosť pacienta a blízkej osoby, pretože liečba sa vykonáva samostatne doma alebo mimo dialyzačného pracoviska.

AKÚTNA ELIMINAČNÁ LIEČBA

Eliminačná liečba akútnych stavov, pokiaľ nie je možný presun pacienta a nemôže sa vykonávať na dialyzačných strediskách, sa môže vykonávať v spolupráci s pracovníkmi dialyzačných pracovísk vyškoleným personálom príslušného oddelenia aj na jednotkách/oddeleniach intenzívnej starostlivosti. Indikácia, spôsob a frekvencia eliminačnej liečby sa pri akútnych stavoch vykonáva podľa klinického stavu pacienta.

DOKUMENTÁCIA A VÝKAZNÍCTVO

Je podkladom pre zdravotnícku štatistiku, pre objednávanie materiálu a pre riadenie a kontrolu činnosti pracoviska.

Zamestnanec, ktorý uskutočnil prepis záznamu z elektronickej do písomnej podoby po skontrolovaní správnosti údajov dokument označí svojím podpisom a odtlačkom pečiatky.

Dokumentácia dialyzačného pracoviska pozostáva z týchto položiek:

- (1) dialyzačné záznamy pacientov: obsahujú stav pacienta pri prijatí do chronického dialyzačného programu, stav pacienta pred akútnou eliminačnou liečbou, záznamy jednotlivých eliminačných výkonov, výsledky konziliárnych, laboratórnych a pomocných vyšetrení,

- (2) prehľadná zdravotná dokumentácia druhu a počtu liečebných výkonov: obsahuje evidenciu zoznamu všetkých pacientov a výkonov podľa časovej postupnosti,
- (3) evidencia výkazov celoročnej aktivity dialyzačného pracoviska: realizuje sa formou dotazníkov Národného centra zdravotníckych informácií a dotazníkov príslušných slovenských a európskych odborných spoločností a zriaďovateľa zdravotníckeho zariadenia,
- (4) evidencia zoznamu očkovaní pacientov a zdravotníckych pracovníkov, vrátane druhu očkovania, očkovacej látky, dátumu očkovania v súlade s osobitným predpisom,
- (5) evidenciu zoznamu objednávok pre zabezpečenie liekov, infúzných roztokov a materiálneho technického zabezpečenia,
- (6) rozpis služieb evidencie odpracovaných hodín, absencie a pracovnej pohotovosti u lekárov, rozpis služieb evidencie odpracovaných hodín a absencie u sestier,
- (7) dokumentácia podľa miestnych požiadaviek (evidencia materiálneho technického zabezpečenia, evidencia a výkaz opráv, iné).

KONTROLA ČINNOSTI

Organizácia činností dialyzačného pracoviska sa realizuje v súlade s organizačným, prevádzkovým a pracovným poriadkom zdravotníckeho zariadenia. Za činnosť pracoviska je zodpovedný odborný zástupca/primár dialyzačného pracoviska a zriaďovateľ príslušného zdravotníckeho zariadenia. Kontrolu vykonávajú určené kontrolné orgány.

Metodické usmernenie dialyzačných pracovísk vykonávajú odborníci z odboru nefrológia v spolupráci s príslušným vyšším územným celkom a MZ SR. Pri riešení odborných problémov v štátnom a neštátnom zdravotníckom zariadení môžu nadriadené orgány vytvoriť komisiu, do ktorej prizývajú člena výboru Slovenskej nefrologickej spoločnosti alebo jej dialyzačnej sekcie, zástupcu Slovenskej lekárskej komory a zástupcu príslušnej zdravotnej poisťovne.

ODPORÚČANÉ POSTUPY DIALYZAČNEJ LIEČBY

- (1) Začatie chronickej dialyzačnej liečby.
- (2) Adekvátnosť hemodialýzy.
- (3) Adekvátnosť peritoneálnej dialýzy.
- (4) Kvalita upravenej vody.
- (5) Cievny prístup.
- (6) Infekcie u dialyzovaných pacientov.
- (7) Ochorenia srdca a ciev a rizikové faktory.
- (8) Obličková kostná choroba.
- (9) Anémia pri obličkových chorobách.
- (10) Iné.

ZARADENIE PACIENTOV NA ČAKACIU LISTINU NA TRANSPLANTÁCIU OBLIČKY

Všetkým potenciálnym kandidátom na transplantáciu obličky sa poskytuje prehľadná, dostatočne podrobná a zrozumiteľná informácia v písomnej aj v ústnej forme. Na zaradenie na čakaciu listinu na transplantáciu obličky sa vyžaduje informovaný súhlas pacienta získaný v súlade s osobitným predpisom⁸.

Na čakaciu listinu sa zaraďujú pacienti:

- a. ktorí nemajú absolútnu kontraindikáciu transplantácie obličky,
- b. u ktorých boli v spolupráci s transplantačným centrom prehodnotené relatívne kontraindikácie a nefrológ transplantačného centra na základe požadovaných vyšetrení zhodnotil spôsobilosť pacienta podstúpiť transplantáciu obličky,
- c. ktorí udelili informovaný súhlas s transplantáciou podľa osobitného predpisu².

Podkladom rozhodnutia o zaradení pacienta na čakaciu listinu je starostlivé zváženie očakávaného prínosu transplantácie, rizík operačného zákroku a rizík následnej imunosupresie, ako aj schopnosti primeranej spolupráce pacienta v období po transplantácii. Absolútne a relatívne kontraindikácie transplantácie sú uvedené v aktualizovaných odporúčaniach Slovenskej transplantologickej spoločnosti.

Zaradenie na čakaciu listinu na transplantáciu obličky vykonáva ošetrojúci lekár dialyzačného pracoviska na základe písomného odporúčania nefrológa regionálneho transplantačného centra, v ktorom bola spôsobilosť pacienta na liečbu transplantáciou obličky posúdená.

Každý pacient, ktorý je spôsobilý podstúpiť transplantáciu obličky, má byť informovaný aj o možnosti transplantácie obličky od živého darcu a v prípade ABO inkompatibility aj o výmennom transplantačnom programe.

⁸ Zákon č. 317/2016 Z. z. o požiadavkách a postupoch pri odbere a transplantácii ľudského orgánu, ľudského tkaniva a ľudských buniek a o zmene a doplnení niektorých zákonov (transplantačný zákon) v znení neskorších predpisov.

POSUDZOVANIE ETICKÝCH ASPEKTOV PRI POSKYTOVANÍ ELIMINAČNEJ LIEČBY

ÚVOD

- (1) Cieľom nasledujúcich odporúčaní je usmerniť poskytovanie zdravotnej starostlivosti u nefrologických pacientov s vysokým stupňom krehkosti, najmä v terminálnom štádiu života, ak je u týchto pacientov zvažovaná alebo aplikovaná dialyzačná liečba.
- (2) Toto usmernenie nadväzuje na ŠDTP v odbore onkológia „Paliatívna liečba renálneho zlyhania a ukončenie chronického hemodialyzačného programu na konci života pri nádorovom ochorení“ a upresňuje liečebné postupy u terminálne chorých pacientov a neonkologických pacientov .
- (3) Je potrebné zdôrazniť, že pacienta, ktorý je indikovaný na eliminačnú (dialyzačnú) liečbu sa treba pokúsiť zaradiť do dialyzačného programu vždy, ak to dovoľuje jeho zdravotný stav, ak preukázateľným spôsobom prejavil s touto liečbou informovaný súhlas a pokiaľ je schopný pri tejto liečbe primerane spolupracovať. V odôvodnených prípadoch je však potrebné indikáciu eliminačnej (dialyzačnej) liečby a zaradenie pacienta do dialyzačného programu prehodnotiť a túto liečbu nezačať alebo ju zo závažných dôvodov ukončiť. Základným východiskom pri takomto rozhodovaní u terminálne chorého pacienta by mal byť etický princíp rešpektovania ľudskej osoby a jej dôstojnosti, etických princípov dobročinnosti (beneficiencie), nepoškodzovania (non-maleficiencie), autonómie a spravodlivosti, ako aj úsilie o hľadanie najlepšieho záujmu pacienta. Z toho vyplýva, že našim konaním na jednej strane nesmieme úmyselne život pacienta priamo skracovať, ale na druhej strane nesmieme ním ani predlžovať fázu umierania alebo našimi medicínskymi zásahmi predlžovať život pacienta za cenu procedúr, ktoré mu neprinášajú konkrétny zdravotný prospech, sú preňho nadmerne zaťažujúce a rizikové či spojené s dodatočným utrpením, teda pokiaľ by takéto zásahy predstavovali tzv. „márnu (úpornú) liečbu“.

KEDY JE POTREBNÉ ZVÁŽIŤ NEZARADENIE PACIENTA DO CHRONICKÉHO DIALYZAČNÉHO PROGRAMU

Od zaradenia pacienta do chronického dialyzačného programu možno v odôvodnených prípadoch upustiť, ak sa takéto rozhodnutie vykonalo v súlade s platnými právnymi predpismi a relevantnými odbornými usmerneniami a štandardnými postupmi vydanými MZ SR, ako aj v súlade s príslušnými medicínskymi a etickými princípmi, normami a pravidlami.

Situačné príklady pre zváženie nezaradenie pacienta do chronického dialyzačného programu:

- (1) Ide o pacienta, u ktorého závažné ochorenie alebo kombinácia viacerých ochorení viedli k ťažkej kvalitatívnej alebo kvantitatívnej poruche vedomia alebo k ťažkému poškodeniu psychických funkcií, ktoré znemožňujú potrebnú spoluprácu pacienta pri dialyzačnej liečbe, a stav je podľa dostupných medicínskych vedomostí a skúseností možné považovať za ireverzibilný.
- (2) Ide o pacienta, kde terminálne zlyhanie obličiek je len jedným zo závažných zdravotných problémov a u ktorého je okrem neho prítomné jedno alebo viacero závažných, pokročilých, adekvátnou liečbou neovplyvniteľných a život bezprostredne ohrozujúcich ochorení, spôsobujúcich u neho ťažký stupeň krehkosti ako stav blížiaceho sa konca života, pričom tento stav je podľa dostupných medicínskych vedomostí a skúseností možné považovať za ireverzibilný (napr. pokročilé chronické srdcové zlyhanie rezistentné na adekvátnu liečbu, pokročilé onkologické ochorenie rezistentné na adekvátnu

liečbu, pokročilé ochorenie pľúc s ťažkou, neovplyvniteľnou poruchou ventilácie a výmeny dýchacích plynov, ťažké neurologické ochorenie alebo poškodenie v terminálnom štádiu a pod.).

- (3) Ide o pacienta s pokročilou demenciou, spojenou s vysokým stupňom krehkosti, pričom v dôsledku ťažkej poruchy kognitívnych funkcií nie je schopný porozumieť zmyslu liečebných opatrení, vyjadriť svoj súhlas či nesúhlas s liečbou, rešpektovať liečebné opatrenia, najmä strpieť dialyzačnú procedúru tak, aby mohla byť vykonaná predpísaným, čiže bezpečným a účinným spôsobom.
- (4) Ide o pacienta s liečebne neovplyvniteľnou, závažnou závislosťou na omamných a psychotropných látkach, ak v dôsledku tejto závislosti nie je schopný aktívne spolupracovať pri dialyzačnej liečbe, dodržiavať nevyhnutný liečebný režim, najmä pravidelne dochádzať na dialýzu a absolvovať ju predpísaným, čiže bezpečným a účinným spôsobom. Rovnako, ak ide o pacienta, ktorý z týchto dôvodov javí znaky závažnej agresivity, či ohrozuje svoje okolie.
- (5) Ide o pacienta v celkovo zlom zdravotnom stave, s vysokým stupňom krehkosti či blížiacim sa koncom života (napr. s rozvinutým ťažkým imobilizačným syndrómom v dôsledku dlhodobej imobility, so závažnými, pri adekvátnej liečbe sa nehojacimi dekubitmi, s prejavmi ťažkej, neovplyvniteľnej malnutricie či marazmu a pod.).
- (6) Ide o pacienta, kde nie je možné vykonať dialýzu z dôvodu prítomného šokového stavu alebo závažnej hypotenzie, obehovej nedostatočnosti s prejavmi hypoperfúzie orgánov, najmä pri pokročilom srdcovom zlyhávaní. V nejasných prípadoch, keď je tolerancia/intolerancia dialýz u pacienta otázná, sa odporúča vykonať 1 - 3 dialýzy „na skúšku“ s použitím dočasného centrálného venózneho katétra. V prípade preukázanej intolerancie dialýzy je potrebné túto skutočnosť protokolárne zaznamenať do zdravotnej dokumentácie pacienta.
- (7) Ide o pacienta, kde vzhľadom na jeho celkový zdravotný stav nie je v danom čase jasné, či je dialýza pre neho najlepším riešením alebo či táto liečba nebude predstavovať pre pacienta neprimeranú záťaž a ďalšie zníženie kvality života v zmysle tzv. márnej (úpornej) liečby. V takomto prípade sa odporúča realizovať dialýzu „na skúšku“ prístupom cez centrálny venózny katéter po dobu približne 2 mesiacov a potom jej ďalšie pokračovanie prehodnotiť. Ak je pacient pri vedomí a schopný porozumieť a zvážiť informácie o svojom zdravotnom stave a navrhovanom postupe liečby, má sa v maximálnej možnej miere podieľať na rozhodovaní o ďalšom pokračovaní alebo nepokračovaní v dialyzačnej liečbe. Pacienta je predtým potrebné adekvátne informovať o očakávanom prínose, rizikách a záťaži ďalšieho liečebného postupu, či už v prípade pokračujúcej dialyzačnej alebo plne vyťaženej konzervatívnej liečby. Ak sú kognitívne a rozhodovacie schopnosti pacienta významne znížené a ak sa po období realizácie dialýz „na skúšku“ spoľahlivo preukáže, že dialyzačná liečba v skutočnosti znamená pre pacienta tzv. márne (úpornú) liečbu, je možné zvážiť zníženie frekvencie dialýz alebo aj ukončenie dialyzačnej liečby. Je potrebné pripomenúť, že doba trvania „dialýz na skúšku“ nie je jednoznačne stanovená. V niektorých prípadoch je už po prvých dialýzach evidentné, že pacient dialyzačnú liečbu netoleruje, prípadne že ho táto liečba ohrozuje na živote. Po protokolárnom zázname tejto skutočnosti do zdravotnej dokumentácie pacienta je možné dialyzačnú liečbu ukončiť. Naopak, ak má zdravotný stav pacienta tendenciu k zlepšeniu či stabilizácii, možno v liečbe „na skúšku“ pokračovať aj dlhšie, až do dostatočného vyjasnenia stavu, prihliadajúc pritom v maximálnej možnej miere aj na vôľu pacienta. Najmä u starších pacientov sa nezriedka pozoruje lepší prospech maximálne vyťaženej konzervatívnej liečby.
- (8) Ide o pacienta, ktorý sa nachádza v terminálnom štádiu závažnej obličkovej alebo inej choroby, a predtým, ako sa ocitol v bezprostrednom ohrození života vyžadujúcom dialyzačnú liečbu, vyjadril ako mentálne plne kompetentná osoba spôsobilá na právne úkony písomne alebo iným preukázateľným spôsobom nesúhlas s dialyzačnou liečbou (tzv. negatívny reverz). Na takéto rozhodnutie pacienta je potrebné primerane, v súlade s platnými právnymi predpismi prihliadať.

- (9) Ide o pacienta, ktorý nie je sebestačný a nie je možné zabezpečiť mu takú zdravotnú a sociálnu starostlivosť, ktorá by mu umožnila riadne absolvovanie dialyzačnej liečby, napríklad zabezpečila by jeho pravidelný transport na dialýzu alebo vykonávanie peritoneálnej dialýzy v domácom prostredí (napr. ľudia bez domova, asociálni, odmietajúci spoluprácu, extrémne obézni pacienti neschopní pohybu a transportu a pod.). V každom takomto prípade je však potrebné vyvinúť maximálne možné úsilie pre to, aby aj takýto pacient mohol byť do dialyzačného programu zaradený v spolupráci s príbuznými, zdravotníckymi a sociálnymi inštitúciami. Všetky konkrétne kroky podniknuté smerom k možnosti zaradenia takéhoto pacienta do dialyzačného programu treba zapísať do zdravotnej dokumentácie.
- (10) Ide o pacienta s akútnym poškodením/zlyhaním obličiek (AKI/AZO), ktoré sa objavilo v súvislosti s ťažkým priebehom infekčného ochorenia, ako napr. COVID 19., spojeným s multiorgánovým zlyhaním s vysokou mortalitou, kde podľa doterajších skúseností jedine CRRT v spojení s ECMO dáva reálnu šancu na záchranu života. Ak pracovisko nedisponuje takýmto prístrojovým a potrebným personálnym zabezpečením, možno od začatia dialyzačnej liečby upustiť. Tento postup sa však netýka pacientov, u ktorých sa AKI/AZO vyskytli z iných dôvodov, hoci aj boli pozitívne testovaní na prítomnosť SARS-CoV-2.
- (11) Ide o pacienta, ktorý z akýchkoľvek dôvodov prejavuje závažné znaky agresivity voči osobám alebo veciam a tým ohrozuje spolupacientov alebo pracovníkov dialyzačného pracoviska.

PRÍKLADY SITUÁCIÍ KEDY JE POTREBNÉ ZVÁŽIŤ ZNÍŽENIE FREKVENCIE DIALÝZ, SKRÁTENIE ALEBO UKONČENIE DIALYZAČNEJ LIEČBY

V priebehu dialyzačnej liečby je zo závažných dôvodov neraz potrebné zvážiť zníženie frekvencie dialýz, ich skrátenie alebo aj ukončenie dialyzačnej liečby.

Môže ísť napríklad o nasledujúce prípady:

- (1) Zdravotný stav sa pacientovi skomplikoval alebo zhoršil natoľko, že sa rozvinie niektorá zo situácií opísaných v predchádzajúcej časti tejto prílohy a stav je podľa dostupných medicínskych vedomostí a skúseností možné považovať za ireverzibilný. Pokiaľ je pacient pri vedomí a situáciu si kriticky uvedomuje, je vhodnejšie najskôr postupne znížiť frekvenciu dialýz, prípadne trvanie dialýz skrátiť (z psychologických dôvodov) a neskôr dialyzačnú liečbu ukončiť – s prihliadnutím na vôľu pacienta. V prípade, že u pacienta je prítomná závažná a ireverzibilná porucha vedomia (kvalitatívna alebo kvantitatívna), možno pri splnení príslušných podmienok dialyzačnú liečbu ukončiť.
- (2) Transport pacienta na dialýzu a z dialýzy sa stane pre neho extrémne zaťažujúcim alebo ohrozujúcim výkonom. V takom prípade možno podľa aktuálnych okolností frekvenciu dialýz primerane znížiť. V prípade ďalších závažných, reálne neovplyvniteľných nepriaznivých okolností je nutné dialyzačnú liečbu ukončiť.
- (3) Pacient sa ocitol v situácii na konci života alebo v procese umierania. V takomto prípade je potrebné zásadné úsilie venovať zabezpečeniu adekvátnej paliatívnej liečby a starostlivosti, s cieľom udržania čo najlepšej kvality života pacienta a zmiernenia jeho utrpenia. Podľa vývoja zdravotného stavu pacienta možno znížiť frekvenciu dialýz, skrátiť ich trvanie alebo dialyzačnú liečbu ukončiť. Najmä, pokiaľ by už pre pacienta predstavovala tzv. márnú (úpornú) liečbu.

ZÁVEREČNÉ POZNÁMKY

V prípadoch rozhodnutí o zaradení/nezaradení pacienta do dialyzačnej liečby (akútnej alebo chronickej) alebo o jej ukončení, ide o rozhodnutia, ktoré patria k najťažším v klinickej praxi i v

profesionálnom živote príslušného lekára – špecialistu. Vždy je potrebné zvážiť a dôsledne zaznamenať do zdravotnej dokumentácie pacienta všetky skutočnosti, ktoré viedli k rozhodnutiu o začatí/nezačatí alebo o ukončení dialyzačnej liečby.

Ak je pacient schopný prejavíť svoju vôľu ohľadom plánovanej dialyzačnej liečby, treba ju pri rozhodovaní podľa možnosti maximálne rešpektovať. V prípade, že pacient nie je schopný sa sám rozhodnúť, je potrebné primerane prihliadať na názor jeho zákonného zástupcu, jeho príbuzných alebo iných jemu blízkych osôb. To neplatí, pokiaľ by ich požiadavky boli v rozpore s príslušnými medicínskymi skutočnosťami a postupmi, prípadne, ak by boli v rozpore s platnými právnymi predpismi a etickými normami. Napríklad, pokiaľ by realizácia dialyzačnej liečby predstavovala pre pacienta neúmernú záťaž a riziko, neprinášala by mu konkrétny medicínsky prospech, zvyšovala by mieru jeho utrpenia či predlžovala už nezvratnú fázu umierania.

Rozhodnutie o ďalšom liečebnom postupe je predovšetkým zodpovednosťou lekára. Odporúča sa, aby sa takéto rozhodnutie, najmä v klinicky alebo eticky nejasných či komplikovaných prípadoch, prijímalo procesom kolektívneho rozhodovania v rámci daného ošetrojúceho tímu (lekári, sestry a ďalší zdravotnícki pracovníci, ktorí sa na liečbe pacienta zúčastňujú a poznajú jeho situáciu), prípadne v rámci procesu tzv. lekárskeho konzília s účasťou príslušných špecialistov. Aktívnu účasť dostatočne podrobne a zrozumiteľne informovaného pacienta na spomínanom rozhodovacom procese, pokiaľ to umožňuje jeho aktuálny zdravotný a psychický stav, je vždy potrebné v maximálnej možnej miere podporiť.

31.**Štatút Krízového štábu
Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky**

Číslo: S21210-2024-OKRaKM-001

Čl. 1**Základné ustanovenia**

- (1) Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky (ďalej len „ministerstvo“) podľa § 5 ods. 1 písm. a) zákona č. 387/2002 Z. z. o riadení štátu v krízových situáciách mimo času vojny a vojnového stavu v znení neskorších predpisov zriaďuje Krízový štáb Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky (ďalej len „krízový štáb“).
- (2) Tento štatút krízového štábu (ďalej len „štatút“) upravuje pôsobnosť, zloženie a úlohy krízového štábu počas krízovej situácie mimo času vojny a vojnového stavu.

Čl. 2**Postavenie a pôsobnosť krízového štábu**

- (1) Krízový štáb je výkonným orgánom ministerstva na riešenie krízovej situácie mimo času vojny a vojnového stavu⁹.
- (2) Krízový štáb:
 - a) vedie prehľad zdrojov rizík, ktoré môžu spôsobiť krízovú situáciu, analyzuje tieto riziká a prijíma opatrenia na odstránenie ich príčin,
 - b) oznamuje bezodkladne predsedovi ústredného krízového štábu vznik krízovej situácie alebo ohrozenie, ktoré ju môže bezprostredne spôsobiť,
 - c) uskutočňuje civilné núdzové plánovanie,
 - d) rozhoduje o opatreniach na riešenie krízových situácií vrátane odstránenia alebo zmiernenia ich následkov,
 - e) poskytuje na vyžiadanie podklady iným orgánom krízového riadenia, ktoré sú potrebné na plnenie ich úloh pri príprave na krízové situácie a na ich riešenie,
 - f) spolupracuje s príslušnými orgánmi iných štátov pri príprave na krízové situácie a pri ich riešení,
 - g) utvára podmienky na zabezpečenie informačného systému krízového riadenia,¹⁰⁾
 - h) plní pri príprave na krízové situácie a pri ich riešení úlohy civilnej ochrany podľa osobitného predpisu.¹¹⁾

Čl. 3**Zloženie krízového štábu**

- (1) Krízový štáb je zložený z predsedu, podpredsedu, tajomníka a členov. Predsedom krízového štábu (ďalej len „predseda“) je minister zdravotníctva Slovenskej republiky.
- (2) Podpredsedom krízového štábu (ďalej len „podpredseda“) je generálny tajomník služobného úradu Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky.
- (3) Tajomníkom krízového štábu (ďalej len „tajomník“) je riaditeľ Odboru krízového riadenia a krízového manažmentu Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky.
- (4) Členmi krízového štábu sú:
 - a) štátny tajomník / štátni tajomníci,

⁹ Podľa § 2 písm. c) zákona č. 387/2002 Z. z. o riadení štátu v krízových situáciách mimo času vojny a vojnového stavu v znení neskorších predpisov.

¹⁰ Podľa § 13 zákona 387/2002 Z. z. o riadení štátu v krízových situáciách mimo času vojny a vojnového stavu v znení neskorších predpisov.

¹¹ Zákon Národnej rady Slovenskej republiky č. 42/1994 Z. z. o civilnej ochrane obyvateľstva v znení neskorších predpisov.

- b) generálny riaditeľ Sekcie zdravia Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky,
 - c) generálny riaditeľ Sekcie financovania Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky,
 - d) generálny riaditeľ Sekcie farmácie a liekovej politiky Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky,
 - e) generálny riaditeľ Sekcie správy majetku štátu, zakladateľských a akcionárskych práv a strategických investícií Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky,
 - f) generálny riaditeľ Sekcie legislatívy a práva Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky,
 - g) generálny riaditeľ Inštitútu zdravotných analýz Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky,
 - h) riaditeľ Odboru verejného zdravia, skriningu a prevencie Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky,
 - i) riaditeľ Komunikačného odboru Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky,
 - j) riaditeľ Inšpektorátu kúpeľov a žriediel Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky,
 - k) riaditeľ Odboru medzinárodných vzťahov a záležitostí Európskej únie Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky,
 - l) riaditeľ Odboru krízového riadenia a krízového manažmentu Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky, ktorý je súčasne aj tajomník krízového štábu Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky,
 - m) hlavný hygienik Slovenskej republiky.
- (5) Podpredsedu, tajomníka a členov krízového štábu vymenúva a odvoláva písomne minister zdravotníctva Slovenskej republiky.
- (6) Predseda odovzdá každému členovi krízového štábu menovací dekrét.
- (7) Členovia krízového štábu sú povinní zachovávať mlčanlivosť o všetkých skutočnostiach, o ktorých sa dozvedeli pri výkone svojej funkcie alebo v súvislosti s ňou, ak z osobitných predpisov nevyplýva iné, to platí aj po zániku členstva v krízovom štábe.

Čl. 4

Predseda, podpredseda, tajomník a členovia

- (1) Predseda krízového štábu:
- a) prostredníctvom tajomníka zvoláva rokovanie krízového štábu,
 - b) určuje miesto a čas rokovania krízového štábu,
 - c) riadi krízový štáb a zodpovedá za jeho činnosť,
 - d) oznamuje predsedovi Ústredného krízového štábu vznik krízovej situácie,
 - e) schvaľuje program rokovania krízového štábu,
 - f) vedie rokovanie krízového štábu,
 - g) vydáva ústnou alebo písomnou formou príkazy členom krízového štábu,
 - h) schvaľuje záznam z rokovania krízového štábu,
 - i) poveruje v čase svojej neprítomnosti zastupovaním podpredsedu krízového štábu,
 - j) zriaďuje dočasné alebo stále pracovné skupiny,
 - k) prizýva odborníkov a schvaľuje návrhy na prizvanie odborníkov na rokovanie krízového štábu,
 - l) zvoláva rokovanie krízového štábu v zložení podľa potrieb riešenia konkrétnej krízovej situácie.
- (2) Podpredseda krízového štábu zastupuje predsedu krízového štábu počas jeho neprítomnosti v plnom rozsahu jeho práv a povinností na základe písomného splnomocnenia.
- (3) Členovia krízového štábu:
- a) plnia úlohy podľa čl. 2 ods. 2,
 - b) sú povinní dostaviť sa podľa pokynov predsedu na určené miesto za účelom riešenia krízovej situácie,
 - c) vykonávajú služobnú pohotovosť (ďalej len „pohotovosť“) v súlade s rozpisom pohotovostných služieb členov krízového štábu na príslušné obdobie schváleného predsedom krízového štábu,
 - d) zabezpečujú podľa programu rokovania krízového štábu v rozsahu svojich kompetencií vypracovanie materiálov na rokovanie krízového štábu,
 - e) predkladajú návrhy opatrení na riešenie krízovej situácie,
 - f) zabezpečujú realizáciu úloh schválených uznesením na rokovaní krízového štábu,
 - g) sú povinní zúčastňovať sa školení podľa čl. 5.

- (4) Tajomník krízového štábu:
- predkladá predsedovi na schvaľovanie rozpis pohotovostných služieb členov krízového štábu,
 - koordinuje a prijíma podnety na rokovanie krízového štábu,
 - vypracováva program rokovania krízového štábu,
 - vyhotovuje písomný záznam z rokovania krízového štábu,
 - organizačne zabezpečuje priebeh rokovania krízového štábu a distribúciu záznamu z rokovania krízového štábu,
 - materiály a záznamy z rokovania krízového štábu eviduje v informačnom systéme v súlade s Registratúrnym poriadkom ministerstva,
 - vedie zoznam členov krízového štábu.

Čl. 5

Školenie členov krízového štábu

- Pravidelné školenia členov krízového štábu sa uskutočňujú najmenej jedenkrát za rok.
- Nový člen krízového štábu absolvuje vstupné školenie najneskôr do 30 kalendárnych dní od prevzatia vymenovacieho dekrétu za člena krízového štábu. Ďalšie školenie absolvuje podľa harmonogramu školení.
- Vstupné a pravidelné školenia členov krízového štábu zabezpečuje riaditeľ Odboru krízového riadenia a krízového manažmentu Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky.

Čl. 6

Rokovanie krízového štábu

- Rokovania krízového štábu sú neverejné a uskutočňujú sa v čase krízovej situácie mimo času vojny a vojnového stavu, prípravy na ňu alebo na pokyn predsedu.
- Krízový štáb (podľa čl. 3 ods. 1), prijíma závery z rokovaní prostredníctvom uznesení. Krízový štáb je uznášaniashopný ak je prítomná aspoň polovica všetkých členov krízového štábu a kvórum na prijatie záveru z rokovania krízového štábu je nadpolovičná väčšina všetkých prítomných členov. V prípade rovnosti hlasov rozhoduje hlas predsedu.
- V odôvodnených prípadoch je podpredseda, štátni tajomníci ministerstva alebo ďalší člen krízového štábu oprávnený iniciovať zvolanie krízového štábu podaním písomného návrhu predsedovi krízového štábu.
- Rokovanie krízového štábu sa uskutočňuje prezenčnou formou alebo elektronickou formou (on-line).
- Podmienkou rokovania on-line je pripojenie s kamerou, aby bolo možné člena krízového štábu identifikovať. Člen krízového štábu pripojený on-line nesmie umožniť inej osobe oboznamovať sa s prebiehajúcim rokovaním krízového štábu okrem tej, ktorá je na to oprávnená podľa tohto štatútu.
- Program rokovania krízového štábu sa zostavuje podľa návrhov predsedu, podpredsedu a členov. Program rokovania odsúhlasuje krízový štáb na začiatku rokovania.
- Pozvánku s uvedením miesta, času a programu rokovania krízového štábu spolu s materiálmi podľa programu odosiela tajomník v elektronickej alebo listinnej podobe každému členovi s dostatočným časovým predstihom za predpokladu, že to aktuálna situácia umožňuje.
- Ak člen krízového štábu požaduje aby bola na rokovanie krízového štábu prizvaná aj iná osoba, jej účasť musí vopred schváliť predseda. Uvedené neplatí pre prizvané osoby, ktorých účasť požaduje alebo navrhuje predseda. Prizvané osoby sa môžu zúčastniť rokovania krízového štábu len v častiach súvisiacich s ich prizvaním.
- K jednotlivým bodom rokovania sa môžu prizvané osoby vyjadrovať a podávať podnety len vtedy, ak na to boli vyzvané predsedom. Tým nie je dotknuté právo členov krízového štábu klást' prizvaným osobám otázky, žiadosti o vysvetlenie a ďalšie informácie, ktoré súvisia s dôvodmi pre prizvanie na rokovanie krízového štábu.
- Prizvané osoby sú povinné zachovávať mlčanlivosť o všetkých skutočnostiach, o ktorých sa dozvedeli na základe účasti na rokovaní krízového štábu, ak z tohto štatútu alebo z osobitných predpisov nevyplýva inak. Prizvané osoby sa nezúčastňujú na schvaľovaní uznesenia.

- (11) Z rokovania krízového štábu sa vyhotovuje písomný záznam, ktorý overuje a podpisuje predseda a tajomník. V zázname sú uvedené závery krízového štábu. Ak nastane situácia odlišného názoru niektorého člena, má tento člen právo, aby sa v zázname uviedol jeho odlišný názor s uvedením odôvodnenia odlišného názoru; na dodatočné názory a pripomienky k programu rokovania a prerokúvaným materiálom sa po ukončení rokovania krízového štábu neprihliada s výnimkou oprávnenia členov krízového štábu namietat obsah záznamu z dôvodu rozporu s reálnym priebehom rokovania krízového štábu a obsah záverov a uznesení. Predseda po overení a podpísaní záznamu z rokovania zabezpečí prostredníctvom tajomníka krízového štábu jeho doručenie v elektronickej forme všetkým členom bezodkladne.
- (12) Ak výsledkom rokovania krízového štábu sú návrhy a odporúčania, sú neoddeliteľnou súčasťou záznamu spolu so všetkými informáciami a materiálmi, ktoré boli predložené.
- (13) Prítomnosť na rokovaní krízového štábu sa potvrdzuje podpisom do prezenčnej listiny, okrem rokovania on-line, ktoré sa potvrdzuje zoznamom účastníkov.
- (14) Súčasťou záznamu z rokovania krízového štábu sú prílohy, ktoré tvoria najmä:
 - a) prerokované materiály,
 - b) prijaté uznesenia,
 - c) prezenčná listina alebo zoznam účastníkov on-line rokovania, prípadne aj písomné splnomocnenie predsedu krízového štábu.
- (15) Záznam z rokovania krízového štábu sa nezverejňuje. Týmto nie je dotknuté právo na prístup k informáciám vyplývajúce zo zákona č. 211/2000 Z. z. o slobodnom prístupe k informáciám a o zmene a doplnení niektorých zákonov (zákon o slobode informácií) v znení neskorších predpisov.

Čl. 7

Zánik členstva v krízovom štábe

- (1) Členstvo v krízovom štábe zaniká:
 - a) odvolaním člena krízového štábu predsedom,
 - b) skončením štátnozamestnaneckého pomeru alebo pracovného pomeru,
 - c) zánikom funkcie podľa čl. 3 ods. 5,
 - d) ukončením činnosti krízového štábu,
 - e) smrťou člena alebo vyhlásením za mŕtveho.
- (2) Minister zdravotníctva Slovenskej republiky bezodkladne po doručení návrhu vymenuje nového člena.

Čl. 8

Oznamovacia povinnosť

Osobný úrad ministerstva je povinný bezodkladne informovať tajomníka o aktuálnych organizačných zmenách a o zmenách vo vymenovaní za vedúceho zamestnanca a odvolaní vedúceho zamestnanca, ktorý je členom krízového štábu.

Čl. 9

Záverečné ustanovenia

- (1) Štatút krízového štábu možno meniť a dopĺňať písomnými zhotovenými dodatkami podpísanými ministrom zdravotníctva Slovenskej republiky.
- (2) Štatút krízového štábu je záväzný pre krízový štáb, predsedu, podpredsedu, tajomníka, členov a prizvané osoby na rokovaní krízového štábu.
- (3) Krízový štáb sa zriaďuje na dobu neurčitú.
- (4) Tento štatút zrušuje Štatút krízového štábu Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky číslo S06218-2018-OKM-1 z 20. apríla 2018.
- (5) Tento štatút krízového štábu nadobúda účinnosť dňom uverejnenia vo Vestníku Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky.

Zuzana Dolinková
ministerka

32.**Rozhodnutie
o zmene zriaďovacej listiny Záchrannej zdravotnej služby Bratislava**

Bratislava 30. 07. 2024

Číslo: S22547-2024-OSMŠZAP-3

Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky ako zriaďovateľ štátnych príspevkových organizácií podľa ustanovenia § 21 zákona č. 523/2004 Z. z. o rozpočtových pravidlách verejnej správy a o zmene a doplnení niektorých zákonov

**mení a dopĺňa
s účinnosťou od 01. augusta 2024**

zriaďovaciu listinu Záchrannej zdravotnej služby Bratislava zo dňa 04.12.1991, číslo 3724/1991-A/XXI-3, v znení neskorších zmien a dodatkov

takto:

V časti upravujúcej „Predmet činnosti“ sa pôvodný text bodu 1) dopĺňa o nové písm. e), ktoré znie:

e) ambulancia rýchlej lekárskej pomoci v stretávacom režime „RV“.

**Zuzana Dolinková
ministerka**

33.**Rozhodnutie
o zmene zriaďovacej listiny Zdravotníckej implementačnej agentúry**

Bratislava 31.07.2024

Číslo: S22229-2024-OSMŠZAP-1

Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky ako zriaďovateľ štátnych príspevkových organizácií podľa ustanovenia § 21 zákona č. 523/2004 Z. z. o rozpočtových pravidlách verejnej správy a o zmene a doplnení niektorých zákonov

**mení a dopĺňa
s účinnosťou od 5. augusta 2024**

zriaďovaciu listinu Zdravotníckej implementačnej agentúry zo dňa 29.05.2017 číslo: Z25580-2017-OZZAP v znení jej neskorších zmien a dodatkov (ďalej len ako „Zriaďovacia listina“)

takto:

I. V Článku VII. Predmet činnosti príspevkovej organizácie, sa pôvodný text dopĺňa o text, ktorý znie:

„2. Predmetom činnosti príspevkovej organizácie je zabezpečovanie všetkých nevyhnutných úkonov v súvislosti s prípravou, realizáciou a supervíziou modernizácie zdravotníckej infraštruktúry, najmä:

- **výstavba Univerzitnej nemocnice sv. Martina v Martine,**
- **rekonštrukcia a výstavba Fakultnej nemocnice s poliklinikou F. D. Roosevelta Banská Bystrica,**
- **zámer „výstavba Národného ústavu detských chorôb v lokalite Rázsochy“,**
- **zámer „výstavba novej Univerzitnej nemocnice v Bratislave v lokalite Ružinov“.“**

II. V ostatných častiach zostáva Zriaďovacia listina nezmenená.

**Zuzana Dolinková
ministerka**

OZNAMOVACIA ČASŤ**Straty a odcudzenia pečiatok**

Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky oznamuje, že zdravotníckym zariadeniam boli odcudzené (stratené) pečiatky, ktorých zoznam je uvedený v prílohe tohto oznámenia. Pri zneužití týchto pečiatok na vystavenie lekárskeho predpisu a iných dokumentov, ktoré sú súčasťou zdravotnej dokumentácie, alebo pri falšovaní verejnej listiny touto pečiatkou, treba túto skutočnosť okamžite oznámiť policajným orgánom, príslušnému lekárovi samosprávneho kraja a ministerstvu zdravotníctva. Po dátume, ktorý je uvedený ako predpokladaný termín odcudzenia alebo straty, je pečiatka neplatná.

Príloha k oznámeniu**Zoznam neplatných pečiatok****1. Text pečiatky**

UNB Nem. ak. L.Dérera Bratislava	P40707184802 MUDr. Miriam Šipošová lekár A66138801 1
--	--

Strata bola zistená 30.07. 2024.

VESTNÍK MINISTERSTVA ZDRAVOTNÍCTVA SR

Vydáva Ministerstvo zdravotníctva SR vo V OBZOR, s.r.o., Bratislava. Tlač: V OBZOR, s.r.o. Objednávky na predplatné, ako aj jednorazové vybavuje V OBZOR, s.r.o., tel.: 0905 361 251.
Adresa pre písomný styk: V OBZOR, s.r.o, P.O.Box 64, 820 12 Bratislava 212, E-mail: obzor@obzor.sk,
www.obzor.sk