

# VESTNÍK



**MINISTERSTVA ZDRAVOTNÍCTVA  
SLOVENSKEJ REPUBLIKY**

---

Čiastka 56-57

Dňa 12. decembra 2008

Ročník 56

---

## **OBSAH:**

### **Normatívna časť:**

57. Odborné usmernenie Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky pre profylaxiu a liečbu syndrómu dychovej tiesne novorodencov exogénnym surfaktantom
58. Odborné usmernenie Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky na poskytovanie dlhodobej domácej oxygenoterapie
59. Odborné usmernenie Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky, ktorým sa mení odborné usmernenie Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky č. 10095/2006-OO o poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti v dome ošetrovateľskej starostlivosti
60. Výnos Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky z 3. decembra 2008, ktorým sa vydáva index rizika nákladov na zdravotnú starostlivosť na rok 2009
61. Dodatok č. 1/2008 k Štatútu Transplantačnej komisie Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky

**57.****Odborné usmernenie Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky  
pre profylaxiu a liečbu syndrómu dychovej tiesne novorodencov exogénnym  
surfaktantom**

Číslo: 23344/2008 - OZS

Dňa: 26. 11. 2008

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. 1****Predmet úpravy**

Toto odborné usmernenie upravuje organizačné a liečebné opatrenia pri iniciálnej liečbe novorodencov exogénnym surfaktantom.

**Čl. 2****Surfaktant**

- (1) Surfaktant je povrchovo aktívna látka, ktorá znižuje povrchové napätie na alveolárnom povrchu, na rozhraní prostredí voda - vzduch. Hlavné zložky, ktoré zodpovedajú za funkciu surfaktantu sú nasýtený fosfatidylcholín a špecifické bielkoviny B a C.
- (2) Chýbanie surfaktantu v pľúcnych alveolách spolu so štruktúrnou nezrelosťou pľúc sú príčinou syndrómu dychovej tiesne u predčasne narodených novorodencov.
- (3) Exogénny surfaktant je možné použiť aj na liečbu ochorení charakterizovaných sekundárnym deficitom surfaktantu (napríklad v dôsledku aspirácie mekónia, aspirácie krvi, krvácania z pľúc, pneumónie, hypoplázie pľúc).

**Čl. 3****Syndróm dychovej tiesne**

- (1) Syndróm dychovej tiesne - respiratory distress syndrome (ďalej len „RDS“) známy aj ako choroba hyalínových membrán, je najčastejším ochorením pľúc u predčasne narodených novorodencov. V typickom prípade postihuje novorodencov narodených skôr ako v 35. týždni tehotenstva. Môže sa vyskytnúť aj u neskôr narodených detí, ktoré majú oneskorené vyzrievanie pľúc. Výskyt ochorenia je nepriamo úmerný gestačnému veku dieťaťa a u detí s pôrodnou hmotnosťou menej ako 1000 g je výskyt RDS viac ako 80%.
- (2) Klinický obraz RDS je charakterizovaný dychovou nedostatočnosťou, ktorá začína krátko po narodení a zhoršuje sa v priebehu prvých dvoch až troch dní života. V neliečenom prípade môže nastať úmrtie v dôsledku progresívnej hypoxémie a respiračného zlyhania. RDS je príčinou 20% úmrtí novorodencov. Liečba exogénnym surfaktantom je príčinou liečbou dieťaťa s RDS a významne znižuje novorodeneckú úmrtnosť, ako aj riziko vzniku pneumotoraxu a ďalších komplikácií.

#### Čl. 4

##### Zdravotnícke zariadenie a kompetentný zdravotnícky pracovník

- (1) Pre dieťa s rizikom rozvoja RDS je optimálne ak sa narodí v ústavnom zdravotníckom zariadení a zdravotná starostlivosť sa mu poskytne v jednotke vysokošpecializovanej starostlivosti o novorodencov v perinatologickom centre. Oprávneným zdravotníckym pracovníkom na podanie exogénneho surfaktantu je neonatológ.
- (2) Ak sa dieťa s rizikom rozvoja RDS narodí v ústavnom zdravotníckom zariadení bez perinatologického centra, poskytne sa mu kvalifikovaná zdravotná starostlivosť v inom neonatologickom pracovisku a oprávneným zdravotníckym pracovníkom na podanie exogénneho surfaktantu je pediater s odbornou praxou v neonatologickom pracovisku, pediater intenzívnej medicíny alebo pediatrický anesteziológ. Po úvodnej stabilizácii novorodenca sa realizuje jeho transport do príslušného perinatologického pracoviska alebo do ústavného zdravotníckeho zariadenia s oddelením intenzívnej medicíny, kde sa pokračuje v ďalšej liečbe a poskytovaní celkovej zdravotnej starostlivosti.

#### Čl. 5

##### Spôsob podania surfaktantu

- (1) Exogénny surfaktant sa podáva s najlepším efektom intratracheálnou instiláciou:
  - a) rýchlou (bolus),
  - b) pomalšou (v priebehu jednej minúty).
- (2) Na zníženie rizika hypoxémie a bradykardie sa podáva exogénny surfaktant bez prerušenia umelej pľúcnej ventilácie cez dvojlúmenovú ev. štandardnú endotracheálnu kanylu.
- (3) Včasným podaním exogénneho surfaktantu sa v indikovanom prípade zvyšuje jeho účinnosť.
- (4) Prípravky prirodzených exogénnych surfaktantov sú liekom voľby.
- (5) Účinná dávka:
  - a) minimálna 100 mg fosfolipidu/kg telesnej hmotnosti,
  - b) optimálna 200 mg fosfolipidu/kg telesnej hmotnosti.
- (6) Monitorovanie kyslíkovej saturácie pulzným oxymetrom sa vykonáva počas celej liečby exogénnym surfaktantom.
- (7) Rizikám vzniku hyperoxie a ventilátorom indukovanému poškodeniu pľúc sa predchádza znížením:
  - a) koncentrácie podávaného kyslíka,
  - b) parametrov umelej pľúcnej ventilácie.
- (8) Pri dostatočnej spontánnej dychovej aktivite sa dieťa extubuje a podáva sa podporná forma ventilácie neinvazívnym nazálnym aplikátorom kontinuálneho pozitívneho tlaku generovaného prístrojom - Continuous Positive Airway Pressure (ďalej len "CPAP").

#### Čl. 6

##### Indikácia na profylaxiu a liečbu

- (1) Podanie jednej dávky (t. j. 100mg fosfolipidu/kg telesnej hmotnosti) exogénneho surfaktantu sa vykonáva :
  - a) profylaktické do 15 minút po narodení:
    - všetci novorodenci narodení skôr ako v ukončenom 27. týždni tehotenstva,

- novorodenci narodení skôr ako v ukončenom 30. týždni tehotenstva v prípade, že je z iného dôvodu potrebná intubácia, alebo ak matke nebola podaná úplná prenatálna liečba kortikosteroidmi,
  - b) včasné terapeutické do dvoch hodín u novorodenca narodeného skôr ako v ukončenom 32. týždni tehotenstva:
    - s včasnými klinickými príznakmi RDS, ktoré pri CPAP vyžaduje  $FiO_2$  viac ako 0,3,
    - s neskoršími klinickými príznakmi RDS, ktoré pri CPAP vyžaduje  $FiO_2$  viac ako 0,4,
  - c) včasné terapeutické do dvoch hodín u novorodenca narodeného predčasne s klinickými príznakmi RDS, u ktorého nie je dostatočná CPAP a vyžaduje umelú pľúcnu ventiláciu,
  - d) opakované v čase dve až šesť hodín po predchádzajúcej dávke surfaktantu u dieťaťa, ktoré vyžaduje:
    - CPAP s výškou použitého pozitívneho tlaku najmenej 6 cm  $H_2O$  a  $FiO_2$  najmenej 0,5,
    - umelú pľúcnu ventiláciu, ak je stredný tlak v dýchacích cestách viac ako 7 cm  $H_2O$  a  $FiO_2$  viac ako 0,3.
- (2) Opakované podanie exogénneho surfaktantu podľa kritérií uvedených v bode (1) písm. d) tohto článku je možné najneskôr do 48 hodín po narodení. V uvedenom čase je možné podať exogénny surfaktant najviac štyrikrát.

## Čl. 7

Toto odborné usmernenie nadobúda účinnosť 1. január 2009.

**Richard Raši, v. r.**  
**minister**

**58.****Odborné usmernenie Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky  
na poskytovanie dlhodobej domácej oxygenoterapie**

Dňa: 27.11.2008

Číslo: 04610 –74/2008 - OZSO

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****Predmet odborného usmernenia**

Toto odborné usmernenie určuje postup pri poskytovaní dlhodobej domácej oxygenoterapie u hypoxemických pacientov s chronickými respiračnými chorobami a ich dispenzarizáciu.

**Čl. II****Indikácia dlhodobej domácej oxygenoterapie**

- (1) Dlhodobá domáca oxygenoterapia (ďalej len „DDOT“) je liečba, pri ktorej sa do vdychovaného vzduchu pridáva kyslík s prietokom do 3 l/min. tak, aby koncentrácia kyslíka vo vdychovanej zmesi bola približne 30 %. Ako zdroj kyslíka sa najčastejšie používa koncentrátor kyslíka, ktorý je vybavený zvlhčovačom, rozvodnými hadicami umožňujúcimi pohyb pacienta s akčným rádiusom približne do 8 m a tzv. kyslíkovými okuliarmi, resp. nosovým katétrom, eventuálne prípojkou pre pacientov s trvalou tracheostomickou kanylou. DDOT sa aplikuje denne najmenej 15 hodín v závislosti od základného ochorenia a klinického stavu pacienta.
- (2) DDOT je indikovaná pacientom, u ktorých pretrváva chronická respiračná insuficiencia napriek optimálnej liečbe základného ochorenia. Indikáciou pre DDOT sú nozologické jednotky s prejavmi chronickej respiračnej insuficiencie:
  - a) chronická obštrukčná choroba pľúc,
  - b) chronická obštrukčná choroba pľúc s obštrukčným spánkovým apnoe (overlap syndróm),
  - c) difúzne intersticiálne pľúcne choroby,
  - d) primárna pľúcna hypertenzia,
  - e) alveolárna hypoventilácia - pickwickovský syndróm,
  - f) chronická tromboembolická choroba pľúc,
  - g) deformity hrudníka s cor kyphoscolioticum,
  - h) emfyzém pľúc,
  - i) cystická fibróza,
  - j) chronická rejekcia pľúcneho transplantátu.

**Čl. III****Indikačné kritériá**

- (1) Parciálny tlak kyslíka v kapilárnej krvi arterializovanej teplom ( $\text{PaO}_2$ ) je menej ako 7,3 kPa, resp. 55 torr; odber sa vykoná v pokoji od sediaceho pacienta z artériovej alebo arterializovanej kapilárnej krvi v nadmorskej výške menej ako 600 m.
- (2)  $\text{PaO}_2$  je 7,3 – 8,0 kPa, resp. 55 – 60 torr pri platnosti aspoň jedného z ďalších kritérií: prekapilárna pľúcna hypertenzia zistená echokardiografickým vyšetrením alebo katetrizačne meraná

- a) EKG známky hypertrofie pravej srdcovej komory;
  - b) hematokrit je viac ako 55 % alebo parciálny tlak oxidu uhličitého v kapilárnej krvi arterializovanej teplom ( $\text{PaCO}_2$ ) je vyšší ako 6,1 kPa (46 torr);
  - c) vitálna kapacita (VC) je menej ako 2 l alebo objem vzduchu vydýchnutý za prvú sekundu úsilného výdychu ( $\text{FEV}_1$ ) je menej ako 1,5 l.
- (3)  $\text{PaO}_2$  je vyšší ako 8,0 kPa, resp. 60 torr pri pľúcnej hypertenzii potvrdenej katetrizačne.
  - (4) Ak pacient spĺňa niektoré z kritérií, je súčasne nevyhnutný aj pozitívny kyslíkový test.

#### Čl. IV

##### Nevyhnutné podmienky

- (1) Pacient nesmie fajčiť minimálne posledné tri mesiace pred indikáciou DDOT, sporné prípady sa overia biochemicky.
- (2) Pacient svojim podpisom potvrdí, že bol poučený o používaní koncentrátora kyslíka. (Príloha č.1)
- (3) Byt alebo dom pacienta s chronickou respiračnou insuficienciou spĺňa prevádzkovo-technické podmienky na prevádzku koncentrátora kyslíka (Príloha č. 2). V sporných prípadoch preverí existujúci stav poskytovateľ zdravotnej starostlivosti so špecializáciou v špecializačnom odbore pneumológia a ftizeológia (ďalej len „pneumoftizeológ“).

#### Čl. V

##### Postup pri indikovaní DDOT

- (1) Pacient indikovaný na DDOT je odoslaný pneumoftizeológom z odbornej ambulancie alebo z lôžkového oddelenia pneumológie a ftizeológie na hospitalizáciu do jednotlivých centier DDOT.
- (2) Zoznam regionálnych centier DDOT:
  - a) Klinika pneumológie a ftizeológie I., Slovenská zdravotnícka univerzita, Fakulta zdravotníckych špecializačných štúdií, Ružinovská 6, Bratislava,
  - b) Klinika tuberkulózy a pľúcnych chorôb Univerzita Komenského v Bratislave, Jesseniova lekárska fakulta v Martine a Martinská fakultná nemocnica, Kollárova 2, Martin,
  - c) Klinika pneumológie a ftizeológie, Lekárska fakulta Univerzity Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach a Fakultná nemocnica L. Pasteura, Rastislavova 43, Košice,
  - d) Špecializovaná nemocnica sv. Svorada, n.o., Kláštorská 134, Nitra – Zobor,
  - e) Fakultná nemocnica s poliklinikou F.D. Roosevelta, Oddelenie pneumológie a ftizeológie, Banská Bystrica.
- (3) Vyšetrenia so zameraním na indikačné kritériá sa vykonávajú počas hospitalizácie pacienta v centrách DDOT, pričom základné ochorenie, ktoré viedlo k rozvoju chronickej respiračnej insuficiencie je v stabilizovanom stave, eventuálne bez akútnej exacerbácie, pričom možnosti medikamentóznej liečby na ovplyvnenie respiračnej insuficiencie sú už vyčerpané.
- (4) Ak výsledky vyšetrení pacienta zodpovedajú parametrom indikačných kritérií na dlhodobú domácu kyslíkovú liečbu a súčasne sú splnené prevádzkovo-technické podmienky v byte alebo v dome, pacientovi sa navrhne domáca oxygenoterapia. Pracovník poverený koordináciou DDOT v príslušnom centre DDOT, alebo ním poverený pracovník oboznámi pacienta so základnou prevádzkou prístroja, vrátane výmeny mechanického filtra, dopĺňovania destilovanej vody do zvlhčovača, čistenia hadíc a nasadzovania kyslíkových okuliarov.
- (5) Celkový denný čas oxygenoterapie je najmenej 15 hodín v závislosti od základnej diagnózy a klinického stavu pacienta. Aplikácia kyslíka okrem potrebných prestávok by nemala byť zbytočne prerušovaná. Počas hospitalizácie v centre DDOT indikujúci lekár vypracuje pre pacienta časový harmonogram podávania DDOT s určenou dennou dobou aplikácie kyslíka, ktorú si pacient do odchodu do domáceho ošetrovania osvojí.

- (6) Pracoviská uvedené v ods. 2 tohto odborného usmernenia pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti pacientom, ktorým je poskytovaná dlhodobá domáca kyslíková liečba sa riadia týmto odborným usmernením a aktuálnymi štandardnými postupmi vydávanými Ministerstvom zdravotníctva Slovenskej republiky.

## **Čl. VI**

### **Dispenzarizácia pacientov a domáca liečba**

- (1) DDOT riadi pneumoftizeológ, u ktorého je pacient dispenzarizovaný. Pneumoftizeológ vyšetří pacienta minimálne jedenkrát za tri mesiace, alebo ako si to klinický stav pacienta vyžaduje. Súčasne sleduje dodržiavanie pokynov pre DDOT (dennú dĺžku aplikácie kyslíka, techniku aplikácie DDOT, event. krvné plyny, celkovú spoluprácu pacienta a okolia vrátane dodržiavania absolútneho zákazu fajčenia).
- (2) Inštaláciu prístroja, jeho pravidelné prehliadky a servis porúch zabezpečuje prevádzkovateľ koncentrátora kyslíka.

## **Čl. VII**

### **Kontraindikácie DDOT**

- (1) Pacient fajčí alebo neabstínuje od fajčenia najmenej 3 mesiace pred indikáciou DDOT.
- (2) Byt alebo dom pacienta indikovaného na DDOT nespĺňa všetky prevádzkovo-technické podmienky uvedené v dotazníku, ktorý je prílohou indikačného listu DDOT.

## **Čl. VIII**

### **Podmienky odobratia koncentrátora kyslíka a ukončenia DDOT**

- (1) Pacient prestal spĺňať indikačné kritéria DDOT.
- (2) Pacient začal opäť fajčiť.
- (3) Pacient nedodržiava určený celkový denný čas oxygenoterapie.
- (4) Ak pneumoftizeológ, u ktorého je pacient dispenzarizovaný, pri pravidelných kontrolách zistí porušovanie zásad používania DDOT, vrátane nedodržiavania celkovej dennej doby oxygenoterapie, pacienta písomne upozorní s poukázaním na možnosť odobratia koncentrátora kyslíka. Ak pri opakovanej kontrole nedôjde k náprave, pacientovi môže byť koncentrátor kyslíka odobratý.
- (5) Technicko – prevádzkové podmienky bytu/domu pacienta nespĺňajú podmienky na prevádzku prístroja.

## **Čl. IX**

### **Prístroje**

- (1) DDOT je v Slovenskej republike zabezpečovaná stacionárnymi koncentrátormi kyslíka a prenosnými koncentrátormi kyslíka, ktoré spĺňajú podmienky uvedenia na trh podľa zákona č. 140/1998 Z.z. o liekoch a zdravotníckych pomôckach v znení neskorších predpisov, ktoré sú hrazené z prostriedkov verejného zdravotného poistenia.
- (2) Prenosný kyslíkový koncentrátor.  
Prenosný kyslíkový koncentrátor je poskytovaný pacientom s chronickou respiračnou insuficienciou, s nozologickými jednotkami, ktoré sú uvedené v čl. II. pre dlhodobú domácu

kyslíkovú liečbu, ktorí sú v trvalom pracovnom pomere (nezáleží na výške pracovného úväzku). Indikuje sa len u pacientov, ktorí majú súčasne stacionárny koncentrátor kyslíka v domácom prostredí a spĺňajú podmienky pre jeho pridelenie.

- (3) Prenosný koncentrátor kyslíka indikujú len pneumoftizeológovia v indikačných centrách u pacientov, ktorí spĺňajú podmienky uvedené v čl. IX ods. 2).

**Čl. X.  
Účinnosť**

Toto odborné usmernenie nadobúda účinnosť dňa 1. januára 2009.

**Richard Raši, v.r.  
minister**



## Príloha č. 1

**Poučenie o používaní koncentrátoru kyslíka**

Bol(a/) som poučený(á) o prevádzkovo-technických podmienkach dlhodobej domácej oxygenoterapie. Som schopný(á) a ochotný(á) zabezpečiť a rešpektovať potrebné prevádzkové podmienky prístroja ako je to uvedené v návode na obsluhu koncentrátoru kyslíka, ktorý som si prečítal(a).

Bol(a) som informovaný(á) o zvýšených finančných nákladoch za elektrickú energiu, trvalom zákaze fajčenia, ktorý sa týka mojej osoby, ako i osôb žijúcich so mnou v spoločnej domácnosti.

Súhlasím s používaním koncentrátoru kyslíka ..... hodín/denne podľa odporúčania indikujúceho lekára.

V prípade nedodržavania určenej doby inhalácie kyslíka a nerešpektovania prevádzkových pokynov dlhodobej domácej oxygenoterapie som si vedomý(á) ukončenia domácej oxygenoterapie odňatím koncentrátoru kyslíka.

V prípade, že mi bude poskytovaná ústavná zdravotná starostlivosť a nebudem môcť inhalovať kyslík v domácich podmienkach, zaväzujem sa, že osobne, alebo mnou poverená osoba nahlási dĺžku mojej neprítomnosti poverenej osobe v príslušnej zdravotnej poisťovni a súčasne prevádzkovateľovi koncentrátoru kyslíka.

Dátum: .....

.....  
žiadateľ DDOT

## Príloha č. 2

**Prevádzkovo-technické podmienky bytu/domu  
pacienta s chronickou respiračnou insuficienciou**

Meno a priezvisko: .....  
 Dátum narodenia: ..... Zdravotná poisťovňa .....  
 Bydlisko: .....

	ÁNO	NIE
Byt je pripojený na rozvodnú elektrickú sieť v súlade s požadovanými normami.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Byt je vykurovaný, bez výrazných teplotných výkyvov.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prístroj bude umiestnený v miestnosti:		
1. v dostatočnej vzdialenosti od vykurovacieho telesa na pevné palivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- s normálnou vlhkosťou vzduchu (prístroj nebude umiestnený v práčovni, kúpeľni či kuchyni)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1. kde nepríde do styku s horľavými, tlejúcimi alebo horiacimi predmetmi a látkami (vrátane tukov)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Tieto údaje som poskytol dobrovoľne, za účelom posúdenia indikácie dlhodobej domácej oxygenoterapie. Údaje som vyplnil pravdivo, čo potvrdzujem svojim podpisom.**

V..... dňa .....

podpis žiadateľa DDOT

**59.**

**Odborné usmernenie Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky,  
ktorým sa mení odborné usmernenie  
Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky  
č. 10095/2006 - OO o poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti  
v dome ošetrovateľskej starostlivosti**

Dňa: 4. novembra 2008  
Číslo: 23 471/2008 - OZS

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**

Odborné usmernenie Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky č. 10095/2006 - OO o poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti v dome ošetrovateľskej starostlivosti uverejnené v čiastke 17-23/2006 Vestníka Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky sa mení takto:

1. Poznámka k odkazu 1 pod čiarou znie:  
„Nariadenie vlády Slovenskej republiky č. 322/2006 Z.z. o spôsobe ďalšieho vzdelávania zdravotníckych pracovníkov, systave špecializačných odborov a systave certifikovaných pracovných činností v znení neskorších predpisov.“.
2. V článku VI odsek 2 znie: „Minimálne personálne zabezpečenie upravuje osobitný predpis <sup>1a)</sup>“.

Poznámka pod čiarou k odkazu <sup>1a)</sup> znie:

„Výnos Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky č. 09812/2008-OL z 10. septembra 2008 o minimálnych požiadavkách na personálne zabezpečenie a materiálno-technické vybavenie jednotlivých druhov zdravotníckych zariadení uverejnený vo vestníku Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky čiastka 32-51 zo dňa 28. októbra 2008.“.

3. Článok VII znie: „Minimálne materiálno-technické vybavenie upravuje osobitný predpis <sup>1a)</sup>“.
4. Vypúšťa sa príloha.

**Čl. II**

Toto odborné usmernenie nadobúda účinnosť dňom uverejnenia.

**Richard Raši, v.r.  
minister**

## 60.

**Výnos**  
**Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky**  
**z 3. decembra 2008,**  
**ktorým sa vydáva index rizika nákladov na zdravotnú starostlivosť na rok 2009**

Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky podľa § 28 ods. 3 zákona č. 580/2004 Z. z. o zdravotnom poistení a o zmene a doplnení zákona č. 95/2002 Z. z. o poisťovníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení zákona č. 352/2005 Z. z. ustanovuje:

## § 1

Index rizika nákladov na zdravotnú starostlivosť jednotlivých skupín poistencov členených podľa pohlavia a podľa vekovej štruktúry na rok 2009 na účely prerozdelenia poistného sa určuje takto:

i *	veková skupina	IRŽ(i) **	IRM(i) ***
1.	od 0 do 4 rokov	2,14	2,51
2.	od 5 do 9 rokov	1,27	1,48
3.	od 10 do 14 rokov	1,33	1,37
4.	od 15 do 19 rokov	1,54	1,28
5.	od 20 do 24 rokov	1,53	1,00
6.	od 25 do 29 rokov	1,98	1,11
7.	od 30 do 34 rokov	2,09	1,22
8.	od 35 do 39 rokov	2,02	1,38
9.	od 40 do 44 rokov	2,25	1,69
10.	od 45 do 49 rokov	2,74	2,10
11.	od 50 do 54 rokov	3,48	2,92
12.	od 55 do 59 rokov	4,06	3,98
13.	od 60 do 64 rokov	4,99	5,11
14.	od 65 do 69 rokov	5,94	6,38
15.	od 70 do 74 rokov	6,65	7,41
16.	od 75 do 79 rokov	6,88	7,89
17.	od 80 rokov	6,01	6,66

\* i – poradové číslo vekovej skupiny,  $i = 1, \dots, 17$ .

\*\* IRŽ (i) – index rizika ženy i-tej vekovej skupiny

\*\*\* IRM (i) – index rizika muža i-tej vekovej skupiny.

## § 2

Poistenec sa zaradí do vyššej vekovej skupiny podľa § 1 prvým dňom kalendárneho mesiaca, ktorý nasleduje po kalendárnom mesiaci, v ktorom dosiahol vek rozhodujúci pre zaradenie do vyššej vekovej skupiny.

§ 3

Tento výnos nadobúda účinnosť 15. decembra 2008.

**Richard Raši, v. r.**  
**minister**

**61.****Dodatok č. 1/2008  
k Štatútu Transplantačnej komisie Ministerstva zdravotníctva  
Slovenskej republiky****Čl. I**

Štatút Transplantačnej komisie Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky sa mení a dopĺňa takto:

V Čl. II ods. 1 znie:

„(1) Komisia je kolektívnym orgánom, ktorý má 7 členov. Členmi komisie sú: dvaja zástupcovia ministerstva - jeden zo sekcie zdravia a jeden zo sekcie financovania, hlavný odborník pre orgánové transplantácie, pre transplantáciu kmeňových krvotvorných buniek (TKKB) a pre transplantáciu tkanív a buniek (TTaB), hlavný transplantačný koordinátor, vedúci Slovenského centra orgánových transplantácií (SCOT). Nestáli členovia komisie sú prizývaní ad hoc: vedúci Slovenského centra transplantácií krvotvorných buniek (SCTKB), prezident Slovenskej transplantologickej spoločnosti, zástupca Etickej komisie Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky, hlavný odborník pre imunológiu, hlavný odborník pre hepatológiu, hlavný odborník pre nefrológiu, hlavný odborník pre kardiológiu, hlavný odborník pre pneumológiu a ftizeológiu, vedúci pracovníci oddelení / kliník FN, ktoré majú štatút transplantačného centra (TC) a zástupcovia zdravotných poisťovní“.

**Čl. II**

Tento dodatok nadobúda účinnosť 1. januára 2009.

**Richard Raši, v.r.  
minister**



**VESTNÍK MINISTERSTVA ZDRAVOTNÍCTVA SR**

---

Vydáva Ministerstvo zdravotníctva SR vo V OBZOR, s.r.o., Bratislava, Špitálska 35. Tlač: V OBZOR, s.r.o.  
Adresa redakcie: Bratislava, Špitálska ul. 35. Objednávky na predplatné, ako aj jednorazové vybavuje V  
OBZOR, s.r.o., Špitálska 35, 811 08 Bratislava, tel./fax: 02 529 68 395, tel.: 02 529 61 251. Adresa pre  
písomný styk: V OBZOR, s.r.o, P.O.Box 64, 820 12 Bratislava 212, E-mail: [obzor@obzor.sk](mailto:obzor@obzor.sk), [www.obzor.sk](http://www.obzor.sk)