

VZP ČR

# Úhradový katalog VZP – ZP

---

## Metodika

verze 1009

Platnost od 1. 4. 2019

ZDRAVOTNICKÉ PROSTŘEDKY PŘEDEPISOVANÉ NA POUKAZ (část P)  
ZDRAVOTNICKÉ PROSTŘEDKY – ZVLÁŠŤ ÚČTOVANÝ MATERIÁL (část M)

## ZDRAVOTNICKÉ PROSTŘEDKY

Součástí Úhradového katalogu jsou závazné metodiky k poskytování zdravotnických prostředků (dále jen ZP), odpovídající specifikaci dané skupiny, seznam výrobců ZP, seznam profesních omezení a seznam použitých zkratk.

U jednotlivých ZP se v Úhradovém katalogu uvádí:

<b>KOD</b>	kód ZP ( <i>přiděluje VZP ČR</i> )
<b>NAZ</b>	název, označení ( <b>J</b> ) na konci pole <i>NAZ – ZP</i> , který je poskytován na základě smlouvy o nájmu (smlouvy tohoto typu jsou uzavírány na Ústředí VZP ČR).
<b>DOP</b>	doplněk názvu
<b>PRO</b>	preskripční omezení, označení <b>P – ZP</b> se předepisuje na Poukaz (Poukaz na léčebnou a ortopedickou pomůcku, Poukaz na foniatrickou pomůcku, Poukaz na brýle a optické pomůcky)
<b>TYP</b>	typ ZP, kódové označení skupiny ZP
<b>MJD</b>	měrná jednotka
<b>VYR</b>	výrobce
<b>ZEM</b>	země výroby
<b>MAX</b>	maximální úhrada VZP
<b>MFC</b>	maximální cena koncipovaná ke konečnému spotřebiteli
<b>LIM</b>	limit
<b>OME</b>	bližší specifikace preskripčního omezení
<b>UPO</b>	způsob úhrady, označení <b>I</b> – plně hrazený ZP, označení <b>R</b> – zapůjčovaný ZP, bez označení – ZP je hrazen ve výši uvedené v poli <i>MAX</i>
<b>UHP</b>	úhrada v procentech
<b>ZVL</b>	označení zvláštní položky
<b>UDO</b>	užitná doba (udána v měsících)
<b>SKP</b>	skupina postižení
<b>KAT</b>	kategorie

Další informace viz Datové rozhraní číselníků (např. viz [www.vzp.cz](http://www.vzp.cz)).

## ZDRAVOTNICKÉ PROSTŘEDKY PŘEDEPISOVANÉ NA POUKAZ

### SYSTEMATIKA ÚHRADOVÉHO KATALOGU, ZP – PŘEDEPISOVANÉ NA POUKAZ

SKUPINA 01 – OBVAZOVÝ MATERIÁL, NÁPLASTI .....	6
SKUPINA 02 – POMŮCKY PRO INKONTINENTNÍ .....	9
SKUPINA 03 – POMŮCKY STOMICKÉ .....	12
SKUPINA 04 – ORTOPEDICKO PROTETICKÉ POMŮCKY SÉRIOVĚ VYRÁBĚNÉ .....	14
SKUPINA 24 – ZP ORTOPEDICKO PROTETICKÉ – INDIVIDUÁLNĚ ZHOTOVENÉ .....	15
SKUPINA 06 – KOMPRESNÍ PUNČOCHY A NÁVLEKY .....	21
SKUPINA 26 – ZP PRO KOMPRESNÍ TERAPII – INDIVIDUÁLNĚ ZHOTOVENÉ .....	23
SKUPINA 07 – VOZÍKY INVALIDNÍ VČETNĚ PŘÍSLUŠENSTVÍ .....	25
SKUPINA 08 – SLUCHADLA VČETNĚ PŘÍSLUŠENSTVÍ .....	28
SKUPINA 08 – PŘÍSLUŠENSTVÍ KE SLUCHADLŮM – INDIVIDUÁLNĚ ZHOTOVENÉ .....	36
SKUPINA 09 – BRÝLE A OPTICKÉ POMŮCKY .....	37
SKUPINA 09 – ZP PRO KOREKCI ZRAKU A ZP KOMPENZAČNÍ PRO ZRAKOVĚ POSTIŽENÉ – INDIVIDUÁLNĚ ZHOTOVENÉ .....	40
SKUPINA 10 – POMŮCKY RESPIRAČNÍ A INHALAČNÍ .....	41
SKUPINA 11 – POMŮCKY PRO DIABETIKY .....	53
SKUPINA 12 – KOMPENZAČNÍ POMŮCKY PRO TĚLESNĚ POSTIŽENÉ .....	59
SKUPINA 13 – DÁLE NESPECIFIKOVANÉ POMŮCKY .....	61
SKUPINA 14 – KOMPENZAČNÍ POMŮCKY PRO ZRAKOVĚ POSTIŽENÉ .....	64
SKUPINA 15 – KOMPENZAČNÍ POMŮCKY PRO SLUCHOVĚ POSTIŽENÉ .....	65
SKUPINA 16 – OBUV ORTOPEDICKÁ .....	66
SKUPINA 17 – POMŮCKY PRO LARYNGEKTOMOVANÉ .....	67
SKUPINA 30 – OPRAVY A ÚPRAVY ZP .....	68

## METODIKA PŘEDEPISOVÁNÍ ZP NA POUKAZ

Ze zdravotního pojištění se při poskytování hrazených služeb hradí zdravotnické prostředky pro indikace odpovídající určenému účelu použití obsaženému v návodu k použití, byl-li vydán výrobcem za účelem

- a) prevence,
- b) diagnostiky,
- c) léčby nebo
- d) kompenzace zdravotní vady nebo postižení.

### Pojišťovna hradí

- zdravotnický prostředek při poskytování ambulantní zdravotní péče vydávaný na poukaz v rozsahu a za podmínek stanovených v části sedmé a v příloze č. 3 zákona č. 48/1997 Sb., ve znění pozdějších předpisů,
- zdravotnický prostředek při poskytování lůžkové péče vždy v základním provedení nejméně ekonomicky náročném v závislosti na míře a závažnosti zdravotního postižení.

Úhrada typu pomůcek, neuvedených v Úhradovém katalogu, důležitých při stabilizaci handicapu (zdravotní postižení je již trvalého charakteru, pomůcka umožňuje integritu do vnějšího prostředí, usnadňuje zdravotně postiženým běžný život v domácnosti nebo v povolání), spadá do sociální sféry.

### Způsob předepisování na Poukaz:

Na Poukaz lze předepsat pouze jednu položku uvedenou v Úhradovém katalogu (rovněž viz Metodika pro pořizování a předávání dokladů VZP ČR). V případě položky označené "Z" v poli ZVL, musí být na každém Poukazu potvrzeno schválení či povolení revizním lékařem, které zajišťuje ošetřující lékař jedním ze dvou způsobů:

- a) otiskem razítka ošetřujícího lékaře, jeho podpisem a vypsáním jména povolujícího revizního lékaře,
- b) otiskem razítka a podpisem revizního lékaře.

Předepsat na Poukaz lze pouze ZP, kterému byl přidělen sedmimístný kód. Poukaz vyplněný lékařem musí splňovat (obsahovat) tyto náležitosti (viz Metodika pro pořizování a předávání dokladů VZP ČR):

1. jméno a příjmení, číslo pojištěnce, adresu pojištěnce
2. kód zdravotní pojišťovny, u které je pacient registrován
3. kód ZP, pod kterým je předepisovaný ZP uveden v Úhradovém katalogu

Výjimka:

- Poukaz na brýle a optické pomůcky: požadované kódy vyplňuje optik.
- Poukaz na mamární epitézu: druh epitézy vyplní dodavatel dle typu vhodného pro pacientku.

4. údaj o typu úhrady: plná úhrada pojišťovnou / částečná úhrada pojišťovnou / hradí pacient

5. diagnózu

6. podpis předepisujícího lékaře a datum vystavení Poukazu

7. čitelný otisk razítka zdravotnického zařízení a jmenovky lékaře
8. vyplněné čestné prohlášení pojištěnce stvrzující nárok úhrady ZP z prostředků veřejného zdravotního pojištění
9. pokud je uvedeno v Úhradovém katalogu u předepisované položky "Z" je nutné schválení revizního lékaře Pojišťovny

Předepsání ZP na Poukaz u úhradových skupin stanovených v Příloze 3 zákona 48/1997 Sb., je možné v době hospitalizace, ale vydat a uhradit je lze nejdříve v den propuštění z hospitalizace. V případech, kde předepisující lékař zdůvodní nezbytnost ZP již v době hospitalizace, posoudí tuto žádost revizní lékař Pojišťovny a v medicínsky odůvodněných případech ji schválí. Užiténá doba se začíná počítat od data vydání.

Při výdeji ZP předepisovaného na poukaz se případná záměna řídí §52 zák. č. 268/2014 Sb.

Jestliže lékař předepíše ZP, na jehož úhradě se podílí pacient, je lékař povinen na tuto skutečnost pacienta upozornit.

Veškeré ZP, které si pojištěnec sám vyžádá u lékaře, a nejsou indikovány zdravotní potřebou pacienta, se předepisují k úhradě pojištěnci s vyznačením "hradí pacient" na Poukaze.

### **ZP označené v Úhradovém katalogu Z**

K položkám, které jsou v Úhradovém katalogu označeny písmenem Z, se vyjadřuje revizní lékař Pojišťovny. Schválení revizním lékařem znamená, že ZP bude hrazen do výše schválené částky.

### **ZP označené v Úhradovém katalogu R**

Takto označené kódy lze použít pouze pro ZP, které jsou v majetku zdravotní pojišťovny a byly poprvé zapůjčeny pojištěnci jako nové ZP.

### **Užitečná doba**

Po uplynutí směrné doby užití nevzniká pojištěnci automaticky nárok na předpis nového ZP na účet Pojišťovny. Rozhodnutí o jeho předepsání závisí na lékaři, u technických pomůcek na příslušné servisní organizaci, která posoudí technický stav a funkčnost dříve přiděleného prostředku uživateli.

Dovoz ZP na adresu pojištěnce a zaškolení nejsou hrazeny z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Úhrada v poli MAX je u každého ZP konečná.

### **Základní ZP**

Základní provedení zdravotnického prostředku je takové provedení, které po medicínské stránce pojištěnci plně funkčně vyhovuje a splňuje podmínky nejmenší ekonomické náročnosti.

V souladu s platnou Smlouvou o výdeji zdravotnických prostředků je dodavatel povinen vydávat pojištěncům zdravotnické prostředky odpovídající poukazu vystavenému smluvním lékařem pojišťovny (především předepsané množství kusů, balení atd.). Výše požadované

úhrady i doplatku pojištěnce musí vycházet ze skutečné ceny ZP pro konečného spotřebitele, a to i v případě, že tato cena bude nižší než MFC uvedená v Úhradovém katalogu VZP – ZP.

**Dítě:** Pojištěnec do 18 let věku.

**Zkratky specializací a označení speciálních zaměření pracovišť** viz soubor OME\_PZT (např. viz [www.vzp.cz](http://www.vzp.cz)).

## SKUPINA 01 – OBVAZOVÝ MATERIÁL, NÁPLASTI

Obvazový materiál předepisuje na Poukaz smluvní lékař Pojišťovny odbornosti CHR, DIA, DRV, GER, INT, J16, PRL dle typu zdravotnického prostředku (viz Úhradový katalog). Předepsání prostředků pro vlhké hojení ran možno delegovat na PRL.

Zvlášť účtovaný materiál (označení M poli PRO) může být vykazován pouze v návaznosti na zdravotní výkon, nepodléhá schválení revizním lékařem (bez označení „Z“ v poli LIM).

### Pojišťovna hradí:

- gázu hydrofilní skládanou (sterilní i nesterilní, kompresy sterilní i nesterilní) nejvýše do rozměru 10x10cm, úhrada nejvýše 4,-Kč za 1 kus,
- netkané textilie – nejvýše do rozměru 10x10cm, max. 100 kusů za měsíc, úhrada do celkové výše 50,- Kč, pouze pro stomiky,
- náplasti hypoalergické – nárok vzniká pouze u pojištěnců do 18 let věku a u pacientů se stomií a diabetiků, úhrada do výše 30,- Kč za 1 balení,
- obinadlo elastické – nejvýše do rozměru 14cm x 5m, úhrada nejvýše 50,- Kč za 1 kus,
- obinadlo hydrofilní sterilní – nejvýše do rozměru 12cm x 5m, úhrada do výše 15,- Kč za 1 kus,
- obinadlo pružné hadicové – úhrada do výše 30,- Kč za 1 kus,
- tampony vinuté – pouze na předpis odbornosti DIA, nejvýše do 1 000 kusů ročně, úhrada do celkové výše 70,- Kč,
- vatú buničitou – nejvýše do 500g za měsíc, úhrada do celkové výše 50,- Kč
- ZP Caciqliq20 – kód 0172261 – je hrazen jako zvlášť účtovaný materiál (ZUM) u výkonů za hospitalizace pacienta.

**Prostředky pro vlhké hojení ran**, max. rozměr 12x12 cm, max. úhrada 160 Kč za 1 kus; po předepsání CHR, DIA, DRV, GER, INT, J16; předepsání možno delegovat na PRL. Při léčbě delší než 3 měsíce po schválení RL.

### **Postup při preskripci v období prvních 3 měsíců léčby**

Ošetřující lékař při zahájení léčby pomocí prostředků pro vlhké hojení ran vyplní **současně**

**Žádanku o schválení (povolení)**, dále jen **Žádanka**, a

**Poukaz na léčebnou a ortopedickou pomůcku**, dále jen **Poukaz**.

Poznámka: *Aktuální verze dokladů je veřejně k dispozici na Internetové stránce: <http://www.vzp.cz/poskytovatele/vyuctovani-zdravotni-pece>*

U tohoto typu zdravotnického prostředku (dále jen **ZP**) se jedná o odložené schvalování úhrady revizním lékařem (dále jen **RL**), v souladu se zněním Přílohy č. 3, oddílu C, zákona č. 48/1997 Sb., ve znění platném od 1. 4. 2012, až po uplynutí 3 měsíců od zahájení léčby. V období prvních 3 měsíců léčby však zdravotní pojišťovna musí být informována o datu zahájení léčby i o lokalizaci defektu, pro který je léčba vlhkým krytím indikována a předepsána.

Na Žádance budou dle **Metodiky pro pořizování a předávání dokladů** v platném znění (viz <http://www.vzp.cz/poskytovatele/vyuctovani-zdravotni-pece>) vyplněny veškeré údaje identifikující pojištěnce, zdravotnické zařízení a zdravotnický prostředek, který je předepsán.

**a) Při prvním předepsání prostředku pro vlhké hojení**

Na Žádanku se uvede

- **obecný kód VZP zdravotnického prostředku 0082747** (Krytí vlhké - kód pro oznámení začátku léčby) určený pro předání informace o zahájení léčby prostředkem pro vlhké hojení ran.
- Počet balení ZP – 999

V části Žádanky **Specifikace požadavku** vyplní preskribující lékař tento text:

- **„INFORMACE O ZAHÁJENÍ LÉČBY PROSTŘEDKY PRO VLHKÉ HOJENÍ RAN“** a uvede
- **DATUM zahájení léčby**, které bude shodné s datem vystavení Poukazu.

V části Žádanky **Zdůvodnění** uvede

- **popis a lokalizaci defektu**, pro který vlhké krytí indikuje a předepisuje.

Takto vyplněná Žádanka bude odeslána na místně příslušné smluvní pracoviště VZP ČR.

**Současně ošetřující lékař** vyplní Poukaz, na kterém uvede

- **kód konkrétního indikovaného ZP** z Úhradového katalogu VZP – ZP (veřejně dostupný na Internetu: <http://www.vzp.cz/poskytovatele/ciselniky/zdravotnicke-prostredky>),
- skutečně **požadované množství** a dále uvede, že byl
- **schválen RL do dd.mm.rrrr\***, kde *dd*=den, *mm*=měsíc, *rrrr*=rok (tj. *datum vystavení Žádanky + 3 měsíce*)\*\*. Vyplněný Poukaz předá rovnou pojištěnci k vyzvednutí vlhkého krytí bez dalšího odkladu. Žádanku, kterou ošetřující lékař zaslal na VZP, následně obdrží zpět po jejím zpracování na zdravotní pojišťovně. Půjde o de facto formální a automatický souhlas.

**b) Při dalším předepsání v období prvních 3 měsíců již lékař další Žádanku nevystavuje!**

Ošetřující lékař vystavuje pouze **Poukaz** na **konkrétní ZP** v požadovaném množství s uvedením souhlasu RL včetně platnosti Žádanky - **schválen RL do dd.mm.rrrr**

**V případě, že v období prvních 3 měsíců je následně zahájena léčba vlhkým krytím jiného defektu, než pro který byla VZP předána informace o zahájení léčby, postupuje lékař opět podle bodu a), tzn. vystaví novou Žádanku, ...**

Pokud pojištěnec v průběhu prvních tří měsíců léčení přejde k jinému ošetřujícímu lékaři, který pokračuje léčbou vlhkým krytím, obě doby léčení se sčítají.

Např.: 1. OL - 1 měsíc, 2. OL - 2 měsíce, tj. po uplynutí celkové doby 3 měsíců léčení oběma lékaři se postupuje standardním způsobem dle bodu 2).

\* pro přehlednost se datum vystavuje následovně – například: datum předepsání 12. 7. 2012, platnost Žádanky do 12. 10. 2012

Přerušení léčby pomocí prostředků pro vlhké hojení ran nemá vliv na dobu (neprodlužuje ji), do kdy je uděleno schválení RL (viz datum do: dd.mm.rrrr).

\*\* předběžné schválení v souladu s Metodikou pro pořizování a předávání dokladů, kdy se v části Místo pro záznamy zdravotní pojišťovny souhlas revizního lékaře potvrdí na dokladu otiskem razítka ošetřujícího lékaře a jeho podpisem. Jméno povolujícího revizního lékaře se v tomto případě nevyplňuje. Datum povolení je nutné vyplnit vzhledem k úhradě z prostředků veřejného zdravotního pojištění (v.z.p.) – pokud si klient vyzvedne ZP v pozdější době, tj. i po datu platnosti povolení (což může nastat



vzhledem k platnosti Poukazu 3 měsíce, neuvede-li lékař jinak), pak tyto zdravotnické prostředky již nejsou hrazeny z v.z.p. Uvedené je v souladu s medicínským hlediskem – okamžitou potřebou vlhkého krytí k ošetření rány.

### **Postup při preskripci pro období po uplynutí prvních 3 měsíců léčby**

Po uplynutí období tří měsíců od vystavení první Žádanky informující VZP ČR o zahájení léčby (tzn. defektu v konkrétní lokalitě) se v případě potřeby pokračující/další léčby pomocí prostředků pro vlhké krytí postupuje standardně jako u každého prostředku, jehož úhrada vyžaduje předchozí oficiální souhlas revizního lékaře (v Číselníku VZP – ZP označeno symbolem Z v poli LIM-Limit).

Ošetřující lékař vystaví dle smluvně závazné a aktuálně platné Metodiky pro pořizování a předávání dokladů novou Žádanku s uvedením konkrétního kódu krytí, požadovaného počtu balení, specifikace požadavku, zdůvodnění atd. Žádanku zašle na místně příslušné pracoviště VZP ČR. Poukaz může být vyplněn a předán pojištěnci až po obdržení souhlasu RL.

#### **Poznámka:**

*Zdravotnické prostředky pro vlhké hojení ran – položky vlhkého krytí hrazené ve výši 75% ceny ke konečnému spotřebiteli (např. gely, pasty, oplachové roztoky), podléhající schválení revizním lékařem, tzn. položky předepisované na poukaz, které mají souvislost s léčbou rány, u nichž je odbornou společností deklarována vzájemná terapeutická zaměnitelnost s prostředky pro vlhké hojení ran, max. rozměr 12x12 cm (viz zákon 48/1997 Sb.), podléhají schvalovacímu procesu, viz postup při preskripci v období prvních 3 měsíců léčby.*

## SKUPINA 02 – POMŮCKY PRO INKONTINENTNÍ

ZP pro inkontinentní pojištěnce předepisuje smluvní lékař Pojišťovny odbornosti PRL, URL, GYN, NEU, PED nebo GER na Poukaz (odbornost souvisí s konkrétním typem ZP, viz Úhradový katalog VZP – ZP). Nárok na předpis vzniká při splnění indikací od 3 let věku pojištěnce pouze při prokázané patologické inkontinenci. Odborný lékař je povinen písemně informovat praktického lékaře, v jehož péči je inkontinentní pojištěnec, o provedeném vyšetření a jeho výsledcích, v případě preskripce pomůcek i o ZP a jejich množství, které pojištěnci předepsal (kódy ZP, viz aktuální Úhradový katalog).

V případě, že jsou dodávány inkontinenční pomůcky více klientům hromadně, musí být přebírající osoba písemně pověřena každým z dotčených klientů. Výdejce v takovém případě vystaví dotací list se jmenným rozpisem pojištěnců s přiřazením jednotlivých kódů z Úhradového katalogu VZP - ZP vydaných pomůcek, jejich množstvím a cenou pro konečného spotřebitele u každé z těchto pomůcek.

Výdejce vystaví pověřené osobě (např. zařízení sociálních služeb) účetní doklad na doplatky pojištěnců (např. fakturu) a to na všechny dodané pomůcky s doplatkem. Na účetním dokladu bude uveden jmenný rozpis pojištěnců s přiřazením jednotlivých kódů z Úhradového katalogu VZP - ZP vydaných pomůcek, jejich množstvím a výší doplatků vybraných od pojištěnců u každé z těchto pomůcek.

Pojištěncům v ústavní péči (hospitalizace) a v odborných léčebnách Pojišťovna tyto pomůcky nehradí (viz zákon 48/1997 Sb. a Metodika pro pořizování a předávání dokladů VZP ČR, doklad VZP 13/2009 – Poukaz na léčebnou a ortopedickou pomůcku). Uvedené ZP mohou být předepsány na Poukaz nejvýše na dobu 3 měsíců (tzv. maximální preskripce). Tato maximální preskripce je možná pouze u pacientů se stabilizovanou inkontinencí, u kterých je předpoklad účelného využití celého množství předepsaných ZP.

ZP skupiny 02 jsou děleny na savé, sběrné a obstrukční. Indikací pro předpis těchto ZP pro inkontinentní pojištěnce je inkontinence, která je dělena do tří stupňů dle závažnosti postižení:

### **I. stupeň – mimovolní únik moči nad 50 ml do 100 ml (včetně) v průběhu 4 hodin, SKP = 1**

především stresová inkontinence všech stupňů. Používání pomůcek je nepravidelné. Únik moči nastává při kašli, smíchu, kýchnutí či zvedání předmětů.

V případech ostatních typů inkontinence (reflexní, urgentní, extrauretrální), kde není prioritní stresový manévr, musí odborník klasifikaci provést s přihlédnutím k údajům v mikční kartě pacienta (anamnéza), případně k výsledkům vyšetření dolních močových cest (fyzikální vyšetření, cystoskopie, uroflowmetrie, cystografie, ultrasonografie, apod.).

Z prostředků veřejného zdravotního pojištění jsou Pojišťovnou hrazeny ZP, v Úhradovém katalogu označené ve sloupci SKP (Skupina postižení) číslicí 1, kompenzující důsledky onemocnění stupně I:

- vložky absorpční inkontinenční – dámské (se savostí nad 120 ml), pánské a kapsy absorpční pánské – SKP = 1  
hrazeno: maximálně 150 kusů/měsíc, nejvýše do 450,- Kč/měsíc

**II. stupeň – mimovolní únik moči nad 100 ml do 200 ml (včetně) v průběhu 4 hodin, SKP = 2**

ostatní typy inkontinence zejména u mobilních pacientů. Používání pomůcek je nutné denně, únik moči nastává při změně polohy, při běhu, chůzi, chůzi po schodech, při fyzické námaze. Z prostředků veřejného zdravotního pojištění jsou Pojišťovnou hrazeny ZP, v Úhradovém katalogu označené ve sloupci SKP (Skupina postižení) číslicí 2, případně 4, kompenzující důsledky onemocnění stupně II:

- pleny absorpční dámské a pánské (vložené pleny) – SKP = 2  
hrazeno: maximálně 150 kusů/měsíc, do celkové výše 900,- Kč
- kalhotky fixační (hrazeno pouze v případě, že pacient používá pleny absorpční) – SKP = 2  
hrazeno: maximálně 24 kusů/rok, do celkové výše 190,- Kč
- kondomy urinální – SKP = 4  
hrazeno: maximálně 30 kusů/měsíc, do celkové výše 700,- Kč
- sáčky sběrné urinální denní, noční – SKP = 4  
hrazeno: maximálně 10 kusů/měsíc, do celkové výše 500,- Kč

**III. stupeň – mimovolní únik moči nad 200 ml v průběhu 4 hodin, SKP = 3**

ostatní typy inkontinence v pokročilém stádiu především u ležících pacientů spojené také s inkontinencí stolice. Používání pomůcek je trvalou nutností. Moč, případně stolice uniká trvale, bez možnosti jakkoli kontrolovat tento stav.

Z prostředků veřejného zdravotního pojištění jsou Pojišťovnou hrazeny ZP, v Úhradovém katalogu označené ve sloupci SKP (Skupina postižení) číslicí 3, případně 4, kompenzující důsledky onemocnění stupně III:

- kalhotky absorpční (kalhotky plenkové) – SKP = 3  
hrazeno: maximálně 150 kusů/měsíc, do celkové výše 1700,- Kč
- podložky absorpční s absorpční plochou od 40cm x 60cm do 60cm x 90cm – SKP = 3  
hrazeno: maximálně 30 kusů/měsíc, úhrada do výše 75% konečné ceny ekonomicky nejméně náročné varianty  
hrazeno mimo rámec úhradového limitu pro těžkou inkontinencí (1 700,- Kč/měsíc)
- kondomy urinální – SKP = 4  
hrazeno: maximálně 30 kusů/měsíc, do celkové výše 700,- Kč
- sáčky sběrné urinální denní, noční – SKP = 4  
hrazeno: maximálně 10 kusů/měsíc, do celkové výše 500,- Kč

**Vzájemné kombinace či souběh ZP skupiny 02:**

- Vzájemné kombinace ZP označených ve sloupci SKP = 1, 2 nebo 3 nejsou hrazeny z prostředků veřejného zdravotního pojištění.
- Vzájemné kombinace ZP s označením SKP = 4 a SKP = 3 v jednom měsíci nejsou hrazeny z prostředků veřejného zdravotního pojištění.
- Vzájemné kombinace ZP s označením SKP = 4 a SKP = 2 v jednom měsíci nejsou hrazeny z prostředků veřejného zdravotního pojištění.
- Souběh preskripce ZP s označením SKP = 4 a SKP = 2 nebo ZP SKP = 4 a SKP = 3 je ve 2 a 3 měsíčním preskripčním období hrazen podle pravidla:

*Jsou-li v jednom měsíci předepsány ZP označené ve sloupci SKP = 4, lze v měsíci následujícím (počítáno od doby výdeje ZP s označením SKP = 4) předepsat ZP s označením SKP = 2 případně SKP = 3 (SKP = 2 nebo SKP = 3 se volí podle stupně postižení, vzájemná kombinace ZP SKP = 2 a SKP = 3 v jednom měsíci není hrazena).*

**Pro předpis Poukazu pro inkontinentního pojištěnce platí:**

- na Poukaze může být předepsán pouze jeden druh ZP (pomůcky pro inkontinentní) s využitím možnosti předepsání více poukazů,
- pro předpis je směrodatný údaj o stupni inkontinence v návaznosti na finanční limit,
- savé pomůcky (vložky, vložné pleny, kalhotky absorpční,...) by měly být přiloženy na těle pacienta, maximálně po dobu 8 hodin z hygienických důvodů,
- při preskripci nesmí dojít k překročení limitů (množstevní a finanční) stanovených pro jednotlivé typy ZP,
- o vystavení Poukazu musí být proveden záznam v dokumentaci pojištěnce s uvedením stupně inkontinence a údaj o množství předepsaných ZP (pomůcek).

## SKUPINA 03 – POMŮCKY STOMICKÉ

Pomůcky stomické předepisuje smluvní lékař Pojišťovny odbornosti URL, PRL, CHR, INT, OHM na Poukaz.

Stomické pomůcky jsou členěny do jednotlivých skupin na:

jednodílné systémy (1D), dvoudílné systémy (2D), adhezní technologie, systémy irigační, systémy stomické na dočasnou kontinenci, podložky stomické a ostatní prostředky.

Tyto pomůcky mohou být předepsány na Poukaz nejvýše na dobu 3 měsíců.

### Systémy 1D

- Systémy 1D ileostomické–výpustné sáčky (vč. podložky)–hrazeno maximálně 30 kusů/měsíc do celkové výše 8 500,- Kč
- Systémy 1D kolostomické–uzavřené sáčky (vč. podložky)–hrazeno maximálně 60 kusů/měsíc do celkové výše 7 500,- Kč
- Systémy 1D urostomické– sáčky(vč. podložky) –hrazeno maximálně 30 kusů/měsíc do celkové výše 9 000,- Kč
- Systémy 1D drenážní – sáčky (vč. podložky) – pouze pro stomické pacienty – hrazeno maximálně 30 kusů/měsíc do celkové výše 8 500,- Kč, předpis podléhá schválení revizním lékařem.

### Systémy 2D

- Systémy 2D ileostomické –výpustné sáčky – hrazeno maximálně 30 kusů/měsíc do celkové výše 9 000,- Kč
- Systémy 2D kolostomické–uzavřené sáčky–hrazeno maximálně 60 kusů/měsíc do celkové výše 4 000,- Kč
- Systémy 2D urostomické–sáčky–hrazeno maximálně 30 kusů/měsíc do celkové výše 5 500,- Kč
- Systémy 2D drenážní – sáčky – pouze pro stomické pacienty – hrazeno maximálně 30 kusů/měsíc do celkové výše 7 000,- Kč, předpis podléhá schválení revizním lékařem.

#### Adhezní technologie

- Adhezní technologie – sáčky výpustné (ileostomické) – hrazeno maximálně 30 kusů/měsíc do celkové výše 9 000,- Kč
- Adhezní technologie – sáčky uzavřené (kolostomické) – hrazeno maximálně 60 kusů/měsíc do celkové výše 4 000,- Kč

### Systémy irigační a příslušenství

- Systémy irigační – sety –hrazeno maximálně 2 sety/rok do celkové výše 2 800,- Kč, předpis podléhá schválení revizním lékařem

### Systémy stomické na dočasnou kontinenci

- **Systém stomický – na dočasnou kontinenci stomie (kolostomický)** –hrazeno maximálně 10 kusů podložek, 60 kusů uzavřených sáčků a 15 kusů zařízení na dočasnou kontinenci stomie za měsíc.

V případě předepsání tohoto setu, nemá pacient nárok na další čerpání sáčků a podložek v daném měsíci. **Předpis podléhá schválení revizním lékařem.**

**Indikační omezení:** Pacient s distální kolostomií s formovanou stolicí.

### Podložky stomické

- Podložky pro ileostomiky–hrazeno maximálně 15 kusů/měsíc do celkové výše 4 500,- Kč
- Podložky pro kolostomiky–hrazeno maximálně 10kusů/měsíc do celkové výše 3 000,- Kč
- Podložky pro urostomiky–hrazeno maximálně 15 kusů/měsíc do celkové výše 4 500,- Kč
- Podložky stomické – drenážní–hrazeno maximálně 10 kusů/měsíc do celkové výše 3 000,- Kč, předpis podléhá schválení revizním lékařem

### Ostatní

- **Krytky stomické**–hrazeno maximálně 30 kusů/měsíc do celkové výše 3 100,- Kč, předpis podléhá schválení revizním lékařem
- **Zátky stomické**–hrazeno maximálně 30 kusů/měsíc do celkové výše 3 100,- Kč, předpis podléhá schválení revizním lékařem
- **Pásy a přídržné prostředky pro stomiky** –hrazeno maximálně 2 kusy/rok do celkové výše 600,- Kč, předpis podléhá schválení revizním lékařem
- **Prostředky vyplňovací a vyrovnávací** – kroužky těsnící, kroužky vyrovnávací, proužky adhezivní, okénko těsnící
- **Prostředky stomické**–deodorační, pohlcovače pachu – hrazeno do celkové výše 350,- Kč/měsíc, předpis podléhá schválení revizním lékařem
- **Prostředky stomické**–zahušťovací – hrazeno maximálně30 kusů/měsíc do celkové výše 360,- Kč, pouze pro ileostomiky
- **Prostředky stomické**–čistící –pěna čistící, roztoky, ubrousky čistící, tělové, tělová voda–hrazeno do celkové výše 350,- Kč/měsíc
- **Odstraňovače stomické podložky** – hrazeno do celkové výše 300,- Kč/měsíc
- **Prostředky stomické**– ochranné – pudr zásypový, pasty ochranné, krémy zklidňující, sprej bariérový protektivní, destičky ochranné, adaptér nízkotlaký – hrazeno do celkové výše 1 000,- Kč/měsíc

**SKUPINA 04 – ORTOPEDICKO PROTETICKÉ POMŮCKY SÉRIOVĚ VYRÁBĚNÉ**

Pomůcky ortopedicko protetické předepisuje smluvní lékař Pojišťovny odbornosti ORT, ORP, REH, CHR, NEU, TVL, J16, TRA, OHM, PRL dle typu ZP, na Poukaz.

Zdravotní pojišťovna hradí ZP skupiny 04 pouze po úrazu, operaci, apod., do doby obnovení plné mobility, resp. do doby ukončení kauzální léčby, apod.

Pojišťovna hradí:

**Ortézy sériově vyráběné** – maximálně 1 kus ročně.

**Epitézu mammární** – maximálně 1 kus za 2 roky.

**Epitézu mammární samolepící** – maximálně 1 kus za 2 roky při lymfatickém otoku.

**Epitézu mammární pooperační** – maximálně 1 kus v rámci jedné operace.

**Kompresivní podprsenka** – maximálně 1 kus za rok, maximálně do 1 300,-Kč, při lymfatickém otoku, sekundárním lymfédému prsu, axily a/nebo hrudní stěny (pooperační nebo poradioterapeutický).

Předepisuje lékař s odborností CHR, OHM.

**Návlek pahýlový** - maximálně 8 kusů ročně.

Návlek pahýlový kompresivní je určen k tvarování pahýlu kompresí. Aplikace se provádí co nejdříve po amputaci. Pojišťovna hradí 2 kusy návleků ve výši 75% z ceny ke konečnému spotřebiteli.

**Suspensor** – maximálně 2 kusy ročně.

**Návlek kompresivní na popáleniny** je hrazen zdravotní pojišťovnou ve výši 75% z aktuální ceny pro konečného spotřebitele, zbývající část vždy doplácí pacient.

Indikace: stav po popálení kterékoliv části těla a rozsahu s hloubkou II. a III. stupně

Hrazeno: maximálně 2 kusy/rok nejdéle po dobu 3 let

Návleky mohou být předepisovány pouze na 3 specializovaných pracovištích popáleninové medicíny (preskripční omezení S6):

- Klinika popáleninové medicíny FN Královské Vinohrady
- Popáleninové centrum FN Ostrava
- Klinika popálenin a rekonstrukční chirurgie FN Brno Bohunice

## SKUPINA 24 – ZP ORTOPEDICKO PROTETICKÉ – INDIVIDUÁLNĚ ZHOTOVENÉ

ZP ortopedicko protetické individuálně zhotovované předepisuje smluvní lékař Pojišťovny příslušné odbornosti na Poukaz.

Výrobce individuálně zhotovované ortopedicko-protetické pomůcky musí mít na tuto činnost uzavřenou smlouvu s příslušným pracovištěm VZP.

**U kódů označených symbolem Z (v poli ZVL), vyjma kódu 4000008, předloží výrobce příslušné zdravotní pojišťovně cenovou předkalkulaci, vyplněnou ve formuláři, jehož vzor je uveřejněn na webu VZP. V předkalkulaci budou uvedeny položky dle sazebníku maximálních časů Asociace poskytovatelů zakázkových zdravotnických prostředků a VZP, který je [přílohou č. 1](#) k této Metodice.**

Pojišťovna hradí:

**Epitézu individuálně zhotovovanou** – kód 4000054 může předepsat lékař odbornosti CHI, ORP, ORT, PLA, REH maximálně 1 kus za 2 roky, předpis podléhá schválení revizním lékařem; kód 4000055 může předepsat lékař odbornosti CHI, ORP, ORL, PLA, POP maximálně 1 kus za 1 rok, předpis podléhá schválení revizním lékařem.

**Ortézu individuálně zhotovovanou** – je možné předepsat pouze v případě, že není z medicínského a terapeutického hlediska možné použít ortézu sériově vyráběnou.

### **Ortézu kraniální remodelační – kód 4000003**

Indikace kraniálních remodelačních ortéz pro polohové deformity:

Indikaci k léčbě kraniálních remodelačních ortéz provádí lékař příslušné odbornosti (CHI, NEU, ORP, ORT, REH) na základě stanovení přesné diagnózy, etiopatogeneze, typu a závažnosti polohové deformity lebky na základě vstupního kraniometrického vyšetření s výpočtem kraniálních indexů CI a CVAI a ověřením růstového potenciálu pro predikci korekce deformity.

Před indikací ortézy je nutné vyloučení kraniosynostózy pomocí klinického, nebo RTG vyšetření.


Před indikací ortézy je nutné provést neurologické vyšetření s posouzením neurofyziologického vývoje a případné lateralizace svalového napětí.

Kraniální remodelační ortézy se indikují pouze v případech těžkých jednoduchých a kombinovaných deformit, vycházejících z posouzení vývoje kraniálních indexů (CVAI a CI - viz Tabulka), především v případech, kdy předchází dvoutměsíční léčba polohováním a cílená fyzioterapie nevedla ke zlepšení.



Tabulka rozdělení tvarových abnormit hlavy. CI – kraniální index (ML rozměr/AP rozměr × 100), CVA index (Dg rozměr delší – Dg rozměr kratší/Dg kratší × 100)

CVAI (index symetrie) v %	0-3,5 %	3,6- 6%	6,1- 9 %	9,1- 12 %	12,1 a více %
CI (index proporce) v %	bez nálezu	mírná plagiocefalie	střední plagiocefalie	těžká plagiocefalie	velmi těžká plagiocefalie
Velmi těžká brachycefalie nad 98 %	Velmi těžká jednoduchá deformita	Velmi těžká kombinovaná deformita	Velmi těžká kombinovaná deformita	Velmi těžká kombinovaná deformita	Velmi těžká kombinovaná deformita
Těžká brachycefalie 93 -98 %	Těžká jednoduchá deformita	Těžká kombinovaná deformita	Velmi těžká kombinovaná deformita	Velmi těžká kombinovaná deformita	Velmi těžká kombinovaná deformita
Střední brachycefalie 88-93 %	Střední jednoduchá deformita	Střední kombinovaná deformita	Těžká kombinovaná deformita	Velmi těžká kombinovaná deformita	Velmi těžká kombinovaná deformita
Mírná brachycefalie 83-88 %	Mírná jednoduchá deformita	Mírná kombinovaná deformita	Střední kombinovaná deformita	Těžká jednoduchá deformita	Velmi těžká kombinovaná deformita
Bez nálezu 73- 83 %	Bez deformity	Mírná jednoduchá deformita	Střední jednoduchá deformita	Těžká jednoduchá deformita	Velmi těžká jednoduchá deformita

 Velmi těžký a těžký stupeň závažnosti – aplikace ortézy se doporučuje

Vzhledem k rychlosti růstu hlavičky dítěte je nutné zahájit léčbu ortézou do 6. měsíce, nejpozději však do 9 měsíců věku dítěte včetně polohování a současné rehabilitační léčby, která aplikaci ortézy předchází.

Celý proces ortotické léčby musí být průběžně dokumentován a musí splňovat tyto podmínky: Ortotická léčba pomocí kraniálních ortéz musí být zabezpečena na ortopedicko-protetickém pracovišti s adekvátním vybavením umožňujícím kranio-metrické měření, odběr sádrového odlitku hlavy nebo pořízení 3D skenu hlavy dítěte.

Kraniální remodelační ortéza je zhotovována na základě doporučení a předpisu odborného lékaře u těžkých a velmi těžkých polohových deformit. Lékař sleduje průběh léčby a zároveň na základě pravidelných kontrol určí i ukončení léčby ortézou.

Samotná ortotická léčba zahrnuje určení typu a provedení kraniální ortézy na základě vstupního 3D skenu hlavy dítěte (či kranio-metrického vyšetření), počítačové modelování tvaru a objemu modelu ortézy, samotnou výrobu modelu ortézy pomocí CNC obrábění, (anebo na základě sejmutí sádrového negativu a zhotovení modelovaného - korigovaného sádrového pozitivitu), výrobu remodelační ortézy z pevných a pěnových plastových materiálů.

Kraniální ortéza se na dítěti před samotným předáním upravuje. Nutné je poučení rodičů o aplikaci, údržbě a řešení případných problémů.

Nutnost pravidelných kontrol po předání ortézy v 3-4 týdenních intervalech na základě kontrolních 3D skenů (nebo kranio-metrického vyšetření) s případnými úpravami tvaru a objemu ortézy na základě průběžného hodnocení remodelace lebky včetně zhodnocení výsledku ortotické léčby.

Kód je vykazován včetně úprav po ukončení léčebného cyklu.

Remodelační kraniální ortézy není možné zaměňovat s ortézami ochrannými, které jsou indikovány jako pooperační pomůcky (například po poraněních krania).

Předpis podléhá schválení revizním lékařem.

**Ortéza pro stabilizaci sedu** (kód 4000008) je vyráběna přísně individuálně k zajištění stability sedu se současnou korekcí páteře. Je indikována pro těžkou nedostatečnost postury při postižení stability pacienta vsedě; poruchy statiky a rovnováhy u neuromuskulárních postižení. Předpis podléhá schválení revizním lékařem.

**Opravy ortéz** (kód 4100002) - jsou předepisovány v případě poškození funkčních částí pomůcky běžným opotřebením; nikoliv v případě poškození vinou špatného používání.

**Úpravy ortéz** (kód 4100001) – výhradně při změnách zdravotního stavu a v medicínsky zdůvodněných případech

**Opravy protéz** (kód 4100004) – jsou předepisovány v případě poškození funkčních částí pomůcky běžným opotřebením; nikoliv v případě poškození vinou špatného používání. Oprava je návrat pomůcky do funkčního stavu bez změny její konstrukce, nejedná se o modernizaci pomůcky.

**Úpravy protéz** (kód 4100003) – jsou předepisovány výhradně při změnách zdravotního stavu a v medicínsky zdůvodněných případech

### **Protézy HK myoelektrické**

Indikace: pacienti s oboustrannou amputací horní končetiny nebo jednostrannou ztrátou horní končetiny a funkčním postižením úchopu druhostranné končetiny; u vrozených defektů horních končetin s jednostranným postižením - maximálně 1 ks za 5 let; u dětí do 15 let 1 ks/ 3 roky. Předpis podléhá schválení revizním lékařem. K žádosti je třeba doložit vyplněný Formulář k žádosti o úhradu myoelektrické protézy z veřejného zdravotního pojištění.

### **Protézy DK**

Funkční indikací protézy je návrh uspořádání protézy DK podle schopnosti uživatele používat protézu (stupně aktivity) v závislosti na jeho celkovém zdravotním stavu. Pokud pacient splňuje předpoklady pro předpis a používání protézy DK pro uživatele se stupněm aktivity III a IV, nemůže mu být pro nesplnění indikačních kritérií souběžně uhrazen a zapůjčen invalidní vozík, vyjma případů oboustranné amputace.

### **Protézy DK s bionickým kloubem**

Pod kódem 40000043 lze předepsat protézu DK se systémem bionického kolenního kloubu. Předpis podléhá schválení revizním lékařem. Žádost musí obsahovat jednoznačné medicínské zdůvodnění, proč nelze použít jiný typ protézy. K žádosti je třeba doložit vyplněný Formulář ke schválení úhrady stehenní protézy – systém bionický kolenní kloub.

#### Indikace pro úhradu protézy DK s bionickým kloubem:

1. Exartikulace v kyčelním kloubu (aktivita\* odpovídající stupni III až IV)
2. Stehenní amputace s dosaženým stupněm III a s předpokladem dosažení stupně IV a zároveň splnění alespoň jedné z následujících podmínek:
  - a) postižení horní končetiny – amputace, postižení neurologické znemožňující úchop a využití berlí
  - b) amputace kontralaterální končetiny ve stehně a níže
  - c) motorické postižení pahýlu prakticky znemožňující stabilní stojnou fázi

d) motorické postižení kontralaterální dolní končetiny prakticky znemožňující stabilní stojnou fázi.

Podmínkou je vždy minimálně dvoudenní vyzkoušení pomůcky a doložené stanovisko ortopedického protetiky.

\* dosažený stupeň aktivity znamená, že uživatel má schopnost používat protézu v rozsahu níže uvedeném

**Stupeň aktivity uživatele** – určuje fyzické a psychické předpoklady uživatele, profesi, uživatelský prostor apod. Je mírou schopnosti a možnosti uživatele naplnit provádění běžných denních aktivit. Stupeň aktivity uživatele určuje požadované technické provedení protézy (kolenní kloub a protetické chodidlo, nikoliv pahýlové lůžko)

Určení nezbytného technického provedení protézy (volba základních komponentů pro stavbu protézy) ze zdravotního hlediska je založeno **na potenciálních funkčních schopnostech** uživatele. Tyto funkční schopnosti vycházejí z očekávaných předpokladů protetiky a indikujícího lékaře a jsou založeny zejména na posouzení:

- minulost uživatele (včetně posouzení stavu před amputací)
- současný stav uživatele (stav pahýlu a jiné zdravotní aspekty)
- pacientova pozitivní motivace využít protetickou náhradu

**Stupeň aktivity I** – interiérový typ uživatele. Uživatel má schopnost používat protézu pro pohyb na rovném povrchu a při pomalé konstantní rychlosti chůze. Doba používání a překonaná vzdálenost při chůzi v protéze jsou vzhledem ke zdravotnímu stavu uživatele výrazně limitovány.

Terapeutický cíl: zabezpečení stoje v protéze, využití protézy pro chůzi v interiéru.

**Stupeň aktivity II** – limitovaný exteriérový typ uživatele. Uživatel má schopnost používat protézu i pro překonávání malých přírodních nerovností a bariér (nerovný povrch, schody apod.) a to při pomalé konstantní rychlosti chůze. Doba používání a překonaná vzdálenost při chůzi v protéze jsou vzhledem ke zdravotnímu stavu uživatele limitovány.

Terapeutický cíl: využití protézy pro chůzi v interiéru a omezeně v exteriéru.

**Stupeň aktivity III** – nelimitovaný exteriérový typ uživatele. Uživatel má schopnost používat protézu i při střední a vysoké poměrné rychlosti chůze. Typické je překonávání většiny přírodních nerovností a bariér a provozování pracovních, terapeutických nebo jiných pohybových aktivit, přičemž technické provedení protézy není vystaveno nadprůměrnému mechanickému namáhání. Požadavkem je dosažení střední a vysoké mobility pacienta a případně také zvýšená stabilita protézy. Doba používání a překonaná vzdálenost při chůzi v protéze jsou ve srovnání s člověkem bez postižení pouze nepatrně limitovány.

Terapeutický cíl: využití protézy pro chůzi v interiéru a exteriéru téměř bez omezení.

**Stupeň aktivity IV** – nelimitovaný exteriérový typ uživatele se zvláštními požadavky. Uživatel má schopnosti jako uživatel stupně III. Navíc se zde vzhledem k vysoké aktivitě uživatele protézy vyskytuje výrazné rázové a mechanické zatížení protézy. Doba používání a překonaná vzdálenost při chůzi v protéze není ve srovnání s člověkem bez postižení limitována. Typickým příkladem je dítě nebo vysoce aktivní dospělý uživatel nebo sportovec. Terapeutický cíl: využití protézy pro chůzi a pohyb v interiéru a exteriéru zcela bez omezení.

Nejedná se o speciální sportovní protézy.

U ortopedické obuvi Pojišťovna hradí:

**Obuv ortopedickou individuálně zhotovovanou** (kódy 4000045 a 4000046) – jednoduchou, pojištěnci do 18 let včetně 2 páry / 1 rok, pojištěnci od 19 let 2 páry / 3 roky, úhrada Pojišťovny 50%. Předepisující odbornost DIA, CHI, ORP, ORT, REH, REV. Indikační kritéria: lehčí kombinovaná postižení tří a více uvedených vad (kladívkové prsty, zkřížené prsty, vbočené palce, ztuhlý palec, podélně a příčně plochá noha při realizovaném vyrovnání dolní končetiny do dvou cm); syndrom diabetické nohy

**Obuv ortopedickou individuálně zhotovovanou** (kódy 4000047 a 4000048) – středně složitou, pojištěnci do 18 let včetně 2 páry / 1 rok, pojištěnci od 19 let 2 páry / 3 roky, úhrada Pojišťovny 90%. Předepisující odbornost DIA, CHI, ORP, ORT, POP, REH, REV a J16 (dle Úhradového katalogu je OM1).

Indikační kritéria: středně složité kombinované postižení tří a více uvedených vad (těžké kladívkové deformity prstů, zkřížené prsty velkého rozsahu, vbočené palce nad 45 stupňů, ztuhlý deformovaný palec, fixovaná podélně příčná noha); dále pak u pooperačních a poúrazových stavů s větším rozsahem postižení; dále u podstatně porušené funkce a anatomických poměrů nohy; u artritických deformací nohy; u edémů různé etiologie; při realizovaném vyrovnání zkrácení dolní končetiny od 2 – 4 cm; syndrom diabetické nohy; Charcotovy osteoartropatie.

**Obuv ortopedickou individuálně zhotovovanou** (kódy 4000049 a 4000050) – velmi složitou, pojištěnci do 18 let včetně 2 páry / 1 rok, pojištěnci od 19 let 2 páry / 3 roky, úhrada Pojišťovny 90%. Předepisující odbornost DIA, CHI, ORP, ORT, POP, REH, REV.

Indikační kritéria: velmi složité vady (deformovaná noha svislá, kososvislá, svislá, vbočená, hákovitá, lukovitá, kontrahovaná, revmatické deformity velkého rozsahu, rozštěpy a vrozené deformity nohy těžkého charakteru; u amputací všech prstů po hlavičky všech metatarzů a při realizovaném vyrovnání zkrácení dolní končetiny od 4 do 6 cm); syndrom diabetické nohy; Charcotovy osteoartropatie.

**Obuv ortopedickou individuálně zhotovovanou – přímá součást protetického ZP nebo obuv nahrazující přístroj** (kód 4000051) – 2 páry za rok, úhrada Pojišťovny 99 %. Předepisující odbornost DIA, CHI, ORP, ORT, POP, REH.

Indikační kritéria: těžší postižení vyžadující stavbu ortopedického kopyta podle modelu; vrozená malformace nebo amputace nohy v metatarzech a výše; při realizovaném vyrovnání zkrácení dolní končetiny nad 6 cm; anatomické poměry vyžadující stavbu ortopedického kopyta podle modelu; syndrom diabetické nohy; Charcotovy osteoartropatie

**Vložky ortopedické individuálně zhotovované pojištěnci do 18 let věku (dětská) -** (kód 4000053) maximálně 2 páry / 1 rok.

Indikační kritéria: pro ortopedická lehčí postižení dětské nohy; neurologicky podmíněné deformity nohy.

**Vložky ortopedické speciální** individuálně zhotovované (kód 4000052) – maximálně 2 páry / 1 rok, úhrada Pojišťovny 80%.

Indikační kritéria: pro složité vady nebo kombinaci více deformit; syndrom diabetické nohy.

**U kódů 4000051, 4100006 a 4100007 předloží výrobce příslušné zdravotní pojišťovně cenovou předkalkulaci, vyplněnou ve formuláři, jehož vzor je uveřejněn na webu VZP. V předkalkulaci budou uvedeny položky dle sazebníku maximálních časů Asociace poskytovatelů zakázkových zdravotnických prostředků a VZP, který je přílohou č. 1 k této Metodice.**

**Opravy terapeutické části ortopedické obuvi individuálně zhotovené – výhradně v případě poškození vzniklého běžným opotřebením, nikoliv v případě poškození vinou špatného používání. Pojišťovna hradí 75 %.**

**Úpravy ortopedické obuvi individuálně zhotovené – úhrada Pojišťovnou maximálně 2 x za rok ze 100 %, výhradně při změnách zdravotního stavu a v medicínsky zdůvodněných případech.**

**Z medicínského hlediska není přípustné, aby byly předepsány různé typy ortopedických vložek současně (např. kód 4000053 a 4000052) nebo aby beze změny zdravotního stavu byly předepsány různé typy ortopedických vložek v průběhu jednoho období daného zákonnou lhůtou (např. kód 4000053 a 4000052).**

## SKUPINA 06 – KOMPRESNÍ PUNČOCHY A NÁVLEKY

**Hrazeny jsou kompresní elastické punčochy a návleky (KEP) pouze II. až IV. kompresní třídy.** KEP předepisuje smluvní lékař Pojišťovny na Poukaz.

- **II. kompresní třídu** předepisuje lékař odbornosti DRV, CHR, INT, J16, PRL.
- **III. kompresní třídu** předepisuje lékař odbornosti DRV, CHR, INT, J16
- **IV. kompresní třídu** předepisuje lékař odbornosti DRV, CHR, INT, J16

Hodnoty tlaku kompresních tříd (dále jen K.T.) dle technické normy:

- II. K.T. – Hodnoty tlaku: 23 – 32 mm/Hg
- III. K.T. – Hodnoty tlaku: 34 – 46 mm/Hg
- IV. K.T. – Hodnoty tlaku: 49 mm/Hg a vyšší

### **KEP sériově vyráběné**

Punčochy kompresní elastické – lýtkové, stehenní, polostehenní a stehenní s úchytem v pase, kalhoty punčochové kompresní elastické

#### Indikační kritéria:

##### II. kompresní třída

- varixy s projevy chronické žilní nedostatečnosti II. st., po operaci a skleroterapii, trombóza, flebitida, smíšené otoky
- lymfedém bez ložiskové fibrotizace podkoží

##### III. kompresní třída

- potrombotický syndrom, chronická žilní nedostatečnost III. st., po zhojení bércového vředu
- lymfedém s ložiskovou fibrotizací podkoží

##### IV. kompresní třída

- lymfedém s difúzní fibrotizací podkoží, elefantíáza

Kalhoty punčochové kompresní elastické jsou členěny následovně:

- dámské - v Úhradovém katalogu označeno v názvu písmenem A
- těhotenské - v Úhradovém katalogu označeno v názvu písmenem B,
- pánské - v Úhradovém katalogu označeno v názvu písmenem C

*Kalhoty punčochové kompresní elastické* jsou hrazeny maximálně 2 kusy za 1 rok.

*Kalhoty punčochové kompresní těhotenské* II., III. a IV. K. T. VZP hradí 1 kus za 1 rok, předpis podléhá schválení revizním lékařem za předpokladu splnění následující indikace: podpurná bandáž při žilním nebo cévním onemocnění, součást léčebného procesu nebo následné péče, po operativním zákroku, varixy, bércové vředy, primární a sekundární lymfedém, prevence rozvinutí varixů.

Pažní návlek komplet- hrazeny jsou 2 kusy za rok.

Návleky a rukávce na lymfedém paží

Hrazeny jsou maximálně 2x za 1 rok za předpokladu splnění následujících indikací:

- prokazatelná dg. lymfedému (vysokoproteinový otok), který je výsledkem narušené lymfatické drenáže tkání při normální či narušené kapilární filtraci,
- pacientkám po operaci nádorových onemocnění prsu a následným vznikem lymfatického otoku po exenteraci axily a aktinoterapii. Rukávec lze předepsat až po léčení na specializovaném pracovišti.

### **Kompresní systém na suchý zip – Circaid juxtafit**

Indikační kritéria:

- primární lymfedém (vrozené postižení mízního systému) vyžadující pravidelnou každodenní kompresní terapii,
- sekundární lymfedém (získané postižení mízního systému např. po operacích, radioterapii, po úrazech, po zánětlivých onemocněních) vyžadující pravidelnou každodenní kompresní terapii,
- intenzivní fáze léčby v případě, že nelze aplikovat vícevrstevnou kompresní bandáž,
- udržovací fáze léčby v případě, že nelze aplikovat kompresní elastické punčochy (KEP) nebo každodenní nošení KEP nedostačuje ke stabilizaci stavu.

Kontraindikace:

- dekompenzované městnavé srdeční selhání,
- onemocnění periferních arterií  $ABI < 0,5$ ,
- septická flebitida,
- akutní infekce končetiny,
- phlegmasia cerulea dolens.

Předepisuje lékař odbornosti J16, schvaluje revizní lékař pojišťovny.

**Punčochy k prevenci TEN** – punčochy k prevenci trombembolické nemoci **nejsou hrazeny** na Poukaz v rámci hospitalizační péče.

## SKUPINA 26 – ZP PRO KOMPRESNÍ TERAPII – INDIVIDUÁLNĚ ZHOTOVENÉ

### Návlek kompresivní na popáleniny individuálně zhotovený

Indikace: stav po popálení kterékoliv části těla a rozsahu s hloubkou II. a III. stupně

Počet: maximálně 6 kusů/1 rok, nejdéle po dobu 1 roku

Předpis podléhá schválení revizním lékařem.

### ZP pro kompresivní terapii zakázkově zhotovované dle individuálních rozměrů uživatele (dále jen ZZP KEP)

Schvaluje revizní lékař pojišťovny v případě, že nelze použít sériově vyráběný zdravotnický prostředek - pojištěnci nelze nalézt v rozměrových tabulkách sériově vyráběných KEP a pažních návleků odpovídající velikost (např. nestandardní výška postavy, nestandardní číslo nohy, úzká lýtka, kotníky, nebo opačně nadměrné míry způsobené otokem, obezitou apod.).

Za indikaci úhrady ZZP nelze považovat pouhý výběr použitého materiálu např. bavlna, mikrovlákno, způsob zakončení např. krajka apod.!

### Žádost o schválení oprávněnosti úhrady musí být doložena:

- a) anamnézou, řádným zdůvodněním oprávněnosti požadavku na úhradu ZZP včetně uvedení kompresivní třídy, v případě rozsáhlého lymfedému je nutno uvést postup léčby na specializovaném pracovišti,
- b) vyplněným technickým formulářem s naměřenými obvody končetin,
- c) srovnáním s KEP sériově vyráběnými, typově odpovídajícími ZP, zařazenými v Úhradovém katalogu VZP – ZP,
- d) předloženou kalkulací výrobce (kalkulační vzorec: přímé náklady, nepřímé náklady, správní režie, zisk, DPH, konečná cena) - týká se pouze kódů 4000129 a 4000130.

### ZZP KEP – technologie kruhového pletení

#### ZZP KEP - K.T. II., III., IV. - technologie plochého pletení

Předepisuje smluvní lékař příslušné odbornosti pouze v mimořádných případech, kdy nelze použít ZZP s kruhovým pletením.

Předepisující pracoviště jsou vyškolená zástupci výrobců v rámci správnosti měření, vhodné volby a možnosti výroby požadovaného kompresivního ZZP, též zajištěno napojení lékaře, výrobce, uživatele.

**Žádost o schválení oprávněnosti úhrady musí splňovat** kromě požadavků uvedených v bodě c) kompletní specifickou anamnézu, klinický obraz, závěr klinických vyšetření, postup terapie, informace, kdy byla zahájena léčba včetně efektivnosti terapeutického postupu atd. Žádost předkládajícího lékaře s odůvodněním, proč nelze předepsat ZZP kruhově pletený, musí rovněž obsahovat důvod požadovaného zpracování ZZP technologií plochého pletení. Uveden musí být vždy i požadovaný kód specifického ZZP s přiřazenou maximální úhradou.



Revizní lékař pojišťovny schvaluje oprávněnost úhrady při splnění následujících indikací:

- primární lymfedém – vrozená nedostatečnost mízního řečiště, (nejčastěji na DK, dorza nohy, prsty),
- sekundární lymfedém – vzniklý přerušáním nebo zpomalením odtoku lymfy z postižené oblasti. Nejčastěji onkologická Dg., např. po mastektomii, po exenteraci uzlin v axile (nejčastěji na HK, proximální oblast části paže, ramene, lopatky a hrudníku, dorza ruky a prstů),
- jedná se o intenzivní redukci lymfedému, kdy je nutná každodenní léčba,
- jedná se o fázi udržovací (používá se přístroj pro tlakovou mízní drenáž) pacient je řádně edukován v základních hmatech manuální autolymfodrenáže, nutná denní aplikace komprese,
- u dětí s vrozeným angiologickým postižením (např. malformace venózní, lymfatické, syndrom Klippel-Trenaunay).

Výrobci ZZP KEP s technologií plochého pletení:

MediBayereuth, Německo

OfaBamberg, Německo

BSN-JOBST, Německo

#### **Návlek masážní individuálně zhotovený**

Počet: maximálně 1kus/2 roky

Předpis podléhá schválení revizním lékařem.

## SKUPINA 07 – VOZÍKY INVALIDNÍ VČETNĚ PŘÍSLUŠENSTVÍ

Vozíky a kočárky včetně příslušenství předepisuje smluvní lékař Pojišťovny odbornosti REH, ORT, NEU, INT (dle pole OME) na Poukaz. **U všech typů vozíků je nutné vždy na žádance a Poukazu (v jeho části Druh a označení pomůcky) uvést šíři sedu.**

### **Pojišťovna hradí:**

**Kočárek zdravotní včetně příslušenství** – maximálně 1 kus za 3 roky, předpis podléhá schválení revizním lékařem.

**Vozík mechanický včetně příslušenství** – maximálně 1 kus za 5 let, předpis podléhá schválení revizním lékařem.

**Vozík s elektrickým pohonem pro provoz obvykle v exteriéru**, s příslušenstvím maximálně 1 kus za 7 let, předpis podléhá schválení revizním lékařem, zvláštní režim Pojišťovny – symbol S5 v poli OME.

**Vozík s elektrickým pohonem pro lehký provoz obvykle v interiéru**, s příslušenstvím maximálně 1 kus za 7 let, předpis podléhá schválení revizním lékařem, zvláštní režim Pojišťovny – symbol S5 v poli OME.

**Uživatel elektrického vozíku se účastní silničního provozu jako chodec. Elektrický vozík, hrazený z veřejného zdravotního pojištění, musí být seřízen na max. rychlost 6 km/ hod.**

**Vozík speciální s ohledem na míru a závažnost zdravotního postižení** - maximálně 1 kus za 5 let, předpis podléhá schválení revizním lékařem.

**Opravy vozíku mechanického, elektrického a kočárku zdravotního** vydaných Pojišťovnou jsou hrazeny ze zdravotního pojištění ve výši 90 %, **podléhá schválení revizním lékařem.**

**Rukavice** kožené pro vozíčkáře na mechanickém vozíku – maximálně 2 páry ročně, nejvýše do 300,- Kč.

Úhrada příslušenství vozíků Pojišťovnou ve výši 100% se vztahuje na další potřebné příslušenství nad základní provedení. V případě indikace příslušenství nad rámec základního vybavení u nového vozíku pojišťovna hradí cenu rozdílovou.

**Mechanické vozíky** pro trvalé použití jsou indikovány u postižení obou DK, které neumožňuje pojištěnci samostatnou lokomoci při zachované funkční schopnosti HK. Při postižení jedné DK mohou být mechanické vozíky indikovány jako **pomůcka dočasná** s vyznačením počtu měsíců potřebných k dalšímu medicínskému řešení.

Elektrické vozíky jsou ZP se symbolem Z a R (tzn. ZP zapůjčované) předepisované smluvním lékařem specialistou (REH, ORT, NEU, INT) na Poukaz na léčebnou a ortopedickou pomůcku po předchozím schválení úhrady revizním lékařem VZP ČR.

Elektrické vozíky jsou poskytovány imobilním pojištěncům a **podmínkou** pro zapůjčení elektrického vozíku s úhradou z prostředků veřejného zdravotního pojištění je **schopnost** pojištěnce **bezpečně jej samostatně ovládat** při splnění následujících kritérií:

- 1) Postižení obou dolních končetin znemožňující pojištěnci samostatnou lokomoci, v kombinaci s postižením horních končetin, které neumožňuje ovládání mechanického vozíku, a to ani mechanismem pro jednu ruku.
- 2) Postižení obou dolních končetin znemožňující pojištěnci samostatnou lokomoci při kombinaci se závažným chronickým interním onemocněním (nutno doložit stanoviskem příslušného odborného lékaře včetně výsledků dokládajících rozsah a závažnost postižení, např. zátěžové testy).
- 3) Somatická a mentální schopnost pojištěnce musí odpovídat ustanovením zákona č. 361/2000 Sb., o provozu na pozemních komunikacích, v platném znění, která se vztahují i na osobu, pohybující se pomocí mechanického nebo elektrického vozíku i na chodce.

#### **Postup při podání žádosti o schválení elektrického vozíku:**

- 1) Lékař specialista (REH, ORT, NEU, INT) smluvního zdravotnického zařízení (SZZ) předloží příslušnému reviznímu lékaři řádně vyplněnou **Žádanku o schválení (povolení)** s uvedením podrobné epikrízy onemocnění pojištěnce, specifikace elektrického vozíku dle platného Úhradového katalogu VZP ČR a klinického zdůvodnění typu požadovaného elektrického vozíku (totéž platí i pro žádost o schválení úhrady příslušenství elektrického vozíku).
- 2) Jako přílohu žádanky dle bodu 1) předepisující lékař předloží vyplněný **Formulář k přidělení elektrického vozíku ve všech jeho částech včetně:**
  - U **nezletilých pojištěnců** je nutné doložit k žádosti závazné prohlášení zákonných zástupců dítěte, že plně zodpovídají za bezpečnost jeho i ostatních účastníků silničního provozu v souladu se zákonem č. 361/2000 Sb., o provozu na pozemních komunikacích, v platném znění.
  - V případě indikace elektrického vozíku dle bodu 2) je nutné přiložit stanovisko příslušného odborného lékaře včetně výsledků vyšetření dokládajících rozsah a závažnost postižení, např. zátěžové testy.
  - **Oční vyšetření**, které je součástí žádosti, musí být zaměřeno na schopnost řídit elektrický vozík.
  - V závěru **psychologického/psychiatrického vyšetření** musí být výslovně uvedeno, **zda je pojištěnec schopen bezpečně ovládat** elektrický vozík v silničním provozu.
- 3) Kompletní podkladové materiály dle bodu 1) – 2) předá revizní lékař (RL) územně příslušný žádajícímu smluvnímu ZZ **k centrálnímu posouzení o úhradě**.  
RL je zodpovědný za kompletnost a formální správnost předaných materiálů (v případě nekompletnosti zajistí doplnění podkladů žádosti SZZ).
- 4) Po uplynutí užité doby nevzniká automaticky nárok pojištěnce na úhradu nového elektrického vozíku z veřejného zdravotního pojištění. K žádosti o nový ZP je nutné přiložit **technické posouzení stávajícího elektrického vozíku** servisní organizací včetně **vyřazovacího protokolu**, který je podkladem pro vyjádření **revizního technika (RT)** o oprávněnosti vyřazení elektrického vozíku. Technické posouzení jak ze strany dodavatele,

tak ze strany RT, jehož výsledky jsou uvedeny ve vyřazovacím protokolu s vyjádřením RT, jsou nezbytným podkladem pro **rozhodnutí RL o úhradě**.

- 5) **Přednost má zapůjčení repasovaného elektrického vozíku.**
- 6) **Schvalování úhrady elektrických vozíků z prostředků veřejného zdravotního pojištění včetně odvolacího řízení podléhá režimu dle zákona č. 500/2004 Sb., správní řád, v podmínkách VZP ČR (výdajová část).**

### **Opravy**

Pojišťovna hradí 90 %, podléhá schválení revizního lékaře.

V případě, že u kódů 0000275, 0000269, 0005245, 0135299 cena opravy přesáhne:

- u mechanických vozíků a kočárků částku 3.000,- Kč,
- u elektrických vozíků částku 10.000,- Kč,
- u mechanických částí elektrických vozíků částku 3.000,- Kč,

je nutné, aby servisní firma před schválením Poukazu revizním lékařem předložila věcnou a cenovou specifikaci závady. Náklady spojené s případnou věcnou a cenovou specifikací zahrne dodavatel do ceny opravy.

Kód 0003592 a 0135300 – před schválením Poukazu revizním lékařem musí servisní firma předložit věcnou a cenovou specifikaci úpravy.

Kód 0039938 výdej cirkulovaných vozíků, týká se vozíků, u kterých skončila výroba – tento kód lze použít pouze u vozíku, který je v majetku zdravotní pojišťovny a byl poprvé zapůjčen pojištěnci jako nový zdravotnický prostředek.

## SKUPINA 08 – SLUCHADLA VČETNĚ PŘÍSLUŠENSTVÍ

Sluchadla předepisuje smluvní lékař Pojišťovny odbornosti FON a odbornosti OTO S3, který vlastní osvědčení Společnosti ORL opravňující jej k přidělování sluchadel hrazených z veřejného zdravotního pojištění.

Sluchadla, příslušenství a ostatní foniatické pomůcky se předepisují na Poukaz na foniatickou pomůcku (dále jen Poukaz).

**Na Poukaz je nutné vždy uvádět:**

- a) kód příslušné indikační skupiny s maximální úhradou pojišťovny
- b) kód navrhované foniatické pomůcky

Pojištěnci do 7 let věku smí předepsat a vydat sluchadlo pouze lékař s odborností FON.

Pojištěnci od 7 let věku může předepsat a vydat sluchadlo i lékař s odborností OTO S3.

Zařízení pro vyšetření slovní audiometrie ve volném poli je třeba zkalibrovat tak, aby křivka SPL zakreslená v Poukaze odpovídala hladině SRT (hladina srozumitelnosti řeči) ve vzdálenosti 1m od reproduktoru v ose 00. Hladinu SRT je možno stanovit vyšetřením 10 zdravých osob do 20 let, s negativní ORL anamnézou (záněty středouší, nedoslýchavost v rodině).

U každého sluchově postiženého pojištěnce je třeba zajistit subjektivní vyzkoušení sluchadla stejné kategorie nejméně od třech výrobců uvedených v Úhradovém katalogu.

Sluchově postiženému pojištěnci je nutné nabídnout z každé kategorie sluchadlo bez doplatku, hrazené plně VZP. Zdravotnická zařízení jsou povinna mít k dispozici sluchadlo z každé kategorie (indikační skupina postižení s příslušnou max. úhradou) tedy bez doplatku pojištěnce. Pokud bude předepsáno sluchadlo s doplatkem, musí tak být učiněno pouze po dohodě s pojištěncem.

Pojištěncům do 10 let věku by nemělo být na účet pojišťovny předepsáno a vydáno zvukovodové sluchadlo. Pojištěncům od 10 do 18 let lze zvukovodové sluchadlo nabídnout pouze s upozorněním, že při časté výměně šálky (zvukovod stále ještě roste) je riziko větší poruchovosti. Nárok na nové sluchadlo na účet pojišťovny je i v těchto případech vždy jedenkrát za 5 let.

**Postup při opravách a ztrátě sluchadla:**

Garanční opravy zajišťuje a hradí výrobce, další opravy sluchadel hradí uživatel.

Nárok pojištěnce na nové sluchadlo hrazené z veřejného zdravotního pojištění při jeho ztrátě, před uplynutím směrné doby užití, zaniká.

**Posuzování oprávněnosti úhrady u foniatických pomůcek se zvláštním režimem Ústředí zdravotní pojišťovny pro schválení revizním lékařem:**

- a) oprávněnost úhrady nároku na úhradu sluchadla před uplynutím směrné doby užití, dané obecně závaznými platnými právními předpisy,
- b) oprávněnost úhrady binaurální korekce ztráty sluchu pro hluchoslepé klienty od 18 let věku,
- c) oprávněnost úhrady pro děti do 10 let věku indikované pro sluchový implantabilní systém pro přímé kostní vedení (dále jen SISKV),

- d) oprávněnost úhrady při výměně zevní části kochleárního implantátu – řečového procesoru,

Žádosti o schvalování úhrady z veřejného zdravotního pojištění ve výše uvedených případech předkládá odborný lékař, prostřednictvím příslušného revizního lékaře, ke schválení úhrady krajskému reviznímu lékaři VZP ČR.

### **Nárokování před uplynutím směrné doby užití**

Úhrada podle indikační skupiny: vždy dle ztráty sluchu v dB a věku pojištěnce (viz tabulka níže).

Indikace pro schválení úhrady: Stávajícím sluchadlem nelze zkorigovat sluchový deficit, sluchadlo nepokryje současnou ztrátu sluchu z důvodu významného zhoršení ztráty sluchu v dB v důsledku nepředvídatelného náhlého zhoršení zdravotního stavu (např. náhlá mozková příhoda, úraz, vedlejší účinky farmakoterapie, apod.)

Úhradu nelze schválit, jestliže např.:

- pojištěnci bylo lékařem vydáno stávající sluchadlo s nedostatečným rozpětím pro korekci jeho sluchových ztrát, přestože zhoršující se ztráta sluchu v dB se dala vzhledem k věku nebo typu onemocnění sluchového orgánu předpokládat,
- nutná nákladná oprava stávajícího sluchadla (hradí pojištěnec),
- pojištěncem požadovaná výměna typu sluchadla (např. závěsné za zvukovodové nebo naopak, sluchadlo starší výroby za nově uvedené na trh v ČR apod.)

Žádost o úhradu sluchadla před směrnou dobou užití, kterou předkládá předepisující odborný lékař prostřednictvím příslušného revizního lékaře ke schválení úhrady krajskému reviznímu lékaři, musí obsahovat:

- řádně vyplněnou Žádanku o schválení (povolení) s uvedením podrobné epikrízy onemocnění pojištěnce s podrobnými údaji týkajícími se stávajícího sluchadla, včetně názvu a kódu stávajícího a navrhovaného sluchadla včetně data vydání stávajícího sluchadla,
- tónový a slovní audiogram se stávajícím sluchadlem s uvedeným datem, kdy bylo provedeno vyšetření, tónový a slovní audiogram s navrhovaným sluchadlem s uvedeným datem provedení vyšetření.

### **Úhrada binaurální korekce do 18 let**

Úhrada podle indikační skupiny: viz tabulka níže

### **Úhrada binaurálních sluchadel pro hluchoslepé nad 18 let věku**

Kód indikační skupiny: dle ztráty sluchu v dB a věku pojištěnce (viz Úhradový katalog, skupina 08).

Definice: hluchoslepota je závažné zdravotní postižení, které je charakterizované současnou vadou zraku a sluchu, jejíž kombinace výrazně stěžuje orientaci v prostoru, mezilidskou komunikaci, způsobuje poruchy v psychice a sociální oblasti.

Pro předpis sluchadla pro hluchoslepého pojištěnce je prvořadé

- stanovisko pověřeného oftalmologického pracoviště s označením S4 – vybraná pracoviště Českou odbornou oftalmologickou společností J. E. Purkyně, která mohou předepisovat nákladné optické pomůcky slabozrakým klientům,
- stanovisko odborného lékaře FON, OTO S3.

Pracoviště S4 vyplní I. a III. část tiskopisu (tiskopis dodán pracovištěm S4). Součástí tiskopisu je i vyjádření praktického lékaře, případně dalšího specialisty, hodnotící další zdravotní postižení. Foniatr (FON) nebo lékař OTO S3 po vyšetření sluchu na základě závěru pověřeného oftalmologa rozhodne, že pojištěnce lze považovat za hluchoslepeho a majícího nárok na přidělení binaurálních sluchadel hrazených z veřejného zdravotního pojištění.

Kritériem z hlediska ORL pro zařazení pojištěnce mezi hluchoslepe je oboustranná středně těžká nedoslýchavost (ztráta sluchu od 40 dB na frekvencích 500, 1000 a 2000 Hz na lépe slyšícím uchu, ztráta sluchu slyšení 40-65%) podle tónového audiogramu.

Ve výjimečných případech lze žádat o přidělení sluchadel podle pravidel pro hluchoslepe pojištěnce i u ztrát nižších (od 30 dB na frekvencích 500, 1000 a 2000 Hz) nebo i u jednostranných ztrát (při průměrné ztrátě na postiženém uchu 40 dB), jsou-li k tomu závažné důvody (např. další tělesné postižení) a má-li sluchadlo prokazatelný efekt. Žádost v tomto případě musí být velmi podrobně zdokumentována a zdůvodněna.

Žádost o úhradu binaurální korekce pro hluchoslepe předkládá předepisující odborný lékař FON, OTO S3 prostřednictvím příslušného revizního lékaře ke schválení úhrady krajskému reviznímu lékaři a musí obsahovat:

- 1) řádně vyplněný tiskopis Žádost specialistů k předpisu kompenzačních pomůcek pro hluchoslepe
- 2) řádně vyplněnou Žádku o schválení (povolení)
- 3) předepsaná audiometrická vyšetření včetně slovní audiometrie bez a se zkoušenými sluchadly, u malých dětí objektivní audiometrii – minimálně BERA vyšetření, lépe v kombinaci s SSEP/ASSR

### Úhrada SISKV bez chirurgického zákroku

Kód indikační skupiny: 0040820

Patologický stav	Sluch	Řešení
stav znemožňující používat klasické sluchadlo	<p>převodní nebo smíšená vada sluchu min 30dB</p> <p>percepční vada sluchu, práh kostního vedení do 60dB ztráta od 30dB SRT u dětí, od 40 dB SRT u dospělých</p>	<p>děti SISKV Softband (důvody chirurgické-tloušťka lebky, plánovaná plastická korekce malformace boltce).</p> <p>děti (pokud je tloušťka kosti lebky pro implantaci dostatečná nebo pokud není nutné čekat na plastiku boltce do vyššího věku a implantaci SISKV provést poté), dospělý-SISKV</p>
vrozená malformace, tekoucí trepanační dutina, externí otitis, alergie kůže zevního zvukovodu, nesnášenlivost tvarovek, trepan. dutina znemožňující nošení tvarovek		
jednostranná hluchota u dospělých	jednostranná hluchota, získaná, náhle vzniklá	nejprve vyzkoušet cross sluchadlo, poté softband, poté možná implantace SISKV

Upozornění: Pokud bylo pojištěnci již vydáno sluchadlo kapesní na kostní vedení nebo sluchadlo brýlové na kostní vedení, v souladu s platnými obecně závaznými právními předpisy, není akceptovatelná automatická výměna za sluchadlo SISKV. Je nutné řádné zdůvodnění požadované změny sluchadla. Povinnost dodržení směrné doby pro další nárok úhrady z veřejného zdravotního pojištění je dána obecně závaznými platnými předpisy.

Zařazené typy sluchadel SISKV pro přímé kostní vedení, kompenzují kochleární rezervu (rozdíl mezi vzdušným vedením a kostním vedením, převodní složku nedoslýchavosti – s přídatnou kompenzací sensorineurální složky nedoslýchavosti – ztráty v kostním vedení), podle typu sluchadla až do 65 dB. Rozhodující pro výběr typu sluchadla SISKV je práh kostního vedení.

- Kód 0041673 – Sluchadlo pro přímé kostní vedení BAHA analogové Cordelle (podléhá schválení revizního lékaře, S5)
- Kód 0171317 – Sluchový systém na kostní vedení BAHA digitální BP110 (podléhá schválení revizního lékaře, S5)
- Kód 0171318 – Sluchový systém na kostní vedení BAHA digitální BAHA 4 (podléhá schválení revizního lékaře, S5)
- Kód 0171319 – Sluchový systém na kostní vedení BAHA digitální BAHA 5 (podléhá schválení revizního lékaře, S5)

***Sluchadla se upevňují dítěti pomocí hlavové čelenky (Softband) se speciálním úchytem.***

Žádost o plnou úhradu SISKV, kterou předkládá lékař s odborností FON prostřednictvím příslušného revizního lékaře krajskému reviznímu lékaři, musí obsahovat:

- a) řádně vyplněnou Žádanku o schválení (povolení)
- b) výsledky tónové (s přesně stanoveným prahem kostního vedení) a výsledky slovní audiometrie
- c) název a kód vybraného sluchadla, včetně zdůvodnění daného výběru (práh kostního vedení)
- d) řádné zdůvodnění žádosti doplněné epikrizou onemocnění dítěte, doložení výsledků nezbytných vyšetření, včetně CT uší, otomikroskopie otolaryngologem, vyšetření a vyjádření otolaryngologa, proč nelze sluch zlepšit chirurgicky, u neřešitelných alergií stanovisko dermatologa/alergologa
- e) konkrétní zdůvodnění, proč ke kompenzaci sluchové vady není vhodný jiný typ sluchadla na kostní vedení

*Chirurgické ukotvení do kosti (prostřednictvím titanového implantátu přímo do kosti mastoideu) je indikováno dle anatomických podmínek až od 10 let věku dítěte.*

### **Úhrada řečového procesoru (zevní část) ke kochleárnímu implantátu**

Kód indikační skupiny: 0040821

Řečový procesor tvoří zevní část kochleárního implantabilního systému (dále jen CIS). Bez řečového procesoru je vnitřní část implantátu nefunkční.

Řečový procesor může být předepsán k úhradě z veřejného zdravotního pojištění pouze při jeho výměně a to pouze lékařem s odborností FON, z foniatrického pracoviště při centrech CIS za následujících podmínek:



- implantace CIS byla provedena a uhrazena z veřejného zdravotního pojištění na základě splnění indikací nejméně před 10 lety,

Žádost o úhradu řečového procesoru při jeho výměně, kterou podává předepisující odborný lékař prostřednictvím revizního lékaře příslušnému krajskému reviznímu lékaři, musí obsahovat:

- řádně vyplněnou Žádku o schválení (povolení) s uvedením epikrízy pojištěnce, včetně konkrétních údajů týkajících se využití CIS po dobu nejméně 10 let od implantace

Při splnění výše uvedených podmínek je řečový procesor hrazen z veřejného zdravotního pojištění, dle zákona č. 48/1997 Sb., ve výši 75% z ceny ke konečnému uživateli. (Maximální úhrada uvedena u indikační skupiny 0040821 je v souladu s výše uvedeným takto stanovena.)

Patologický stav	Sluch	Řešení
kongenitální prelingvální hluchota	percepční porucha sluchu nad 85dB HL, průměr na hlavních kmitočtových hladinách	bilaterální CI-co nejdříve po diagnose, optimálně mezi 0,5-3 rokem věku, max. do 4 let; standardní je oboustranná kochleární implantace synchronní; pouze u hluchých dětí bez přidružených vad(m.Down, DMO), podmínkou je dobře spolupracující rodina (reálné očekávání, rodinné zázemí apod.). U dětí s přidruženými vadami (M.Down, DMO, apod.) je indikována CI jednostranná.
u dětí s již jednostranným kochleárním implantátem operovaným již dříve	korigován jednostrannou kochleární implantací	druhostranná metachronní implantace, pokud od první operace uplynul zpravidla 1. rok, ale možno až do 3 let;pouze u hluchých dětí bez přidružených vad, podmínkou je dobře spolupracující rodina (reálné očekávání, sociální zázemí apod.)
oboustranná postlingvální hluchota; progredující percepční porucha sluchu, která vyústila v hluchotu; náhle vzniklá oboustranná porucha sluchu rozličné etiologie (meningitis, úraz, ototoxické látky)	ztráta sluchu oboustranně nad 85 dB; diskriminace z otevřeného souboru s optimálně nastaveným sluchadlem do 40%	kochleární implantace co nejdříve po ohluchnutí po vyzkoušení sluchadel; implantace jednostranná;oboustranná implantace standardně u pacientů se slepotounebo hrozící slepotou u náhle postlingválně ohluchlých dětí do věku 6 let
oboustranná nedoslýchavost bez progresu s maximem ve vysokých frekvencích	oboustranně percepční ztráta sluchu oboustranně s poklesem kostního vedení od 500Hz a výše na 70 dB a více; nad 1,5kHz je kostní	kochleární implantát Hybrid/EAS

	vedení 70dB a vyšší; rozumění z otevřeného slovního souboru 10-60%	
oboustranná lese nebo kongenitální aplasie sluchového nervu, oboustranná nemožnost využít kochleu pro pro konvenční CI;neurofibromatosis 2 st.p. meningitidě s obliterací kochley	hluchota	ABI-kmenová neuroprotéza

**Indikace sluchadla podle tíže sluchové vady a věku pojištěnce dle přílohy č. 3, zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění:**

**Pojištěnec od 0 do 7 let, preskripce FON**

Indikace dle tíže sluchové vady	Pojišťovna hradí	Směrná doba užití	Charakter sluchadla	Limit / Kód indikační skupiny
Středně těžká nedoslýchavost, ztráta od 30 dB do 59 dB SRT	Max. 10 600,- Kč za 2 kusy	5 let	Sluchadlo pro vzdušné vedení	0040804
Těžká a velmi těžká nedoslýchavost, ztráta od 60 dB SRT výše, zbytky sluchu, hluchota	Max. 11 600,- Kč za 2 kusy	5 let	Sluchadlo pro vzdušné vedení	0040805
Ztráta sluchu při oboustranné anomálii zvukovodu a středouší s těžkou převodní nedoslýchavostí, chronický výtok ze středouší, stavy po kofochirurgických operacích, neřešitelná alergie na tvarovku, špatný efekt sluchadla na vzdušné vedení.	Max. 22 000,- Kč za 2 kusy	5 let	Sluchadlo na kostní vedení	”Z” - podléhá schválení revizního lékaře  0040806

**Pojištěnec od 7 do 18 let, preskripce FON, OTO S3**

<b>Indikace dle tíže sluchové vady</b>	<b>Pojišťovna hradí</b>	<b>Směrná doba užití</b>	<b>Charakter sluchadla</b>	<b>Limit / Kód indikační skupiny</b>
Středně těžká nedoslýchavost od 30 dB do 59 dB SRT	Max. 10 600,- Kč za 2 kusy	5 let	Sluchadlo pro vzdušné vedení; <i>od 10 let též zvukovodové, boltcové kanálové</i>	0040807
Těžká a velmi těžká nedoslýchavost od 60 dB SRT, zbytky sluchu, hluchota	Max. 11 600,- Kč za 2 kusy	5 let	Sluchadlo pro vzdušné vedení; <i>od 10 let též zvukovodové</i>	0040808
Ztráta sluchu při oboustranné anomálii zvukovodu středouší s těžkou převodní nedoslýchavostí, chronickém výtoku ze středouší, stavech po kofochirurgických operacích, neřešitelných alergiích na tvarovku, špatném efektu sluchadla na vzdušné vedení	Max. 6 800,- Kč za 2 kusy	5 let	Sluchadlo na kostní vedení	”Z” - podléhá schválení revizního lékaře  0040809

**Pojištěnec od 18 let, preskripce FON, OTO S3**

<b>Indikace dle tíže sluchové vady</b>	<b>Pojišťovna hradí</b>	<b>Směrná doba užití</b>	<b>Charakter sluchadla</b>	<b>Limit / Kód indikační skupiny</b>
Středně těžká nedoslýchavost od 40 dB do 59 dB SRT	Max. 2 700,- Kč za 1 kus	5 let	Sluchadlo pro vzdušné vedení	0040810
Těžká nedoslýchavost od 60 dB do 79 dB SRT	Max. 3 900,- Kč za 1 kus	5 let	Sluchadlo pro vzdušné vedení	0040811
Velmi těžká nedoslýchavost ztráty od 80 dB SRT, zbytky sluchu, hluchota	Max. 5 100,- Kč za 1 kus	5 let	Sluchadlo pro vzdušné vedení	0040812
Ztráta sluchu při oboustranné anomálii zvukovodu a středouší s těžkou převodní nedoslýchavostí, chronickém výtoku ze středouší, stavech po kofochirurgických operacích, neřešitelných alergiích na tvarovku, špatném efektu sluchadla	Max. 6 800,- Kč za 1 kus	5 let	Sluchadlo na kostní vedení	”Z” - podléhá schválení revizního lékaře  0040813

Kapesní sluchadla jsou indikována u dospělých pojištěnců v případě kloubního onemocnění chronického charakteru, které ztěžuje nebo zcela znemožňuje ovládání miniaturních ovládacích prvků sluchadel zvukovodových, boltcových, závěsných nebo sluchadel ve formě brýlí.

#### **Příslušenství ke sluchadlům**

Při každém výdeji sluchadla hradí pojišťovna jednorázově baterie do maximální částky v níže uvedené tabulce.

#### **Příslušenství ke sluchadlům, preskripce**

<b>Název příslušenství</b>	<b>Pojišťovna hradí</b>	<b>Směrná doba užití</b>	<b>Limit / Kód indikační skupiny</b>
Baterie ke sluchadlu	Max. 80,- Kč za 4 kusy	5 let	FON, OTO S3 0040814
Brýlový adaptér k závěsnému sluchadlu	Max. 90,- Kč za 1 kus	5 let	FON, OTO S3 0040815
Ušní tvarovka – sériově vyráběná	Max. 20,- Kč za 1 kus	5 let	FON, OTO S3

**SKUPINA 08 – PŘÍSLUŠENSTVÍ KE SLUCHADLŮM – INDIVIDUÁLNĚ ZHOTOVENÉ****Ušní tvarovka ochranná – individuálně zhotovená**

Lze předepsat maximálně 1 kus za 2 roky/1 ucho do 18 let při stavech s otevřeným středouším. Kód indikační skupiny: 0040819 (neváže se na ztrátu sluchu)

**Ušní tvarovka tvrdá – individuálně zhotovená**

Lze předepsat maximálně 2 kusy za 1 rok do 18 včetně, od 19 let maximálně 2 kusy za 5 let pro hluchoslepi klienty.

**Ušní tvarovka měkká – individuálně zhotovená**

Lze předepsat maximálně 2 kusy za 1 rok do 18 let včetně.

**Skořepina ke sluchadlům se sluchátkem ve zvukovodu - individuálně zhotovená**

Lze předepsat maximálně 2 kusy za 1 rok do 18 let včetně, od 19 let maximálně 2 kusy za 5 let, hluchoslepi klienti.

**SKUPINA 09 – BRÝLE A OPTICKÉ POMŮCKY**

Brýle a optické pomůcky předepisuje smluvní lékař Pojišťovny odbornosti OPH, na Poukaz na brýle a optické pomůcky (dále jen Poukaz).

Maximální úhrady u brýlových čoček, nutných pro základní korekci zraku, jsou tvořeny na základě průzkumu cen výrobců daného sortimentu. V Úhradovém katalogu není uveden výrobce. Oční optik je povinen mít vždy v nabídce základní sortiment brýlových čoček včetně obrub, zcela bez doplatku pojištění. Dostupnost sortimentu brýlových čoček v ČR za maximální úhrady uvedené v platném Úhradovém katalogu, včetně povinnosti očních optiků mít vždy v nabídce základní sortiment zcela bez doplatku pojištění, garantuje Společenstvo českých optiků a optometristů prostřednictvím smluvního ujednání s Ústředím VZP ČR.

Bifokální čočky lze předepsat u pojištěnců nad 18 let při splnění této indikace:

Poruchy pohybového aparátu dolních končetin chronického charakteru vyžadující trvalé používání francouzských holí. Předpis podléhá schválení RL.

Název	Pojišťovna hradí	Směrná doba užití
<b>Obruba brýlová</b>	do 300,- Kč za 1 kus	Děti do 6 let max. 3x ročně, od 6 do 15 let 1x ročně, dvoje brýle při refrakční vadě nad + - 3 DPT do dálky
<b>Obruba brýlová</b>	do 150,- Kč za 1 kus	Od 15 let 1x za 3 roky, dvoje brýle při refrakční vadě nad +- 3 DPT do dálky

Název	Pojišťovna hradí	Směrná doba užití	Hrazeno u těchto indikací
<b>Čočka brýlová</b>	Úhrada do výše uvedené v Úhradovém katalogu	Děti do 6 let 3x za 1 rok, od 6 do 15 let max. 1x za rok, od 15 let 1x za 3 roky, bez změny korekce	Epileptikům, jednookým pacientům, vždy tvrzená úprava
<b>Čočka brýlová plastová sférická, torická</b>	Úhrada do výše uvedené v Úhradovém katalogu	do 6 let max. 2x za 1 rok, od 6 do 15 let max. 1x za 1 rok, od 15 let 1x za 3 roky, bez změny korekce	do 15 let nad +3 DPT, od 15 let nad +-10 DPT
<b>Čočka brýlová lentikulární</b>	Úhrada do výše uvedené v Úhradovém katalogu	Děti do 6 let 3x za 1 rok, od 6 do 15 let max. 1x za rok, od 15 let 1x za 3 roky, bez změny korekce	děti do 3 let u afakie, jinak nad +-10 DPT
<b>Čočka brýlová vysokoindexová</b>	Úhrada do výše uvedené v Úhradovém katalogu	Děti do 6 let 3x za 1 rok, od 6 do 15 let max. 1x za rok, od 15 let 1x za 3 roky, bez změny korekce	myopie nad -10 DPT, poruchy centrálního zorného pole, "Z" – podléhá schválení revizním lékařem
<b>Čočka brýlová bifokální, franklinova, zatavovaná, vybroušená, silikát, plast</b>	Úhrada do výše uvedené v Úhradovém katalogu	do 6 let 2x za 1 rok, od 6 let do 18 let 1x za rok, od 18 let nehrazeno, bez změny korekce,	strabismus, afakie
<b>Absorpční vrstvy</b>	Úhrada do výše uvedené v Úhradovém katalogu	Max. 3x za 1 rok do 6 let, max. 1x za 1 rok od 6 do 15 let; max. 1x za 3 roky od 15 let, bez změny korekce	afakie, pseudoafakie, choroby a vady provázené světloplachostí
<b>Kontaktní čočky měkké</b>	Úhrada do výše uvedené v Úhradovém katalogu	max. 2x za rok do 15 let, max. 1x za rok od 15 let, bez změny korekce	refrakce nad +-10 DPT; afakie alespoň u jednoho oka, astigmatismus irregularis, anizometropie 3 DPT a více.
<b>Čočka kontaktní stenopeutická, barevná, terapeutická</b>	Úhrada do výše uvedené v Úhradovém katalogu	Děti do 15 let 2x za 1 rok, od 15 let 1x za 1 rok, bez změny korekce	závažné choroby rohovky, duhovky nebo kombinace "Z" – podléhá schválení revizním lékařem

<b>Okluzor</b> gelový, náplastový, plastový	Úhrada do výše uvedené v Úhradovém katalogu	dle potřeby	
<b>Čočka brýlová prismatická</b>	Úhrada do výše uvedené v Úhradovém katalogu	Do 6 let max. 3x za 1 rok, od 6 do 15 let 1x za 1 rok, 1x za 3 roky od 15 let, bez změny korekce	diplopie, strabismus
<b>Prismatické folie měkké, tvrdé</b>	Úhrada do výše uvedené v Úhradovém katalogu	Do 6 let max. 3x za 1 rok, od 6 do 15 let 1x za 1 rok, 1x za 3 roky od 15 let, bez změny korekce	diplopie, strabismus
<b>Lupa asférická</b> zvětšující 4x a více	Max. 1 500,- Kč	1 kus za 5 let	”Z” – podléhá schválení revizním lékařem Předepisují určená pracoviště, nutný údaj o zvětšení
<b>Lupa sférická</b> zvětšující do 4x	Max. 100,- Kč	1 kus za 5 let	nutný údaj o zvětšení- (2x,3x,4x)
<b>Dalekohledový systém</b> na dálku i na blízko s příslušenstvím	Max. 8000,-Kč za 1 kus	1 kus za 7 let	”Z” – podléhá schválení revizním lékařem Předepisují určená pracoviště
<b>Čočka brýlová hyperokulární</b>	Úhrada do výše uvedené v Úhradovém katalogu	Max. 2x za 1 rok do 18 let, max. 1x za 3 roky od 18 let, bez změny korekce	”Z” – podléhá schválení revizním lékařem



**SKUPINA 09 – ZP PRO KOREKCI ZRAKU A ZP KOMPENZAČNÍ PRO ZRAKOVĚ POSTIŽENÉ – INDIVIDUÁLNĚ ZHOTOVENÉ**

Kontaktní čočky tvrdé se předepisují, pokud nelze použít měkkou kontaktní čočku v indikacích afakie; keratokonus; astigmatismus irregularis. Předpis podléhá schválení revizním lékařem.

Oční protézy se předepisují na "Poukaz na brýle a optické pomůcky", nikoliv na "Poukaz na léčebnou a ortopedickou pomůcku".

## SKUPINA 10 – POMŮCKY RESPIRAČNÍ A INHALAČNÍ

Pomůcky respirační a inhalační předepisuje smluvní lékař Pojišťovny odbornosti TRN, ALG, OTO, NEU, PED, REH, S5 dle typu ZP na Poukaz.

### Pojišťovna hradí:

**Aplikátor aerosolových přípravků** – hrazeno maximálně 1 kus/2 roky, do výše 500,- Kč, u pojištěnců nad 18 let věku předpis podléhá schválení revizním lékařem

**Inhalátor kompresorový** – hrazeno maximálně 1 kus/5 let, do výše 4 500,- Kč, předpis podléhá schválení revizním lékařem

**Inhalátor ultrazvukový** – hrazeno maximálně 1 kus/10 let, do výše 4 500,- Kč, předpis podléhá schválení revizním lékařem

**Prostředky pro aplikaci práškových inhalačních forem léčiv** – předpis pouze na základě preskripčního omezení léčiva, hrazeno maximálně 1 kus/2 roky, do výše 300,- Kč.

**Spirometr osobní** – hrazeno maximálně 1 kus/3 roky, do výše 300,- Kč, předpis podléhá schválení revizním lékařem

**Nebulizátor k inhalátoru (nástavec)** – hrazeno maximálně 1 kus/2 roky do výše 600,- Kč, předpis podléhá schválení revizním lékařem

**Koncentrátor kyslíku** – pomůcka je pojištěnci zapůjčována, podléhá schválení revizním lékařem. Poskytování je vázáno na smlouvu s Ústředím VZP.

**Přístroj CPAP** – pomůcka je pojištěnci zapůjčována, hrazeno maximálně 1 kus/10 let do výše 40 000,- Kč, předpis podléhá schválení revizním lékařem

**Přístroj BiPAP** – pomůcka je pojištěnci zapůjčována, hrazeno maximálně 1 kus/10 let do výše 60 000,- Kč, předpis podléhá schválení revizním lékařem

**Příslušenství k přístrojům CPAP a BiPAP** - hrazeno do výše 75% z ceny pro konečného spotřebitele, předpis podléhá schválení revizním lékařem.

### Rozdělení přístrojů skupiny 10 (pro léčbu syndromu spánkové apnoe a neinvazivní ventilační podporu)

#### 1. CPAP – základní přístroj pro léčbu SAS (syndromu spánkové apnoe)

Indikační kritéria:

Pro pacienty s nižším tlakem (do 8 cm H<sub>2</sub>O), apnoe/hypopnoe index (AHI) ≥ 15, kteří dobře tolerují léčbu. Přístroj by měl být vybaven interní pamětí nebo paměťovou kartou a zaznamenávat minimálně délky každodenního používání přístroje, tak umožnit kontrolu compliance léčby. Při indikaci dalších technologií je nutné vždy vyloučit intoleranci způsobenou nevhodným výběrem masky (dobrá těsnost masky při léčbě) a doplnit výhřevný zvlhčovač.

#### 2. CPAP s poklesem tlaku při výdechu

Indikační kritéria:

U nemocných na léčbě CPAP, AHI ≥ 15, kteří potřebují tlak CPAP vyšší než 8 cm H<sub>2</sub>O a již při titraci udávají horší toleranci léčby pro subjektivně pociťovaný vyšší tlak přístroje. Přístroj reaguje na pacientovo dýchání a při výdechu sníží tlak, čímž usnadní pacientovi snadněji vydechnout. Přístroj by měl být vybaven interní pamětí nebo paměťovou kartou se záznamem nejen délky každodenního používání, ale i další údaje

jako jsou zbytkové události (AHI – s rozlišením na obstrukční a centrální, chrápání, omezení průtoku, netěsnosti masky).

### 3. BiPAP S

Indikační kritéria:

Přístroj s nastavitelnými tlaky pro nádech a výdech, bez nutnosti záložní frekvence dýchání (pacient není ohrožený zástavou/omezením dechu z jiných než obstrukčních důvodů). Pro nemocné se syndromem spánkové apnoe s převahou obstrukčních apnoí s vysokými tlaky, nutnými pro odstranění respiračních událostí a prokázanou intolerancí léčby CPAP pro vysoké tlaky (u některých nemocných už při tlacích 10 cm H<sub>2</sub>O), u overlap syndromu – viz níže, pokud léčba vede k plné léčbě nemoci, AHI $\geq$ 15. Přístroj by měl být vybaven interní pamětí nebo paměťovou kartou se záznamem nejen délky každodenního používání, ale i dalšími údaji, jako jsou zbytkové události (AHI – s rozlišením na obstrukční a centrální, chrápání, omezení průtoku, netěsnosti masky).

### 4. CPAP/BiPAP Auto titrační (APAP/ABPAP)

Indikační kritéria:

Přístroj umožňuje nastavit rozsah tlaku – APAP/tlaků – ABPAP a během noci reaguje na obstrukce v dýchacích cestách. Dle potřeby zvyšuje a snižuje tlak a pacient mnohem lépe snáší léčbu. Použití jen u těch nemocných, kdy při titraci je výborná tolerance léčby a následně při zkoušení výše uvedených technologií (2., 3.) nedosáhneme dobré tolerance a efektu léčby, dále u REM asociované obstrukční spánkové apnoe a apnoe vázané pouze na polohu na zádech – v těchto případech tento typ přístroje zvýší compliance, AHI $\geq$ 15. Přístroj by měl být vybaven interní pamětí nebo paměťovou kartou se záznamem nejen délky každodenního používání, ale i další údaje jako jsou zbytkové události (AHI – s rozlišením na obstrukční a centrální, chrápání, omezení průtoku, CSR / Cheyne-Stokesovo dýchání /, RERA /probouzecí reakce /, netěsnosti masky).

### 5. BiPAP ST

Indikační kritéria:

Přístroj s nastavitelnými tlaky pro nádech a výdech a možností nastavit záložní frekvenci dýchání pro případ, že selže spontánní dýchání pacienta. Pro indikaci u nemocných s chronickou obstrukční plicní nemocí (CHOPN) v kombinaci s OSAS (overlap syndrom). Tam, kde je výrazné omezení ventilace v důsledku CHOPN a nejen OSAS a při léčbě BiPAP S či CPAP nedojde k plné kompenzaci nemoci, AHI $\geq$ 15. Dále v případě centrálních apnoí s desaturacemi, které nejsou ovlivnitelné léčbou BiPAP S či CPAP. Přístroj by měl být vybaven interní pamětí nebo paměťovou kartou se záznamem nejen délky každodenního používání, ale i dalšími údaji jako jsou zbytkové události (AHI – s rozlišením na obstrukční a centrální, chrápání, omezení průtoku, CSR, RERA, netěsnosti masky).

### 6. BiPAP adaptivní s objemovou podporou

Indikační kritéria:

Speciální přístroj s nastavitelnými tlaky pro nádech a výdech, možností nastavit záložní frekvenci dýchání pro případ, že selže spontánní dýchání pacienta a možností nastavení kompenzace dechového objemu (udržuje nastavený dechový objem  $V_T$  po celou noc). Pro indikaci **úzce limitované skupiny nemocných** s hypoventilačním syndromem při obezitě, neuromuskulárních postiženích, restričních plicních onemocněních – např. deformity hrudníku apod. tam, kde je riziko, že během spánku nebudou zachovány potřebné dechové objemy a terapie přístrojem BiPAP ST nevedla k odstranění respiračních událostí a desaturací. Přístroj by měl být vybaven interní pamětí nebo paměťovou kartou se záznamem nejen délky každodenního používání, ale i dalšími údaji jako jsou zbytkové události (AHI – s rozlišením na obstrukční a centrální, chrápání, omezení průtoku, CSR, RERA, netěsnosti masky).

#### 7. BiPAP adaptivní se servoventilací

Indikační kritéria:

Speciální přístroj s nastavitelnými tlaky pro nádech a výdech, možností nastavit záložní frekvenci dýchání pro případ, že selže spontánní dýchání pacienta a umožňující změnu nastavených tlaků pro každý dechový cyklus pacienta (eliminuje tzv. Cheyne-Stokesovo neboli periodické dýchání). Opět pro indikaci **úzce limitované skupiny nemocných** s CSR a komplexní spánkovou apnoí,  $AHI \geq 15$ . Přístroj by měl být vybaven interní pamětí nebo paměťovou kartou se záznamem nejen délky každodenního používání, ale i dalšími údaji jako jsou zbytkové události (AHI – s rozlišením na obstrukční a centrální, chrápání, omezení průtoku, CSR, RERA, netěsnosti masky).

### PŘÍSTROJE PRO LÉČBU SPÁNKOVÉ APNOE (CPAP, BPAP)

Pro zajištění jednotného posuzování při vystavování poukazu a schvalování úhrady CPAP byl zpracován formulář „**Příloha k žádosti o schválení přístroje CPAP/BiPAP**“ (dostupné z <http://www.vzp.cz/poskytovatele/ciselniky/zdravotnicke-prostredky>).

BPAP s objemovou podporou je určen pro léčbu syndromů chronické alveolární hypoventilace, při nedostatečném efektu jednodušších vhodných typů PAP.

Léčba ASV (adaptivní servoventilací) je určena pro léčbu střední a těžké centrální spánkové apnoe ( $AHI > 15$ ) při nedostatečném efektu jednodušších vhodných typů PAP, pro léčbu komplexní spánkové apnoe, pro léčbu Cheyne-Stokesova dýchání.

#### **Kritéria pro schvalování přístroje CPAP při léčbě spánkové apnoe**

Léčba pomocí CPAP je doporučena pro léčbu střední a těžké obstrukční spánkové apnoe (OSA) –  $AHI/RDI \geq 15$

U prokázané hypoventilace není indikačním kritériem AHI, ale následující kritéria:

Noční monitorování ukazuje přinejmenším jeden z následujících znaků

Saturace hemoglobinu kyslíkem  $< 90\%$  po dobu delší než 5 minut s minimem alespoň  $85\%$   
Více než  $30\%$  celkového trvání spánku je saturace hemoglobinu kyslíkem  $< 90\%$

Hodnota krevního PaCO<sub>2</sub> ve spánku je abnormálně vysoká nebo disproporcionálně zvýšená proti hladině při bdělosti (měřeno vleže noční kapnometrií nebo odběrem krevních plynů bezprostředně po probuzení)

Léčba pomocí BiPAP je doporučena pro léčbu střední a těžké OSA – AHI/RDI  $\geq 15$  při nedostatečném léčebném účinku CPAP

AHI – apnoe/hypopnoe index – počet apnoí a hypopnoí za hodinu spánku

RDI – respiratory disturbance index – RDI – počet apnoí, hypopnoí a RERA za hodinu spánku

RERA – respiratory effort-related arousal – probouzení reakce nebo probouzení vyvolané sekvencí dechů se zvyšujícím se inspiračním úsilím nebo se sníženou amplitudou dechu trvající  $\geq 10$ s

Ke stanovení diagnózy syndromu spánkové apnoe je třeba celonoční monitorování pomocí polysomnografie či polygrafie. U dětských pacientů je většinou nezbytná kompletní polysomnografie.

Závěr vyšetření musí minimálně obsahovat informaci o počtu apnoí a hypopnoí za 1 hodinu spánku/registrace – AHI, RDI, o počtu poklesů saturace hemoglobinu kyslíkem o 3% a více za hodinu spánku -ODI a procento doby spánku /event. Registrace v saturacích pod 90 %- t90.

### **Vyšetření**

Ve spánkové laboratoři je provedena polygrafie či polysomnografie. K žádosti o schvalování úhrady se přikládá jako Příloha č.2 Souborný výsledek a souhrnný grafický záznam z monitorace a nastavování CPAP.

Dále je třeba provést cílené ORL vyšetření se zaměřením na průchodnost dýchacích cest, z jehož závěru musí vyplynout, zda je či není přítomna obstrukce dýchacích cest. Závěr vychází z provedeného vyšetření včetně použití příslušných endoskopických vyšetření.

Terapie má obsahovat změny denního režimu – pravidelnou životosprávu a dostatek spánku, redukci event. zvýšené hmotnosti, zastavení případného tabakismu, vyloučení alkoholu ve večerní době, vyloučení večerní aplikace hypnotik a sedativ s myorelaxačním působením.

Před léčbou je nemocný upozorněn na nutnost:

- pravidelného používání přístroje dle doporučení,
- udržování přístroje dle doporučení,
- docházet na pravidelné kontroly podle doporučení lékaře – první kontrola za 1-3 měsíce, další pravidelné kontroly v intervalu 1 rok.

### **Kontroly nemocného léčeného PAP:**

- první kontrola (1 – 3 měsíce po zahájení léčení PAP) – klinický stav včetně zhodnocení compliance a efektivity léčby dle paměti přístroje PAP a dle rozhodnutí lékaře kontrolní noční monitorování (minimálně saturace hemoglobinu kyslíkem) při léčbě,
- pravidelné kontroly v intervalu 1 rok – klinický stav včetně zhodnocení compliance a efektivity léčby dle paměti přístroje.

## **DOMÁCÍ NEINVAZIVNÍ VENTILAČNÍ PODPORA(NIV) – BiPAPpřístroje se záložní dechovou frekvencí či s objemovou podporou:**

Indikace k NIV, titrace a nastavení přístroje, vybavení pacienta BPAPem a zaškolení v užívání probíhá za hospitalizace.

### **Vyšetření před zahájením NIV:**

- Anamnéza, fyzikální vyšetření a základní laboratorní vyšetření
- Vyšetření krevních plynů z arteriální či arterializované krve (dále jen „vyšetření krevních plynů“), při podezření na hyperkapnii ve spánku se provádí vyšetření krevních plynů bezprostředně po probuzení
- Funkční vyšetření plic
- ORL vyšetření za účelem zhodnocení nosní průchodnosti
- Skiagram hrudníku v zadopřední a bočné projekci
- Limitovaná polygrafie či polysomnografie při podezření na komorbidní syndrom spánkové apnoe, pokud možno v kombinaci s kapnometrií
- ECHO srdce a EKG při podezření na kardiální komorbiditu

Samotná noční oxymetrie nestačí ke stanovení noční hypoventilace a indikaci domácí NIV.

### **Kombinace NIV s oxygenoterapií:**

Přídavek kyslíku je indikován, pokud i přes adekvátní ventilaci a absenci apnoí a hypopnoí je splněna jedna z podmínek:

- Při kontrole limitovanou polygrafií či polysomnografií je T90 > 30%
- Při manuální titraci polysomnografem je SpO<sub>2</sub> ≤ 88% po dobu 5 a více minut.

### **INDIKAČNÍ KRITÉRIA NIV dle druhu onemocnění:**

#### 1) Obstrukční onemocnění plic

Do této skupiny patří pacienti s CHOPN nebo cystickou fibrózou. Při symptomech chronické ventilační insuficience a omezení kvality života musí být splněno alespoň jedno z kritérií:

- Chronická denní hyperkapnie s PaCO<sub>2</sub> ≥ 6,5 kPa
- Noční hyperkapnie s PaCO<sub>2</sub> ≥ 7,3 kPa prokázaná vyšetřením krevních plynů bezprostředně po probuzení
- Chronická denní hyperkapnie s PaCO<sub>2</sub> 6,0-6,5 kPa a zaznamenaný noční vzestup o ≥ 1,3 kPa při transkutánní kapnometrii
- Chronická denní hyperkapnie s PaCO<sub>2</sub> 6,0 - 6,5 kPa a minimálně 2 akutní exacerbace s respirační acidózou vyžadující hospitalizaci v posledních 12 měsících
- V přímé návaznosti na akutní exacerbaci vyžadující neinvazivní či invazivní ventilaci, pokud i po stabilizaci stavu přetrvává PaCO<sub>2</sub> > 6,0 kPa. Stabilizací stavu se rozumí 3 měsíce od ukončení léčby pro akutní exacerbaci.

U prvních 4 indikačních kritérií platí, že vyšetření krevních plynů může být pro indikaci NIV provedeno nejdříve 3 měsíce od akutního respiračního infektu nebo ataky městnavého selhání srdce či jiného akutního závažného onemocnění, které má vliv na ventilaci.

Podmínkou je dobrá spolupráce pacienta a tolerance NIV.

V případě nedostatečného efektu základních BPAPů je indikován BPAP s objemovou podporou.

## 2) Restrikční onemocnění hrudníku

Do této skupiny onemocnění patří těžká skolióza, pectusexcavatum, pectuscarinatum, M. Bechtěrev, dále pooperační, poúrazové či postspecifické deformity hrudní stěny a restriktivní postižení pohrudnice. Při symptomech chronické ventilační insuficience a omezení kvality života musí být splněno alespoň jedno z kritérií a časový odstup 3 měsíce od akutního respiračního onemocnění nebo ataky městnavého selhání srdce či jiného akutního závažného onemocnění, které má vliv na ventilaci.:

- Chronická denní hyperkapnie s  $\text{PaCO}_2 \geq 6,0$  kPa
- Noční hyperkapnie s  $\text{PaCO}_2 \geq 6,5$  kPa prokázaná vyšetřením krevních plynů bezprostředně po probuzení
- Normokapnie ve dne s vzestupem  $\text{PTcCO}_2$  o  $\geq 1,3$  kPa v noci prokázaným transkutánní kapnometrií

V případě nedostatečného efektu základních BPAPů je indikován BPAP s objemovou podporou.

## 3) Neuromuskulární onemocnění

Tato skupina zahrnuje širokou škálu onemocnění, z nichž nejčastěji jsou spojeny s ventilačním selháním amyotrofická laterální skleróza, Duchennova svalová dystrofie, myasthenia gravis, spinální svalová atrofie a poúrazová či poinfekční poškození CNS. Při symptomech chronické ventilační insuficience a omezení kvality života musí být splněno alespoň jedno z kritérií:

- Chronická denní hyperkapnie s  $\text{PaCO}_2 \geq 6,0$  kPa
- Noční hyperkapnie s  $\text{PaCO}_2 \geq 6,5$  kPa prokázaná vyšetřením krevních plynů bezprostředně po probuzení
- Normokapnie ve dne s vzestupem  $\text{PTcCO}_2$  o  $\geq 1,3$  kPa v noci prokázaným transkutánní kapnometrií
- Více než tři závažné infekce dolních cest dýchacích za rok
- $\text{AHI} > 10$  a  $\text{ODI} > 4$

## 4) Hypoventilační syndrom u obezity

Vzhledem k vysoké prevalenci OSA u pacientů s OHS (až 90%) je bezpodmínečně nutná polysomnografie či limitovaná polygrafie. Při splnění diagnostických kritérií OHS, symptomech chronické ventilační insuficience, omezení kvality života a eliminaci respiračních událostí přetlakem v dýchacích cestách musí být splněno alespoň jedno z kritérií:

- Noční hyperkapnie s  $\text{PaCO}_2 \geq 7,3$  kPa prokázaná vyšetřením krevních plynů bezprostředně po probuzení
- Zaznamenaný vzestup  $\text{PTcCO}_2$  o  $\geq 1,3$  kPa v noci při transkutánní kapnometrii
- Limitovaná polygrafie či polysomnografie prokazuje  $\text{T90} > 30\%$
- Při manuální titraci nebo polysomnografii je  $\text{SpO}_2 \leq 90\%$  po dobu 5 a více minut s minimem alespoň 85%

V případě redukce hmotnosti o více než 10% u pacientů léčených NIV je vhodná kontrola s limitovanou polygrafií či polysomnografií a zvažování úpravy léčby. Redukce hmotnosti je dlouhodobý léčebný cíl u pacientů s OHS.

Oprávnění k indikaci léčby výše uvedenými přístroji CPAP/BiPAP mají pouze **akreditovaná pracoviště ČSVSSM**.

**Indikace a kontraindikace léčení syndromů spánkové apnoe metodou CPAP a BiPAP** a kritéria pro poskytnutí těchto zdravotnických prostředků hrazených z veřejného zdravotního pojištění: Syndrom spánkové apnoe musí být prokázán celonočním monitorováním a musí být zjištěna jeho intenzita (daná množstvím apnoí a hypopnoí, případně poklesem saturace hemoglobinu kyslíkem) a také musí být zjištěna povaha apnoí (centrální nebo obstrukční). Při rozhodování o další léčbě nemocného se bere v úvahu celkový zdravotní stav, jeho věk a ostatní léčba. Pokud se jedná o obstrukci v dýchacích cestách, musí být doloženo, že není možné chirurgické řešení a v závěru ORL vyšetření musí být uvedeno, že nelze řešit jinak než prostřednictvím neinvazivní ventilační podpory CPAP. K dotazníku musí být přiložena kopie somnografického vyšetření (průkaz splnění monitoračních podmínek) a lékařská zpráva (průkaz splnění ostatních podmínek – redukce hmotnosti, neřešitelnost chirurgickou intervencí (ORL), komplikující onemocnění, atd.).

Před indikováním léčby je nutné, aby ošetřující lékař nemocnému prokazatelným způsobem zdůraznil všechny zásady životosprávy a režimová opatření. Jedná se zejména o redukci případné obezity. Dále je pacient upozorněn na to, že bude muset docházet na pravidelné kontroly podle doporučení lékaře a při nedostatečném používání přístroje bude podán návrh na jeho odebrání. Nemocný je povinen se dostavit nejméně jednou za rok na kontrolu. Pokud se na základě údajů z vestavěného měřidla zjistí, že míra používání je za uplynulé období menší než 50% očekávané doby, ošetřující lékař informuje pojišťovnu, která nemocnému přístroj přidělila. Nepoužívaný přístroj nemocný vrací.

Pokud nemocnému brání v řádném používání přístroje eventuální vedlejší účinky CPAP (např. suchost v ústech, kongesce nosní sliznice, konjunktivitida, aerofagie, častá probuzení a komplikace s maskou jako jsou úniky vzduchu a otlaky) je třeba vyzkoušet všechny postupy k jejich omezení včetně opakování titrace vhodného přetlaku.

Při vydání přístroje musí být pojištěnec vybaven kompletním přístrojem a veškerým potřebným příslušenstvím (maska, hadice, filtry, napájení, návod k použití), kódy příslušenství uvede indikující lékař na Žádance o schválení (povolení).

Přístroj (CPAP, BPAP) je hodnocen jako celek, včetně příslušenství, masek a hadic.

Celková cena ZP se počítá z jednotlivých položek a částku nad maximální úhradu z veřejného zdravotního pojištění hradí pojištěnec.

### **Kontraindikace CPAP/BiPAP**

Komunikace dýchacích cest s nitrolebním prostorem, pneumocefalus, likvorea, fraktura base lební a nejasná zranění obličejové a dýchacích cest

Rekurentní sinusitidy a mediotitidy

Alergie na hmotu masky a jiné materiály přístroje

Neschopnost obsluhy přístroje bez spolehlivého zabezpečení takové péče jinou osobou

Nezájem o léčbu ze strany nemocného

Non-compliance nemocného

### **Doporučující kritéria pro pronájem přístroje pro DDOT**

#### **Indikace:**

Chronická respirační insuficience na podkladě plicních, vaskulárních plicních onemocnění (zejm. CHOPN, plicní arteriální hypertenze, fibrotizující onemocnění plic, plicní nádory), některá onemocnění hrudní stěny a hypoventilační syndrom u neurologických poruch.



DDOT je indikována u nemocných při stabilizaci základního onemocnění a po vyčerpání všech dostupných léčebných prostředků. Stabilizací onemocnění se rozumí období, kdy nedochází ke změnám stupně subjektivních obtíží, klinického stavu, ventilačních a respiračních parametrů. Exacerbace CHOPN jsou často provázeny respirační insuficiencí či jejím zhoršením, která se upravuje několik týdnů, za stabilizaci stavu je považována doba 6 týdnů od odeznění exacerbace. Pokud bude respirační insuficience jediným důvodem nemožnosti propuštění pacienta do domácího prostředí, lze v těchto případech indikovat DDOT stacionárním koncentrátorem při propuštění z hospitalizace po odeznění exacerbace, s tím, že s odstupem 6 měsíců od propuštění bude provedena kontrola kyslíkovým testem a zvaženo pokračování DDOT.

Pro indikaci DDOT proto platí následující základní kritéria:

1. V arteriální krvi nemocného v klidu vsedě musí být hodnota  **$P_aO_2 = 7,3-8,0$  kPa** a současně s tím musí být přítomen minimálně jeden z následujících nálezů:

- a) hypertrofie pravé komory srdeční podle EKG, skiagramu hrudníku, CT hrudníku a echokardiografie nebo plicní hypertenze potvrzená echokardiograficky s odhadem tíže plicní hypertenze dle Doporučení pro diagnostiku a léčbu plicní arteriální hypertenze v ČR případně průkaz prekapilární plicní hypertenze při pravostranné srdeční katetrizaci,
- b) sekundární polyglobulie ( $Ht_k > 55\%$ ),
- c) desaturace v průběhu spánku, prokázané neinvazivním nočním monitorováním  $SpO_2$ , při minimálně 30% doby spánku pod 90%, doložené výtiskem protokolu z monitorovacího zařízení,
- d) zátěžová desaturace při standardní spiroergometrii (rampovým protokolem) na úrovni 60% vrcholové spotřeby kyslíku ( $peakVO_2$ ) nebo 0,5 W/kg, prokázaná odběrem arterializované krve z ušního boltce s poklesem  $PO_2$  pod 7,3 kPa oproti výchozí hodnotě a zároveň alespoň o 0,7 kPa, doložené výtiskem protokolu spiroergometrie a výtisky z analyzátoru krevních plynů.

U nemocných s hodnotou  **$p_aO_2 < 7,3$  kPa** se další nálezy nevyžadují.

**Pro indikaci DDOT je vždy třeba provést kyslíkový test s arteriálními odběry krevních plynů (bez kyslíku, s průtokem 1 l/min, 2 l/min, event. i vyšším s dobou aplikace  $O_2$  a intervaly mezi odběry minimálně 20 minut). Kyslíkový test je nutno provést během jednoho dne s použitím zařízení, k jehož používání je pacient indikován (koncentrátor kyslíku stejného typu, kapalný nebo plynný kyslík), vzestup  $PaO_2$  musí být nejméně o 1 kPa a minimálně na hodnotu 8 kPa.**

Pokud dosažení této minimální hodnoty  $PaO_2$  je limitováno hyperkapnií, je vždy na místě zkusit NIPV .

Hodnota  $P_aCO_2$  se po 30-ti minutové inhalaci kyslíku může mírně zvýšit, ale zvýšení

**$P_aCO_2$  o 1 kPa a více je kontraindikací k přidělení koncentrátoru.**

DDOT je indikována u všech plicních a plicních vaskulárních onemocnění a ostatních onemocnění zmíněných v úvodu, kde je kyslíkovým testem prokázán efekt (viz výše). Maligní onemocnění není kontraindikací, pokud nemocný splňuje podmínky indikace DDOT, léčba kyslíkem umožňuje těmto pacientům pobyt v domácím prostředí.

**Bronchopulmonální dysplázie nedonošeného dítěte** se závislostí na kyslíku ( $SpO_2 < 92\%$ ), bez rizika retinopatie, přetrvávající po 40. týdnu postkoncepčního věku. V této

indikaci je DDOT předepisována ve formě kapalného kyslíku a má ji ve své výlučné pravomoci neonatolog. Pro mladistvé pacienty (15-18 let) nově indikované platí stejná kritéria mobility jako pro dospělé.

### **Kontraindikace:**

Nemocní s dušností bez hypoxémie, kuřáci a nespolupracující jedinci. U kuřáků nelze DDOT indikovat dříve, než je dodržena doba nekouření – 6 měsíců. Kouření představuje v této klinické situaci přímé bezpečnostní riziko exploze a požáru a nesmí být tudíž chápáno jako diskriminační nebo regulační prvek tohoto doporučení. Kontraindikaci představuje rovněž klinicky významná progresse hyperkapnie při aplikaci kyslíku, kterou nelze ovlivnit neinvazivní ventilační podporou (obvykle aplikovanou v nočních hodinách).

Zdroje kyslíku:

e) koncentrátor kyslíku

f) mobilní koncentrátor kyslíku

g) kapalný kyslík (stacionární + přenosné rezervoáry)

Kyslík je aplikován obvykle pomocí kyslíkových brýlí (výjimečně obličejovou maskou), při průtoku O<sub>2</sub> nad 2 litry/minutu je doporučován zvlhčovač kyslíku. Minimální denní doba, po kterou má být kyslík inhalován je 16 hodin, přičemž jednotlivé pauzy nesmějí být delší než 2 hodiny.

Indikace jednotlivých způsobů léčby se provádí na základě splnění výše uvedených indikačních kritérií takto:

**Pacienti málo mobilní** - podle posouzení klinického stavu ošetřujícím pneumologem (obvykle se jedná o pacienty, kteří nejsou schopni bez pomoci další osoby opustit svůj byt) - jsou indikováni k léčbě **stacionárním koncentrátorem kyslíku**. Při potřebě průtoku O<sub>2</sub> 5 – 8 litrů je indikován vysoko průtokový koncentrátor kyslíku.

### **Pacienti středně mobilní:**

Pro indikaci **varianty stacionárního koncentrátoru s mobilním koncentrátorem kyslíku** je nutné splnit následující indikační kritéria mobility s použitím šestiminutového testu chůze (6-MWT): Vzdálenost chůze bez inhalace kyslíku z původně stanovené minimální 130 metrů na rozpětí **od 130 do 199 metrů** a s odpovídajícím průtokem kyslíku dojde k navýšení vzdálenosti o 25 a více % a v 6. minutě testu s kyslíkem musí být SpO<sub>2</sub> alespoň 85%.

### **Pacienti výrazně mobilní:**

Pro indikaci **přístroje na bázi kapalného kyslíku** je nutné splnit následující indikační kritéria mobility s použitím šestiminutového testu chůze (6-MWT):

- 1) vzdálenost bez inhalace kyslíku, kterou pacient ujde - **200 metrů a více**
- 2) procentuálního navýšení vzdálenosti při inhalaci kyslíku na **50 % a více %** a v 6. minutě testu s kyslíkem musí být SpO<sub>2</sub> alespoň 85%. Pacienti výrazně mobilní, kteří splňují kritéria pro indikaci přístroje na bázi kapalného kyslíku, u kterých je ke korekci respirační insuficience při námaze dostačující průtok 2 litry O<sub>2</sub> za minutu jsou indikováni k DDOT kombinací stacionárního a mobilního koncentrátoru kyslíku.

**Další skupiny pacientů indikovaných k terapii přístrojem na bázi kapalného kyslíku:**

- Pacienti středně mobilní vyžadující průtok kyslíku více než 2 litry, Pacienti málo mobilní vyžadující průtok kyslíku více než 8 litrů,
- Pacienti zařazení na čekací listinu transplantace na základě kyslíkového testu bez nutnosti provádění 6MWT.

**Odpovědnost za indikaci DDOT a sledování pacientů s DDOT**

Indikaci DDOT provádí ambulantní či lůžkové pneumologické pracoviště, které je schopné provést kyslíkový test a má o pacientovi dostatek informací, ze kterých vyplývá, že nemocný je v době indikace DDOT ve stabilizovaném stavu. Indikaci k DDOT přenosným (mobilním) systémem provádějí pneumologická pracoviště fakultních či krajských nemocnic. Ambulantní ošetřující pneumolog kontroluje pacienty na léčbě DDOT v pravidelných intervalech, přinejmenším však 1x za šest měsíců. Součástí kontroly je měření SpO<sub>2</sub>. Optimálním doplňkem je návštěva zdravotní sestrou doma u pacienta se zhodnocením klinického stavu a změřením SpO<sub>2</sub>. Přinejmenším 1x ročně musí být pacientovi provedena kontrola respirace bez a při inhalaci kyslíku. V případě, že pacient přestal splňovat kritéria DDOT (zlepšení P<sub>a</sub>O<sub>2</sub> nad 8 kPa, klinicky významný vzestup P<sub>a</sub>CO<sub>2</sub>, apod.), případně se objevila nutnost změny režimu DDOT (např. potřeba zvýšení průtoku kyslíku), je ošetřující pneumolog povinen zajistit odebrání DDOT, případně změnu průtoku kyslíku. Při změně klinického stavu pacienta je možno zvážit i změnu režimu léčby DDOT:

Změna stávajícího zařízení pro DDOT ze stacionárního koncentrátoru kyslíku na zařízení na bázi kapalného kyslíku je možná až při potřebě průtoku O<sub>2</sub> 8 a více litrů za minutu.

Změna stávajícího zařízení pro DDOT ze stacionárního koncentrátoru kyslíku na zařízení na bázi kapalného kyslíku nebo kombinaci mobilního a stacionárního koncentrátoru je podmíněno novou žádostí.

Při žádosti o prolongaci úhrady mobilního zařízení pro DDOT je nutno doložit trvalou mobilitu, u stacionárních koncentrátorů kyslíku doložit přetrvávající hypoxii.

Ukončení DDOT je rovněž indikováno v případě, že pacient začal opět kouřit nebo nedodrží-li závažným způsobem předepsanou dobu inhalace (viz výše).

Společnost provozující zařízení pro DDOT provádí pravidelné technické prohlídky daného zařízení, v případě koncentrátorů kyslíku odečítá počet hodin provozu přístroje. Záznam o počtu hodin poskytuje ošetřujícímu pneumologovi nebo nechává pacientovi, který je pak povinen jej svému ošetřujícímu pneumologovi doručit sám.

**INDIKAČNÍ KRITÉRIA ZP ASISTENT KAŠLE****Indikace:**

- Spinální svalová atrofie
- Muskulární dystrofie
- Myopatie
- Dětská mozková obrna
- Transversální míšní léze
- Amyotrofická laterální skleróza
- Ostatní vzácná onemocnění spojená s poruchou expektorace (např. poruchy metabolismu, Charcot Marie Tooth, Huntingtonova choroba)

za předpokladu splnění podmínek uvedených níže:

1. Neefektivní kašel, který je spojený se stagnací bronchiálního sekretu, s nedostatečnou schopností vytvořit efektivní vrcholový průtok vzduchu během kašle a s oslabením anebo únavou dýchacích svalů *v jedné ze tří z následujících situací:*

**A) Spolupracující dospělí:**

Neefektivní expektorace spojená se **splněním alespoň čtyř z níže uvedených kritérií**

- a) poklesem vitální kapacity pod 50 % náležité hodnoty,
- b) snížením vrcholového výdechového průtoku pod 2,7 l/s,
- c) snížením vrcholového průtoku vzduchu při kašli pod 160 l/min,
- d) snížením hodnot maximálního nádechového ústního (nosního) tlaku pod 80 % náležité hodnoty,
- e) se snížením hodnot maximálního výdechového ústního tlaku pod 80 % náležité hodnoty,
- f) se sníženou saturací hemoglobinu kyslíkem pod 90 %,
- g) opakovanými aspiracemi potravy,
- h) s výskytem svalové únavy dýchacích svalů znemožňující provést efektivní zakašláni.

**B) Spolupracující děti:**

Neefektivní expektorace spojené se **splněním alespoň čtyř z níže uvedených kritérií:**

- a) poklesem vitální kapacity pod 60 % náležité hodnoty normy,
- b) snížením vrcholového výdechového průtoku pod 70 % náležité hodnoty,
- c) snížením hodnot maximálního nádechového ústního (nosního) tlaku pod 80 % náležité hodnoty,
- d) snížením hodnot maximálního výdechového ústního tlaku pod 80 % náležité hodnoty,
- e) sníženou saturací hemoglobinu kyslíkem pod 90 %,
- f) opakovanými aspiracemi potravy,
- g) výskytem svalové únavy dýchacích svalů znemožňující provést efektivní zakašláni.

Současně je nutná spolupracující rodina nebo jiný opatrovník, aby byla zabezpečena terapie pomocí tohoto přístroje.

**C) Nespolupracující pacienti:** U dospělých i dětských pacientů, u kterých není možné z důvodu závažnosti jejich zdravotního stavu, nebo nízkého věku či nedostatečné spolupráce provést spirometrické vyšetření a vyšetření maximálního nádechového a výdechového ústního tlaku, je indikace přístroje provedena na podkladě **klinických projevů neefektivní expektorace**. Současně je nutná spolupracující rodina nebo jiný opatrovník, aby byla zabezpečena terapie pomocí tohoto přístroje.

2. Na základě titrace nádechového a výdechového tlaku u konkrétního pacienta došlo k vzestupu PCF naměřeném na přístroji CoughAssist během vstupního hodnocení (vyšetření na přístroji s nejnižší možnou tlakovou podporou +5cmH<sub>2</sub>O a – 5 cmH<sub>2</sub>O) o 15% a více v porovnání PCF na počátku a po léčebném nastavení přístroje.

**Kontraindikace:**

- pneumotorax
- barotrauma
- pneumomediastinum
- rozsáhlé bulózní postižení plic
- akutní plicní edém
- syndrom akutní respirační tísně
- hemoptýza
- stav po recentní plicní operaci (lobektomie, pneumonektomie)
- drenáž mozkových komor

**U jiných klinických situací je ZP Asistent kašle hrazen ve výši 3 462,00 Kč.**

## SKUPINA 11 – POMŮCKY PRO DIABETIKY

Pomůcky pro diabetiky předepisuje smluvní lékař Pojišťovny odbornosti DIA na Poukaz.

**Pojišťovna hradí** pro inzulínový režim DM I. a II. stupně, diabetikům léčeným intenzifikovaným inzulínovým režimem (tj. 3 dávky denně nebo inzulínová pumpa) a labilním diabetikům aplikujícím si minimálně dvě dávky inzulínu denně, následující pomůcky:

- **proužky diagnostické na stanovení glukózy**
  - A. Množství do 400 kusů proužků za rok:**

Hrazeno do 400 kusů/1 rok do celkové výše 3 200,- Kč

Indikační kritéria: pacienti léčení perorálními antidiabetiky, pacienti léčení inzulínem, kteří si aplikují inzulín jednou či dvakrát denně a pacientky s gestačním diabetem léčené dietou či perorálními antidiabetiky
  - B. Množství od 400 kusů do 1 000 kusů proužků za rok**

Indikační kritéria: pacienti léčení intenzifikovaným inzulínovým režimem (3 a více aplikací inzulínu denně), pacienti léčení inzulínovou pumpou a těhotné diabetičky léčené 1 – 2 dávkami inzulínu denně. Podléhá schválení revizním lékařem.
  - C. Množství od 1 000 kusů do 1 800 kusů za rok**

Indikační kritéria: pacienti do 18 let a těhotné diabetičky léčené intenzifikovaným inzulínovým režimem nebo inzulínovou pumpou. Podléhá schválení revizním lékařem.
- **proužky k vizuálnímu testování glukózy/ketonů v moči** – jsou určeny pouze pro diabetiky II. typu, kteří nevlastní glukometr k občasné kontrole. Pacienti léčení PAD – hrazeno 50 kusů/rok, pacienti léčení inzulínem – hrazeno 300 kusů/rok. Úhrada 75%.
- **proužky testovací pro stanovení ketolátek v krvi**–hrazeno 75% maximálně 4 balení/rok. Indikační kritéria: preskripce pouze v diabetologických centrech. Určeny jsou pouze pro diabetiky do 18 let věku, gravidní diabetičky a diabetiky I. typu léčených inzulínovou pumpou bez ohledu na věk
- **lancety pro odběr krve** – hrazeno do 100 kusů/rok do výše 300,- Kč
- **aplikátor odběru krve pomocí lancet** – hrazen 1 kus/5 let, do výše 250,- Kč
- **aplikátor inzulínu k aplikaci injekční stříkačkou**–hrazen 1 kus/3roky, do výše 1200,- Kč
- **aplikátor inzulínu – inzulínové pero**–hrazen 1 kus/3 roky do výše 1 500,- Kč; hrazeny maximálně 2 kusy/3 roky při souběžné aplikaci dvou druhů inzulínu
- **jehly k injekčním stříkačkám k aplikaci inzulínu**–hrazeno 100 kusů do výše 120,- Kč
- **jehly k inzulínovým perům**–hrazeno 200 kusů/rok do výše 530,- Kč
- **komplet k aplikaci (stříkačka s fixovanou jehlou)** – hrazeno 100 kusů do výše 370,- Kč
- **stříkačka injekční k aplikaci inzulínu** – hrazeno 100 kusů do výše 230,- Kč
- **glukometr se zvukovým modemem**

Indikační kritéria: pro zrakově postižené diabetiky. Hranicí pro indikaci této pomůcky je centrální zraková ostrost nižší než 6/18 (0,35) na lepším oku s optimální korekcí do dálky. Tomu odpovídá vizus do blízka J.č.11–10 na lepším oku s optimální korekcí do blízka.
- **glukometr** – hrazeno 1 kus/10 let do výše 1 000,-Kč
- Indikační kritéria: pro diabetiky léčené intenzifikovaným inzulínovým režimem (3 dávky denně nebo inzulínová pumpa), pro labilní diabetiky se 2 dávkami inzulínu.
- **jehly k neinzulínovým perům** – hrazeno 100 kusů/rok do výše do 270,- Kč

- **inzulínové pumpy**

jsou členěny do tří kategorií:

1. **inzulínové pumpy bazální - kategorie 11001**
2. **inzulínové pumpy s vestavěným kontinuálním monitorem na měření glukózy či napojením na glukometr - kategorie 11002**
3. **inzulínové pumpy s vestavěným kontinuálním monitorem a odezvou na měření glukózy - kategorie 11003**

Indikace k předpisu inzulínové pumpy: Inzulínová pumpa je indikována a preskribována pouze v DIA centrech u diabetiků splňujících některé z následujících kritérií, podléhá schválení revizním lékařem:

- a) opakované a nepoznávané hypoglykémie, které nelze ovlivnit jinými terapeutickými metodami (včetně podávání analoga–Lantus)
- b) výrazný "dawn fenomén" (výrazné ranní hyperglykémie neovlivnitelné jinými intenzifikovanými inzulínovými režimy)
- c) prekoncepční stadium a gravidita, pokud není dosaženo úspěšné kompenzace diabetu jiným intenzifikovaným režimem
- d) prevence vzniku a jako možnost příznivého ovlivnění mikrovaskulárních komplikací diabetu při dlouhodobě špatné kompenzaci DM neovlivnitelné jinými inzulínovými režimy a průkazností zlepšení kompenzace při léčbě pumpou
- e) ochrana transplantované ledviny u pacientů, u nichž došlo k odhojení štěpu nebo u nichž nebyla provedena transplantace slinivky

Doplňující kritéria pro indikaci léčby inzulínovou pumpou:

- 1) schopnost správné volby režimu pumpy
- 2) motivace, výchova a spolupráce pacienta
- 3) potřebné personální a technické vybavení pracoviště
- 4) pravidelné monitorování parametrů kompenzace diabetu
- 5) dostupný kontakt pacienta s ošetřovatelským týmem

**V případě, že je předepsána inzulínová pumpa z kategorie 2. (viz sloupec KAT v Úhradovém katalogu VZP – ZP) je nutné, aby v žádosti o schválení bylo jednoznačné medicínsky zdůvodněno, proč nelze použít inzulínovou pumpu z kategorie 1.**

**V případě, že je předepsána inzulínová pumpa z kategorie 3, je nutné, aby v žádosti o schválení bylo jednoznačné medicínsky zdůvodněno, proč nelze použít inzulínovou pumpu z kategorie 1. a 2.**

**Příslušenství k inzulínové pumpě:**

- **2 páry baterií** – směrná doba užití 1-2 měsíce - hrazeno ze 75%
- **zásobník k dávkovači inzulínu**–hrazeno z 75%
- **sety infuzní kovové k inzulínové pumpě** – hrazen 1 set do výše 160,-Kč
- **sety infuzní teflonové k inzulínové pumpě**– hrazeno maximálně 120 setů/1 rok do výše 300,- Kč/1 set, podléhá schválení revizního lékaře.

**Systém pro kontinuální monitoraci glukózy (CGM) v reálném čase se skládá ze senzorů, vysílače a přijímače. Přijímačem může být inzulínová pumpa, nebo samostatné zařízení.**

Systém CGM je předepisován dětským i dospělým pacientům s diabetem 1. typu, kteří mají:

- syndrom porušeného vnímání hypoglykémie (Clarkova metoda nebo Gold score  $\geq 4$ ),
- časté hypoglykémie ( $\geq 10\%$  času stráveného v hypoglykemickém rozmezí při předchozí monitoraci u dospělých pacientů a  $\geq 5\%$  času u dětských pacientů),
- labilní diabetes (vysoká glykemická variabilita určená směrodatnou odchylkou  $\geq 3,5$  mmol/L),
- závažné hypoglykémie (2 a více závažných hypoglykemií v průběhu posledních 12 měsíců),

a dále:

- u žen v průběhu těhotenství a šestinedělí
- jako ochrana štěpu po transplantaci.

Podmínkou při první preskripci je prokazatelně dobrá spolupráce pacienta či rodiny - dokumentovaný selfmonitoring pomocí glukometru s frekvencí alespoň 4x denně za nejméně 4 týdny (nevztahuje se na ženy v průběhu těhotenství), absolvování ambulantního či pobytového edukačního tréninku.

V případě, že je indikací ke kontinuální monitoraci labilní diabetes a/nebo časté hypoglykémie, je tato indikace doložena buď pomocí krátkodobě provedené kontinuální monitorace, nebo stažením dat z glukometru (data z glukometru lze využít za předpokladu, že si pacient měřil s průměrnou frekvencí alespoň 4x denně).

Systémy pro kontinuální monitoraci u dospělých pacientů mohou předepisovat všechna diabetologická centra a pracoviště s osvědčením ČDS ČLS JEP, v případě dětí dětské diabetologické ambulance.

**Senzory pro CGM** jsou hrazeny maximálně na 256 dní v jednom kalendářním roce s výjimkami specifikovanými níže:

- u pacientů mladších 18 let včetně činí úhrada z prostředků v.z.p. 100 % ekonomicky nejméně náročné varianty senzorů až do celkového počtu 144 dnů monitorace; úhrada pro zbývajících 112 dní (u dětí mladších 7 let 221 dní) činí 75 % ekonomicky nejméně náročné varianty senzorů,
- u dospělých pacientů činí úhrada senzorů z prostředků v.z.p. 75 % ekonomicky nejméně náročné varianty,
- u pacientů se závažným syndromem nerozpoznávání hypoglykémie, který je doprovázený hypoglykemickými komaty (2 a více ročně), při dobré spolupráci klienta po vyčerpání všech indikovaných možností stabilizace diabetu, je možná úhrada 75 % nejméně ekonomicky náročné varianty do počtu senzorů umožňujícího trvalé monitorování glykémie 365 dní v roce. Pokud kontinuální monitorování nevede k poklesu počtu hypoglykemických komat, není úhrada dále schválena.

**Vysílač pro CGM** je schvalován v režimu CGM s inzulínovou pumpou, nebo inzulínovým perem takto:

- u pacientů mladších 18 let včetně činí úhrada z prostředků v.z.p. 100 % ekonomicky nejméně náročné varianty vysílače,
- u dospělých pacientů (19 a více let) činí úhrada vysílače z prostředků v.z.p. 75 % ekonomicky nejméně náročné varianty.

**Přijímač pro CGM** je schvalován maximálně 1x za rok pouze u pacientů v režimu inzulínového pera a inzulínové pumpy takto:



- u pacientů mladších 18 let včetně činí úhrada z prostředků v.z.p. 100 % ekonomicky nejméně náročné varianty přijímače s výjimkou smart zařízení, které není hrazeno z prostředků v.z.p.
- u dospělých pacientů (19 a více let) činí úhrada přijímače z prostředků v.z.p. 75 % ekonomicky nejméně náročné varianty s výjimkou smart zařízení, které není hrazeno z prostředků v.z.p.

**Systém pro okamžitou monitoraci glukózy (FGM = Flash Glucose Monitoring) se skládá z přijímače a senzorů pro okamžité monitorování glukózy.**

**Senzory pro FGM** jsou hrazeny maximálně na 256 dní v jednom kalendářním roce s výjimkami specifikovanými níže:

- u pacientů mladších 18 let včetně činí úhrada z prostředků v.z.p. 100 % senzorů až do celkového počtu 144 dnů monitorace; úhrada pro zbývajících 112 dní (u dětí mladších 7 let 221 dní) činí 75 % senzorů,
- u dospělých pacientů činí úhrada senzorů z prostředků v.z.p. 75 %,
- u pacientů se závažným syndromem nerozpoznávání hypoglykémie, který je doprovázený hypoglykemickými komaty (2 a více ročně), při dobré spolupráci klienta po vyčerpání všech indikovaných možností stabilizace diabetu, je možná úhrada 75 % do počtu senzorů umožňujícího trvalé monitorování glykémie 365 dní v roce. Pokud kontinuální monitorování nevede k poklesu počtu hypoglykemických komat, není úhrada dále schválena. Po dobu předepisování senzorů pro FGM nelze současně předepisovat přístroje pro kontinuální monitoraci glukózy.
- **Přijímač pro FGM** je předepisován pacientům s diabetem 1. typu, kteří jsou léčeni intenzifikovanou inzulínovou terapií (inzulínové pero nebo pumpa). Přijímač lze předepsat v počtu jednoho kusu za 3 roky a po tuto dobu nelze předepsat současně s glukometrem.

## **SYSTÉMY PRO KONTINUÁLNÍ A OKAMŽITOU MONITORACI GLUKÓZY (CGM, FGM)**

	<b>DEFINICE</b>	<b>SYSTÉMY PRO CGM A FGM</b>
1. Kategorie CGM	Systémy pro CGM kde přijímačem je samostatné nemobilní zařízení a k běžným terapeutickým rozhodnutím je potřebné ověřování glukometrem.	Systém Dexcom G4, systém Guardian Sensor 3
2. Kategorie CGM	Systémy pro CGM kde přijímačem je SMART zařízení a k běžným terapeutickým rozhodnutím je potřebné ověřování glukometrem.	Systém Guardian Connect Mobile
3. Kategorie CGM	Terapeutické systémy pro CGM kde přijímačem je SMART zařízení a k běžným terapeutickým rozhodnutím není nutné rutinní ověřování glukometrem.	Systém Dexcom G5
FGM	Terapeutické systémy pro FGM, kde přijímačem je ruční čtečka, která má vestavěný glukometr a měřič ketolátek. Běžné terapeutické rozhodnutí není nutné ověřovat externím glukometrem.	Freestyle Libre

## KOMPATIBILITA SYSTÉMU PRO CGM A FGM

INZULÍNOVÉ PERO			
DOSTUPNÁ ZAŘÍZENÍ	SENZOR	VYSÍLAČ	PŘIJÍMAČ
Systém Dexcom G4 (Kategorie 1)	0171676 (>19 let) 0171668; <b>0171670</b> (0-7 let) 0171672; <b>0171674</b> (8-18let)	0142052 (>19 let) 0142053 (0-18 let)	0142046 (>19 let) 0142044 (0-18 let)
Systém Guardian Connect Mobile (Kategorie 2)	0171675 (>19 let) 0171667; <b>0171669</b> (0-7 let) 0171671; <b>0171673</b> (8-18 let)	<i>0142452 (&gt;19 let)</i> <i>0142451 (0-18 let)</i>	využije se SMART zařízení, které není hrazeno z v.z.p.
Systém Dexcom G5 (Kategorie 3)	0171676 (>19 let) 0171668; <b>0171670</b> (0-7 let) 0171672; <b>0171674</b> (8-18 let)	<i>0142456 (&gt;19 let)</i> <i>0142455 (0-18 let)</i>	využije se SMART zařízení, které není hrazeno z v.z.p.
Systém Freestyle Libre	0142681 (>19 let) 0142682; <b>0142683</b> (4-7 let) 0142684; <b>0142685</b> (8-18 let)	<i>Tento systém nepotřebuje samostatný vysílač</i>	0142679 (>19 let) 0142680 (0-18 let)
INZULÍNOVÁ PUMPA			
	SENZOR	VYSÍLAČ	PŘIJÍMAČ
IP Medtronic kompatibilní se senzory (640G a VEO – PARADIGM_MINILIN K)	0171675 (>19 let) 0171667; <b>0171669</b> (0-7 let) 0171671; <b>0171673</b> (8-18 let) 0142846 (>19 let) 0142842; <b>0142843</b> (0-7 let) 0142844; <b>0142845</b> (8-18 let)	0142050 - 640G (>19 let) 0142051 - VEO (> 19 let) 0142048 - 640G (0-18 let) 0142049- VEO (0-18 let) 0142841 (>19 let) 0142840 (0-18 let)	Využije se inzulinová pumpa
IP Animas Vibe kompatibilní se senzory	0171676 (>19 let) 0171668; <b>0171670</b> (0-7 let) 0171672; <b>0171674</b> (8-18 let)	0142047 (>19 let) 0142045 (0-18 let)	Využije se inzulinová pumpa
IP nekompatibilní se senzory	<i>0171676 (&gt;19 let)</i> 0171668; <b>0171670</b> (0-7 let) 0171672; <b>0171674</b> (8-18 let)	<i>0142047 (&gt;19 let)</i> <i>0142045 (0-18 let)</i>	Dexcom G4 (využije se samostatný přijímač) <i>0142046(&gt;19 let)</i> <i>0142044(0-18 let)</i>

	0171675 (>19 let) 0171667; <b>0171669</b> (0-7 let) 0171671; <b>0171673</b> (8-18 let)	0142452 (>19 let) 0142451(0-18 let)	Guardian Connect Mobile (využije se SMART zařízení, které není hrazeno z v.z.p.)
	0171676 (>19 let) 0171668; <b>0171670</b> (0-7 let) 0171672; <b>0171674</b> (8-18 let)	0142456 (>19 let) 0142455 (0-18 let)	Dexcom G5 (využije se SMART zařízení, které není hrazeno z v.z.p.)
	0142681 (>19 let) 0142682; <b>0142683</b> (4-7 let) 0142684; <b>0142685</b> (8-18 let)	<i>Tento systém nepotřebuje samostatný vysílač</i>	System Freestyle Libre 0142679 (>19 let) 0142680 (0-18 let)

Kódy VZP u dětských pacientů uvedené v tabulce kurzívou jako druhé v pořadí (červeně označené) lze vykázat podle výše uvedené metodiky až po vyčerpání základního počtu senzorů – tj. v případě Dexcom G4 až po vyčerpání 21 kusů, v případě Medtronic Enlite 24 kusů, v případě Guardian Sensor 3 21kusů a v případě Free Style Libre 10 kusů.

## SKUPINA 12 – KOMPENZAČNÍ POMŮCKY PRO TĚLESNĚ POSTIŽENÉ

Pomůcky kompenzační pro tělesně postižené pojištěnce předepisuje smluvní lékař Pojišťovny odbornosti REH, ORT, NEU, ORP, PRL, GER, v závislosti na typu ZP, na Poukaz.

**Opravy:** záruční opravy hradí výrobce, další opravy hradí uživatel.

Pomůcky označené v poli UPO "R" zůstávají v majetku Pojišťovny a zapůjčují se pojištěncům. Opravy těchto pomůcek hradí Pojišťovna.

**Pojišťovna hradí následující pomůcky, které jsou roztrženy dle funkčnosti a účelnosti:**

**Berle podpažní** – maximálně 1 pár za 2 roky

**Berle předloketní** – maximálně 1 pár nebo 1 kus za 2 roky

**Hůl** – maximálně 1 kus za 3 roky

**Chodítka** – maximálně 1 kus za 5 let, předpis podléhá schválení revizním lékařem.

Lze předepsat při funkčních HK, omezený pohyb DK a při snížené stabilitě.

Chodítka pevná konstrukce

Chodítka pevné skládací konstrukce

Chodítka pevná s přidavnými kolečky a podpažními opěrami - omezená funkčnost HK

Chodítka dvoukolové pevná konstrukce

Chodítka dvoukolové skládací konstrukce

Chodítka tříkolové pevná konstrukce - dobrá stabilita uživatele

Chodítka tříkolové skládací konstrukce - dobrá stabilita uživatele

Chodítka čtyřkolové pevná konstrukce

Chodítka čtyřkolové skládací konstrukce

Chodítka se speciálními opěrami – omezená funkčnost HK, velmi malá stabilita

**Křeslo klozetové** – maximálně 1 kus za 5 let

Křeslo stabilní

Křeslo pojízdné

**Lůžko polohovací s možností mechanického nebo elektrického nastavení** – předpis podléhá schválení revizním lékařem.

Úhrada lůžka polohovacího (obou typů) je schvalována revizním lékařem, maximálně 1 kus za 10 let, na základě žádosti navrhujícího odborného lékaře (dle odbornosti uvedené v Úhradovém katalogu) na žádance o schválení (povolení).

Úhrada lůžka polohovacího je revizním lékařem schvalována pouze při předpokladu dlouhodobého ošetřování pacienta v domácím prostředí. Přednost má vždy zapůjčení repasovaného zdravotnického prostředku.

Indikační kritéria pro oba typy lůžek:

1. pacient bez schopnosti aktivního pohybu zcela odkázaný na pomoc druhé osoby nebo
2. trvale upoutaný na lůžko se zbytkovou schopností aktivní hybnosti a zároveň s onemocněním výrazně zhoršujícím trofiku kůže a podkoží, např. transversální leze míšní, postižení centrálního či periferního motoneuronu, polyneuropatie metabolického původu apod.

**Sedačka do vany a pod sprchu** - maximálně 1 kus za 5 let

Sedačka na vanu

Sedačka do vany

Sedačka pod sprchu

**Nástavce na WC** – maximálně 1 kus za 3 roky

**Zvedák** mechanický, hydraulický, elektrický – maximálně 1 kus za 10 let, předpis podléhá schválení revizním lékařem.

Zvedáky

Příslušenství

**Zařízení polohovací** včetně příslušenství – maximálně 1 kus za 10 let, předpis podléhá schválení revizním lékařem

**Výdej cirkulovaných lůžek, zvedáků a polohovacích zařízení, kód 0012000**

týká se ZP, u kterých skončila výroba. Tento kód lze použít pouze u zdravotnického prostředku, který je v majetku zdravotní pojišťovny a byl poprvé zapůjčen pojištěnci jako nový zdravotnický prostředek.

## SKUPINA 13 – DÁLE NESPECIFIKOVANÉ POMŮCKY

Pomůcky dále nespecifikované předepisuje smluvní lékař Pojišťovny odbornosti REH, ORT, NEU, DRV, OHM, INT, URL, PSY dle typu ZP, na Poukaz.

Pojišťovna hradí následující pomůcky, které jsou rozříděny dle funkčnosti a účelnosti:

**Podložka antidekubitní** – maximálně 1 kus za 3 roky, předpis podléhá schválení revizním lékařem

Antidekubitní podložka malá

Antidekubitní podložní kolo

Antidekubitní podložka sedací

Antidekubitní systém na sezení pro paraplegiky a kvadruplegiky lze RL schválit pro pacienty s takovou poruchou trofiky tkání, kde je předpoklad tvorby dekubitů

Antidekubitní podložka velká

Antidekubitní systém na ležení pro kvadruplegiky

Antidekubitní matrace

**Paruka** – Pojišťovna hradí do výše 1000,- Kč za 1 kus 1x ročně.

**Přilba ochranná** – maximálně 1 kus za 2 roky na základě schválení revizním lékařem.

**Přípravek Caphosol** předepisuje na Poukaz lékař odbornosti OHM pouze pro pacienty s orální mukosítidou v důsledku chemoterapie nebo radioterapie v množství maximálně 3 bal/rok. Přípravek je hrazen zdravotní pojišťovnou ve výši 75% z aktuální ceny pro konečného spotřebitele, zbývající část vždy doplácí pacient.

**Elastoviskozní roztoky** jsou hrazeny zdravotní pojišťovnou maximálně ve výši 75% z ceny ekonomicky nejméně náročné varianty léčebné kúry zdravotnického prostředku, zbývající část doplácí pacient. Hrazena je maximálně jedna léčebná kúra za 6 měsíců. Léčbu indikuje ortoped nebo revmatolog jako součást léčby primární osteoartrózy kolenních kloubů, rentgenologicky II. a III. stádium dle Kellgrena, při pravidelných bolestech větší intenzity, které nelze dostatečně tlumit p. o. podávanými analgetiky a nesteroidními antirevmatiky, nebo u pacientů, u kterých je léčba p. o. podávanými analgetiky a nesteroidními antirevmatiky kontraindikována.

### **Jednorázové močové katétrů pro intermitentní katétrizaci**

Nepotahované

Potahované

Indikační kritéria:

předepisuje urolog pacientům s neschopností vyprázdnit močový měchýř. Hrazeno je maximálně 150 kusů za měsíc, resp. 450 kusů v preskripčním období – na 3 měsíce. Předpis podléhá schválení revizním lékařem.

Upozornění:

V preskripčním období 1 měsíc není možné čerpat současně oba typy katétrů!

V preskripčním období 3 měsíce je možné kombinovat oba typy katétrů (potahované/nepotahované) avšak pouze do celkového finančního a množství limitu, za podmínky dodržení výše uvedeného omezení (v 1 měsíci pouze 1 typ, tj. potahované/nepotahované katétrů).

### **Jednorázové močové katétrů nepotahované pro intermitentní katétrizaci**

Hradí se maximálně 150 kusů do výše 2 300,- Kč za měsíc.

Doplňující indikační kritéria:

- pacientům s dysfunkcí močových cest s fyziologickým či patologickým neurologickým nálezem,
- pacientům po kontinentních náhradách močového měchýře či augmentacích měchýře bez napojení na močovou trubici se suprapubickým vyústěním,
- ženám s myogenním selháním detruzoru k docévkování reziduální moče, nebo v případech retence jak neurogenního tak non-neurogenního původu.

### **Jednorázové močové katétrů potahované pro intermitentní katétrizaci**

Hradí se maximálně 150 kusů do výše 7 500,- Kč za měsíc.

Doplňující indikační kritéria:

- pacientům s dysfunkcí močových cest s fyziologickým či patologickým neurologickým nálezem (např. roztroušená skleróza, stavy po cévních mozkových příhodách i traumatických, stavy po operacích malé pánve, úrazech či operacích páteře či CNS, při spinálním dysrafismu aj.) pacientům po kontinentních náhradách močového měchýře či augmentacích měchýře s napojením na močovou trubici (ortotopický měchýř)
- u plegiků všech věkových kategorií, kde je pacient schopen manipulovat s katétre,
- u starších rizikových mužů s benigní hyperplazií prostaty či poruchou vyprazdňování jiného původu s obtížným vyprazdňováním, kde je intermitentní katétrizace vhodnější alternativou trvalé močové cévky.

**Lubrikační gel AquaTouchJelly** o obsahu 6 ml je hrazen na Poukaz z veřejného zdravotního pojištění při použití nepotahovaných jednorázových katétrů při čisté intermitentní katétrizaci (ČIK). Úhrada je ve výši 75% z aktuální ceny ke konečnému spotřebiteli v maximálním množství do 18 balení (25 ampulí à 6 ml) na 3 měsíce. Předpis podléhá schválení revizním lékařem.

### **Systém proplachový pro močové katétrů Uro-Tainer**

předepisuje urolog v maximálním množství 20 kusů za 3 měsíce. Předpis podléhá schválení revizním lékařem. Úhrada je ve výši 75% z aktuální ceny ke konečnému spotřebiteli.

Indikační kritéria:

**Uro-Tainer Suby G** – v případech, kdy dochází prokazatelně opakovaně k neprůchodnosti permanentního močového katétrů,

**Uro-Tainer NaCl0,9%** – u nemocných s náhradou močového měchýře, s neurogenním měchýřem a po operaci exstrofie měchýře.

**Přístroj pro lymfodrenáž** – přístrojová antiedematózní terapie v domácím prostředí

Indikační kritéria:

- vrozené postižení mízního systému vyžadující soustavnou fyzikální antiedematózní terapii,
- získané postižení mízního systému vyžadující soustavnou fyzikální antiedematózní terapii (např. po operacích prsu, po úrazech, při zánětlivých onemocněních).

Podmínkou úhrady je stabilizace stavu, absolvování komplexní protiotokové léčby na specializovaném pracovišti během minimálně čtyřtýdenní terapie a vyčerpání všech dalších léčebných možností (autotechniky lymfodrenážní a používání kompresních elastických návleků). V případech, kdy zdravotní stav vyžaduje soustavnou aplikaci přístrojové antiedematózní terapie častěji než 3x týdně po dobu delší než 1 měsíc. V lokalitách, kde pravidelná doprava k léčbě do zdravotnického zařízení je obtížně dostupná, možno zvolit zapůjčení i na kratší dobu.

**Infuzní set subkutánní pro imunoglobuliny** předepisuje alergolog a klinický imunolog na poukaz.

Indikační kritéria:

- subkutánní aplikace léčiv v souladu s indikačním omezením léčivého přípravku u syndromu primární imunodeficiency. Pojišťovna hradí 150 ks / 1 rok, úhrada je ve výši 75 % z ENNV.
- facilitovaná subkutánní infúze v souladu s indikačním omezením léčivého přípravku u syndromu primární imunodeficiency. Pojišťovna hradí 48 ks / 1 rok, úhrada je ve výši 75 % z ENNV.



**SKUPINA 14 – KOMPENZAČNÍ POMŮCKY PRO ZRAKOVĚ POSTIŽENÉ**

Kompenzační pomůcky pro zrakově postižené předepisuje smluvní lékař Pojišťovny odbornosti OPH, PRL na Poukaz.

**Hůl bílou slepeckou** hradí Pojišťovna maximálně 3 kusy ročně.

**Kompenzační pomůcky pro nevidomé**

jsou hrazeny maximálně 1kus za 7 let do výše 2 000,-Kč, podléhá schválení revizním lékařem.

**SKUPINA 15 – KOMPENZAČNÍ POMŮCKY PRO SLUCHOVĚ POSTIŽENÉ**

Kompenzační pomůcky pro sluchově postižené pojištěnce předepisuje smluvní lékař Pojišťovny odbornosti FON, OTO S3 na Poukaz na léčebnou a ortopedickou pomůcku.

**SKUPINA 16 – OBUV ORTOPEDICKÁ**

Obuv ortopedickou předepisuje smluvní lékař Pojišťovny odbornosti ORT, ORP, REH, v případě obuvi diabetické lékař odbornosti DIA, na Poukaz.

Pojišťovna hradí:

**Obuv ortopedickou dětskou sériově vyráběnou** – maximálně 3 páry ročně, nejvýše do 3 000,- Kč za 3 páry. Předpis podléhá schválení revizním lékařem. Nelze předepsat jednorázově 3 páry, ale pouze postupně v průběhu roku dle změny velikosti nohy případně změny stavu vady (z toho vyplývá úhrada za 1 pár do výše 1 000,-Kč).

**Obuv pro diabetiky** - maximálně 1 pár za dva 2 roky, nejvýše do 1000,- Kč, předpis podléhá schválení revizním lékařem.

## SKUPINA 17 – POMŮCKY PRO LARYNGEKTOMOVANÉ

Pomůcky předepisuje smluvní lékař Pojišťovny odbornosti OTO, FON, TRN na Poukaz.

Elektrolaryng se vydává do soukromého vlastnictví pojištěnce, podléhá schválení revizního lékaře. **Garanční opravy** zajišťuje a hradí výrobce, další opravy elektrolaryngu hradí uživatel.

Předpis Poukazu na kanyly v základním provedení pro trvalé kanylonosiče nepodléhá schválení RL. Silikonové tracheostomické kanyly jsou předepisovány především pro pojištěnce od 0 do 18 let věku, předpis kanyly tracheostomické podléhá vždy schválení RL. Kanyly z PVC – směrná doba užití 1 měsíc, nelze užívat dlouhodobě s ohledem na rizikový materiál (změkčovadla). Předepisována jsou např. onkologickým pacientům dočasně v období chemoterapie-ozařování.

Pojišťovna hradí:

- tracheostomická kanyla z ušlechtilého kovu - 3 kusy za 12 měsíců pojištěnci do 18 let, nejvýše do 10 500,-Kč/3 kusy – předpis podléhá schválení revizním lékařem,
- tracheostomická kanyla z ušlechtilého kovu - 2 kusy za 60 měsíců pojištěnci od 18 let – kovové – nejvýše do 4 000,-Kč/2 kusy,
- tracheostomická kanyla silikonová pediatrická - 3 kusy za 12 měsíců pojištěnci do 18 let – nejvýše do 10 500,-Kč/3 kusy – předpis podléhá schválení revizním lékařem,
- tracheostomická kanyla silikonová - 2 kusy za 12 měsíců pojištěnci od 18 let – nejvýše do 4 000,-Kč/2 kusy – předpis podléhá schválení revizním lékařem,
- odsávačka elektrická, mechanická – 1 kus za 60 měsíců – nejvýše do 4 000,-Kč/1 kus – předpis podléhá schválení revizním lékařem,
- příslušenství k odsávačce, cévky odsávací pro DUPV– max. 300 kusů za 2 měsíce – nejvýše do 1 000,- Kč/300kusů – předpis podléhá schválení revizním lékařem,
- příslušenství ke kanyle tracheostomické – max. 1x za 12 měsíců – nejvýše do 2 000,- Kč/1 balení kompletního příslušenství,  
**Příslušenství ke kanyle tracheostomické** - balíček obsahuje 400 tracheálních roušek malých, nebo 356 roušek velkých, 25x fixační pásek,
- příslušenství k hlasové protéze – max. 1x za 12 měsíců – nejvýše do 12 500,- Kč/1 balení kompletního příslušenství – předpis podléhá schválení revizním lékařem,
- elektrolaryng – max. 1 kus za 120 měsíců – nejvýše do 15 500,- Kč/1 kus – předpis podléhá schválení revizním lékařem,
- akumulátor k elektrolaryngu – max. 1 kus za 24 měsíců – nejvýše do 700,- Kč/1 kus – předpis podléhá schválení revizním lékařem

Trvalým kanylonosičům při prvovybavení:

Pojišťovna hradí: 3 kanyly - pojištěncům do 18 let

2 kanyly - pojištěncům od 18 let

**SKUPINA 30 – OPRAVY A ÚPRAVY ZP**

Opravy a úpravy jednotlivých ZP jsou uvedeny v rámci skupin zdravotnických prostředků, ke kterým se vztahují.

## ZDRAVOTNICKÉ PROSTŘEDKY ZVLÁŠŤ ÚČTOVANÝ MATERIÁL

### SYSTEMATIKA ÚHRADOVÉHO KATALOGU, ZP – ZUM

SKUPINA 01 – OBVAZOVÝ MATERIÁL, NÁPLASTI .....	71
SKUPINA 13 – DÁLE NESPECIFIKOVANÉ POMŮCKY .....	72
SKUPINA 41 – IMPLANTÁTY BIOLOGICKÉ LIDSKÉHO A ZVÍŘECÍHO PŮVODU .....	73
SKUPINA 42 – IMPLANTÁTY SPINÁLNÍ, SPONDYLOCHIRURGIE .....	76
SKUPINA 43 – SYSTÉMY HYDROCEPHALNÍ DRENÁŽNÍ, MONITOROVACÍ LIKVOROVÉ, ČIDLA ..	77
SKUPINA 44 – IMPLANTÁTY PRO CHIRURGII HLAVY A KRKU .....	78
SKUPINA 53 – KARDIOSTIMULÁTORY, DEFIBRILÁTORY, ELEKTRODY, CHLOPNĚ .....	79
SKUPINA 54 – SYSTÉMY IMPLANTABILNÍ NEUROSTIMULAČNÍ, ELEKTRODY EPILEPTOLOGICKÉ .....	80
SKUPINA 55 – CÉVNÍ PROTÉZY .....	82
SKUPINA 56 – DALŠÍ CHIRURGICKÝ MATERIÁL .....	83
SKUPINA 59 – FIXAČNÍ POMŮCKY .....	84
SKUPINA 60 – JEHLY .....	85
SKUPINA 62 – KANYLY TRACHEOSTOMICKÉ A TRACHEÁLNÍ .....	86
SKUPINA 64 – IMPLANTÁTY KOSTNÍ, UROLOGICKÉ, MAMMÁRNÍ .....	87
SKUPINA 67 – KATÉTRY, DRÁTY, DRÉNY, SETY, SONDY, SOUPRAVY, SYSTÉMY, VODIČE, ZAVADĚČE .....	89
SKUPINA 68 – STAPLERY, PROSTŘEDKY PRO LAPAROSKOPII .....	90
SKUPINA 69 – PROSTŘEDKY PRO INFUZI, TRANSFUZI A DIALÝZU .....	91
SKUPINA 70 – PROSTŘEDKY PRO ANESTEZIOLOGII A RESUSCITACI .....	93
SKUPINA 71 – PROSTŘEDKY PRO POUŽITÍ V PERIFERNÍ, INTRAKRANIÁLNÍ A NEUROVASKULÁRNÍ OBLASTI .....	94
SKUPINA 77 – PROSTŘEDKY PRO INTENZIVNÍ A INVAZIVNÍ KARDIOLOGII .....	95
SKUPINA 78 – STENTY A STENTGRAFTY .....	96
SKUPINA 80 – PROSTŘEDKY PRO POUŽITÍ V GIT .....	97
SKUPINA 81 – RTG filmy A RADIODIAGNOSTICKÉ ZP .....	100
SKUPINA 82 – PROSTŘEDKY K LAPAROSKOPICKÝM VÝKONŮM – ZUM OBLIGATORNÍ (PAUŠÁL) .....	101
SKUPINA 83 – PORTY, KATÉTRY IMPLANTABILNÍ, KATÉTRY CENTRÁLNÍ ŽILNÍ S MANŽETOU	104
SKUPINA 84 – DALŠÍ OSTEOSYNTETICKÝ MATERIÁL .....	105
SKUPINA 85 – OXYGENÁTORY .....	106
SKUPINA 86 – KOMPONENTY PRO NÁHRADY KOLENNÍHO KLOUBU .....	107
SKUPINA 87 – KOMPONENTY PRO NÁHRADY KYČELNÍHO KLOUBU .....	108
SKUPINA 88 – KOMPONENTY PRO NÁHRADY OSTATNÍCH KLOUBŮ .....	109
SKUPINA 89 – CEMENTY KOSTNÍ .....	110
SKUPINA 90 – ZP PRO ROBOTICKÉ VÝKONY .....	111
SKUPINA 91 – KOMPONENTY PRO OSTEOSYNTETICKOU ZEVNÍ FIXACI .....	112
SKUPINA 92 – KARDIOSTEHY .....	113

Zdravotnické prostředky - zvláště účtovaný materiál (ZP – ZUM), jsou v Úhradovém katalogu označeny symbolem **M** v poli **PRO**. Ceny ZP - ZUM uvedené v Úhradovém katalogu jsou v souladu s cenovým rozhodnutím MZ ČR. Pro ZP, u kterých výrobci deklarují opakované použití, je v Úhradovém katalogu uvedena alikvótní cena a úhrada (tj. cena a úhrada za 1 použití) nestanoví-li Metodické opatření MZ ČR č. POJ/ 2773/5/95 jinak.

**SKUPINA 01 – OBVAZOVÝ MATERIÁL, NÁPLASTI**

V oblasti podtlakové terapie ran jsou rozčleněny materiály do následujících kategorií (viz pole KAT):

01100	port
01101	pěna
01102	fólie
01103	set s pěnou
01104	set s gázou
01105	sběrná nádoba
01106	gáza
01107	hadice drenážní
01108	Y konektor
01109	irigační set

V poli NAZ jsou všechny ZP určené k podtlakové terapii označeny zkratkou NPWT (Negative pressure wound therapy).



## **SKUPINA 13 – DÁLE NESPECIFIKOVANÉ POMŮCKY**

Bez bližšího upřesnění.

## SKUPINA 41 – IMPLANTÁTY BIOLOGICKÉ LIDSKÉHO A ZVÍŘECÍHO PŮVODU

Do této skupiny jsou zařazeny mj.

- a) Biologické tkáně a implantáty lidského původu, řešené v rámci zákona č. 285/2002 Sb. o darování, odběrech a transplantacích tkání a zákona č. 296/2008 Sb. O zajištění jakosti a bezpečnosti lidských tkání a buněk určených k použití u člověka. Rozhodnutí o registraci v souladu s právními předpisy uděluje SÚKL. Kostní tkáňové banky (KTB) mají v současnosti povolenou registraci pouze pro hospitalizační zdravotní péči poskytovanou pacientům v rámci vlastní nemocnice (pro vlastní potřebu). Maximální úhrady jsou u jednotlivého sortimentu tvořeny na základě kalkulačních vzorců předložených jednotlivými TKB. Chondrocyty, melanocyty a keratinocyty jsou v souladu se zákonem o léčivech a nařízením Evropského parlamentu a Rady 1394/2007 zařazeny mezi léčivé přípravky pro moderní terapie.
- b) Biologické implantáty zvířecího původu. Tyto ZP – ZUM jsou řešeny dle zákona č. 123/2000 Sb., *O zdravotnických prostředcích* v platném znění, směrnice č. 93/42/EEC, směrnice Komise EU 32/ES, kterou se zavádějí podrobné specifikace, pokud jde o požadavky na zdravotnické prostředky vyrobené za použití tkání a buněk zvířecího původu.

### Náhrada chrupavky – biologický implantát Cares-1S, Chondrofiller

Pravidla pro vykázaní včetně indikačních kritérií jsou shodná s umělou náhradou chrupavky (Chondrotissue, Hyalofast) a detailně jsou uvedeny v kapitole SKUPINA 64.

### Náhrada kůže biologická

Pravidla pro vykázaní jsou shodná s biosyntetickou náhradou kůže (detailně uvedeno v kapitole SKUPINA 56).

**Transkatetrové chlopně** jsou rozčleněny do následujících skupin:

41010	Sety pro transfemorální implantaci biologické aortální/pulmonální chlopně
41011	Sety pro transapikální implantaci biologické aortální chlopně
41012	Sety pro transfemorální implantaci biologické pulmonální chlopně

### Matrice vyztužovací pro náhradu šlachy ARTHREX DX – 0115413

Použití matrice ARTHREX DX musí splňovat níže uvedená indikační kritéria:

Indikace:

- operační rekonstrukce defektů měkkých tkání (masivní ruptura rotátorové manžety ramenního kloubu) a to v případech kdy nelze provést anatomickou rekonstrukci šlachy a není možné provedení kloubní náhrady a popřípadě u defektu Achillovy šlachy, bicepsu, kvadricepsu pokud nelze provést anatomickou rekonstrukci šlachy;
- revizní operace artroskopie např. přední zkřížený vaz, kde primooperace selhala, nebo také u rotátorové manžety, kdy předchozí operační řešení uvedených defektů selhala.

**Kontraindikace:**

- přecitlivělost (Matrix DX je vepřového původu a nesmí se používat u pacientů se známou přecitlivělostí na materiál vepřového původu. Tento prostředek je kontraindikován u pacientů s plánovanou injekční desenzibilizací na produkty z masa, protože tyto injekce mohou obsahovat vepřový kolagen);
- artróza ramenního kloubu II. A vyššího stupně;
- nefunkční či oslabený deltový sval;
- nestabilní rameno ve frontální rovině, tj. s poškozením m. subscapularis a m. teres minor;
- aktivní či chronická infekce.

ZUM lze vykázat ke zdravotnímu výkonu č. 66041. Na základě stanoviska České společnosti pro ortopedii a traumatologii pohybového ústrojí jsou schválena níže uvedená centra, která jsou jediná oprávněna vykazovat k úhradě kód 0115413:

**Schválená centra:**

II. Ortopedická klinika .....	FN Brno- Bohunice
Ortopedická klinika .....	FN u sv. Anny Brno
Základna traumatologie .....	Úrazová nemocnice Brno
Ortopedické oddělení .....	Nemocnice spol. Česká lípa
Ortopedické a traumatologické odd. ....	Nemocnice České Budějovice
Ortopedické a traumatologické odd. ....	Nemocnice Havlíčkův Brod
Ortopedická a traumatologická klinika .....	FN Hradec Králové
Ortopedické oddělení .....	Nemocnice Karlovy Vary
Ortopedické oddělení .....	Klatovská nemocnice a.s.
Ortopedické a traumatologické odd. ....	Nemocnice Liberec
Ortopedické oddělení .....	Nemocnice Mladá Boleslav
Ortopedické oddělení .....	Nemocnice Nový Jičín
Ortopedická a traumatologická klinika .....	FN Olomouc
Ortopedické oddělení .....	Vojenská nemocnice Olomouc
Ortopedická a traumatologická klinika .....	FN Ostrava
Ortopedická a traumatologické odd. ....	Pardubická Krajská nemocnice
Ortopedické a traumatologické odd. ....	Nemocnice Písek
Ortopedická a traumatologická klinika .....	FN Plzeň – Lochotín
Ortopedické oddělení .....	Nemocnice na Františku Praha 1
Ortopedická klinika .....	FN Královské Vinohrady Praha 10
Ortopedická klinika dětí a dospělých 2. LF ..	FN Motol, Praha 5
Ortopedická klinika 1 LF .....	FN Motol, Praha 5
Chirurgicko-ortopedické odd. ....	Nemocnice na Homolce Praha 5
Ortopedické oddělení .....	Ústřední vojenská nemocnice Praha 6
Ortopedická klinika IPVZ .....	FN Bulovka Praha 8
Ortopedie a rehabilitace .....	Centrum léčby pohybového aparátu a.s. Praha 9
Ortopedické oddělení .....	Nemocnice spol. Přerov
Ortopedické a traumatologické odd. ....	Oblastní nemocnice Příbram

Ortopedie .....	Orthes spol. s r.o Rožnov pod Radhoštěm
Ortopedické oddělení .....	Okresní nemocnice Tábor
Ortopedické oddělení .....	Nemocnice Třinec p.o.
Ortopedické oddělení .....	Masarykova nemocnice v Ústí nad Labem
Ortopedické oddělení .....	Okresní nemocnice s poliklinikou Znojmo

## **SKUPINA 42 – IMPLANTÁTY SPINÁLNÍ, SPONDYLOCHIRURGIE**

Do této skupiny jsou zařazeny mj. spinální implantáty pro spondylochirurgické zdravotní výkony na páteři včetně míchy.

**SKUPINA 43 – SYSTÉMY HYDROCEPHALNÍ DRENÁŽNÍ, MONITOROVACÍ LIKVOROVÉ, ČIDLA**

Ve skupině jsou mj. zařazeny:

- a) Implantabilní hydrocefalní systémy implantované pacientům doživotně nebo na delší životní období
- b) Systémy zevní drenážní a monitorovací likvorové, včetně čidel pro monitoring

**SKUPINA 44 – IMPLANTÁTY PRO CHIRURGII HLAVY A KRKU**

Skupina mj. obsahuje implantáty oční, orbitální, ušní, středoušní, kochleární, sluchové, kraniální, maxilofaciální, mandibulární a systémy distrakční.

Kochleární implantační systémy jsou uvedeny s atributem „S5“ zvláštní režim pojišťovny pro schválení oprávněnosti úhrady. Vykazovat lze pouze Centry CI.

## SKUPINA 53 – KARDIOSTIMULÁTORY, DEFIBRILÁTORY, ELEKTRODY, CHLOPNĚ

Skupina mj. obsahuje kardiostimulátory, defibrilátory, elektrody a chlopně kromě biologických, které jsou zařazeny ve skupině 41.

Implantabilní kardiostimulátory a defibrilátory jsou rozčleněny do kategorií:

<b>Kategorie pole KAT</b>	<b>Název kategorie</b>
	<b>Kardiostimulátory</b>
53001	Kardiostimulátor jednodutinový - základ
53011	Kardiostimulátor jednodutinový - premium
53002	Kardiostimulátor dvoudutinový - základ
53012	Kardiostimulátor dvoudutinový - premium
53003	Kardiostimulátor biventrikulární - základ
53013	Kardiostimulátor biventrikulární - premium
	<b>Defibrilátory</b>
53004	Defibrilátor jednodutinový - základ
53014	Defibrilátor jednodutinový - premium
53005	Defibrilátor dvoudutinový - základ
53015	Defibrilátor dvoudutinový - premium
53006	Defibrilátor biventrikulární - základ
53016	Defibrilátor biventrikulární - premium
53018	Defibrilátor subkutánní vč. elektrod



## SKUPINA 54 – SYSTÉMY IMPLANTABILNÍ NEUROSTIMULAČNÍ, ELEKTRODY EPILEPTOLOGICKÉ

Skupina mj. obsahuje Implantabilní neurostimulační systémy DBS, SCS, VNS a elektrody pro jednotlivé systémy, dále pak epileptologické elektrody invazivní, léčebné, hloubkové a povrchové.

### METODA DBS, VNS

Úhrada ZP pro DBS, VNS podléhá zvláštnímu režimu pojišťovny a schválení revizním lékařem.

### Pravidla pro úhradu epilepsie metodou stimulace nervus vagus (VNS)

#### Indikace:

- Potvrzená diagnóza epilepsie
- Vyloučená organická mozková léze
- Splněná kritéria farmakorezistence
- Pacient není vhodný ke konvenční epileptochirurgii (resekční nebo disekční)
- Pacient nemá těžký kognitivní deficit
- Pacient nemá jiné nevyléčitelné onemocnění

#### Indikace pro úhradu kódu 0194047, viz výše +

- Pomocí polygrafického monitoringu byla u pacienta prokázána tachykardie (vzestup pulzů o více než 35/min. a/nebo 50% klidové frekvence) v době záchvatů.

#### Tabulka kompatibility:

##### Primoimplantace:

- generátor Model 103 + elektroda Model 304
- generátor Model 106 + elektroda Model 304

##### Výměny:

- pacienti s el. Model 300 - generátor Model 104
- pacienti s el. Model 302 - generátor Model 103 nebo Model 106
- pacienti s el. Model 304 - generátor Model 103 nebo Model 106

Elektrody	Model 300 2 piny	Model 302 1 pin	Model 304 1 pin
<b>Generátory</b>			
Model 100 2 piny	+	-	-
Model 101 2 piny	+	-	-
Model 102 1 pin	-	+	+
Model 102R 2 piny	+	-	-
Model 103 1 pin	-	+	+
Model 104 2 piny	+	-	-
Model 106 1 pin	-	+	+

**METODA SCS, PNS**

Stimulace nervového systému SCS (SpinalCordStimulation), PNS (Peripheral nerve stimulation) nebo intratékální podávání analgetik (implantabilní infusní pumpou).

Jde o systémy určené pro léčbu chronické, nesnesitelné, nenádorové bolesti po vyčerpání či nemožnosti použití ostatních možností léčby takové bolesti.

**Pravidla pro úhradu bolesti metodou (SCS)****Indikace:**

- FBSS (FailedBackSurgery Syndrome – syndrom neúspěšné operace zad) s převahou bolestí v dolních končetinách
- Failednecksurgery syndrom
- Arachnitida a radikulopatie
- Refrakterní AP jinak léčebně a operačně neovlivnitelná
- ICHDK III. a IV stupně, Bürgerova či Raynaudova choroba
- Komplexní regionální bolestivý syndrom II. a I. typu (CRBS)
- Pahýlová bolest (fantomová bolest)
- Talamická bolest (centrální bolest výjimečně)
- Neuralgie z poškození periferních nervů (plexů)

**Kontraindikace:**

- Deficit zadních míšních provazců (s výjimkou závažných míšních lézí)
- Aktivní psychóza, suicidální tendence, těžká somatizace, hypochondrické rysy
- Nevhodné (z důvodu implantace) tělesné dispozice, extrémní obezita (BMI nad 40)
- Předchozí neúspěšné zavedení implantabilního neurostimulačního systému, resp. stav, kdy je pacient refrakterní na SCS léčbu nebo je nedostatečný efekt ve zkušebním období
- U stabilní anginy pectoris neschopnost absolvovat zátěžové testy, infarkt myokardu před méně než 3 měsíci, hemodynamicky významná chlopňová vada, ejekční frakce levé komory pod 20 %
- Závislost na lécích a drogách včetně alkoholismu

**Reimplantace:**

- Podmínkou pro účelnou reimplantaci je doložení snížení spotřeby analgetik, či jiné prokazatelné doložení efektu léčby (např. snížení invalidity) a tak odůvodněnosti pro její pokračování.

**SKUPINA 55 – CÉVNÍ PROTÉZY**

Skupina mj. obsahuje různé druhy cévních protéz – intravaskulární, pletené, standardní, pružné, záplaty pro rekonstrukci tkání, záplaty chirurgické tkané, grafty vaskulární.

Protéza kořene aorty **kód VZP 0142388** – Indikace: Marfanův syndrom.

**SKUPINA 56 – DALŠÍ CHIRURGICKÝ MATERIÁL**

Skupina mj. obsahuje:

- krytky a návleky na mikroskop – mohou být vykazovány pouze v souvislosti s kódem zdravotního výkonu 71823,
- ethizipy, kýlní sítky pro laparoskopické i laparotomické použití,
- lepidla tkáňová,
- náhrada kůže biosyntetická, ZUM s atributem „S5“ zvláštní režim pojišťovny pro schválení oprávněnosti úhrady, mohou vykazat pouze níže uvedená specializovaná pracoviště:
  - 1) Klinika popáleninové medicíny FN Královské Vinohrady – Praha,
  - 2) Popáleninové centrum FN Ostrava,
  - 3) Klinika popálenin a rekonstrukční chirurgie FN Brno.
- set na léčbu pánevního dna – mohou vykazat pouze specializovaná pracoviště, odbornost 603,
- set pro aplikaci larev – mohou vykazat pouze specializovaná pracoviště, odbornost 103, 501.

**SKUPINA 59 – FIXAČNÍ POMŮCKY**

Skupina mj. obsahuje fixační pomůcky, které se používají k fixaci určitých částí těla pacientů při onkologické léčbě – ozařování.

**SKUPINA 60 – JEHLY**

Skupina mj. obsahuje bioptické jehly, jehly punkční, trepanobioptické, lokalizátory prsních lézí, jehly k lokalizacím prsních lézí, sety pro biopsii jater.

**SKUPINA 62 – KANYLY TRACHEOSTOMICKÉ A TRACHEÁLNÍ**

Skupina mj. obsahuje tracheální a tracheotomické kanyly, včetně neonatálních, používané v rámci hospitalizační péče.

Nejsou zde zařazeny kanyly agregované do ošetrovacího dne nebo do spotřebního speciálního materiálu ke zdravotnímu výkonu.

## SKUPINA 64 – IMPLANTÁTY KOSTNÍ, UROLOGICKÉ, MAMMÁRNÍ

Skupina mj. obsahuje umělé náhrady kostních štěpů, umělé náhrady kostní tkáně pro řešení defektu skeletu, durální náhrady, vertebroplastické cementy vstřebatelné i pro perkutánní zavedení, včetně setů pro balónkovou kyfoplastiku, urologické implantáty včetně systémů a TV pásek pro řešení ženské i mužské inkontinence. Mammární implantáty pro rekonstrukci mammy (onkologická indikace a vrozená jednostranná aplázie).

**Umělá náhrada chrupavky** Chondrotissue – kód 0091657, Hyalofast – kód 0193653, Biomatrix CRD – kód 0194256.

**Náhrada chrupavky — biologické implantáty** – Cares-1S kód 0113848, Chondrofiller kód 0115137 – v ÚK VZP – ZP zařazené ve skupině 41. Pravidla pro vykázání včetně indikačních kritérií jsou shodná s umělou náhradou chrupavky (Chondrotissue, Hyalofast, Biomatrix CRD).

Použití k nitrokloubní homeostaze a k ochraně tkáně pod defektem. Na základě žádosti České společnosti pro ortopedii a traumatologii pohybového ústrojí, společně s Artroskopickou společností JEP jsou schválena níže uvedená centra, která jsou jediná oprávněna vykazovat k úhradě kód 0091657, 0193653, 0194256.

Indikace:

- Ošetření femorálních, tibiálních a femoropatelárních defektů, které vznikly traumatickým nebo degenerativním procesem.

Kontraindikace:

- přecitlivělost na některou z látek obsažených v Chondrotissue, Hyalofast, Biomatrix CRD, Cares-1S, Chondrofiller
- není určen k implantaci do krevního řečiště,
- pacienti podstupující chemoterapii nebo radioterapii,
- zánětlivý proces kloubní, při revmatoidní artritidě, M. Bechtěrev,
- děti a gravidní ženy.

ZUM lze vykázat ke zdravotnímu výkonu č. 66041, odbornost 606, pouze na níže uvedených centrech. Jedná se o specializovaná ortopedická a traumatologická pracoviště s vyškolením v operativních zákrocích na chrupavce, nová technika a pooperační rehabilitace. Na centrech je zajištěna vhodná následná péče o pacienty po tomto výkonu.

Schválená centra:

II. Ortopedická klinika .....	FN Brno- Bohunice
Ortopedická klinika .....	FN u sv. Anny Brno
Základna traumatologie .....	Úrazová nemocnice Brno
Ortopedické oddělení .....	Nemocnice spol. Česká lípa
Ortopedické a traumatologické odd. ....	Nemocnice České Budějovice
Ortopedické a traumatologické odd. ....	Nemocnice Havlíčkův Brod
Ortopedická a traumatologická klinika .....	FN Hradec Králové
Ortopedické oddělení .....	Nemocnice Karlovy Vary
Ortopedické oddělení .....	Klatovská nemocnice a.s.



Ortopedické a traumatologické odd. ....	Nemocnice Liberec
Ortopedické oddělení .....	Nemocnice Mladá Boleslav
Ortopedické oddělení .....	Nemocnice Nový Jičín
Ortopedická a traumatologická klinika .....	FN Olomouc
Ortopedické oddělení .....	Vojenská nemocnice Olomouc
Ortopedická a traumatologická klinika .....	FN Ostrava
Ortopedická a traumatologické odd. ....	Pardubická Krajská nemocnice
Ortopedické a traumatologické odd. ....	Nemocnice Písek
Ortopedická a traumatologická klinika .....	FN Plzeň – Lochotín
Ortopedické oddělení .....	Nemocnice na Františku Praha 1
Ortopedická klinika .....	FN Královské Vinohrady Praha 10
Ortopedická klinika dětí a dospělých 2. LF ..	FN Motol, Praha 5
Ortopedická klinika 1 LF .....	FN Motol, Praha 5
Chirurgicko-ortopedické odd. ....	Nemocnice na Homolce Praha 5
Ortopedické oddělení .....	Ústřední vojenská nemocnice Praha 6
Ortopedická klinika IPVZ .....	FN Bulovka Praha 8
Ortopedie a rehabilitace .....	Centrum léčby pohybového aparátu a.s. Praha 9
Ortopedické oddělení .....	Nemocnice spol. Přerov
Ortopedické a traumatologické odd. ....	Oblastní nemocnice Příbram
Ortopedie .....	Orthes spol. s r.o Rožnov pod Radhoštěm
Ortopedické oddělení .....	Okresní nemocnice Tábor
Ortopedické oddělení .....	Nemocnice Třinec p.o.
Ortopedické oddělení .....	Masarykova nemocnice v Ústí nad Labem
Ortopedické oddělení .....	Okresní nemocnice s poliklinikou Znojmo
Ortopedické oddělení.....	Nemocnice Šumperk

**ZP – injectables** – ZUM ke zdravotním výkonům (ZV) platný od 1. 7. 2017:

ZV 76 567 – ZP začleněné do kategorie 64 016 (ZP URODEX, VANTRIS)

ZV 63 649 – ZP začleněné do kategorie 64 014 (ZP BULKAMID, OPSYS, UROLASTIC, PROLASTIC)

ZV 76 217 – ZP začleněné do kategorie 64 015 (ZP IAURIL, CYTHYAL, HYACYST, CYSTISTAT, FLAVERAN)

**SKUPINA 67 – KATÉTRY, DRÁTY, DRÉNY, SETY, SONDY, SOUPRAVY, SYSTÉMY, VODIČE, ZAVADĚČE**

V této skupině jsou mj. zařazeny katétry okluzní, urologické, balónkové, tamponážní, embolektomické, diagnostické, extrakční, diagnostické, dilatační, pro aterektomii, rotablační, centrální, epicystomické.

Dále jsou zde zařazeny sety a soupravy k urologickým výkonům, sety drenážní, dilatační, punkční, splinty nosní, sheaty.

**SKUPINA 68 – STAPLERY, PROSTŘEDKY PRO LAPAROSKOPII**

ZP – ZUM z této skupiny lze použít pro chirurgické laparoskopické výkony jako fakultativní ZUM (přídavný ZUM) k ZP ze skupiny 82. Jsou zde zařazeny např. bodce pro trokary, retraktory, disektory, klipy včetně aplikátorů, klipovače na aneuryzma, nůžky a kleště pro laparoskopii, dilapan, manipulátor děložní.

Rovněž jsou zde zařazeny sety pro laparoskopie z jedné incize (SILS – Single Incision Laparoscopic Surgery).

**SKUPINA 69 – PROSTŘEDKY PRO INFUZI, TRANSFUZI A DIALÝZU**

Do této skupiny mj. patří katétrů a soupravy infuzní, pumpy infuzní – infuzory, sety autotransfuzní, sady pro plazmaferézu, sady pro hemofiltraci, sety pro perkutánní nefrostomii, katétrů hemodialyzační, katétrů a sety dialyzační, sety pro aplikaci cytostatik, kapsle hemoperfuzní, kolony a filtry adsorpční, sety separační, roztoky regenerační

Dle Vyhlášky - Seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami jsou indikačními kritérii pro výkony imunoadsorpcí zejména:

**Homozygotní familiární hypercholesterolemie**

Kód z číselníku PZT:

Kolony: 0083044, 0194373, 0194374, 0194427, 0194428, 0194429, 0200229

Filtry: 0194362, 0194363, 0194364, 0194365, 0194414, 0194253

**Izolovaná nebo převažující hypercholesterolemie v primární nebo sekundární prevenci**

Kód z číselníku PZT:

Kolony: 0083044, 0083048, 0194373, 0194374, 0194427, 0194428, 0194429, 0200229

Filtry: 0194362, 0194363, 0194364, 0194365, 0194414, 0194253

**Dilatační kardiomyopatie**

Kód z číselníku PZT:

Kolony: 0083042, 0169494, 0082500, 0083043, 0194375, 0194376, 0200230, 0200231, 0194476

**Primární i sekundární trombotická trombocytopenická purpura**

Kód z číselníku PZT:

Kolony: 0083042, 0169494, 0082500, 0083043, 0194375, 0194376, 0200230, 0200231, 0194476

**Transplantace kmenových krvetvorných buněk inkompatibilní ve skupinovém systému povrchových znaků červených krvinek ABO**

Kód z číselníku PZT:

Kolony: 0083042, 0169494, 0082500, 0083043, 0023043, 0200230, 0200231, 0194476

Filtry: 0194414, 0194253

**Hemofilie A a B s inhibítorem proti f. VIII nebo IX.**

Kód z číselníku PZT:

Kolony: 0083042, 0169494, 0082500, 0083043, 0194375, 0194376, 0200230, 0200231, 0194476

Filtry: 0194414

**Idiopatická trombocytopenická purpura**

Kód z číselníku PZT:

Kolony: 0083042, 0169494, 0082500, 0083043, 0200230, 0200231, 0194476

**Aloimunní trombocytopenie**

Kód z číselníku PZT:

Kolony: 0083042, 0169494, 0082500, 0083043, 0200230, 0200231, 0194476

**Myasthenia gravis**

Kód z číselníku PZT:

Kolony: 0083042, 0169494, 0082500, 0083043, 0194375, 0194376, 0200230, 0200231, 0194476

Filtry: 0194414

**Pemphigus**

Kód z číselníku PZT:

Kolony: 0083042, 0169494, 0082500, 0083043, 0194375, 0194376, 0200230, 0200231, 0194476

**Transplantace solidních orgánů v případě inkompatibility v systému povrchových znaků červených krvinek ABO nebo rejekce štěpu**

Kód z číselníku PZT:

Kolony: 0083042, 0169494, 0194375, 0194376, 0082500, 0083043, 0200230, 0200231, 0194476, 0194596, 0194597, 0194598

Filtry: 0194253

**Adsorpce fibrinu a fibrinogenu ve všech případech, kde dochází k závažné poruše mikrocirkulace refrakterní na standardní léčebné postupy s důsledky pro zdraví pacienta (např. náhlá ztráta sluchu, úporný ulcus cruris, degenerace makuly s těžkou poruchou zraku, apod.**

Kód z číselníku PZT:

Kolony: 0083048

Filtry: 0194414, 0194253

**Kompatibilita kolón adsorpčních a přístrojů pro výkony imunoadsorpce:**

A)

Plazma separátory: ComTech, Art, Cobe Spectra, Spectra Optia

Adsorpční automat: Adasorb, CF-100, Afer Smart

Kolony: 0083042, 0169494, 0194373, 0194374, 0194375, 0194376, 0194427, 0194428, 0194429, 0194476

Filtry: 0194253, 0194362, 0194363, 0194364, 0194365, 0194414

B)

Life 18(21)

Kolony: 0082500, 0083043, 0083044, 0083048, 0200229, 0200230, 0200231

**SKUPINA 70 – PROSTŘEDKY PRO ANESTEZILOGII A RESUSCITACI**

Skupina mj. obsahuje ZP – ZUM určené pro anesteziologii a resuscitaci. Roušky popáleninové chladící a krční límce mohou být vykazovány pouze ke kódu zdravotního výkonu 79111 (odbornost 709 – urgentní medicína).

**SKUPINA 71 – PROSTŘEDKY PRO POUŽITÍ V PERIFERNÍ, INTRAKRANIÁLNÍ A NEUROVASKULÁRNÍ OBLASTI**

Tato skupina obsahuje ZP deklarované jako ZUM u intervenčních výkonů v endovaskulárním systému kromě koronárního, mj. obsahuje katétry PTA, vodící (zavaděče/sheathy), trombektomické (extraktory trombu), trombolytické, embolektomické, mikrokatectry. Vodící dráty (vodiče), zavaděče perkutánní, embolizační spirály, čínidla, filtry kavální, sety pro endoskopický odběr žilního štěpu.

Poznámka:

*ZP pro urologii jsou zařazeny do skupiny 67, ZP pro GIT do skupiny 80.*

**Indikace pro úhradu kódů 0152266 a 0152267:**

- k použití s Doxorubicinem a Irinotekanem,
- hypervaskularizované tumory,
- hepatocelulární karcinom,
- tumory hlavy, krku, trupu a kosterního systému.

**SKUPINA 77 – PROSTŘEDKY PRO INTENZIVNÍ A INVAZIVNÍ KARDIOLOGII**

Tato skupina mj. obsahuje katétry PTCA, angiografické, diagnostické, elektrofyziologické, ablační, termodiluční, embolizační, valvuloplastické, vodící (zavaděče/sheathy) do koronární oblasti, trombektomické, embolektomické, mikrokateřty. Vodící dráty (vodiče), okludery, zařízení insuflační (indeflátoři), zavaděče transeptální a jehly transeptální, ZP pro měření intrakoronárního tlaku.

Katétry balónové pro PTCA jsou rozčleněny do skupin a to:

77010	PTCA koronární dilatační balónky střednětlaké (semi-compliantní, predilatační balonky)
77020	PTCA koronární dilatační balónky vysokotlaké (postdilatační, non-compliantní)
77030	PTCA koronární dilatační balónky nízkoprofilové (CTO)
77040	PTCA koronární dilatační balónky speciální (scoring, cutting)
77050	PTCA koronární dilatační balónky uvolňující léky

Katétry ablační (sondy) jsou rozčleněny do skupin a to:

77100	Řiditelné nechlazené - hrot 4mm
77110	Řiditelné nechlazené - hrot 8mm
77120	Chlazené katétry – 6 otvorů
77130	Chlazené katétry – porézní (otevřené)
77140	3D navigační a mapovací – s magnetickým zobrazením
77150	3D navigační a mapovací – impedanční senzor
77160	3D navigační a mapovací – s tlakovým senzorem navíc
77170	3D navigační a mapovací – dálkově (roboticky/magneticky)
77180	Cirkulární katétry

**Indikace pro úhradu kódů 0152532 a 0152533:** V dokumentaci bude výtisk z koronární angiografie, minimálně ze 2 RTG projekcí, dokumentující obtížnost anatomie intervenované tepny (v dokumentaci označit např. šipkou)



**SKUPINA 78 – STENTY A STENTGRAFTY**

Skupina obsahuje stenty a stentgrafty.

Stenty:

- Potahované léčivem, nepotahované
- Koronární, neurovaskulární, vaskulární (periferní, periferní potahované, všechny kromě neurovaskulárních), uretrální, vaginální, biliární, tračnickové, jícnové, duodenální, pyloroduodenální, kolorektální, pankreatické, hrtanové, tracheální, bronchiální, tracheobronchiální, stenty (sada, se) a další dle nutnosti a po vzájemné dohodě

Koronární stenty jsou rozčleněny do skupin a to:

78001	Stent koronární BMS (Bare metal Stents)
78002	Stent koronární DES s trvalým polymerem
78003	Stent koronární DES s biodegradabilním polymerem
78004	Stent koronární DES bez polymeru
78005	Stent koronární biodegradabilní stent
78006	Stent koronární pro speciální indikace (stentgraft, bifurkační stent, samoexpandibilní stent)
78007	Stent koronární DES s možným zkrácením trvání protidestičkové léčby na 1 měsíc

**Stenty pro dlouhodobé použití URS, RPS, TPS, BUS (3 roky): 0115769 – 0115772**

Použití dlouhodobých stentů musí splňovat níže uvedená indikační kritéria:

Indikace:

- Nemocní se zhoubnými nádory dutiny břišní (např. GIT, gynekologie, urologie), které vedou k útlaku močovodu s předpokládanou dobou života alespoň 3 roky.
- Nemocní s nenádorovou obstrukcí, u kterých jsou výměny stentů spojeny se závažnými septickými komplikacemi a mají life expectancy delší než 5 let.
- PS 0-2

Periferní vaskulární stenty jsou rozčleněny do skupin a to:

78050	Balonexpandibilní periferní <u>potahovaný</u>
78051	Balonexpandibilní periferní <u>nepotahovaný</u>
78052	Balonexpandibilní periferní <u>infrapopliteální</u>
78053	Balonexpandibilní periferní <u>dedikované pro ledvinné tepny</u>
78054	Balonexpandibilní periferní <u>DES</u>
78055	Balonexpandibilní periferní <u>bioresorbovatelný</u>
78056	Balonexpandibilní aortální (průměr 18-35mm) <u>potahovaný</u>
78057	Balonexpandibilní aortální (průměr 18-35mm) <u>nepotahovaný</u>
78058	Balonexpandibilní aortální (průměr 18-35mm) <u>DES</u>
78059	Balonexpandibilní aortální (průměr 18-35mm) <u>bioresorbovatelný</u>
78060	Samoexpandibilní periferní <u>potahovaný</u>
78061	Samoexpandibilní periferní <u>nepotahovaný</u>
78062	Samoexpandibilní periferní <u>infrapopliteální</u>
78063	Samoexpandibilní periferní pro užití <u>do karotidy v extrakran. úseku (tubulární, konické)</u>
78064	Samoexpandibilní periferní <u>DES</u>
78065	Samoexpandibilní periferní <u>bioresorbovatelný</u>
78066	Samoexpandibilní aortální (průměr 18-35mm) <u>potahovaný</u>
78067	Samoexpandibilní aortální (průměr 18-35mm) <u>nepotahovaný</u>
78068	Samoexpandibilní aortální (průměr 18-35mm) <u>DES</u>
78069	Samoexpandibilní aortální (průměr 18-35mm) <u>bioresorbovatelný</u>
78070	Balonexpandibilní žilní
78071	Samoexpandibilní žilní

### Systém endokotevní (kódy 0136489, 0136490)

Indikace: fixace proximální kotvící zóny stentgraftu ke stěně aorty – řešení endoleaku A1 u aortálních stentgraftů.

Systém endokotevní mohou vykázat pouze centra vysoce specializované komplexní kardiiovaskulární péče (KKC), ZP může být vykázán jako ZUM u ZV č. 89409 nebo 89323.

Centra vysoce specializované komplexní kardiiovaskulární péče pro dospělé:

1. Fakultní nemocnice v Motole, Praha 5
2. Všeobecná fakultní nemocnice v Praze, Praha 2
3. Fakultní nemocnice Královské Vinohrady, Praha 10
4. Nemocnice Na Homolce, Praha 5
5. Institut klinické a experimentální medicíny, Praha 4
6. Fakultní nemocnice Plzeň
7. Nemocnice České Budějovice
8. Fakultní nemocnice Olomouc
9. Nemocnice Podlesí, Třinec

10. Centrum kardiovaskulární a transplantační chirurgie Brno
11. Fakultní nemocnice Hradec Králové
12. Fakultní nemocnice Ostrava

**SKUPINA 80 – PROSTŘEDKY PRO POUŽITÍ V GIT**

V této skupině jsou mj. zařazeny ZP pro použití v GIT všeobecně: katétry pro jícnovou manometrii, sady ligační jícnové, katetry ablační jícnové, injektory, sady gastrostomické, sondy vyživovací, katetry dilatační, extraktory, papilotomy/sfinkterotomy, katetry pro ERCP, vodiče drátěné (vodící dráty), klíčky polypektomické, kapsle endoskopické, katétry manometrické anorektální, anoskopy – mohou být vykazovány pouze s kódem zdravotního výkonu 15408.

**SKUPINA 81 – RTG filmy A RADIODIAGNOSTICKÉ ZP**

Skupina mj. obsahuje RTG filmy, které lze vykazovat pouze v souvislosti s kódy zdravotních výkonů 32535 a 89197, oční aplikátory (kódy 0083103 – 0083118), optické vlákno s optikou Greenlight (kód 0151178), které lze vykazovat u kódu zdravotního výkonu 76652, sonda navigační (kód 0151409) a kanálek prodloužený pracovní (kód 0151410) s možností vykazování pouze u zdravotního výkonu 25151. Pod kódem 0110740 jsou zařazeny válce (dva) sterilní do injektoru.

## SKUPINA 82 – PROSTŘEDKY K LAPAROSKOPICKÝM VÝKONŮM – ZUM OBLIGATORNÍ (PAUŠÁL)

Jednotlivé kódy ZP v této skupině tvoří obligatorní ZUM nezbytný k provedení konkrétních laparoskopických operací. Paušální úhrada jednotlivých kódů skupiny 82 je dána součtem úhrad kódů, jejich částí či násobků, které jsou u výkonů spotřebovány.

Do názvu jednotlivých kódů obligatorních ZUM jsou doplněny příslušné kódy DRG markeru ke konkrétnímu laparoskopickému výkonu. K některým kódům skupiny 82 je možné vykazovat ještě kódy fakultativního ZUM – tzv. přídatný ZUM. Tyto kódy jsou součástí Číselníku, lze je vykázat pouze ve specifikovaných indikacích.

Položky přídatných ZUM uvedených v modelových situacích určují referenční výši úhrad VZP, což nevylučuje možnost použití stejného druhu materiálu od jiných výrobců.

### PŘEHLED DRG KÓDŮ:

0058351	CÍLENÁ PUNKCE ORGÁNU NEBO LOŽISKA DRG 90780
0058352	CÍLENÝ ODBĚR BIOPSIE DRG 90781
0058353	LAVÁŽ A ODSÁTÍ DUTINY PERITONEÁLNÍ DRG 90782
0058354	LÝZE ADHEZÍ PŘES 10CM2 DRG 90783
0058356	SUBFASCINÁLNÍ LIGACE ŽILNÍCH SPOJEK DRG 90786
0058358	JEJUNOSTOMIE DRG 90787
0058360	KOAGULACE V MALÉ PÁNVI DRG 90789
0058361	VÝKON NA LYMFATICKÉM SYSTÉMU DRG 90794
0058362	APPENDEKTOMIE DRG 90795
0058363	HERNIOPLASTIKA JEDNOSTRANNÁ DRG 90796
0058364	ESOFAGOKARDIOMYOTOMIE DRG 90797
0058365	REVIZE ŽLUČOVÝCH CEST DRG 90798
0058366	DESTRUKCE NÁDORU NEBO METASTÁZ DRG 90799
0058367	RESEKCE MECKELOVA DIVERTIKLU DRG 90800
0058368	LOKÁLNÍ EXCIZE Z JATER DRG 90801
0058369	BEDERNÍ SYMPATEKTOMIE DRG 90802
0058370	CHOLEDOCHOLITHOMIE DRG 90803
0058371	CHOLECYSTEKTOMIE PROSTÁ DRG 90818
0058372	APPENDEKTOMIE PŘI PERITONITIDĚ DRG 90819
0058373	REVIZE PŘI PERIT.NEJAS.PŮVODU NEBO TRAUM.DRG 90820
0058374	SUTURA PERFOR.VŘEDU GASTRODUODENA DRG 90821
0058375	KOLOSTOMIE DRG 90822
0058376	ANTIREFLUXNÍ PLASTIKA DRG 90823
0058377	HERNIOPLASTIKA RECID.KÝLY DRG 90824
0058378	LYMFADENEKTOMIE PÁNEVNÍ ELEKTIVNÍ DRG 90825
0058379	TRUNKÁLNÍ VAGOTOMIE DRG 90826
0058380	TRANSREKTÁLNÍ ENDOSKOP.OPERACE DRG 90827
0058381	EVAKUACE HEMATOMU NEBO EMPYEMU DRG 90828
0058382	SYMPATEKTOMIE JEDNOSTRANNÁ HRUDNÍ DRG 90829
0058383	VARIKOKÉLA DRG 90837

0058384	HERNIOPLASTIKA OBOUSTRANNÁ PRIMÁRNÍ DRG 90838
0058385	SUTURA STŘEVA JAKO SAMOSTATNÝ VÝKON DRG 90839
0058386	REVIZE PŘI AKUT.PANKREAT.A DRENÁŽ ABSCESE DRG 90840
0058387	LYMFADENEKTOMIE PARAAORTÁLNÍ DRG 90841
0058388	KLÍNOVITÁ RESEKCE PLIC DRG 90842
0058389	ENUKLEACE TUMORU PLIC DRG 90843
0058390	PLEUREKTOMIE ABRAZE DRG 90844
0058391	ANASTOMÓZA NA TRÁV.TRAKTU JAKO SAM.VÝK.DRG 90852
0058392	FUNDOPLIKACE DRG 90853
0058393	BANDAŽ ŽALUDKU DRG 90854
0058394	SUPRASELEKTIVNÍ VAGOTOMIE DRG 90855
0058395	GASTROENTEROCYSTOANASTOMÓZA DLE JURASZE DRG 90856
0058396	ADRENALEKTOMIE DRG 90857
0058397	RESEKCE TENKÉHO STŘEVA DRG 90858
0058399	RESEKCE TLUSTÉHO STŘEVA DRG 90864
0058400	EZOFOGOKARDIOMYOTOMIE S FUNDOPLIKACÍ DRG 90865
0058401	NEFREKTOMIE DRG 90866
0058402	ODSTRANĚNÍ TUMORU MEDIASTINA DRG 90867
0058403	DEKORTIKACE PLÍCE DRG 90868
0058404	PNEUMONEKTOMIE DRG 90869
0058405	LOBEKTOMIE PLIC DRG 90870
0058406	BILOBEKTOMIE PLIC DRG 90871
0058407	PÁNEVNÍ LYMFADENEKTOMIE DRG 90872
0058408	RESEKCE ŽALUDKU BI DRG 90875
0058409	RESEKCE JATER DRG 90876
0058410	PARAAORTÁLNÍ LYMFADENEKTOMIE-RADIKÁLNÍ DRG 90877
0058411	RESEKCE ŽALUDKU BII DRG 90879
0058412	NÍZKÁ PŘEDNÍ RESEKCE REKTA DRG 90880
0058413	TOTÁLNÍ GASTREKTOMIE DRG 90884
0058415	LEPENÍ ORGÁNU DRG 90784
0058416	RETENCE VARLETE DRG 90851
0058417	SPLENEKTOMIE DRG 90881
0058418	ODSTRANĚNÍ ENDOMETRIÓZY I.A II.STUPNĚ DRG 90790
0058419	STERILIZACE DRG 90791
0058420	PUNKCE OOCYTU DRG 90792
0058421	PŘENOS GAMET NEBO EMBRYÍ DO VEJCOVODU DRG 90793
0058422	RESEKCE OVARIA DRG 90804
0058423	ENUKLEACE JEDNODUCHÉ CYSTY DRG 90805
0058424	SALPINGOTOMIE LINEÁRNÍ DRG 90806
0058425	SALPINGEKTOMIE DRG 90807
0058426	OVAREKTOMIE DRG 90808
0058427	ADNEXEKTOMIE DRG 90809
0058428	SALPINGO (FIMBRIO) OVARIOLÝZA DRG 90810
0058429	MYOMEKT.DO 5CM SUBS.N.PEDUNK.MYOM DO 5CM DRG 90811

0058430	SUTURA DĚLOHY PO IATROGENNÍ PERFORACI DRG 90812
0058431	EXTRAKCE CIZÍHO TĚLESA Z DUTINY BŘÍŠNÍ DRG 90813
0058432	TRANSSEKCE SAKROUTERINNÍCH VAZŮ DRG 90814
0058433	VENTROSUSP.DLE GIL.SC OVARIOPEX.-OVARIÁL.DRG 90815
0058434	DRENÁŽ ABSCESE DRG 90816
0058435	ADHESIOLÝZA I.STUPNĚ DRG 90817
0058436	SUPRACERVIKÁLNÍ HYSTEREKTOMIE (LSH) DRG 90830
0058437	ASIST.VAGIN.HYSTEREKT.(LAVH)DĚLOHA MENŠÍ NEŽ GRAV. DRG 90831
0058438	NEOSTOMIE A FIMBRIOPLASTIKA DRG 90832
0058439	PLIKACE OBL.VAZŮ HELIK.STEHEM-VENTROSUSP.DRG 90833
0058440	OBLITER.DOUGLASOVA PROSTORU DLE MOSCHOW.DRG 90834
0058441	ODSTRAN.ENDOMETRIOZ III.ST.OVAR.ENDOMETR.DRG 90835
0058442	ADHESIOLÝZA II.STUPNĚ DRG 90836
0058443	ASIST.VAGIN.HYSTEREKT.(LAVH)DĚLOHA VĚTŠÍ NEŽ GRAV.DRG 90845
0058444	SUPRACERV.HYSTEREKT.(LSH)DĚLOHA VĚTŠÍ NEŽ GRAVID.DRG 90846
0058445	ADHESIOLÝZA III.STUPNĚ DRG 90847
0058446	RESEKCE PÁNEVNÍHO ABSCESE DRG 90848
0058447	ZÁVĚSNÁ OPERACE PRO INKONTINENCI DRG 90849
0058448	MYOMEKTOMIE NAD 5CM SUBSERÓZNÍ A INTRAM.DRG 90850
0058449	TOTÁLNÍ HYSTEREKTOMIE (TLH) DRG 90859
0058450	EXTENZIVNÍ ADHESIOLÝZA IV.STUPNĚ DRG 90860
0058451	MIKROCHIRURGICKÁ REANASTOMÓZA TUBY DRG 90861
0058452	MIKROCHIRURGICKÁ NEOSTOMIE NEBO FIMBRIOL.DRG 90862
0058453	DISEKCE URETERU DRG 90863
0058454	ZÁVĚSNÁ OPERACE PRO VAGINÁLNÍ PROLAPS DRG 90873
0058455	ZÁVĚSNÁ OPERACE SÍTKOU PRO PROLAPS DĚLOHY DRG 90874
0058456	OPERACE NEOVAGINY DRG 90878
0058457	ASIS.VAG.HYST.NEBO TOT.HYST.A PÁN.LYMFAD.DRG 90882
0058458	ASIS.RADIK.VAG.HYSTER.A PÁNEV.LYMFADENECT DRG 90883
0058459	RADIK.HYSTER.WERTHEIM A PÁNEV LYMFADENECT DRG 90885
0058460	LYMFADENEKTOM.RADIK.PARAAORT.A PARAKAVÁL.DRG 90886



**SKUPINA 83 – PORTY, KATÉTRY IMPLANTABILNÍ, KATÉTRY CENTRÁLNÍ ŽILNÍ S MANŽETOU**

V této skupině jsou zařazeny především ZP pro onkologickou léčbu: porty, jehly portální, sety a dávkovače k aplikaci cytostatik, katétry centrální žilní, zásobníky a linky k infuzní pumpě.

**SKUPINA 84 – DALŠÍ OSTEOSYNTETICKÝ MATERIÁL**

Skupina mj. obsahuje:

- dlahy základní, úhlové, různých tvarů, široké, úzké, žlábkové, samokompresní, svorkové, děrované, zamykací mřížkové, resorbovatelné, s kompresním skluzným šroubem, s přemostěním, fixační, kyčelní, hrudní, tibiální, prstní, trapézové, pánevní, lebeční, pro vpáčený hrudník, pro chondrosyntézu, pro artrodézu zápěstí,
- šrouby základní osteosyntetické, k dlahám, zajišťovací, kanylované s podložkami, spongiózní, rentgenotransparentní,
- dráty Kirschnerovy,
- hřeby femorální, tibiální nepředvrtávané, humorální, bércové retrogradní, nitrodřeňové, rekonstrukční, elastické, absorbovatelné Enderovy, Steinmanovy, Marchetti-Vicenzi čepy a zátky pro hřeby,
- další materiál systémy kotvící, resorbovatelné implantáty, svorky pánevní, pruty Hacketalovy, materiál šicí kovový pro sternum
- Intervenční čep intervenční čep - kód 0142149 je možné použít pouze v počínajících stádiích aseptické nekrózy hlavice kosti stehenní

Systém pro rekonstrukci předního zkříženého vazů (ACL):

- **SHIELDLOC (kód 0114561)**
- **ARMORLINK (kód 0114562)**

Systém je určen pro děti a adolescentní pacienty. ZUM lze vykázat ke zdravotnímu výkonu č. 66041, odbornost 606, pouze na níže uvedených schválených specializovaných centrech:

II. Ortopedická klinika .....	FN Brno – Bohunice
Ortopedická klinika .....	FN u sv. Anny Brno
Ortopedické a traumatologické oddělení.....	Nemocnice České Budějovice
Ortopedická a traumatologická klinika .....	FN Hradec Králové
Ortopedická a traumatologická klinika .....	FN Olomouc
Ortopedická a traumatologická klinika .....	FN Ostrava
Ortopedická a traumatologická klinika .....	FN Plzeň – Lochotín
Ortopedická klinika dětí a dospělých 2. LF .....	FN Motol, Praha 5
Ortopedická klinika 1. LF .....	FN Motol, Praha 5
Ortopedická klinika 1. LF .....	Nemocnice Na Bulovce

## **SKUPINA 85 – OXYGENÁTORY**

Skupina mj. obsahuje oxygenátory, ECMO, MSP včetně příslušenství (kanyly arteriální, venózní).

**SKUPINA 86 – KOMPONENTY PRO NÁHRADY KOLENNÍHO KLOUBU**

Skupina obsahuje ZP pro náhradu kolenního kloubu.

Kód **0079996** – KOMPONENTA ENDOPROTÉZY KOLENNÍHO KLOUBU – INDIVIDUÁLNĚ ZHOTOVENÁ

Postup pro vykazování specifického kódu ve skupině 86 – individuálně zhotovené komponenty endoprotéz:

Při indikaci jednotlivých komponent totálních endoprotéz je zdravotnické zařízení povinno postupovat následujícím způsobem:

- 1) Přednostně používat jednotlivé sériové komponenty, které jsou uvedeny v Úhradovém katalogu VZP -ZP v části ZUM,
- 2) individuálně zhotovenou komponentu endoprotézy lze použít výhradně v případě, kdy zdravotní stav pacienta neumožňuje použít položky uvedené v Úhradovém katalogu. Pokud se bude jednat o kombinaci sériových a individuálně zhotovených komponent, je třeba použít kombinaci příslušných kódů,
- 3) úhrada individuálně zhotovených komponent endoprotéz pod kódem 0079996 není vyjmuta z paušální úhrady.

**SKUPINA 87 – KOMPONENTY PRO NÁHRADY KYČELNÍHO KLOUBU**

Skupina obsahuje ZP pro náhradu kyčelního kloubu.

Kód **0079997** – KOMPONENTA ENDOPROTÉZY KYČELNÍHO KLOUBU – INDIVIDUÁLNĚ ZHOTOVENÁ

Postup pro vykazování specifického kódu ve skupině 87 – individuálně zhotovené komponenty endoprotéz:

Při indikaci jednotlivých komponent totálních endoprotéz je zdravotnické zařízení povinno postupovat následujícím způsobem:

- 1) přednostně používat jednotlivé sériové komponenty, které jsou uvedeny v Úhradovém katalogu VZP -ZP v části ZUM,
- 2) individuálně zhotovenou komponentu endoprotézy lze použít výhradně v případě, kdy zdravotní stav pacienta neumožňuje použít položky uvedené v Úhradovém katalogu. Pokud se bude jednat o kombinaci sériových a individuálně zhotovených komponent, je třeba použít kombinaci příslušných kódů,
- 3) úhrada individuálně zhotovených komponent endoprotéz pod kódem 0079997 není vyjmuta z paušální úhrady.

**SKUPINA 88 – KOMPONENTY PRO NÁHRADY OSTATNÍCH KLOUBŮ**

Skupina obsahuje ZP pro náhradu kloubů mimo kloubu kolenního (skupina 86) a kloubu kyčelního (skupina 87).

Kódy:

**0079998** KOMPONENTA ENDOPROTÉZY OSTATNÍCH KLOUBŮ VČETNĚ DROBNÝCH – INDIVIDUÁLNĚ ZHOTOVENÁ

**0079999** KOMPONENTA ENDOPROTÉZY RAMENNÍHO KLOUBU – INDIVIDUÁLNĚ ZHOTOVENÁ

Postup pro vykazování specifických kódů ve skupině 88 – individuálně zhotovené komponenty endoprotéz:

Při indikaci jednotlivých komponent totálních endoprotéz je zdravotnické zařízení povinno postupovat následujícím způsobem:

- 1) přednostně používat jednotlivé sériové komponenty, které jsou uvedeny v Úhradovém katalogu VZP -ZP v části ZUM,
- 2) individuálně zhotovenou komponentu endoprotézy lze použít výhradně v případě, kdy zdravotní stav pacienta neumožňuje použít položky uvedené v Úhradovém katalogu. Pokud se bude jednat o kombinaci sériových a individuálně zhotovených komponent, je třeba použít kombinaci příslušných kódů,
- 3) úhrada individuálně zhotovených komponent endoprotéz pod kódy 0079998, 0079999 není vyjmuta z paušální úhrady.

**SKUPINA 89 – CEMENTY KOSTNÍ**

V této skupině jsou zařazeny kostní cementy, které lze vykazovat v ortopedické a traumatologické odbornosti.

Skupina neobsahuje cementy kostní pro vertebroplastiku.

**SKUPINA 90 – ZP PRO ROBOTICKÉ VÝKONY**

Od 1. 1. 2011 byly do Úhradového katalogu zařazeny robotické nástroje, které mohou být vykázány pouze nasmlouvanými zdravotnickými zařízeními u roboticky asistovaných zdravotních výkonů. ZP – ZUM je vykazován standardním způsobem podle Metodiky pro pořizování a předávání dokladů VZP ČR.



**SKUPINA 91 – KOMPONENTY PRO OSTEOSYNTETICKOU ZEVNÍ FIXACI**

Skupina mj. obsahuje zevní fixátory a jejich součástky, komponenty pro osteosyntetickou zevní fixaci.

Zevní fixátory jsou rozčleněny do níže uvedených skupin:

91000	Jednorovinné zevní fixátory
91100	Rámové zevní fixátory
91200	Kruhové zevní fixátory - Ilizarovský aparát
91300	Kruhové zevní fixátory - Taylorův prostorový rám
91400	Kruhové zevní fixátory - ostatní
91500	Hybridní zevní fixátory
91600	Páteřní zevní fixátory (spondylochirurgie)
91700	Ostatní zevní fixátory
91800	Šrouby použitelné k různým typům zevních fixátorů

## **SKUPINA 92 – KARDIOSTEHY**

Tato skupina obsahuje kardiostehy (používané v kardiologii).