VZP ČR

Úhradový katalog VZP – ZP

Metodika

verze 1039

Platnost od 1. 3. 2020

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

ZDRAVOTNICKÉ PROSTŘEDKY

U jednotlivých zdravotnických prostředků (dále jen ZP) se v Úhradovém katalogu uvádí:

KOD	kód ZP
PKOD	původní kód ZP (*přidělený VZP ČR*)
NAZ	název ZP
DOP	doplněk názvu ZP
PRO	preskripční označení, označení ***P*** – ZP se předepisuje na Poukaz (Poukaz na léčebnou a ortopedickou pomůcku, Poukaz na foniatrickou pomůcku, Poukaz na brýle a optické pomůcky) označení **M** – jedná se o zvlášť účtovaný materiál (ZUM)
TYP	typ skupiny ZP, kódové označení skupiny ZP
MJD	počet měrných jednotek v balení
MJ	měrná jednotka
TBAL	typ balení
VYR	výrobce
ZEM	země výroby
OHL	název Ohlašovatele
UHR1	úhrada
LIM1	příznak schválené úhrady
OME1	specializace předepisujícího lékaře
UHR2	úhrada
LIM2	příznak schválené úhrady
OME2	specializace předepisujícího lékaře
UHR3	úhrada
LIM3	příznak schválené úhrady
OME3	specializace předepisujícího lékaře
MFC	maximální konečná cena koncipovaná ke konečnému spotřebiteli
DNC	písemné ujednání o ceně ve veřejném zájmu, prázdné označení – není DNC, označení 1 - DNC, označení 2 - DNC se závazkem, označení 3 - cenová soutěž
UHS	úhradová skupina
UPO	způsob úhrady pojišťovnou, označení ***I*** – plně hrazený, označení ***R*** – zapůjčovaný ZP, bez označení – nezapůjčovaný ZP
UHP	úhrada v procentech
UDOKS	počet MJ za UDO
UDO	užitná doba (udána v měsících)
SKP	skupina postižení
DAT	datum změny
KAT	kategorie

Další informace viz Datové rozhraní číselníků (např. viz *www.vzp.cz*), datové rozhraní číselníků vychází ze Seznamu hrazených zdravotnických prostředků na poukaz – SÚKL (viz www.niszp.cz).

ZDRAVOTNICKÉ PROSTŘEDKY PŘEDEPISOVANÉ NA POUKAZ

SYSTEMATIKA ÚHRADOVÉHO KATALOGU, ZP – PŘEDEPISOVANÉ NA POUKAZ
SKUPINA 01 – ZP KRYCÍ 8
SKUPINA 02 – ZP PRO INKONTINENTNÍ PACIENTY 10
SKUPINA 03 – ZP PRO PACIENTY SE STOMIÍ 12
SKUPINA 04 – ZP ORTOPEDICKO PROTETICKÉ A ORTOPEDICKÁ OBUV 13
SKUPINA 24 – ZP ORTOPEDICKO PROTETICKÉ – INDIVIDUÁLNĚ ZHOTOVENÉ..... 14
SKUPINA 05 – ZP PRO PACIENTY S DIABETEM A S JINÝMI PORUCHAMI METABOLISMU 20
SKUPINA 06 – ZP PRO KOMPRESIVNÍ TERAPII..... 22
SKUPINA 26 – ZP PRO KOMPRESNÍ TERAPII – INDIVIDUÁLNĚ ZHOTOVENÉ 24
SKUPINA 07 – ZP PRO PACIENTY S PORUCHOU MOBILITY 26
SKUPINA 08 – ZP PRO PACIENTY S PORUCHOU SLUCHU 29
SKUPINA 08 – PŘÍSLUŠENSTVÍ KE SLUCHADLŮM – INDIVIDUÁLNĚ ZHOTOVENÉ..... 32
SKUPINA 09 – ZP PRO PACIENTY S PORUCHOU ZRAKU..... 33
SKUPINA 09 – ZP PRO KOREKCI ZRAKU A ZP KOMPENZAČNÍ PRO ZRAKOVĚ POSTIŽENÉ – INDIVIDUÁLNĚ ZHOTOVENÉ..... 34
SKUPINA 10 – ZP RESPIRAČNÍ, INHALAČNÍ A PRO APLIKACI ENTERÁLNÍ VÝŽIVY 35
SKUPINA 11 – ZP NEKATEGORIZOVANÉ..... 41
SKUPINA 30 – OPRAVY A ÚPRAVY ZP……..42

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, 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 jeden zdravotnický prostředek uvedený v Úhradovém katalogu (rovněž viz Metodika pro pořizování a předávání dokladů VZP ČR). V případě položky označené symbolem "Z" v poli LIM1, LIM2, LIM3, musí být na každém Poukazu potvrzeno schválení či povolení revizním lékařem, které zajišťuje ošetřující lékař jedním ze dvou způsobů (dle příslušnosti pojištěnce k jednotlivým zdravotním pojišťovnám v České republice):
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
4. údaj o vlastnictví pojišťovnou: v případě, že cirkulovatelný zdravotnický prostředek bude vydáván do vlastnictví pojišťovny, uvede se ANO, ve všech ostatních případech se uvádí NE
5. stupeň postižení inkontinence u absorpčních ZP

6. diagnózu
7. podpis předepisujícího lékaře a datum vystavení Poukazu
8. čitelný otisk razítka zdravotnického zařízení a jmenovky lékaře
9. vyplněné čestné prohlášení pojištěnce stvrzující nárok úhrady ZP z prostředků veřejného zdravotního pojištění
10. 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 č. 3 zákona 48/1997 Sb., je možné již 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.

Užitná doba ZP se začíná počítat od data jeho 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 bez nároku na úhradu z v.z.p., se předepisují k úhradě pojištěnci s viditelným 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, u kterých je zákonem stanovená možnost cirkulace. Cirkulovat je dále možno pouze takové ZP, které byly, popřípadě budou poprvé vydány smluvním partnerem pojišťovny výhradně na území České republiky. Cirkulace zdravotnických prostředků je stanovena § 32a zákona č. 48/1997 Sb.
Přednost při výdeji ZP má vždy repasovaný ZP.

Užitná doba ZP
Po uplynutí směrné doby užití ZP 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 UHR1, UHR2, UHR3 je u každého ZP konečná.

Maximální preskripce
Pravidelně a opakovaně předepisované zdravotnické prostředky, které musí (dle Zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, v platném znění) schvalovat revizní lékař zdravotní pojišťovny, mohou být na dobu 12 měsíců schváleny prostřednictvím jednorázově vydaného písemného souhlasu revizního lékaře s opakovanou preskripcí ZP (postup dle písm. b) odst. 2 § 7 Vyhlášky č. 62/2015 Sb., o provedení některých ustanovení zákona o zdravotnických prostředcích).
V takovém případě předepisující lékař zašle do zdravotní pojišťovny Poukaz spolu se Žádankou, na které požádá o souhlas s opakovaným předepisováním ZP na dobu 12 měsíců. K Poukazu a Žádance budou připojeny ostatními dokumenty a zprávy (pokud jsou dle metodiky a pro prokázání zdravotního stavu pojištěnce potřeba). V případě, že revizní lékař takové žádosti vyhoví, odešle kopii Žádanky předepisujícímu lékaři zpět se svým souhlasným stanoviskem (včetně podpisu, a data schválení a data platnosti souhlasu – maximálně 12 měsíců od data schválení). Předepisující lékař je pak oprávněn (s ohledem na zdravotní stav pojištěnce) vystavovat další Poukazy bez nutnosti schvalování revizním lékařem (a vystavování Žádanky) – vždy na Poukaz uvede (do pole pro záznamy zdravotní pojišťovny) informaci: „Dne ..... byl vydán souhlas reviz. lékaře MUDr. ..... , číslo ..... s opakovaným předepisováním ZP v době od ..... do .....“
Tento postup se nevztahuje na ZP pro vlhké krytí (viz metodika pro skupinu 01 – obvazový materiál).
Vyžaduje-li to zdravotní stav pojištěnce, je možné po uplynutí platnosti souhlasu vyžádat (prostřednictvím Žádanky) o nový souhlas.
Souhlas se vždy vztahuje pouze na jeden konkrétní zdravotnický prostředek (jeden kód Číselníku). Vždy je nutné dodržet zákonem a metodikou stanovené limity (kusové či finanční) a vždy je nutné dodržet pravidlo o tom, že je možné pomůcku předepsat maximálně na tři měsíce dopředu. V případě změny zdravotní pojišťovny v průběhu období, pro které je vystaven souhlas, musí předepisující lékař opětovně požádat o schválení revizním lékařem.

Dodavatel je 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 a skutečně vydaného množství ZP pro konečného spotřebitele, a to i v případě, že tato cena bude nižší než MFC uvedená v Úhradovém katalogu VZP – ZP.

Zkratky specializací a označení speciálních zaměření pracovišť viz soubor OME_PZT (např. viz www.vzp.cz).

Zdravotnické prostředky nově předepsané na poukaz od 1. 12. 2019, budou hrazeny podle nových pravidel stanovených zákonem č. 48/1997 Sb. ve znění účinném od 1. 1. 2019, tedy podle nového znění Přílohy č. 3 k zákonu.

Pro zdravotnické prostředky předepsané na poukaz do 30. 11. 2019 platí pravidla daná přechodnými ustanoveními k nové právní úpravě (Čl. II zákona č. 282/2018 Sb.), resp. předchozí právní úpravou.

V období, které spadá již do doby účinnosti novely zákona, tedy od 1. 1. 2019 do 30. 11. 2019, jsou zdravotnické prostředky hrazeny podle Čl. II bod 1. přechodných ustanovení, a to

ve výši a za podmínek, jak byly hrazeny k 31. prosinci 2017 nebo u nových zdravotnických prostředků k 31. prosinci 2018.

Na období před účinností novely zákona, tedy do 31. 12. 2018, se vztahuje Čl. II bod 6. přechodných ustanovení, který stanoví, že u zdravotnických prostředků předepsaných na poukaz a vydaných pojištěncům přede dnem nabytí účinnosti novely zákona se postupuje podle zákona č. 48/1997 Sb., ve znění účinném přede dnem nabytí účinnosti novely zákona.

SKUPINA 01 – ZP KRYCÍ

Preskripční omezení, popis, indikační omezení a množstevní limit jednotlivých úhradových skupin je definován v příloze č. 3 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění.

Obvazový materiál předepisuje na Poukaz smluvní lékař Pojišťovny dle typu zdravotnického prostředku (viz Úhradový katalog). Pouze u vaty buničité dělené vazba na odbornost DIA.

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 LIM1).

<u>Prostředky pro vlhké hojení ran</u> - Postup při preskripci v období prvních 6 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 ZP se jedná o odložené schvalování úhrady revizním lékařem (dále jen ***RL***), v souladu se zněním zákona č. 48/1997 Sb., až po uplynutí 6 měsíců od zahájení léčby.

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

- **signální kód 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, lokalizaci a velikost 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

- **oznámeno zdravotní pojišťovně s platností *do dd.mm.rrrr****, kde *dd*=den, *mm*=měsíc, *rrrr*=rok (tj. *datum vystavení Žádanky + 6 měsíců*)**. 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 6 měsíců již lékař další Žádanku nevystavuje!
Ošetřující lékař vystavuje pouze **Poukaz** na **konkrétní ZP** v požadovaném množství s uvedením oznámení zdravotní pojišťovně včetně platnosti Žádanky - **oznámeno zdravotní pojišťovně do *dd.mm.rrrr***

V případě, že v období prvních 6 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 6 měsíců léčení přejde k jinému ošetřujícímu lékaři, který pokračuje léčbou vlhkým krytím, obě doby léčení se sčítají.
Např.: 1. OL - 1 měsíc, 2. OL - 5 měsíců, tj. po uplynutí celkové doby 6 měsíců léčení oběma lékaři se postupuje standardním způsobem dle bodu 2).

* pro přehlednost se datum vystavuje následovně – například: datum předepsání 11. 4. 2019, platnost Žádanky do 11. 10. 2019
Přerušení léčby pomocí prostředků pro vlhké hojení ran nemá vliv na dobu (neprodlužuje ji), do kdy je oznámeno zdravotní pojišťovně (viz datum do: dd.mm.rrrr).

** oznámení zdravotní pojišťovně 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 oznámení 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 oznámení (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.

<u>Postup při preskripci pro období po uplynutí prvních 6 měsíců léčby</u>

Po uplynutí období 6 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 souhlas revizního lékaře (v Číselníku VZP – ZP označeno symbolem Z v poli LIM1).
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.

SKUPINA 02 – ZP PRO INKONTINENTNÍ PACIENTY

Preskripční omezení, popis, indikační omezení a množstevní limit jednotlivých úhradových skupin je definován v příloze č. 3 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění.

ZP skupiny 02 jsou děleny na ZP absorbční, ZP pro sběr moči a ZP pro vyprazdňování.

ZP absorbční pro inkontinentní pacienty předepisuje smluvní lékař Pojišťovny odbornosti GER, GYN, CHI, NEF, NEU, PED, PRL, URN na Poukaz (odbornost souvisí s konkrétním typem ZP, viz Úhradový katalog VZP – ZP).

Spoluúčast pojištěnce (doplatky) stanovené zákonem je nutné vybírat vždy a to již od prvního vydaného kusu.

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).
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.
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 dodací 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).

Indikací pro předpis absorbčních ZP 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 24 hodin, stupeň postižení / inkontinence = 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 je Pojišťovnou hrazeno
maximálně 150 kusů/měsíc, nejvýše do 449,65 Kč/měsíc.

II. stupeň – mimovolní únik moči nad 100 ml do 200 ml (včetně) v průběhu 24 hodin + fekální inkontinence, stupeň postižení / inkontinence = 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 je Pojišťovnou hrazeno
maximálně 150 kusů/měsíc, do celkové výše 900,45 Kč

III. stupeň – mimovolní únik moči nad 200 ml v průběhu 24 hodin + smíšená inkontinence, stupeň postižení / inkontinence = 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 je Pojišťovnou hrazeno
maximálně 150 kusů/měsíc, do celkové výše 1 699,70 Kč

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,
- absorbční 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 stupně inkontinence,
- o vystavení Poukazu musí být proveden záznam v dokumentaci pojištěnce s uvedením stupně inkontinence a údaj o množství předepsaných ZP.
- údaj o stupni postižení / inkontinence se na Poukaze uvádí výhradně pro ZP v úhradových skupinách 02.01 – ZP absorpční.

SKUPINA 03 – ZP PRO PACIENTY SE STOMIÍ

Preskripční omezení, popis, indikační omezení a množstevní limit jednotlivých úhradových skupin je definován v příloze č. 3 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění.

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

ZP pro pacienty se stomií nepodléhají schvalování RL pojišťovny.

V případě předepsání systému pro dočasnou kontinenci stomie nemá pacient nárok na další čerpání sáčků a podložek v daném měsíci.
Indikační omezení: Kolostomie s formovanou stolicí.

Těsnící manžety (03.08.01.05) lze předepsat pouze s podložkou, nikoliv ale se systémem jednodílným.

Nízkotlaké adaptéry pro dvoudílný systém lze předepsat pouze v časném pooperačním období – do 3 měsíců od operace.

SKUPINA 04 – ZP ORTOPEDICKO PROTETICKÉ A ORTOPEDICKÁ OBUV

Preskripční omezení, popis, indikační omezení a množstevní limit jednotlivých úhradových skupin je definován v příloze č. 3 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění.

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

Zdravotní pojišťovna hradí pouze jeden typ ZP z jedné úhradové skupiny ve stanoveném frekvenčním limitu (množstevní limit dle zákona č. 48/1997 Sb.).
Více než jeden typ ZP i ze stejné úhradové skupiny je možné předepsat pouze při změně zdravotního stavu. O této skutečnosti musí předepisující lékař informovat pojišťovnu Žádankou.

V případě předepsání ortéz pro párové končetiny je možné tyto ZP vypsat na jeden poukaz (2 ks), tuto skutečnost předepisující lékař vyznačí na poukaze poznámkou „P a L“.

Pojišťovna nehradí sportovní ortézy a bandáže.

Obuv dětská terapeutická vyhrazena pro neurologická postižení do 18 let věku podléhá schválení RL pojišťovny.

SKUPINA 24 – ZP ORTOPEDICKO PROTETICKÉ – INDIVIDUÁLNĚ ZHOTOVENÉ

Preskripční omezení, popis, indikační omezení a množstevní limit jednotlivých úhradových skupin je definován v příloze č. 3 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění.

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 pomoci 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 předchozí dvouměsíční 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 % CI (index proporce) v %	0-3,5 % **bez nálezu**	3,6- 6% **mírná plagiocefalie**	6,1- 9 % **střední plagiocefalie**	9,1- 12 % **těžká plagiocefalie**	12,1 a více % **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 defomita	Střední kombinovaná defomita	Těžká kombinovaná deformita	Velmi těžká kombinovaná deformita	Velmi těžká kombinovaná deformita
Mírná brachycefalie 83-88 %	Mírná jednoduchá defomita	Mírná kombinovaná defomita	Střední kombinovaná defomita	Těžká jednoduchá deformita	Velmi těžká kombinovaná deformita
Bez nálezu 73- 83 %	Bez deformity	Mírná jednoduchá defomita	Střední jednoduchá defomita	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 kraniometrické 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 kraniometrického 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 kraniometrického 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 kritérii 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.

<u>Indikace pro úhradu protézy DK s bionickým kloubem:</u>

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 protetika.

* 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 protetika 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 05 – ZP PRO PACIENTY S DIABETEM A S JINÝMI PORUCHAMI METABOLISMU

Preskripční omezení, popis, indikační omezení a množstevní limit jednotlivých úhradových skupin je definován v příloze č. 3 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění.

Pojišťovna hradí proužky diagnostické na stanovení glukózy ZP (05.02.02.01) do maximální výše dle Úhradového katalogu:

UHR1 - předpis odborností DIA, PRL
- diabetes mellitus při léčbě perorálními antidiabetiky – 100 ks/1 rok

UHR2 - předpis odborností DIA za podmínek:
- diabetes mellitus při léčbě injekčními neinzulínovými antidiabetiky, inzulínem (do 2 dávek denně); nediabetická hypoglykémie (inzulinom, dialýza, postprandiální hypoglykémie) – 400 ks/ 1 rok
- diabetes mellitus při léčbě intenzifikovanou inzulínovou terapií (léčba inzulínovými pery nebo pumpou) – 1500 ks/ 1 rok;
- diabetes mellitus do 18 let včetně; diabetes mellitus v těhotenství – 2500 ks/ 1 rok

Systém pro kontinuální monitoraci glukózy (**CGM**) v reálném čase se skládá ze senzorů, vysílače a přijímače. Přijímačem může být inzulínová pumpa, nebo samostatné zařízení.
U přístrojů pro kontinuální monitoraci glukózy (CGM) je zákonem stanoven roční úhradový limit, který se počítá vždy pro každý kalendářní rok jednotlivě. V prvním roce léčby je hrazena poměrná část odpovídající ročnímu úhradovému limitu. Při preskripci na přelomu kalendářních roků lze předepsat Poukaz na preskripci příslušného množství ZP s datem do 31. 12. daného roku a současně Poukaz na preskripci příslušného množství ZP s platností od 1. 1. následujícího roku (tato skutečnost musí být na Poukaze předepisujícím lékařem vyznačena).
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.

Při prvním předepsání úhradové skupiny 05.02.05.01 – senzory, vysílače a případně přijímače (přijímač není SMART zařízení), diabetolog vystaví tiskopis VZP 13/2019 Poukaz na léčebnou a ortopedickou pomůcku a současně vystaví tiskopis VZP 21/2013 Žádanka o schválení (povolení) výkonu – léčivého přípravku – ZP – ostatní, na kterou uvede obecný kód VZP zdravotnického prostředku 0142942 (SYSTÉM CGM - KÓD PRO OZNÁMENÍ ZAČÁTKU LÉČBY), která podléhá schválení revizního lékaře.

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.

c) Při prvním předepsání systému pro CGM
Na Žádanku se uvede

- **obecný kód VZP zdravotnického prostředku 0142942** (systém pro CGM - kód pro oznámení začátku léčby) určený pro předání informace o zahájení léčby.
- Počet balení ZP – 999

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

- „***INFORMACE O ZAHÁJENÍ LÉČBY SYSTÉMEM PRO CGM***“ a uvede
- **DATUM zahájení léčby**, které bude shodné s datem vystavení Poukazu.

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*).

d) Při druhém a dalším předepsání již lékař další žádanku o schválení (doklad 21/2013) nevyplňuje.

Systém pro okamžitou monitoraci glukózy (**FGM** = Flash Glucose Monitoring) se skládá z přijímače a senzorů pro okamžité monitorování glukózy. Po dobu používání FGM lze předepsat současně s max. 100 ks / 1 rok a u dětí do 18 let včetně max. 300 ks / 1 rok diagnostických proužků pro stanovení glukózy z krve. Nelze předepsat současně s glukometry a glukometry pro stanovení ketolátek. Nelze předepsat současně s přístroji pro kontinuální monitoraci glukózy (CGM).

Inzulínové pumpy

V případě, že je předepsána inzulínová pumpa z úhradové skupiny 05.03.03.02 je nutné, aby v žádosti o schválení bylo jednoznačné medicínsky zdůvodněno, proč nelze použít inzulínovou pumpu z úhradové skupiny 05.03.03.01.

V případě, že je předepsána inzulínová pumpa z kategorie 05.03.03.03, je nutné, aby v žádosti o schválení bylo jednoznačné medicínsky zdůvodněno, proč nelze použít inzulínovou pumpu z kategorie 05.03.03.01 a 05.03.03.02.

Pojišťovna hradí náplasťovou inzulínovou pumpu (05.03.03.04) do maximální výše dle Úhradového katalogu:

UHR1 - úhrada pro 1. rok (včetně veškerého příslušenství a baterií na 1 rok provozu);

UHR2 - úhrada pro 2. – 4. rok (včetně veškerého příslušenství a baterií);

Není možný souběh s jiným typem inzulínové pumpy.

SKUPINA 06 – ZP PRO KOMPRESIVNÍ TERAPII

Preskripční omezení, popis, indikační omezení a množstevní limit jednotlivých úhradových skupin je definován v příloze č. 3 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění.

Hrazeny jsou kompresní elastické punčochy a návleky pouze **II. až IV. kompresní třídy**.

Hodnoty tlaku kompresních tříd (dále jen K.T.) dle přílohy zákona č. 48/1997 Sb.:

- II. K.T. – Hodnoty tlaku: 23 – 32 mmHg
- III. K.T. – Hodnoty tlaku: 34 – 46 mmHg
- IV. K.T. – Hodnoty tlaku: 49 mmHg a více

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 difuzní fibrotizací podkoží, elefantiáza

Kompresní systém na suchý zip

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.

Punčochy k prevenci TEN – punčochy k prevenci trombembolické nemoci (antitrombotické punčochy) **nejsou hrazeny** na Poukaz v rámci hospitalizační péče. Poskytovatel zdravotních služeb není oprávněn požadovat úhradu antitrombotických punčoch po pojištěncích pro účely zajištění operační, či pooperační péče.
Antitrombotické punčochy není možné zaměňovat za zdravotnické prostředky pro kompresivní terapii.

Při předpisu ZP – systém komprese pro léčbu UCV (06.01.02.04) není nárok na předpis kompresivních punčoch.

Výdej cirkulovaných ZP, které již byly cirkulovány, ale nebyly přeohlášeny – tyto kódy může předepsat lékař příslušné odbornosti dle zákona č. 48/1997 Sb.
Jedná se o kód 0136491 – výdej cirkulovaných přístrojů pro sekvenční tlakovou lymfodrenáž.

SKUPINA 26 – ZP PRO KOMPRESNÍ TERAPII – INDIVIDUÁLNĚ ZHOTOVENÉ

Preskripční omezení, popis, indikační omezení a množstevní limit jednotlivých úhradových skupin je definován v příloze č. 3 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění.

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 kompresní 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 vyškolena zástupci výrobců v rámci správnosti měření, vhodné volby a možnosti výroby požadovaného kompresního ZZP, též zajištěno napojení lékař, výrobce, uživatel.

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 přerušením 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 – ZP PRO PACIENTY S PORUCHOU MOBILITY

Preskripční omezení, popis, indikační omezení a množstevní limit jednotlivých úhradových skupin je definován v příloze č. 3 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění.

U všech typů vozíků je nutné vždy na žádance a Poukazu (v jeho části Druh a označení pomůcky) uvést šíři sedu.

Při preskripci aktivního mechanického vozíku je za **vysoce aktivního dospělého uživatele** považován pacient s poruchou mobility, se zachovanou funkcí obou horních končetin dostatečnou pro ovládání mechanického vozíku v interiéru i exteriéru po celý den (zaměstnání, vzdělávání, péče o rodinu a zdraví, volnočasové aktivity).

Příslušenství k vozíkům – cirkulace příslušenství vozíku se řídí dle vlastnictví vozíku

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.

Postup při podání žádosti o schválení elektrického vozíku:

1) Lékař příslušné odbornosti 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 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 - postižení obou dolních končetin znemožňující pojištěnci samostatnou lokomoci při kombinaci se závažným chronickým interním onemocněním 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 užitné 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, úpravy

Servisní firma před schválením Poukazu revizním lékařem předkládá věcnou a cenovou specifikaci.

U oprav invalidních vozíků specifikaci předkládá pouze v případě, že cena opravy přesáhne:

- u mechanických vozíků částku 3 000,-Kč
- u elektrických vozíků částku 10 000,-Kč
- u mechanických částí elektrických vozíků částku 3 000,-Kč

U oprav necirkulovaných vozíků ve vlastnictví pojištěnce předkládá servisní firma věcnou a cenovou specifikaci vždy.

Výdej cirkulovaných ZP, které již byly cirkulovány, ale nebyly přeohlášeny – tyto kódy může předepsat lékař příslušné odbornosti dle zákona č. 48/1997 Sb.

Jedná se o tyto kódy:

0136492 – výdej cirkulovaných mechanických vozíků
0136493 – výdej cirkulovaných elektrických vozíků
0136494 – výdej cirkulovaných polohovacích zařízení pro sezení
0136495 – výdej cirkulovaných polohovacích zařízení vertikalizačních
0136496 – výdej cirkulovaných elektricky polohovacích lůžek
0136497 – výdej cirkulovaných elektricky polohovacích dětských lůžek
0136498 – výdej cirkulovaných vanových zvedáků
0136499 – výdej cirkulovaných pojízdných zvedáků

ZP antidekubitní

Pro posouzení indikačních kritérií v případě preskripce antidekubitních zdravotnických prostředků se vždy vypočte skóre dle tabulky pro hodnocení rizika:

Základní tabulka hodnocení rizika

Motivace a ochota ke spolupráci	Věk	Stav kůže	Souběžná onemocnění	Somatický stav	Duševní stav	Aktivita	Pohyblivost	Inkontinence	Body
Plná	< 10	Intaktní	Žádná	Dobrý	Jasné vědomí	Chodící bez pomoci	Plná	Žádná	4
Malá	10 - 30	Lehké změny	Lehká forma	Obstojný	Apatie	Chodící s pomocí	Částečně omezená	Občasná	3
Částečná	30 - 60	Střední změny	Střední forma	Špatný	Zmatený	Závislý na invalidním vozíku	Velmi omezená	Převážně moč	2
Žádná	> 60	Těžké změny	Těžká forma	Velmi špatný	Stupor až bezvědomí	Ležící	Zcela omezená	Moč i stolice	1

Při hodnocení používá indikující lékař následující postup: Vybere vhodný popis pacienta (4, 3, 2 nebo 1 bod) v každém z devíti hodnocených parametrů a výsledek zaznamená do volného pole pod stupnicí, výsledek sečtěte a hodnocení přiloží k žádosti o posouzení.

Výsledný součet pomáhá zařadit pacienta do jednotlivých rizikových skupin a to v souladu s úhradovými skupinami v rámci kategorie 07.06 - ZP antidekubitní.

		Stupeň rizika uvedený ve 48/1997 Sb.	Potřebný počet bodů
07.06.01	antidekubitní matrace + příslušenství		
07.06.01.01	antidekubitní matrace s potahem	nízké riziko vzniku dekubitů	19 - 16
07.06.01.02	antidekubitní matrace s potahem	střední riziko vzniku dekubitů	16 - 14
07.06.01.03	antidekubitní matrace s potahem	vysoké riziko vzniku dekubitů	14 - 12
07.06.01.04	antidekubitní matrace s potahem	velmi vysoké riziko vzniku dekubitů	méně než 12
07.06.02	antidekubitní podložky sedací a zádové do vozíků		
07.06.02.01	antidekubitní podložky – sedací	nízké riziko vzniku dekubitů	19 - 16
07.06.02.02	antidekubitní podložky – sedací	střední riziko vzniku dekubitů	16 - 14
07.06.02.03	antidekubitní podložky – sedací	vysoké riziko vzniku dekubitů	méně než 14
07.06.02.04	antidekubitní podložky – zádové	vysoké riziko vzniku dekubitů	méně než 14
07.06.03	antidekubitní podložky ostatní		
07.06.03.01	antidekubitní podložky	nízké riziko vzniku dekubitů	19 - 16
07.06.03.02	antidekubitní podložky	střední a vysoké riziko vzniku dekubitů	méně než 16
07.06.04	antidekubitní podložky polohovací		
07.06.04.01	Antidekubitní podložky polohovací	střední a vysoké riziko vzniku dekubitů	méně než 16

Pokud to zdravotní stav pacienta vyžaduje, může být přihlédnuto ke klinickému posouzení ošetřujícím lékařem, včetně podrobnějšího zdůvodnění potřeby pomůcky.

SKUPINA 08 – ZP PRO PACIENTY S PORUCHOU SLUCHU

Preskripční omezení, popis, indikační omezení a množstevní limit jednotlivých úhradových skupin je definován v příloze č. 3 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění.

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

Na Poukaz je nutné vždy uvádět:

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

Zdravotní pojišťovna hradí u úhradových skupin Sluchadlo pro kostní vedení a Brýlové sluchadlo pro kostní vedení do maximální výše dle Úhradového katalogu:

UHR1 – může předepsat lékař odbornosti FON

- 08.01.02.01 – úhrada pro pacienty do 18 let včetně;
- 08.01.02.02 - úhrada pro pacienty do 18 let včetně.

UHR2 - může předepsat lékař odbornosti FON, ORL

- 08.01.02.01 – úhrada pro pacienty od 19 let;
- 08.01.02.02 - úhrada pro pacienty od 19 let.

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, nevzniká.

Úhrada podle indikační skupiny**:**

KOD	NAZ	DOP
0172982	INDIKAČNÍ SKUPINA POJIŠTĚNEC DO 18 LET VČETNĚ,MONOAURÁLNÍ KOREKCE	VZDUŠNÉ VEDENÍ, JEDNO NEBO OBOUSTRANNÁ ZTRÁTA SLUCHU OD 30 DB SRT
0172983	INDIKAČNÍ SKUPINA POJIŠTĚNEC DO 6 LET VČETNĚ, BINAURÁLNÍ KOREKCE	VZDUŠNÉ VEDENÍ, ZTRÁTA SLUCHU OD 30 DB SRT
0172984	INDIKAČNÍ SKUPINA POJIŠTĚNEC OD 7 DO 18 LET VČETNĚ, BINAURÁLNÍ KOREKCE	VZDUŠNÉ VEDENÍ, ZTRÁTA SLUCHU OD 30 DB SRT
0172985	INDIKAČNÍ SKUPINA POJIŠTĚNEC OD 19 LET,MONOAURÁLNÍ KOREKCE	VZDUŠNÉ VEDENÍ, ZTRÁTA SLUCHU OD 30 DB SRT
0172986	INDIKAČNÍ SKUPINA POJIŠTĚNEC OD 19 LET HLUCHOSLEPÍ, BINAURÁLNÍ KOREKCE	VZDUŠNÉ VEDENÍ, ZTRÁTA SLUCHU OD 30 DB SRT
0172987	INDIKAČNÍ SKUPINA POJIŠTĚNEC DO 18 LET VČETNĚ	KOSTNÍ VEDENÍ,VČETNĚ KOMPLETNÍHO PŘÍSLUŠENSTVÍ PO DOBU ŽIVOTNOSTI SLUCHADLA
0172988	INDIKAČNÍ SKUPINA POJIŠTĚNEC OD 19 LET	KOSTNÍ VEDENÍ,VČETNĚ KOMPLETNÍHO PŘÍSLUŠENSTVÍ PO DOBU ŽIVOTNOSTI SLUCHADLA
0172989	INDIKAČNÍ SKUPINA POJIŠTĚNEC DO 18 LET VČETNĚ	BRÝLOVÉ SLUCHADLO PRO KOSTNÍ VEDENÍ JEDNO NEBO OBOUSTRANNÉ
0172990	INDIKAČNÍ SKUPINA POJIŠTĚNEC OD 19 LET	BRÝLOVÉ SLUCHADLO PRO KOSTNÍ VEDENÍ JEDNO NEBO OBOUSTRANNÉ
0172991	INDIKAČNÍ SKUPINA POJIŠTĚNEC DO 10 LET VČETNĚ	VIBRAČNÍ SLUCHADLO NA SOFTBANDU NEIMPLANTABILNÍ SYSTÉM
0172992	INDIKAČNÍ SKUPINA POJIŠTĚNEC OD 11 LET	KOSTNÍ SLUCHADLO, ZEVNÍ ČÁST IMPLANTABILNÍHO SYSTÉMU,SCHVÁLENÍ RL

Nárokování před uplynutím užitné doby

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.).

Jestliže bylo pojištěnci 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, nápravu takto chybně předepsaného a vydaného sluchadla je povinen zajistit předepisující lékař, zdravotní pojišťovna nehradí. Opravy sluchadel nejsou hrazeny z p.v.z.p.(hradí pojištěnec).

V případě, že pojištěnec požaduje výměnu typu sluchadla (např. závěsné za zvukovodové nebo naopak, sluchadlo starší výroby za nově uvedené na trh v ČR apod.), tak zdravotní pojišťovna tuto výměnu nehradí z v.z.p.

Úhrada pro SISKV (sluchový implantabilní systém pro kostní vedení): 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.

Úhrada řečového procesoru (zevní část) ke kochleárnímu implantátu

Kód indikační skupiny: 0172993

Řečový procesor tvoří zevní část kochleárního implantabilního systému. 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 kochleárních implantací za následujících podmínek:

- implantace kochleárního implantátu byla provedena a uhrazena z veřejného zdravotního pojištění (na základě splnění indikací) nejméně před 7 roky (implantace provedené po 1. 12. 2019) nebo 10 lety (implantace provedené do 30. 11. 2019),

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

- řádně vyplněnou Žádanku o schválení (povolení) s uvedením epikrízy pojištěnce, včetně konkrétních údajů týkajících se využití kochleárních implantací po dobu nejméně 7 roků (implantace provedené od 1. 12. 2019) nebo 10 roků (implantace provedené do 30. 11. 2019),.

Při splnění výše uvedených podmínek je řečový procesor hrazen z veřejného zdravotního pojištění, dle zákona č. 48/1997 Sb.

0172993	INDIKAČNÍ SKUPINA VÝMĚNA ŘEČOVÉHO PROCESORU	ŘEČOVÝ PROCESOR, ZEVNÍ ČÁST IMPLANTABILNÍHO SYSTÉMU, SCHVÁLENÍ RL

SKUPINA 08 – PŘÍSLUŠENSTVÍ KE SLUCHADLŮM – INDIVIDUÁLNĚ ZHOTOVENÉ

Preskripční omezení, popis, indikační omezení a množstevní limit jednotlivých úhradových skupin je definován v příloze č. 3 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění.

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 hluchoslepé 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, hluchoslepí klienti.

SKUPINA 09 – ZP PRO PACIENTY S PORUCHOU ZRAKU

Preskripční omezení, popis, indikační omezení a množstevní limit jednotlivých úhradových skupin je definován v příloze č. 3 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění.

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

Dioptrické brýle jsou hrazeny jako individuálně zhotovovaný zdravotnický prostředek. Maximální úhrada dioptrických brýlí se sestává z kombinace zákonem stanovených částí, tj. ze stanovené maximální úhrady brýlových obrub (pro pojištěnce do 14 let včetně 300,15 Kč a pro pojištěnce od 15 let bez úhrady) a ze stanovené maximální úhrady brýlových čoček, případně jejich úpravy dle zákona.

Pro úhradu brýlových čoček a brýlové obruby jsou v Úhradovém katalogu VZP – ZP zařazeny obecné kódy s číselnou řadou 42XXXXX.
Vzhledem k tomu, že v Úhradovém katalogu VZP-ZP jsou uvedeny kódy se souhrnnou úhradou za celé brýle, je zde pro potřeby vyúčtování zařazen signální kód 4222222. Při vyúčtování se kód brýlí vyúčtuje jako obruba s cenou za celé brýle a k němu je potřebné použít dva signální kódy s úhradou 0 Kč, u kterých se uvede předpis dioptrií, cylindrů a prismat jednotlivých čoček.

Příklad:
Kód 4200002 bude zadán do vyúčtování jako OBRUBA s cenou za celé brýle a k němu je potřebné použít dva signální kódy s úhradou 0,- Kč. U těchto signálních kódů (kód 4222222) bude uveden předpis dioptrií a cylindrů jednotlivých čoček.
Příkladné znázornění vyúčtování v datovém rozhraní individuálních dokladů:

TYP	MKO1	MFI1	PRED	ZSFDI	SFDI	ZCYD	CYD	CYO	PRID	PRIB
M	4222222	0	NBPO	P	6	P	0,5	180		
M	4222222	0	NBLO	P	7,5	P	1	0		
M	4200002	600,3	OBRU							

Při výměně brýlových čoček se uplatní kód brýlí dle příslušného typu čočky s úhradou dle zákonného nároku. Při čerpání nároku na nové brýle nemůže být v rámci zákonem daného množstevního limitu v daném období zároveň předepsána a uhrazena výměna brýlových čoček, pokud se nejedná o zdravotním stavem vyžádanou změnu korekce.

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

Preskripční omezení, popis, indikační omezení a množstevní limit jednotlivých úhradových skupin je definován v příloze č. 3 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění.

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 – ZP RESPIRAČNÍ, INHALAČNÍ A PRO APLIKACI ENTERÁLNÍ VÝŽIVY

Preskripční omezení, popis, indikační omezení a množstevní limit jednotlivých úhradových skupin je definován v příloze č. 3 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění.

ZP pro léčbu poruch dýchání ve spánku

Pro zajištění jednotného posuzování při vystavování poukazu a schvalování úhrady je nutné vyplnit a předložit formulář **„Příloha k žádosti o schválení ZP pro léčbu poruch dýchání ve spánku“** (dostupné z http://www.vzp.cz/poskytovatele/ciselniky/zdravotnicke-prostredky).

Vyšetření

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.

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.

V případě, že bude kontrolou pojištěnce léčeného PAP zjištěno, že je léčba neúčinná, nebo že pojištěnec při léčbě nespolupracuje, předepisující lékař zdravotní pojišťovně

navrhne ukončení léčby a vyzve pojištěnci k odevzdání přístroje do spánkové laboratoře či dodavateli.

Výdej cirkulovaných ZP, které již byly cirkulovány, ale nebyly přeohlášeny – tyto kódy může předepsat lékař příslušné odbornosti dle zákona č. 48/1997 Sb.
Jedná se o tento kód:
0136500 – výdej cirkulovaných CPAP, BiPAP

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 kombinací 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 $SpO2 \leq 88\%$ 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 $PaCO2 \geq 6,5$ kPa
- Noční hyperkapnie s $PaCO2 \geq 7,3$ kPa prokázaná vyšetřením krevních plynů bezprostředně po probuzení
- Chronická denní hyperkapnie s PaCO2 6,0-6,5 kPa a zaznamenaný noční vzestup o $\geq 1,3$ kPa při transkutánní kapnometrii
- Chronická denní hyperkapnie s PaCO2 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 PaCO2 > 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 PaCO2 ≥ 6,0 kPa
- Noční hyperkapnie s PaCO2 ≥ 6,5 kPa prokázaná vyšetřením krevních plynů bezprostředně po probuzení
- Normokapnie ve dne s vzestupem PTcCO2 o ≥ 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 PaCO2 ≥ 6,0 kPa
- Noční hyperkapnie s PaCO2 ≥ 6,5 kPa prokázaná vyšetřením krevních plynů bezprostředně po probuzení
- Normokapnie ve dne s vzestupem PTcCO2 o ≥ 1,3 kPa v noci prokázaným transkutánní kapnometrií
- Více než tři závažné infekce dolních cest dýchacích za rok
- AHI > 10 a 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 PaCO2 ≥ 7,3 kPa prokázaná vyšetřením krevních plynů bezprostředně po probuzení
- Zaznamenaný vzestup PTcCO2 o ≥ 1,3 kPa v noci při transkutánní kapnometrii
- Limitovaná polygrafie či polysomnografie prokazuje T90 > 30%

- Při manuální titraci nebo polysomnografii je SpO2 ≤ 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 zvážení 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 sčítá 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 obličeje a dýchacích cest

Rekurentní sinusitidy a mediootitidy

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

Kontraindikace DDOT:
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 progrese hyperkapnie při aplikaci kyslíku, kterou nelze ovlivnit neinvazivní ventilační podporou (obvykle aplikovanou v nočních hodinách).

Zdroje kyslíku:
a) stacionární koncentrátor kyslíku
b) mobilní koncentrátor kyslíku
c) vysokoprůtokový koncentrátor kyslíku
d) kapalný kyslík (stacionární + přenosné rezervoáry)
Kyslík je aplikován obvykle pomocí kyslíkových brýlí (výjimečně obličejovou maskou), při průtoku O_2 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_2 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 chůzí (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 SpO2 alespoň 85%.

Pacienti výrazně mobilní:
Pro indikaci ***přístroje na bázi kapalného kyslíku*** je nutné splnit následující indikační kritéria mobility s použitím šestiminutového testu chůzí (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 SpO2 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_2 za minutu jsou indikováni k DDOT kombinací stacionárního a mobilního koncentrátoru kyslíku.

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. Ambulantní ošetřující pneumolog kontroluje pacienty na léčbě DDOT v pravidelných intervalech, přinejmenším však 1x za šest měsíců. Součástí kontroly je měření SpO_2. Optimálním doplňkem je návštěva zdravotní sestrou doma u pacienta se zhodnocením klinického stavu a změřením SpO_2. Přinejmenším 1x ročně musí být pacientovi provedena kontrola respirace bez a při inhalaci kyslíku. V případě, že pacient přestal splňovat kritéria DDOT (zlepšení P_aO_2 nad 8 kPa, klinicky významný vzestup P_aCO_2, 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_2 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 trvající mobilitu, u stacionárních koncentrátorů kyslíku doložit přetrvávající hypoxii.

Ukončení DDOT je rovněž indikováno v případě, že pacient začal opět kouřit nebo nedodržuje-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.

Mechanické insuflátory/exsuflátory (úhradová skupina 10.09.01)

Pro zajištění jednotného posuzování při vystavování poukazu a schvalování úhrady je nutné vyplnit a předložit formulář **„Protokol pro indikaci dlouhodobé domácí léčby pomocí mechanické insuflace, exsuflace“** – dospělí/děti, dostupné z http://www.vzp.cz/poskytovatele/ciselniky/zdravotnicke-prostredky.

Kontraindikace mechanických insuflátorů/exsuflátorů:
· 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

SKUPINA 11 – ZP NEKATEGORIZOVANÉ

Elastoviskozní roztoky jsou hrazeny zdravotní pojišťovnou maximálně ve výši 50 % z konečné ceny 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.

Orální gely/roztoky k výplachům ústní dutiny jsou hrazeny zdravotní pojišťovnou maximálně ve výši 50 % z konečné ceny léčebné kúry zdravotnického prostředku, zbývající část doplácí pacient. Hrazeno je maximálně 3 balení za rok (Gelclair sáček 21 x 15ml a Gelclair lahvička 180 ml). Léčbu indikuje klinický onkolog a Hematologie pacientům s orální mukositidou v důsledku chemoterapie, nebo radioterapie.

SKUPINA 30 – OPRAVY A ÚPRAVY ZP

Preskripční omezení, popis, indikační omezení a množstevní limit jednotlivých úhradových skupin je definován v příloze č. 3 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění.

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

Opravou ZP se rozumí odstranění závad a/nebo prevence poškození ZP. V případě opravy zdravotnického prostředku, která by měla být hrazena z prostředků veřejného zdravotního pojištění je dodavatel povinen informovat zdravotní pojišťovnu, má-li důvodné podezření, že újmu zavinil pojištěnec nebo třetí osoba, jakož i v případě, že stav ZP nebude odpovídat předpokládanému stupni opotřebení s ohledem na datum prvního výdeje.

Úpravou ZP se rozumí přizpůsobení nově vydaného sériově vyráběného ZP specifické fyziognomii pojištěnce nebo již vydaného ZP (sériově vyráběného i individuálně zhotovovaného) okolnostem, které jsou vyvolány změnou zdravotního stavu pojištěnce. Úpravou ZP není přidání hrazeného či nehrazeného příslušenství či modernizace.

ZDRAVOTNICKÉ PROSTŘEDKY ZVLÁŠŤ ÚČTOVANÝ MATERIÁL

SYSTEMATIKA ÚHRADOVÉHO KATALOGU, ZP – ZUM

SKUPINA 01 – OBVAZOVÝ MATERIÁL, NÁPLASTI 45
SKUPINA 41 – IMPLANTÁTY BIOLOGICKÉ LIDSKÉHO A ZVÍŘECÍHO PŮVODU 46
SKUPINA 42 – IMPLANTÁTY SPINÁLNÍ, SPONDYLOCHIRURGIE 49
SKUPINA 43 – SYSTÉMY HYDROCEPHALNÍ DRENÁŽNÍ, MONITOROVACÍ LIKVOROVÉ, ČIDLA .. 50
SKUPINA 44 – IMPLANTÁTY PRO CHIRURGII HLAVY A KRKU 51
SKUPINA 53 – KARDIOSTIMULÁTORY, DEFIBRILÁTORY, ELEKTRODY, CHLOPNĚ 52
SKUPINA 54 – SYSTÉMY IMPLANTABILNÍ NEUROSTIMULAČNÍ, ELEKTR. EPILEPTOLOGICKÉ 53
SKUPINA 55 – CÉVNÍ PROTÉZY 55
SKUPINA 56 – DALŠÍ CHIRURGICKÝ MATERIÁL 56
SKUPINA 59 – FIXAČNÍ POMŮCKY 57
SKUPINA 60 – JEHLY 58
SKUPINA 62 – KANYLY TRACHEOSTOMICKÉ A TRACHEÁLNÍ 59
SKUPINA 64 – IMPLANTÁTY KOSTNÍ, UROLOGICKÉ, MAMMÁRNÍ 60
SKUPINA 68 – STAPLERY, PROSTŘEDKY PRO LAPAROSKOPII 63
SKUPINA 69 – PROSTŘEDKY PRO INFUZI, TRANSFUZI A DIALÝZU 64
SKUPINA 70 – PROSTŘEDKY PRO ANESTEZIOLOGII A RESUSCITACI 66
SKUPINA 71 – PROSTŘEDKY PRO POUŽITÍ V PERIFERNÍ, INTRAKRANIÁLNÍ A NEUROVASKULÁRNÍ OBLASTI 67
SKUPINA 77 – PROSTŘEDKY PRO INTENZIVNÍ A INVAZIVNÍ KARDIOLOGII 68
SKUPINA 78 – STENTY A STENTGRAFTY 69
SKUPINA 81 – RTG filmy A RADIODIAGNOSTICKÉ ZP 73
SKUPINA 82 – PROSTŘEDKY K LAPAROSKOPICKÝM VÝKONŮM – ZUM OBLIGATORNÍ (PAUŠÁL) 74
SKUPINA 83 – PORTY, KATÉTRY IMPLANTABILNÍ, KATÉTRY CENTRÁLNÍ ŽILNÍ S MANŽETOU . 77
SKUPINA 84 – DALŠÍ OSTEOSYNTETICKÝ MATERIÁL 78
SKUPINA 86 – KOMPONENTY PRO NÁHRADY KOLENNÍHO KLOUBU 80
SKUPINA 87 – KOMPONENTY PRO NÁHRADY KYČELNÍHO KLOUBU 81
SKUPINA 88 – KOMPONENTY PRO NÁHRADY OSTATNÍCH KLOUBŮ 82
SKUPINA 89 – CEMENTY KOSTNÍ 83
SKUPINA 90 – ZP PRO ROBOTICKÉ VÝKONY 84
SKUPINA 91 – KOMPONENTY PRO OSTEOSYNTETICKOU ZEVNÍ FIXACI 85
SKUPINA 92 – KARDIOSTEHY 86

Zdravotnické prostředky - zvlášť 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
01110	končetinové návleky
01111	instilace

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

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

Náhrada kůže biologická
Pravidla pro vykázání 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 hydrocephalní 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:

Kategorie *pole KAT*	**Název kategorie**
	Kardiostimulátory
53001	Kardiostimulátor jednodutinový - základ
53011	Kardiostimulátor jednodutinový - premium
53002	Kardiostimulátor dvoudutinový - základ
53012	Kardiostimulátor dvoudutinový - premium
53003	Kardiostimulátor biventrikulární - základ
53013	Kardiostimulátor biventrikulární - premium
	Defibrilátory
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
Generátory			
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 síťky pro laparoskopické i laparotomické použití,
- lepidla tkáňová,
- náhrada kůže biosyntetická, ZUM s atributem „S5“ zvláštní režim pojišťovny pro schválení oprávněnosti úhrady, mohou vykázat 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 vykázat pouze specializovaná pracoviště, odbornost 603,
- set pro aplikaci larev – mohou vykázat 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 ošetřovacího 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 Chondotissue, 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, balónkové, tamponážní, diagnostické, extrakční, dilatační, epicystomické (zejména pro urologii).
Dále jsou zde zařazeny sety a soupravy, sety drenážní zevní (billiární, nefrostomické, hrudní), dilatační, punkční, splinty nosní, sheaty.

Do této skupiny nepatří ZP určené pro endoskopické účely v GIT (tj. skupina 80), ZP pro intervenční výkony v mimokoronárním cévním řečišti (tj. skupina 71), v koronárním cévním řečišti (skupina 77).

Do této skupiny patří RF elektrody pro MW ablaci.

SKUPINA 68 – STAPLERY, PROSTŘEDKY PRO LAPAROSKOPII

ZP – ZUM z této skupiny lze použít pro chirurgické laparoskopické výkony jako fakultativní ZUM (přídatný 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 katétry a soupravy infuzní, pumpy infuzní – infuzory, sety autotransfuzní, sady pro plazmaferézu, sady pro hemofiltraci, sety pro perkutánní nefrostomii, katétry hemodialyzační, katétry 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 imunoadsorpce zejména:

Homozygotní familiární hypercholesterolémie
Kód z číselníku PZT:
Kolony: 0083044, 0194373, 0194374, 0194427, 0194428, 0194429, 0200229
Filtry: 0194362, 0194363, 0194364, 0194365, 0194414, 0194253

Izolovaná nebo převažující hypercholesterolémie 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 inhibitorem 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 ANESTEZIOLOGII 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, mikrokatetry. Vodící dráty (vodiče), zavaděče perkutánní, embolizační spirály, činidla, 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, mikrokatetry. Vodící dráty (vodiče), okludery, zařízení insuflační (indeflátory), zavaděče transseptální a jehly transseptální, ZP pro měření intrakoronárního tlaku.

Katetry 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

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

77100	Řiditelné nechlazené - hrot 4mm
77110	Řiditelné nechlazené - hrot 8mm
77120	Chlazené katetry – 6 otvorů
77130	Chlazené katetry – 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 katetry

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, tračníkové, 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 potahovaný
78051	Balonexpandibilní periferní nepotahovaný
78052	Balonexpandibilní periferní infrapopliteální
78053	Balonexpandibilní periferní dedikované pro ledvinné tepny
78054	Balonexpandibilní periferní DES
78055	Balonexpandibilní periferní bioresorbovatelný
78056	Balonexpandibilní aortální (průměr 18-35mm) potahovaný
78057	Balonexpandibilní aortální (průměr 18-35mm) nepotahovaný
78058	Balonexpandibilní aortální (průměr 18-35mm) DES
78059	Balonexpandibilní aortální (průměr 18-35mm) bioresorbovatelný
78060	Samoexpandibilní periferní potahovaný
78061	Samoexpandibilní periferní nepotahovaný
78062	Samoexpandibilní periferní infrapopliteální
78063	Samoexpandibilní periferní pro užití do karotidy v extrakran. úseku (tubulární, konické)
78064	Samoexpandibilní periferní DES
78065	Samoexpandibilní periferní bioresorbovatelný
78066	Samoexpandibilní aortální (průměr 18-35mm) potahovaný
78067	Samoexpandibilní aortální (průměr 18-35mm) nepotahovaný
78068	Samoexpandibilní aortální (průměr 18-35mm) DES
78069	Samoexpandibilní aortální (průměr 18-35mm) bioresorbovatelný
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 můžou vykázat pouze centra vysoce specializované komplexní kardiovaskulární péče (KKC), ZP může být vykázán jako ZUM u ZV č. 89409 nebo 89323.

Centra vysoce specializované komplexní kardiovaskulární 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

Intrakraniální stent Credo (kód 0153149)

Stent Credo mohou vykázat jako ZUM pouze Centra vysoce specializované cerebrovaskulární péče:

1. Nemocnice České Budějovice, a.s., Boženy Němcové 585/54, 370 01 České Budějovice
2. Fakultní nemocnice Brno, Jihlavská 340/20, 625 00 Brno
3. Fakultní nemocnice u sv. Anny v Brně, Pekařská 664/53, 656 91 Brno
4. Fakultní nemocnice Plzeň, se sídlem Edvarda Beneše 1128/13, 305 99 Plzeň
5. Fakultní nemocnice Hradec Králové, Sokolská 581, 500 05 Hradec Králové
6. Fakultní nemocnice v Motole, V Úvalu 84, 150 06 Praha 5
7. Fakultní nemocnice Olomouc, I. P. Pavlova 6, 775 20 Olomouc
8. Fakultní nemocnice Ostrava, 17. Listopadu 1790, 708 52 Ostrava - Poruba
9. Krajská nemocnice Liberec, a.s., Husova 357/10, 460 63 Liberec
10. Krajská zdravotní, a.s. - Masarykova Nemocnice v Ústí nad Labem, o.z., Sociální péče 3312/12A, 401 13 Ústí nad Labem
11. Nemocnice Na Homolce, Roentgenova 37/2, 150 00 Praha 5
12. Ústřední vojenská nemocnice – Vojenská fakultní nemocnice, U vojenské nemocnice 1200, 169 02 Praha 6
13. Fakultní nemocnice Královské Vinohrady, Šrobárova 1150/50, 100 34 Praha 10

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), kličky 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 ABSCESU 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	BANDÁŽ 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	EZOFAGOKARDIOMYOTOMIE 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 BŘIŠNÍ DRG 90813
0058432	TRANSSEKCE SAKROUTERINNÍCH VAZŮ DRG 90814
0058433	VENTROSUSP.DLE GIL.SC OVARIOPEX.-OVARIÁL.DRG 90815
0058434	DRENÁŽ ABSCESU 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 ABSCESU 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 SÍŤKOU 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 retrográdní, 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 vazu (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.

Kód **0115931** – náhrada kyčelního kloubu MUTARS RS pro revizní indikace - dřík RS potahovaný antialergický COCRMO s TiN cementovaný - podmínkou indikace k použití musí být prokázání alergie na kovovou slitinu, resp. na nikl.

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 kardiochirurgii).