VZP ČR

Úhradový katalog VZP – ZP

Metodika

verze 1150

Platnost od 1. 10. 2026

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

METODIKA PŘEDEPISOVÁNÍ ZP NA POUKAZ 4
SKUPINA 01 – ZP KRYCÍ 7
SKUPINA 02 – ZP PRO INKONTINENTNÍ PACIENTY 9
SKUPINA 03 – ZP PRO PACIENTY SE STOMIÍ 11
SKUPINA 04 – ZP ORTOPEDICKO PROTETICKÉ A ORTOPEDICKÁ OBUV 12
SKUPINA 24 – ZP ORTOPEDICKO-PROTETICKÉ – NA ZAKÁZKU 13
SKUPINA 05 – ZP PRO PACIENTY S DIABETEM A S JINÝMI PORUCHAMI METABOLISMU 19
SKUPINA 06 – ZP PRO KOMPRESIVNÍ TERAPII 33
SKUPINA 26 – ZP PRO KOMPRESNÍ TERAPII – NA ZAKÁZKU 35
SKUPINA 07 – ZP PRO PACIENTY S PORUCHOU MOBILITY 37
SKUPINA 08 – ZP PRO PACIENTY S PORUCHOU SLUCHU 43
SKUPINA 08 – PŘÍSLUŠENSTVÍ KE SLUCHADLŮM – NA ZAKÁZKU 46
SKUPINA 09 – ZP PRO PACIENTY S PORUCHOU ZRAKU 47
SKUPINA 09 – ZP PRO KOREKCI ZRAKU A ZP KOMPENZAČNÍ PRO ZRAKOVĚ POSTIŽENÉ – NA ZAKÁZKU 48
SKUPINA 10 – ZP RESPIRAČNÍ, INHALAČNÍ A PRO APLIKACI ENTERÁLNÍ VÝŽIVY 49
SKUPINA 11 – ZP NEKATEGORIZOVANÉ 54
SKUPINA 30 – OPRAVY A ÚPRAVY ZP……...52

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 zákona 48/1997 Sb. a v příloze zákona č. 288/2025 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.

V rámci metodiky je používán pojem „Poukaz“, kterým je myšlen elektronický poukaz (ePoukaz). V případě, že je v souladu s legislativními výjimkami využit listinný poukaz, uplatňují se v metodice uvedené postupy přiměřeně.

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 zdravotní pojišťovnou.

Předepsat na Poukaz lze pouze ZP, kterému byl přidělen sedmimístný kód. Poukaz vyplněný lékařem/předepisujícím musí splňovat (obsahovat) náležitosti dle aktuálního znění Metodiky pro pořizování a předávání dokladů VZP ČR.

Předepsání ZP na Poukaz u úhradových skupin stanovených v Příloze zákona 288/2025 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, zdravotní pojišťovna posoudí tuto žádost 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 § 35 zák. č. 375/2022 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 **veřejného zdravotního pojištění**, 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 zdravotní pojišťovna. Schválení zdravotní pojišťovnou 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/předepisujícím.
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
Zdravotnické prostředky, které podléhají schválení zdravotní pojišťovnou dle zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů, mohou být opakovaně a pravidelně předepisovány za splnění podmínek a postupu daném příslušnými právními předpisy, zejména zákonem č. 375/2022 Sb., o zdravotnických prostředcích. Výše zmíněné předpisy stanovují podmínku písemného souhlasu zdravotní pojišťovny s opakovaným předepisováním zdravotnického prostředku.

Je-li v oddílu C stanoven množstevní nebo frekvenční limit zdravotnického prostředku v množství více než jednoho kusu za období přesahující 3 měsíce, lze takový zdravotnický prostředek předepsat a vydat najednou pouze v množství pro zajištění potřeby pacienta, u kterého je předpoklad účelného využití celého množství do jeho další kontrolní návštěvy u ošetřujícího lékaře, nejdéle však na dobu 3 měsíců.

Zkratky specializací a označení speciálních zaměření pracovišť viz soubor OME_PZT (např. viz *www.vzp.cz*).**Přechodná ustanovení (§ 3 zákona č. 288/2025 Sb.)**

(1) Zdravotnický prostředek předepsaný na poukaz podle zákona č. 48/1997 Sb., ve znění účinném přede dnem nabytí účinnosti tohoto zákona, který byl u osoby oprávněné vydávat zdravotnické prostředky podle zákona o zdravotnických prostředcích uplatněn přede dnem nabytí účinnosti tohoto zákona, je hrazen ve výši a za podmínek stanovených zákonem č. 48/1997 Sb., ve znění účinném přede dnem nabytí účinnosti tohoto zákona.

(2) Zdravotnický prostředek předepsaný na poukaz podle zákona č. 48/1997 Sb., ve znění účinném přede dnem nabytí účinnosti tohoto zákona, který byl u osoby oprávněné vydávat zdravotnické prostředky podle zákona o zdravotnických prostředcích uplatněn po nabytí účinnosti tohoto zákona, je hrazen ve výši a za podmínek stanovených tímto zákonem.

SKUPINA 01 – ZP KRYCÍ

Obvazový materiál předepisuje na Poukaz smluvní lékař/předepisující Pojišťovny dle typu zdravotnického prostředku (viz Úhradový katalog).

Zvlášť účtovaný materiál (označení M poli PRO) může být vykazován pouze v návaznosti na zdravotní výkon, nepodléhá schválení zdravotní pojišťovnou (bez označení „Z“ v poli LIM1).

Prostředky pro vlhké hojení ran

Pro zajištění účelné preskripce zdravotnických prostředků pro vlhké hojení ran předepisuje ošetřující lékař, sestra v domácí péči nebo sestra v lékařských oborech (dle pravidel preskripčního omezení uvedených v Oddílu A tabulce č. 4 přílohy zákona č. 288/2025 Sb.) tyto prostředky výhradně na základě klinického vyšetření pojištěnce provedeného ošetřujícím lékařem. Zdravotnické prostředky pro vlhké hojení ran lze předepsat pouze na každou fázi hojení rány zvlášť – nelze předepsat tyto prostředky najednou na všechny fáze dopředu bez průběžného zhodnocení úspěšnosti hojení rány.

Prostředky pro vlhké hojení ran – Postup při preskripci v období prvních 6 měsíců léčby

Lékař/předepisující při zahájení léčby pomocí prostředků pro vlhké hojení ran vyplní Poukaz s oznámením signálního kódu 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 zdravotní pojišťovnou v souladu se zněním zákona č. 288/2025 Sb., až po uplynutí 6 měsíců od zahájení léčby.

Na Poukazu 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) **Před prvním předepsání prostředku pro vlhké hojení**
   Na Poukaz 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 Poukazu **Zdůvodnění** uvede
   - **Anatomická lokalizace rány (např. 4 prst pravé dolní končetiny), popis rány a jejích okrajů (např. způsob vzniku rány, doba trvání rány a předchozí léčby, přítomnost edému, typ rány dle WHC klasifikace, vzhled okrajů a okolí rány, přítomnost kavit či macerace), velikost rány (délka x šířka x hloubka)** pro který vlhké krytí indikuje a předepisuje.
   - **V případě pořízení fotodokumentace postupujte** v souladu s Metodickým pokynem, kterým se stanoví pravidla k fotodokumentaci ran uveřejněným ve Věstníku MZ ČR 8/2024.

V případě, že byla pořízena fotodokumentace, žádáme o uvedení informace (FOTODOKUMENTACE PROVEDENA ANO/NE) o jejím pořízení.

Současně lékař/předepisující 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**

b) Při dalším předepsání v období prvních 6 měsíců již lékař/předepisující další signální kód pro tuto ránu nevystavuje!

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/předepisující opět podle bodu a*)*, tzn. vystaví nový Poukaz, …

Pokud pojištěnec v průběhu prvních 6 měsíců léčení přejde k jinému ošetřujícímu lékaři, který pokračuje léčbou vlhkým krytím, obě doby léčení se sčítají.

Postup při preskripci pro období po uplynutí prvních 6 měsíců léčby

Po uplynutí období 6 měsíců od vystavení prvního Poukazu 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 zdravotní pojišťovny (v Číselníku VZP – ZP označeno symbolem Z v poli LIM1).
Lékař/předepisující vystaví dle smluvně závazné a aktuálně platné Metodiky pro pořizování a předávání dokladů nový Poukaz s uvedením konkrétního kódu krytí, požadovaného počtu balení, specifikace požadavku, zdůvodnění včetně **přiložení fotodokumentace** rány v souladu s Metodickým pokynem, kterým se stanoví pravidla k fotodokumentaci ran uveřejněným ve Věstníku MZ ČR 8/2024, atd.

SKUPINA 02 – ZP PRO INKONTINENTNÍ PACIENTY

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

ZP absorpční pro inkontinentní pacienty předepisuje smluvní lékař/předepisující Pojišťovny odbornosti GER, GYN, CHI, NEF, NEU, PED, PRL, SDP, SLO, 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.
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).

Indikací pro předpis absorpčních 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 437,92 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 876,96 Kč/měsíc.

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 1 721,43 Kč/měsíc.

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;
- absorpční 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

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

ZP pro pacienty se stomií nepodléhají schvalování zdravotní pojišťovnou.

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

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. 288/2025 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 uvedením poznámky v Poukazu.

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 zdravotní pojišťovnou.

SKUPINA 24 – ZP ORTOPEDICKO-PROTETICKÉ – NA ZAKÁZKU

ZP ortopedicko-protetické na zakázku předepisuje smluvní lékař Pojišťovny příslušné odbornosti na Poukaz.
Výrobce ortopedicko-protetického ZP na zakázku musí mít na tuto činnost uzavřenou smlouvu s příslušným pracovištěm VZP.

U kódů označených symbolem Z (v poli LIM), 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 na zakázku – kód 4000054 může předepsat lékař odbornosti CHI, ORP, ORT, PLA, REH maximálně 1 kus za 2 roky, předpis podléhá schválení zdravotní pojišťovnou; kód 4000055 může předepsat lékař odbornosti CHI, ORP, ORL, PLA, POP maximálně 1 kus za 1 rok, předpis podléhá schválení zdravotní pojišťovnou.

Ortézu na zakázku – 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 deformita	Střední kombinovaná deformita	Těžká kombinovaná deformita	Velmi těžká kombinovaná deformita	Velmi těžká kombinovaná deformita
Mírná brachycefalie 83-88 %	Mírná jednoduchá deformita	Mírná kombinovaná deformita	Střední kombinovaná deformita	Těžká jednoduchá deformita	Velmi těžká kombinovaná deformita
Bez nálezu 73-83 %	Bez deformity	Mírná jednoduchá deformita	Střední jednoduchá deformita	Těžká jednoduchá deformita	Velmi těžká jednoduchá deformita

Velmi těžký a těžký stupeň závažnosti – aplikace ortézy se doporučuje

Vzhledem k rychlosti růstu hlavičky dítěte je nutné zahájit léčbu ortézou do 6. měsíce, nejpozději však do jednoho roku 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 zdravotní pojišťovnou.

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 zdravotní pojišťovnou.

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 zdravotní pojišťovnou. 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 zdravotní pojišťovnou. 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 nebo exartikulace v kolenním kloubu 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.

3. Stehenní amputace s dosaženým stupněm aktivity IV.

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 ortopedická – na zakázku (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 ortopedická – na zakázku (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 OME1).
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 ortopedická – na zakázku (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 ortopedická – na zakázku – 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 – na zakázku 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 – na zakázku (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.

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). Z veřejného zdravotního pojištění není možné hradit vložky pro sportovní využití.

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

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

Individuální terapeutické úpravy sériově vyrobené obuvi – úhrada Pojišťovnou maximálně 1 pár za 6 měsíců z 80 %; zkrat dolní končetiny; deformity nohy; kombinované vady; preskripce není možná se souběhem ortopedické obuvi na zakázku.

SKUPINA 05 – ZP PRO PACIENTY S DIABETEM A S JINÝMI PORUCHAMI METABOLISMU

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

UHR1 - předpis odborností DIA; PRL; INT za podmínek:
- diabetes mellitus při léčbě perorálními antidiabetiky – 100 ks/1 rok

UHR2 - předpis odborností DIA; INT za podmínek:
- diabetes mellitus při léčbě inzulínem – 400 ks / 1 rok

UHR2 - předpis odborností DIA za podmínek:
- diabetes mellitus při léčbě injekčními neinzulínovými antidiabetiky, 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; nediabetická hypoglykémie (kongenitální hyperinzulinismus, dědičná metabolická porucha) u dětí do 10 let včetně – 2500 ks/ 1 rok

U zdravotnických prostředků pro monitoraci glukózy 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.

Systémy pro monitoraci glykémie pro pacienty s DM2 a ostatními typy diabetu kromě DM1, těhotných a dětí a pro pacienty se systémem limitované kontinuální monitorace glukózy nedosahující cílových parametrů (úhradové řádky číslo 4; 5; 6; 11; 13 a 14 v tabulce na str. 22-30) mohou předepisovat pouze lékaři – diabetologové v rámci diabetologických center a diabetologové s osvědčením od ČDS JEP o proškolení k předepisování senzorů pro pacienty s DM2 a dalších kromě DM1. Toto osvědčení ČDS JEP se dokládá prostřednictvím seznamu lékařů předaného ČDS JEP zdravotním pojišťovnám (s uvedením jména, příjmení a data narození lékaře).

U signálních kódů předepisující vyplní do systému ePoukaz typ diabetu a stručně indikační kritéria, která pacient splňuje pro předpis senzoru. Nelze použít obecné formulace např. „splňuje kritéria legislativy“ apod.

Doložení záznamu z měření glukometrem lze nahradit záznamem z použití senzoru.

Před vystavením **prvního** ePoukazu na konkrétní typ senzoru musí předepisující lékař odeslat zdravotní pojišťovně ePoukaz, na kterém je uveden signální kód. Ihned po vystavení ePoukazu se signálním kódem může lékař vystavit ePoukaz na konkrétní senzor.

Signální kód slouží k ohlášení počátku léčby pomocí senzorů a je vystavován **vždy pouze jednou**, a to před první preskripcí senzorů nebo v případě, že z důvodu změny zdravotního stavu pacienta je třeba zvolit senzor z jiné Úhradové skupiny. Předepisující lékař uvede příslušný signální kód na ePoukaz, který převede do stavu „ke schválení“, čímž odešle ePoukaz do rozhraní zdravotní pojišťovny (slovní spojení „ke schválení“ vyjadřuje pouze popis technického řešení předání informace pojišťovně, nikoliv podmínku posouzení nároku na úhradu pojišťovnou tzn. nepodléhá faktickému schválení). **Vystavení ePoukazu na signální kód neblokuje preskripci konkrétních senzorů a ihned po jeho odeslání lze vystavit ePoukaz na konkrétní senzory. Není nutné čekat na vyjádření pojišťovny ke stavu ePoukazu na signální kód.**

V případě indikací odpovídajících části UHS svázaných se signálním kódem **0142942** CGM – DM1 DOSPĚLÍ musí být první vystavený ePoukaz na senzor ze skupiny **05.02.05.01** odeslán ke schválení příslušné zdravotní pojišťovně, včetně případné dokumentace prokazující splnění indikačních kritérií; po jeho schválení bude moci pojištěnec uplatnit ePoukaz na senzor ve výdejně.

V případě indikací odpovídajících částem UHS svázaných se signálními kódy **0201137** CGM – DM KROMĚ DM1 a **0201142** LIM CGM/FGM – DM DOSPĚLÍ KROMĚ DM1 (tj. v případě senzorů schvalovaných po 8. měsíci) postupuje předepisující lékař následovně:

1) při zahájení léčby – odešle ePoukaz s příslušným signálním kódem zdravotní pojišťovně a následně vystaví ePoukaz na první 3 měsíce;
2) po 3 měsících – vystaví předepisující ePoukaz na senzory na druhé 3 měsíce;
3) po 6 měsících – předepisující zhodnotí, zda léčba splňuje přínosy stanovené daným podřádkem UHS, pokud ano vystaví ePoukaz na senzory na další 3 měsíce; ePoukaz/y se vystavuje vždy pouze na období následujících 3 měsíců;
4) po uplynutí 8 měsíců od výdeje prvního senzoru – vystaví ePoukaz na senzory na další 3 měsíce (signální kód se neodesílá), k ePoukazu doplní zprávu o splnění zákonem stanovených přínosů léčby a je povinen ho zaslat ke schválení zdravotní pojišťovně; po schválení zdravotní pojišťovnou (pokud budou všechny podklady a dokumenty správně odeslány) bude moci pojištěnec uplatnit ePoukaz ve výdejně;
5) další ePoukazy se již neschvalují.

Všechny níže uvedené signální kódy se do zdravotních pojišťoven odesílají pomocí systému ePoukaz.

ePoukazy se signálními kódy **0201363 a 0201364** s informací o pacientovi, který pokračuje v léčbě hrazené před 1. 1. 2026, je třeba odeslat nejpozději do 31. 12. 2026.

Signální kódy pro oznámení začátku léčby ZP z úhradové skupiny 05.02.04.02 a 05.02.05.01:

Kód	Název	Doplněk názvu	Popis
0142942	CGM – DM1 DOSPĚLÍ	JEDNORÁZOVÝ SIGNÁLNÍ KÓD ZP; SENZORY SCHVALOVÁNY PŘI PRVNÍ PRESKRIPCI	Signální kód se uvede na **ePoukaz**, který je převeden do stavu **„ke schválení“**. Ihned po odeslání ePoukazu na signální kód lze vystavit **ePoukaz na zdravotnický prostředek ze skupiny 05.02.05.01, který při prvním předepsání podléhá schválení** (teprve po jeho schválení může být vydán na úhradu ze zdravotního pojištění). Každý další ePoukaz na tytéž prostředky pro stejného pacienta se již neschvaluje.
0201137	CGM – DM2 A DALŠÍ DM KROMĚ DM1	JEDNORÁZOVÝ SIGNÁLNÍ KÓD ZP; SENZORY SCHVALOVÁNY PŘI PRESKRIPCI PO 8. MĚSÍCI	Signální kód se uvede na **ePoukaz**, který je převeden do stavu **„ke schválení“**. Ihned po odeslání ePoukazu na signální kód lze vystavit **ePoukaz na zdravotnické prostředky ze skupiny 05.02.05.01, který se neschvaluje. Zdravotnické prostředky bez schválení je možné předepisovat po dobu 8 měsíců po vydání prvního senzoru. První ePoukaz na senzory vystavený po uplynutí 8 měsíců od prvního výdeje musí být odeslán ke schválení pojišťovnou. Další ePoukazy na tyto prostředky pro stejného pacienta (následující po schváleném ePoukazu) se již neschvalují.**
0201138	CGM – TRANSPLANTACE A PANKREATEKTOMIE	JEDNORÁZOVÝ SIGNÁLNÍ KÓD ZP; SENZORY NESCHVALOVÁNY	Signální kód se uvede na **ePoukaz**, který je převeden do stavu **„ke schválení“**. Ihned po odeslání ePoukazu na signální kód lze vystavit **ePoukaz na zdravotnické prostředky ze skupiny 05.02.05.01, který se neschvaluje.**
0201139	CGM – DM1 DĚTI A TĚHOTNÉ	JEDNORÁZOVÝ SIGNÁLNÍ KÓD ZP; SENZORY NESCHVALOVÁNY	Signální kód se uvede na **ePoukaz**, který je převeden do stavu **„ke schválení“**. Ihned po odeslání ePoukazu na signální kód lze vystavit **ePoukaz na zdravotnické prostředky ze skupiny 05.02.05.01, který se neschvaluje.**
0201140	LIM CGM/FGM – DM1; PO TRANSPLANTACI; PO PANKREATEKTOMII	JEDNORÁZOVÝ SIGNÁLNÍ KÓD ZP; SENZORY NESCHVALOVÁNY	Signální kód se uvede na **ePoukaz**, který je převeden do stavu **„ke schválení“**. Ihned po odeslání ePoukazu na signální kód lze vystavit **ePoukaz na zdravotnické prostředky ze skupiny 05.02.04.02, který se neschvaluje.**
0201141	LIM CGM/FGM – DM DĚTI A TĚHOTNÉ KROMĚ DM1	JEDNORÁZOVÝ SIGNÁLNÍ KÓD ZP; SENZORY NESCHVALOVÁNY	Signální kód se uvede na **ePoukaz**, který je převeden do stavu **„ke schválení“**. Ihned po odeslání ePoukazu na signální kód lze vystavit **ePoukaz na zdravotnické prostředky ze skupiny 05.02.04.02, který se neschvaluje.**
0201142	LIM CGM/FGM – DM2 A DALŠÍ DM DOSPĚLÍ KROMĚ DM1	JEDNORÁZOVÝ SIGNÁLNÍ KÓD ZP SENZORY SCHVALOVÁNY PŘI PRESKRIPCI PO 8. MĚSÍCI	Signální kód se uvede na **ePoukaz**, který je převeden do stavu **„ke schválení“**. Ihned po odeslání ePoukazu na signální kód lze vystavit **ePoukaz na zdravotnické prostředky ze skupiny 05.02.04.02, který se neschvaluje. Zdravotnické prostředky bez schválení je možné předepisovat po dobu 8 měsíců po zahájení léčby (po vystavení prvního ePoukazu na tyto prostředky). První ePoukaz na senzory vystavený po uplynutí 8 měsíců od prvního výdeje musí být odeslán ke schválení pojišťovnou. Další ePoukazy na tyto prostředky (následující po schváleném ePoukazu) se již neschvalují.**

0201363	CGM – POKRAČOVÁNÍ V LÉČBĚ	JEDNORÁZOVÝ SIGNÁLNÍ KÓD ZP	Informace o pacientovi, který pokračuje v léčbě hrazené před 1. 1. 2026. Signální kód se uvede na **ePoukaz**, který je převeden do stavu **„ke schválení“**. Ihned po odeslání ePoukazu na signální kód lze vystavit **ePoukaz na zdravotnické prostředky ze skupiny 05.02.05.01, který se neschvaluje.**
0201364	LIM CGM/FGM - POKRAČOVÁNÍ V LÉČBĚ	JEDNORÁZOVÝ SIGNÁLNÍ KÓD ZP	Informace o pacientovi, který pokračuje v léčbě hrazené před 1. 1. 2026. Signální kód se uvede na **ePoukaz**, který je převeden do stavu **„ke schválení“**. Ihned po odeslání ePoukazu na signální kód lze vystavit **ePoukaz na zdravotnické prostředky ze skupiny 05.02.04.02, který se neschvaluje.**

Všechny výše uvedené signální kódy se do zdravotních pojišťoven odesílají pomocí systému ePoukaz.

Přiřazení signálních kódů k řádkům zákona 288/2025 Sb. k 1.1.2026

Číselný kód	Název úhradové skupiny kategorizačního stromu	Popis	Preskripční omezení	Schválení zdravotní pojišťovnou	Indikační omezení	Množstevní nebo frekvenční limit	Úhradový limit bez DPH	Možnost cirkulace	Signální kód	Číslo úhr. řádku
05.02.04.02	systémy pro limitovanou kontinuální monitoraci glukózy (CGM) včetně systémů pro okamžitou monitoraci glukózy (FGM) - senzory, vysílače a případně přijímač, který není "SMART" zařízením	Terapeutické CGM, bez možnosti napojení na inzulínovou pumpu a bez dalších pokročilých funkcí. Technické charakteristiky: bezdrátový přenos dat o hladině glukózy do přijímače, voděodolnost vysílače a doba použitelnosti senzoru minimálně 7 dní.	DIA	ne	pacienti po transplantaci slinivky nebo ledvin; ochrana štěpu po transplantaci, pacienti po odstranění slinivky	nelze současně s 05.02.05.01	32.530,21 Kč / 1 rok	ne	0201140	1
			DIA	ne	diabetes mellitus 1. typu, léčba intenzifikovanou inzulínovou terapií (3 a více injekcí inzulínu denně nebo léčba inzulínovou pumpou)	nelze současně s 05.02.01.01; 05.02.01.02 nebo 05.02.05.01; u pacientů od 19 let věku je prvotní preskripce na 6 měsíců a další preskripce je možná pouze po doložitelném zlepšení kompenzace (např. zvýšení TIR a/nebo snížení HbA_{1C} a/nebo výskytu hypoglykémie a/nebo hyperglykémie a/nebo glykemické variability		ne	0201140	2

								a/nebo průměrné glykémie) a při dobré spolupráci definované ověřeným používáním senzoru nebo počtem zobrazení výsledků v aplikaci, pokud to systém limitované kontinuální monitorace glukózy umožňuje, současně limit na 05.02.02.01 100 ks/1 rok; u pacientů do 18 let věku včetně současně limit na 05.02.02.01 300 ks/1 rok				
			DIA	ne	ostatní typy diabetes mellitus kromě 1. typu, léčba neinzulínovým i antidiabetiky nebo inzulínem	pacientky v průběhu těhotenství nebo šestinedělí; děti do 18 let věku včetně		nelze současně s 05.02.05.01		ne	0201141	3
			DIA v rámci diabetologického centra; DIA s osvědčením ČDS JEP o	ano, při preskripci následující po 8. měsíci od	ostatní typy diabetes mellitus (kromě 1. typu), léčba	se syndromem porušeného vnímání hypoglykémie (Clarkova	při prvotní preskripci nutné doložit nejméně	nelze současně s 05.02.05.01; prvotní preskripce je		ne	0201142	4

			proškolení pro používání glukózových senzorů u pacientů s diabetem 2. typu a ostatních typů diabetu s výjimkou diabetu 1. typu	zahájení léčby při prokázání splnění indikačních kritérií	intenzifikovanou inzulínovou terapií (3 a více injekcí inzulínu denně nebo léčba inzulínovou pumpou)	metoda a/nebo Gold score ≥ 4); s častými hypoglykémiemi (> 4 % času); se závažnými hypoglykémiemi (2 a více závažných hypoglykémií v průběhu posledních 12 měsíců); s verifikovanými nočními hypoglykémiemi; s vysokou glykemickou variabilitou (%CV > 36)	30denní záznam měření glukometrem o průměrné frekvenci ≥ 2x denně	na 6 měsíců, další preskripce je možná pouze po doložitelném zlepšení kompenzace (např. zvýšení TIR a/nebo snížení HbA_{1C} a/nebo výskytu hypoglykémie a/nebo hyperglykémie a/nebo glykemické variability a/nebo průměrné glykémie) a při dobré spolupráci definované ověřeným používáním senzoru nebo počtem zobrazení výsledků v aplikaci, pokud to systém limitované kontinuální monitorace glukózy umožňuje, současně limit na				

								05.02.02.01 100 ks/1 rok				
			DIA v rámci diabetologického centra; DIA s osvědčením ČDS JEP o proškolení pro používání glukózových senzorů u pacientů s diabetem 2. typu a ostatních typů diabetu s výjimkou diabetu 1. typu	ano, při preskripci následující po 8. měsíci od zahájení léčby při prokázání splnění indikačních kritérií	ostatní typy diabetes mellitus (kromě 1. typu), léčba intenzifikovanou inzulínovou terapií (3 a více injekcí inzulínu denně nebo léčba inzulínovou pumpou)	s neuspokojivou kompenzací diabetu (HbA_{1C} ≥ 53 mmol/mol)	při prvotní preskripci nutné doložit nejméně 30denní záznam měření glukometrem o průměrné frekvenci ≥ 2x denně	nelze současně s 05.02.05.01; prvotní preskripce je na 6 měsíců, další preskripce je možná pouze po doložitelném zlepšení kompenzace (např. zvýšení TIR a/nebo snížení HbA_{1C} a/nebo výskytu hypoglykémie a/nebo hyperglykémie a/nebo glykemické variability a/nebo průměrné glykémie) a při dobré spolupráci definované ověřeným používáním senzoru nebo počtem zobrazení výsledků v aplikaci, pokud to systém		ne	0201142	5

								limitované kontinuální monitorace glukózy umožňuje, současně limit na 05.02.02.01 100 ks/1 rok				
			DIA v rámci diabetologického centra; DIA s osvědčením ČDS JEP o proškolení pro používání glukózových senzorů u pacientů s diabetem 2. typu a ostatních typů diabetu s výjimkou diabetu 1. typu	ano, při preskripci následující po 8. měsíci od zahájení léčby při prokázání splnění indikačních kritérií	ostatní typy diabetes mellitus (kromě 1. typu), léčba intenzifikovanou inzulínovou terapií (3 a více injekcí inzulínu denně nebo léčba inzulínovou pumpou)	s nízkou sekrecí inzulínu definovaná hladinou C-peptidu nižší než 0,4 nmol/l (< 400 pmol/l)	při prvotní preskripci nutné doložit nejméně 30denní záznam měření glukometrem o průměrné frekvenci ≥ 2x denně	nelze současně s 05.02.05.01; prvotní preskripce je na 6 měsíců, další preskripce je možná pouze po doložitelném zlepšení kompenzace (např. zvýšení TIR a/nebo snížení HbA_{1C} a/nebo výskytu hypoglykémie a/nebo hyperglykémie a/nebo glykemické variability a/nebo průměrné glykémie) a při dobré spolupráci definované ověřeným používáním		ne	0201142	6

								senzoru nebo počtem zobrazení výsledků v aplikaci, pokud to systém limitované kontinuální monitorace glukózy umožňuje, současně limit na 05.02.02.01 100 ks/1 rok				
05.02.05.01	systémy pro kontinuální monitoraci glukózy (CGM) – senzory, vysílače a případně přijímač, který není "SMART" zařízením nebo chytré inzulínové pero spolupracující s aplikací pro CGM	Terapeutické CGM bez nutnosti průběžné kalibrace s možností napojení na inzulínovou pumpu. Technické charakteristiky: bezdrátový přenos dat o hladině glukózy do přijímače, vodotěsnost vysílače a doba použitelnosti senzoru minimálně 7 dní.	DIA	ne	pacienti po transplantaci slinivky nebo ledvin; ochrana štěpu po transplantaci, pacienti po odstranění slinivky			nelze současně s 05.02.04.02	47.450,00 Kč / 1 rok	ne	0201138	7
			DIA	ne	diabetes mellitus 1. typu, léčba intenzifikovanou inzulínovou terapií (3 a více injekcí inzulínu denně nebo léčba inzulínovou pumpou)	pacientky v průběhu těhotenství nebo šestinedělí; děti do 18 let věku včetně		nelze současně s 05.02.04.02		ne	0201139	8
			DIA	ano, prvotní preskripce	diabetes mellitus 1. typu, léčba intenzifikovanou inzulínovou terapií (3 a více injekcí inzulínu denně nebo léčba inzulínovou pumpou)	se syndromem porušeného vnímání hypoglykémie (Clarkova metoda nebo Gold score ≥ 4); s častými hypoglykémiemi (≥ 10 % času stráveného v hypoglykemickém rozmezí při předchozí monitoraci); s labilním diabetem (vysoká glykemická variabilita určená směrodatnou odchylkou ≥ 3,5 mmol / l); se závažnými hypoglykémiemi (2 a více		nelze současně s 05.02.04.02		ne	0142942	9

						závažných hypoglykémií v průběhu posledních 12 měsíců)					
			DIA	ano, prvotní preskripce	diabetes mellitus 1. typu, léčba intenzifikovanou inzulínovou terapií (3 a více injekcí inzulínu denně nebo léčba inzulínovou pumpou)	pacienti s dobrou spoluprací s lékařem a režimovou kázní; pacienti s glykovaným hemoglobinem < 60 mmol / mol nesplňující jiná indikační kritéria, kteří do 6 měsíců od zahájení monitorace prokáží objektivizovatelné zlepšení kompenzace	nelze současně s 05.02.04.02		ne	0142942	10
			DIA v rámci diabetologického centra; DIA s osvědčením ČDS JEP o proškolení pro používání glukózových senzorů u pacientů s diabetem 2. typu a ostatních typů diabetu s výjimkou diabetu 1. typu	ano, při preskripci následující po 8. měsíci od zahájení léčby při prokázání splnění indikačních kritérií	pacient se systémem limitované kontinuální monitorace glukózy (3 a více injekcí inzulínu denně nebo léčba inzulínovou pumpou), který nedosahuje některého z následujících cílových parametrů: času v cílovém rozmezí > 70 %; hypoglykémie < 4 %; %CV < 36; hyperglykémie (> 10 mmol/l) < 25 % času		nelze současně s 05.02.04.02	34.785,57 Kč / 1 rok	ne	0201137	11
			DIA	ano, při preskripci následující po 8. měsíci od zahájení léčby při prokázání splnění indikačních kritérií	ostatní typy diabetes mellitus kromě 1. typu, léčba intenzifikovanou inzulínovou terapií (3 a více injekcí inzulínu denně nebo léčba inzulínovou pumpou)	pacientky v průběhu těhotenství nebo šestinedělí; děti do 18 let věku včetně	nelze současně s 05.02.04.02		ne	0201137	12
			DIA v rámci diabetologické	ano, při preskripci	ostatní typy diabetes	HbA1C ≥ 60 mmol/mol; se při prvotní preskripci	nelze současně s		ne	0201137	13

			ho centra; DIA s osvědčením ČDS JEP o proškolení pro používání glukózových senzorů u pacientů s diabetem 2. typu a ostatních typů diabetu s výjimkou diabetu 1. typu	následujíc í po 8. měsíci od zahájení léčby při prokázání splnění indikačníc h kritérií	mellitus (kromě 1. typu), léčba intenzifikovan ou inzulínovou terapií (3 a více injekcí inzulínu denně nebo léčba inzulínovou pumpou)	syndromem porušeného vnímání hypoglykémie (Clarkova metoda a/nebo Gold score ≥ 4); s častými hypoglykémie mi (> 4 % času); se závažnými hypoglykémie mi (2 a více závažných hypoglykémií v průběhu posledních 12 měsíců); s verifikovanými nočními hypoglykémie mi; s vysokou glykemickou variabilitou (%CV > 36)	nutné doložit nejméně 30denní záznam měření glukometre m o průměrné frekvenci ≥ 2x denně	05.02.04.02; prvotní preskripce je na 6 měsíců, další preskripce je možná pouze po doložitelném zlepšení kompenzace (např. zvýšení TIR, snížení HbA_{1C} a/nebo výskytu hypoglykémi e a/nebo hyperglykém ie a/nebo glykemické variability a/nebo průměrné glykémie) a při dobré spolupráci definované ověřeným používáním senzoru, současně limit na 05.02.02.01 400 ks/1 rok				

			DIA v rámci diabetologického centra; DIA s osvědčením ČDS JEP o proškolení pro používání glukózových senzorů u pacientů s diabetem 2. typu a ostatních typů diabetu s výjimkou diabetu 1. typu	ano, při preskripci následující po 8. měsíci od zahájení léčby při prokázání splnění indikačních kritérií	ostatní typy diabetes mellitus (kromě 1. typu), léčba intenzifikovanou inzulínovou terapií (3 a více injekcí inzulínu denně nebo léčba inzulínovou pumpou)	s nízkou sekrecí inzulínu definovanou hladinou C-peptidu nižší než 0,4 nmol/l (< 400 pmol/l)	při prvotní preskripci nutné doložit nejméně 30denní záznam měření glukometrem o průměrné frekvenci ≥ 2x denně	nelze současně s 05.02.04.02; prvotní preskripce je na 6 měsíců, další preskripce je možná pouze po doložitelném zlepšení kompenzace (např. zvýšení TIR, snížení HbA_{1C} a/nebo výskytu hypoglykémie a/nebo hyperglykémie a/nebo glykemické variability a/nebo průměrné glykémie) a při dobré spolupráci definované ověřeným používáním senzoru, současně limit na 05.02.02.01 400 ks/1 rok		ne	0201137	14

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.

§ 3 odst. 6 Zákon č. 288/2025 Sb. uvádí přechodná ustanovení související s předpisem zdravotnických prostředků pro monitoraci glukózy zařazené do UHS 05.02.05.01:

Systém pro kontinuální monitoraci glukózy zařazený do úhradové skupiny 05.02.05.01 podle tohoto zákona lze po schválení zdravotní pojišťovnou na základě doložení zlepšení kompenzace, které lze prokázat zejména zvýšením TIR, snížením HbA1C anebo výskytem hypoglykémie anebo hyperglykémie anebo glykemické variability anebo průměrné glykémie, a spolupráce pacienta ověřené používáním senzoru předepsat lékařem stanoveným preskripčním omezením pro diabetes, s výjimkou diabetu 1. typu, v uvedené úhradové skupině na poukaz také pacientovi s diabetem, s výjimkou diabetu 1. typu, který

a) je léčen intenzifikovanou inzulínovou terapií prostřednictvím 3 a více injekcí inzulínu denně nebo prostřednictvím léčby inzulínovou pumpou,

b) nejméně 9 měsíců používal systém pro kontinuální monitoraci glukózy zařaditelný do úhradové skupiny 05.02.05.01 podle zákona č. 48/1997 Sb., ve znění účinném přede dnem nabytí účinnosti tohoto zákona, avšak nečerpal úhradu z veřejného zdravotního pojištění, a

c) při zahájení používání systému pro kontinuální monitoraci glukózy podle písmene b) splňoval tyto podmínky:

1. HbA1C ≥ 60 mmol/mol; se syndromem porušeného vnímání hypoglykémie diagnostikované pomocí Clarkovy metody anebo Gold score ≥ 4; časté hypoglykémie zabírající více než 4 % času; alespoň 2 závažné hypoglykémie v průběhu posledních 12 měsíců; verifikované noční hypoglykémie nebo vysoká glykemická variabilita při %CV > 36 nebo
2. nízká sekrece inzulínu definovaná hladinou C-peptidu nižší než 0,4 nmol/l.

Systém pro kontinuální monitoraci glukózy zařazený do úhradové skupiny 05.02.05.01 podle věty první nelze předepsat současně se systémem pro limitovanou kontinuální monitoraci glukózy zařazeným do úhradové skupiny 05.02.04.02.“.

SKUPINA 06 – ZP PRO KOMPRESIVNÍ TERAPII

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. 288/2025 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. 288/2025 Sb.

Vykazování zdravotnických prostředků vyřazených ze Seznamu ZP zveřejňovaného SÚKLem. POZOR! Zdravotnické prostředky na poukaz, které byly předepsány a následně zapůjčeny pojištěncům s použitím kódů, které již nejsou uvedeny v Seznamu ZP zveřejňovaného SÚKLem, se do konce jejich životnosti vykazují podle původních, zdravotní pojišťovnou schválených kódů, pokud tyto jsou uvedeny v Číselníku systému ePoukaz *(který, oproti Seznamu SÚKL, obsahuje navíc i položky nadále cirkulované zdravotními pojišťovnami)*. Tyto položky jsou ve sloupci NAZ označeny „(JEN VYDANÉ)“. Tyto zdravotnické prostředky s těmito „původními“ kódy není možno vydat jako nové ZP, pouze jako opakovaně zapůjčované (cirkulované).

SKUPINA 26 – ZP PRO KOMPRESNÍ TERAPII – NA ZAKÁZKU

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 zdravotní pojišťovnou.

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

Schvaluje zdravotní pojišťovna 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.

Zdravotní pojišťovna 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 zdravotní pojišťovnou.

SKUPINA 07 – ZP PRO PACIENTY S PORUCHOU MOBILITY

U všech typů vozíků je nutné vždy na Poukazu uvést šíři sedu, popřípadě další důležité parametry s ohledem na výběr vozíku.

Při preskripci aktivního mechanického vozíku je za **vysoce aktivního dospělého uživatele** považován pacient s poruchou mobility, vždy 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).

Při předpisu vozíku z vyšší UHS je nutné vždy uvést konkrétní relevantní medicinsko-terapeutický důvod, proč nelze používat vozík z nižší UHS.

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

Základní výbava – mechanické vozíky a polohovací zařízení

Některé skupiny zdravotnických prostředků (skupina 07) mají v legislativě stanoveno, jaké vybavení musí být pojištěncům vydáno v základní výbavě: nikoliv jako příslušenství hrazené z veřejného zdravotního pojištění nad rámec úhrady „základního zdravotnického prostředku“.

Jedná se o tyto úhradové skupiny, pro které je zákonem stanoveno níže uvedené „povinné vybavení“:

speciální multifunkční mechanický vozík – úhradová skupina 07.01.01.13:
- mechanické polohování sedu
- mechanické polohování zádové opěrky
- ergonomicky tvarovaný sed a zádová opěrka
- výškově nastavitelné bočnice (područky, opěrky rukou)
- podnožky polohovací výškově stavitelné
- bubnové brzdy
- opěrka hlavy
- bezpečnostní kolečka

speciální multifunkční mechanický vozík dětský – úhradová skupina 07.01.01.14:
- mechanické polohování sedu
- mechanické polohování zádové opěrky
- anatomicky tvarovaný sed a zádová opěrka
- výškově nastavitelné bočnice (područky, opěrky rukou)
- podnožky polohovací výškově stavitelné
- opěrka hlavy
- bezpečnostní kolečka

polohovací zařízení pro sezení – úhradová skupina 07.05.02.01:
- nastavitelná zádová opěrka
- polohování zádové opěrky;
- opěrky rukou (područky)

- polohovatelné stupačky
- opěrka hlavy
- interiérový podvozek

polohovací zařízení pro sezení s odděleným polohováním hrudníku, pánve a dolních končetin – úhradová skupina 07.05.02.02:

- polohovatelné stupačky
- pánevní pás
- nastavitelná sakrální pelota
- nastavitelná zádová opěrka
- polohování sklonu sedu (náklonu)
- polohování zádové opěrky
- individuálně nastavitelná délka zavěšení polohovatelné podnožky
- opěrky rukou (područky)
- opěrka hlavy
- interiérový podvozek

polohovací zařízení vertikalizační – úhradová skupina 07.05.02.03:

- mechanické nastavení úhlu vertikalizace s možností plynulého přechodu
- úhlově nastavitelné podnožky
- výškově nastavitelné pánevní a hrudní fixační pásy
- interiérový podvozek

Není možné nad rámec základního vybavení hradit položky, které jsou uvedeny v popisu základního předmětného zdravotnického prostředku (vozík, polohovací zařízení).
Úhrada jakéhokoliv příslušenství, které zákon stanovuje jako „základní vybavení“, je možná pouze tehdy, pokud preskripce takového příslušenství bude předepisujícím lékařem na Poukazu řádně zdůvodněna a budou uvedeny relevantní medicínsko – terapeutické důvody, proč není možné využít příslušenství, kterým je „základní“ zdravotnický prostředek vybavený v základním provedení.

V případě, že je předepsáno příslušenství (a to ať jako zdravotnického prostředku, tak i jako příslušenství definovaného dle MDR) jiného výrobce, než je výrobce „základního“ cirkulovatelného ZP (např. vozíku), je pro posouzení žádosti o posouzení úhrady požadovaného příslušenství z veřejného zdravotního pojištění nutno zdravotní pojišťovně doložit:

- v případě, že schvalované příslušenství nahrazuje standardní vybavení vozíku, dohodu vypořádání rozdílové ceny mezi standardním vybavením a nahrazujícím příslušenstvím,
- doložení možnosti kompatibility (ve smyslu čl. 2 bodu 25 MDR) cirkulovatelného ZP (např. vozíku) a příslušenství jiného výrobce (ve smyslu splnění požadavků dle Přílohy I, body 14.1, 23.4 písm. f) a q) a Přílohy II bod 6.2 písm. g) MDR), a to na základě:
    a) návodu k použití, který uvádí zamýšlenou možnost kombinace (může jít o vymezení konkrétních kombinovatelných prostředků či jejich typů nebo o vymezení obecné, např. za pomoci parametrů) nebo;
    b) smlouvy o kombinaci ZP („COMBINATION AGREEMENT“) nebo;
    c) souhlasu výrobce (nebo jejich zástupce pro ČR) základního cirkulovaného ZP s montáží tohoto příslušenství;
- v případě, že montáž nového příslušenství bude vyžadovat opětovnou kontrolu cirkulovatelného ZP (např. vozíku) či nastavení některých jeho parametrů dodavatelem

či odborným servisem (například instalace jiné zádové opěrky, instalace příslušenství vyžadující zásah do elektroinstalace elektrického vozíku, instalace elektrického pohonu k mechanickému vozíku, apod.) a návod k použití k základnímu prostředku vyžaduje k těmto úkonům pro jejich řádné proškolení, je nutné předložit písemné, potvrzení o proškolení příslušného technika provádějícího montáž příslušenství od dodavatele cirkulovatelného zdravotnického prostředku;
- písemný doklad o stanovení odpovědností z pohledu bezpečnosti, funkčnosti, případných oprav a reklamací.“

Pokud možnost kombinace v návodu není a v rámci montáže příslušenství je zasaženo do konstrukce základního prostředku takovým způsobem, že tím může být změněn jeho určený účel nebo dotčena jeho bezpečnost (resp. soulad s požadavky dle MDR), jedná o postup dle čl. 16 odst. 1 písm. b) nebo c) MDR, tedy o výrobu nového prostředku, kdy se výrobcem stává subjekt, který tento zásah do původního prostředku učinil.

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 příslušné zdravotní pojišťovně řádně vyplněný **Poukaz** 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 Poukazu 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.
   - Řádně vyplněný zaměřovací protokol včetně podpisu klienta a technika, který elektrický vozík zaměřil
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 zdravotní pojišťovny o úhradě.**

5) **Přednost má zapůjčení repasovaného elektrického vozíku.**

K žádosti o úhradu elektropohonů je nezbytné předkládat:

1) Poukaz s uvedením podrobné epikrízy onemocnění pojištěnce

2) jako přílohu Poukazu předepisující lékař předloží
   a. u pohonů, které **nejsou** v plně automatickém režimu (pohon snižuje/ulehčuje vynaloženou svalovou námahu) - svalový test.
   b. u pohonů, které **umožňují** plně automatický režim (v tomto režimu ovládání srovnatelné s EIV) vyplněný Formulář k přidělení elektrického vozíku, respektive svalový test, oční vyšetření, psychologické/psychiatrické vyšetření s explicitním vyjádřením k samostatnému bezpečnému ovládání klientem (důvodem je možnost plně automatického režimu).

Opravy, úpravy

Servisní firma před schválením Poukazu zdravotní pojišťovnou 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.

Při cirkulaci ZP již <u>neplatí</u> 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

Vykazování zdravotnických prostředků vyřazených ze Seznamu ZP zveřejňovaného SÚKLem. POZOR! Zdravotnické prostředky na poukaz, které byly předepsány a následně zapůjčeny pojištěncům s použitím kódů, které již nejsou uvedeny v Seznamu ZP zveřejňovaného SÚKLem, se do konce jejich životnosti vykazují podle původních, zdravotní pojišťovnou schválených kódů, pokud tyto jsou uvedeny v Číselníku systému ePoukaz (který, oproti Seznamu SÚKL, obsahuje navíc i položky nadále cirkulované zdravotními pojišťovnami). Tyto položky jsou ve sloupci NAZ označeny „(JEN VYDANÉ)“. Tyto zdravotnické prostředky s těmito „původními“ kódy není možno vydat jako nové ZP, pouze jako opakovaně zapůjčované (cirkulované).

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 288/2025 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.

Zdravotnické prostředky s kompenzační funkcí – UHS 07.04.03.01

Uvedené ZP jsou určeny pro prevenci pádu a poranění u trvale těžce imobilních osob (osoby s parézou nebo plegií končetin; ataxií; poruchou vestibulárního aparátu; těžkým stupněm artrózy nosných kloubů; amputací končetin a funkčně obdobným velmi těžkým trvalým postižením pohybových funkcí) k zajištění bezpečného přesunu a provádění základních hygienických úkonů.

Užitná doba UHS 07.04.03.01 je 10 let.

Do UHS 07.04.03.01 patří následující ZP: sedačky do sprchy nebo vany, židle do sprchy, sprchovací vozíky, toaletní židle, toaletní vozíky, toaletní a sprchovací židle.

Pacient může čerpat libovolné množství uvedených ZP do celkové maximální výše úhrady 3 248 Kč s DPH/10 let.

SKUPINA 08 – ZP PRO PACIENTY S PORUCHOU SLUCHU

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
b) kód navrhované foniatrické pomůcky s maximální úhradou pojišťovny

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.

Kódy indikačních skupin:

KOD	NAZ	DOP
0172982	INDIKAČNÍ SKUPINA POJIŠTĚNEC DO 18 LET VČETNĚ, MONOAURÁLNÍ KOREKCE	VZDUŠNÉ VEDENÍ, JEDNO NEBO OBOUSTRANNÁ ZTRÁTA SLUCHU OD 40 DB SRT
0172984	INDIKAČNÍ SKUPINA POJIŠTĚNEC DO 18 LET VČETNĚ, BINAURÁLNÍ KOREKCE	VZDUŠNÉ VEDENÍ, ZTRÁTA SLUCHU OD 40 DB SRT
0172985	INDIKAČNÍ SKUPINA POJIŠTĚNEC OD 19 LET, MONOAURÁLNÍ KOREKCE	VZDUŠNÉ VEDENÍ, ZTRÁTA SLUCHU OD 40 DB SRT
0172986	INDIKAČNÍ SKUPINA POJIŠTĚNEC OD 19 LET, BINAURÁLNÍ KOREKCE	VZDUŠNÉ VEDENÍ, ZTRÁTA SLUCHU OD 40 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 ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNOU
0172993	INDIKAČNÍ SKUPINA VÝMĚNA ŘEČOVÉHO PROCESORU, ČÁSTEČNÝ UŽIVATEL	ŘEČOVÝ PROCESOR, ZEVNÍ ČÁST IMPLANTABILNÍHO SYSTÉMU, SCHVÁLENÍ ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNOU
0173202	INDIKAČNÍ SKUPINA VÝMĚNA ŘEČOVÉHO PROCESORU, PLNĚ AKTIVNÍ UŽIVATEL	ŘEČOVÝ PROCESOR, ZEVNÍ ČÁST IMPLANTABILNÍHO SYSTÉMU, SCHVÁLENÍ ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNOU

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 veřejného zdravotního pojištění (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 veřejného zdravotního pojištění.

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 a 0173202

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.

Žádost o úhradu řečového procesoru při jeho výměně, kterou podává předepisující odborný lékař příslušné zdravotní pojišťovně, musí obsahovat:

- řádně vyplněný **Poukaz s uvedením epikrízy pojištěnce, včetně konkrétních údajů týkajících se využití kochleárních implantací po dobu nejméně 7 roků**.

SKUPINA 08 – PŘÍSLUŠENSTVÍ KE SLUCHADLŮM – NA ZAKÁZKU

Ušní tvarovka ochranná – na zakázku
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– na zakázku
Lze předepsat maximálně 2 kusy za 1 rok do 18 včetně, od 19 let maximálně 2 kusy za 5 let.

Skořepina ke sluchadlům se sluchátkem ve zvukovodu – na zakázku
Lze předepsat maximálně 2 kusy za 1 rok do 18 let včetně, od 19 let maximálně 2 kusy za 5 let

SKUPINA 09 – ZP PRO PACIENTY S PORUCHOU ZRAKU

ZP pro pacienty s poruchou zraku předepisuje smluvní lékař Pojišťovny na Poukaz na brýle a optické pomůcky (dále jen Poukaz).

SKUPINA 09 – ZP PRO KOREKCI ZRAKU A ZP KOMPENZAČNÍ PRO ZRAKOVĚ POSTIŽENÉ – NA ZAKÁZKU

Kontaktní čočky tvrdé – v ceně čočky je zahrnuta i zkušební/adaptační kontaktní čočka.

Dioptrické brýle jsou hrazeny jako zdravotnický prostředek na zakázku.
Pro úhradu brýlí jsou v Úhradovém katalogu VZP – ZP zařazeny obecné kódy s číselnou řadou 42XXXXX.

Při výměně brýlových čoček se uplatní kód dle příslušného typu samostatné 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.

Metodika výpočtu „Rozhodující hodnoty“ (RH) pro správné přiřazení brýlí/brýlových čoček ke kódům s číselnou řadou 42XXXXX:

1. Výpočet hodnot hlavních řezů
   H1 = hodnota sféry (sf.)
   H2 = součet sféry a cylindru (sf. + cyl.)

2. Určení Rozhodující Hodnoty (RH)

Pro určení sférického pásma (do 6, do 10, nad 10) je rozhodující ta z hodnot H1 a H2, která má vyšší absolutní hodnotu.

$$RH = \max(|H1|, |H2|)$$

3. Kontrola cylindru

Cylindr se pro účely škálování posuzuje vždy v absolutní hodnotě (|cyl|).

Přehledná tabulka:

Rozhodující hodnota (RH)	Cylindr (absolutní hodnota)	Pomůcka pro součet
do 6,0 D	do 2,0 D	H1 i H2 musí být ≤ 6,0 cyl. musí být ≤ 2,0
do 6,0 D	nad 2,0 D	H1 i H2 musí být ≤6,0 cyl. musí být > 2,0
nad 6,0 do 10,0 D	do 2,0 D	Alespoň jedno z H1, H2 je > 6,0 a zároveň ≤ 10,0 cyl. musí být ≤ 2,0
nad 6,0 do 10,0 D	nad 2,0 D	Alespoň jedno z H1, H2 je > 6,0 a zároveň ≤ 10,0 cyl. musí být > 2,0
nad 10,0 D	do 2,0 D	Alespoň jedno z H1, H2 je > 10,0 cyl. musí být ≤ 2,0
nad 10,0 D	nad 2,0 D	Alespoň jedno z H1, H2 je > 10,0 cyl. musí být > 2,0

SKUPINA 10 – ZP RESPIRAČNÍ, INHALAČNÍ A PRO APLIKACI ENTERÁLNÍ VÝŽIVY

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. Polysomnografie je prováděna za hospitalizace pacienta. Polygrafie může být provedena v domácím prostředí pacienta. Rozhodnutí, zda bude polygrafie provedena u pacienta za hospitalizace či v domácím prostředí je v kompetenci lékaře. 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.

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 pojištěnce k odevzdání přístroje do spánkové laboratoře či dodavateli.

Při cirkulaci ZP již neplatí tento kód:
0136500 – výdej cirkulovaných CPAP, BiPAP

Vykazování zdravotnických prostředků vyřazených ze Seznamu ZP zveřejňovaného SÚKLem. POZOR! Zdravotnické prostředky na poukaz, které byly předepsány a následně vydány pojištěncům formou pronájmu (vlastníkem ZP je dodavatelská společnost či výrobce) s použitím kódů, které již nejsou uvedeny v Seznamu ZP zveřejňovaného SÚKLem, se do konce jejich životnosti vykazují podle původních, zdravotní pojišťovnou schválených kódů, pokud tyto jsou uvedeny v Číselníku systému ePoukaz (který, oproti Seznamu SÚKL, obsahuje navíc i položky nadále cirkulované zdravotními pojišťovnami). Tyto položky jsou ve sloupci NAZ označeny „(JEN VYDANÉ)“. Tyto zdravotnické prostředky s těmito „původními“ kódy není možno vydat jako nové ZP, pouze jako opakovaně pronajímané.

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 10 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.

Formulář přílohy objednávky pro respirační zařízení Homelox (kód 500 55 81) je k dispozici v sekci Formuláře ke stažení na stránce
https://www.vzp.cz/poskytovatele/ciselniky/zdravotnicke-prostredky

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

SKUPINA 30 – OPRAVY A ÚPRAVY ZP

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 zhotovovaného na zakázku) 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 58
SKUPINA 41 – IMPLANTÁTY BIOLOGICKÉ LIDSKÉHO A ZVÍŘECÍHO PŮVODU 59
SKUPINA 42 – IMPLANTÁTY SPINÁLNÍ, SPONDYLOCHIRURGIE 62
SKUPINA 43 – SYSTÉMY HYDROCEPHALNÍ DRENÁŽNÍ, MONITOROVACÍ LIKVOROVÉ, ČIDLA .. 63
SKUPINA 44 – IMPLANTÁTY PRO CHIRURGII HLAVY A KRKU 64
SKUPINA 45 – DIGITÁLNÍ ZDRAVOTNICKÉ TECHNOLOGIE 69
SKUPINA 53 – KARDIOSTIMULÁTORY, DEFIBRILÁTORY, ELEKTRODY, ... 70
CHLOPNĚ 70
SKUPINA 54 – SYSTÉMY IMPLANTABILNÍ NEUROSTIMULAČNÍ, ELEKTRODY EPILEPTOLOGICKÉ 71
SKUPINA 55 – CÉVNÍ PROTÉZY 75
SKUPINA 56 – DALŠÍ CHIRURGICKÝ MATERIÁL 76
SKUPINA 59 – FIXAČNÍ POMŮCKY 78
SKUPINA 60 – JEHLY 79
SKUPINA 62 – KANYLY TRACHEOSTOMICKÉ A TRACHEÁLNÍ 80
SKUPINA 64 – IMPLANTÁTY KOSTNÍ, UROLOGICKÉ, MAMMÁRNÍ 81
SKUPINA 67 – KATÉTRY, DRÁTY, DRÉNY, SETY, SONDY, SOUPRAVY, SYSTÉMY, VODIČE, ZAVADĚČE 83
SKUPINA 68 – STAPLERY, PROSTŘEDKY PRO LAPAROSKOPII 84
SKUPINA 69 – PROSTŘEDKY PRO INFUZI, TRANSFUZI A DIALÝZU 85
SKUPINA 70 – PROSTŘEDKY PRO ANESTEZIOLOGII A RESUSCITACI 87
SKUPINA 71 – PROSTŘEDKY PRO POUŽITÍ V PERIFERNÍ, INTRAKRANIÁLNÍ A NEUROVASKULÁRNÍ OBLASTI 88
SKUPINA 77 – PROSTŘEDKY PRO INTENZIVNÍ A INVAZIVNÍ KARDIOLOGII 89
SKUPINA 78 – STENTY A STENTGRAFTY 91
SKUPINA 81 – RTG FILMY A RADIODIAGNOSTICKÉ ZP 95
SKUPINA 82 – PROSTŘEDKY K LAPAROSKOPICKÝM VÝKONŮM – ZUM OBLIGATORNÍ (PAUŠÁL) 96
SKUPINA 83 – PORTY, KATÉTRY IMPLANTABILNÍ, KATÉTRY CENTRÁLNÍ ŽILNÍ S MANŽETOU . 99
SKUPINA 84 – DALŠÍ OSTEOSYNTETICKÝ MATERIÁL 100
SKUPINA 85 - OXYGENÁTORY……101
SKUPINA 86 – KOMPONENTY PRO NÁHRADY KOLENNÍHO KLOUBU……104
SKUPINA 87 – KOMPONENTY PRO NÁHRADY KYČELNÍHO KLOUBU…….105
SKUPINA 88 – KOMPONENTY PRO NÁHRADY OSTATNÍCH KLOUBŮ 106
SKUPINA 89 – CEMENTY KOSTNÍ 107
SKUPINA 90 – ZP PRO ROBOTICKÉ VÝKONY 108
SKUPINA 91 – KOMPONENTY PRO OSTEOSYNTETICKOU ZEVNÍ FIXACI 109
SKUPINA 92 – KARDIOSTEHY 110

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
01112	zařízení pro jednorázovou NPWT
01113	zařízení pro jednorázovou NPWT s krytím
01114	zařízení pro jednorázovou NPWT s kanystrem
01115	krytí pro jednorázovou NPWT

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

Výkon 51850 – Převaz rány metodou NPWT založené na kontrolovaném podtlaku
Výkonem nelze vykazovat klidné operační rány ani tržně zhmožděné rány kterékoliv lokalizace bez sekundárních komplikací, pokud se nejedná o rozsáhlé ztrátové poranění.

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. 89/2021 Sb., ve znění pozdějších předpisů, 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.

Doporučený postup odborné společnosti SSTA ČLS JEP pro použití přípravků biologické podpory kloubní chrupavky

Toto doporučení je vydáno odbornou společností k použití ZÚM v rámci výkonů „Rekonstrukční artroskopie“, „Zvláště složitá rekonstrukční a revizní artroskopie“ nebo „Operační výkony při chondropatiích kolena“.

Náhrada chrupavky – biologický implantát Cares-1S 0113848, Chondrofiller 0115137, Thrombinátor 0117067. Pravidla pro vykázání včetně indikačních kritérií jsou shodná s umělou náhradou chrupavky (Chondrotissue, Hyalofast) a detailně jsou uvedeny v kapitole SKUPINA 64

Doporučený postup odborné společnosti SSTA ČLS JEP pro použití přípravků biologické podpory pro náhradu šlachy

Toto doporučení je vydáno odbornou společností k použití ZÚM v rámci výkonů „Rekonstrukční artroskopie“, „Zvláště složitá rekonstrukční a revizní artroskopie“.

Matrice vyztužovací pro náhradu šlachy ARTHREX DX – 0115413
Použití matrice ARTHREX DX musí splňovat níže uvedená indikační kritéria:
Indikace **Použití v oblasti ramenního kloubu**

- Nerekonstruovatelná léze manžety rotátoru (šlach m.supraspinatus a m.infraspinatus);
- Zachovalé nebo rekonstruovatelné šlachy m. subscapularis a m. teres minor;
- Stupeň degenerace ramenního kloubu dle RTG do stádia II;
- Omezení pasivního pohybu maximálně o 30%;
- Věkový limit do 65 let;
- Další informace k použití příslušného přípravku vycházejí z návodu k použití;

- Diagnostika předem pomocí MR nebo předchozí ASK (dokumentace nálezu podmínkou);
- Povinnost fotograficky dokumentovat operační nález v době implantace.

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.

Na základě stanoviska České společnosti pro ortopedii a traumatologii pohybového ústrojí byla ukotvena obecná kritéria, která definují poskytovatele, kteří mohou ZUM tj. prostředky na podporu biologického hojení (biologická náhrada chrupavky a šlachy) při péči poskytovat/vykazovat.

1. Fakultní nemocnice
2. Lůž. poskytovatelé zdravotních služeb s akreditací III. typu pro obor Ortopedie a traumatologie pohybového aparátu dle platného specializačního vzdělávacího programu
3. Lůž. poskytovatelé zdravotních služeb, kteří za systém v. z. p. poskytnou min. 150 rekonstrukčních artroskopií (ZV výkon 66041) za rok

ZZ je povinné uvést (vlepit štítek nebo opsat) do dokumentace jednoznačný výrobní identifikační kód preparátu pro biologické hojení a dalších použitých implantátů.

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

Záplata kardiovaskulární CARDIOCEL a VASCUCEL z bovinního perikardu – 0116109 – 0116116

Použití záplat musí splňovat tyto indikační kritéria:

<u>Kardiochirurgie:</u>

- rekonstrukční výkony na srdci u vrozených vad, kde je nutnost rekonstrukce pomocí biologických materiálů
- rekonstrukce aorty a velkých cév, kde je zvýšené riziko zánětu nebo implantace umělých materiálů není technicky možná

Cévní chirurgie:
rekonstrukční výkony na aortě a periferních tepnách, kde při absenci autologního materiálu není pro zvýšené riziko zánětu možná implantace umělých materiálů

Záplata NoReact zakřivená aortální biologická patch z prasečího perikardu 0116487 – 0116490
Použití záplat musí splňovat tato indikační kritéria:
Kardiochirurgie, cévní chirurgie – intrakardiální záplata k uzavření mezikomorových vad, rozšíření kořene aorty, uzávěr endartektomie krkavice, perikardiální uzávěr

Bezchlopňový konduit – biologická cévní náhrada bovinní 0116484 – 0116486
Použití bezchlopňového konduitu musí splňovat tato indikační kritéria:
Kardiochirurgie, cévní chirurgie – u aorty - vrozené vady (hypoplastický nebo přerušený aortální oblouk), infekce aorty s nutností její náhrady. Pro periferní cévy – náhrada infikované cévní protézy nebo nemožnost získání autologního žilního štěpu odpovídajícího kalibru nebo délky

SKUPINA 42 – IMPLANTÁTY SPINÁLNÍ, SPONDYLOCHIRURGIE

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

Náhrada těla obratle KONG C a TL 0116522 – 0116530
Použití náhrady těla obratle musí splňovat tato indikační kritéria:
Specializovaná centra pro páteřní problematiku – onkologické onemocnění, primární míšní nádor, primární páteřní nádor, solitární metastázy s dobrou prognózou, stav po vertebrektomii nebo alergie na kovy

Spinální systém pediatrický THE TETHER 0116492 – 0116494
Použití systému musí splňovat tato indikační kritéria:
Juvenilní nebo adolescentní deformita páteře v rozmezí 30 – 65°dle Cobba

Spinální systém BRAIVE 0116679 – 0116682
Použití systému musí splňovat stejně jako výše u systému The TETHER tato indikační kritéria:
Juvenilní nebo adolescentní deformita páteře v rozmezí 30 – 65°dle Cobba

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.

Kranioimplantát individuálně zhotovený podléhá schválení revizním lékařem.

Kód VZP 0143180 KRANIOIMPLANTÁT INDIVIDUÁLNĚ ZHOTOVENÁ FORMA

Vyhotovení náhrady kostního defektu během operace s použitím formy, vyrobené na základě CT dat kostního defektu pacienta.
Tento typ kranioplastiky je indikován u pacientů s předpokladem dobrého klinického stavu a předpokladem návratu do běžného života. Při náhradě kostního defektu je preferováno použití kostního cementu, intraoperačně tvarovaného s pomocí individuálně vyhotovené 3D formy na základě CT vyšetření. Tento postup zajišťuje dobrý kosmetický efekt operace při redukovaných nákladech na výrobu formy.
Omezení použití tohoto typu kranioplastiky je v případech, kdy by z titulu požadavku na výrazně tenký implantát byla jeho výsledná síla (tloušťka) menší než cca 2 – 3 mm.

Kód VZP 0143181 KRANIOIMPLANTÁT INDIVIDUÁLNĚ ZHOTOVENÝ Z BIOKOMPATIBILNÍHO MATERIÁLU

Intraoperační implantace kostní náhrady, zhotovené předoperačně na základě CT dat pacienta. Náhrada je z biokompatibilního materiálu (např. bioaktivní titan, hydroxyapatit, porózní polyetylén a další).
Tento typ kranioplastiky je indikován u pacientů s předpokladem dobrého klinického stavu a návratu do běžného života, ale na rozdíl od předchozí skupiny s vyšším rizikem infekce kranioplastiky (jedná se např. o pacienty imunodeficientní, pacienty s již proběhlou infekční komplikací, apod.). U těchto pacientů je indikováno použití předoperačně individuálně zhotoveného 3D kranioimplantátu z biokompatibilního materiálu (např. bioaktivní titan, hydroxyapatit, porózní polyetylén a další), který má schopnost fúze s okolní kostí a tím nižší riziko selhání implantátu.
Doporučení tohoto typu kranioplastiky, a použití titanu jako materiálu, je také v případech, kdy okraj defektu není vhodný k přímému napojení implantátu v rovině, ale kdy je vhodnější volit vnější nadkrytí defektu s překrytím okrajů implantátem, stejně jako při primární potřebě výrazně tenkého implantátu cca 1mm.

Třetí možností je náhrada vytvořená intraoperačně z kostního cementu (Palacos, Cranioplast) bez použití 3D formy.
Tento typ kranioplastiky je indikován u ostatních pacientů, kteří nesplňují kritéria pro předchozí dvě indikační skupiny. A dále je indikací přímá korekce malých defektů do velikosti 8 cm2, v dobře přístupných místech, bez nutnosti detailního vytváření specifických anatomických struktur a bez rizika negativního estetického dopadu výsledného efektu. Mimo intraoperačního zhotovení kranioplastiky z kostního cementu je možné použít vlastní kost pacienta. **Kranioimplantát vytvořen intraoperačně z kostního cementu bez použití 3D formy, nebo při použití vlastní kosti pacienta, nepodléhá schválení revizním lékařem.**

Glaukomové implantáty

Indikační kritéria: Istent inject W – kód VZP 0143632:
Počáteční a středně pokročilý primární nebo sekundární glaukom s otevřeným úhlem
• Poměr C/D ≤ 0,8
• Předoperační NOT do 30mmHg (při užívání medikace)
• Cílový pooperační NOT 15mmHg

K implantaci implantátu je nutná normální anatomie komorového úhlu podle gonioskopie; Schaefferův stupeň 3 – 4, nepřítomnost periferních předních synechií (PAS), rubeózy nebo jiných
abnormalit úhlu, které by mohly bránit správnému umístění implantátu.

Podmínky výrobce pro vybavení pracoviště a požadavky na chirurga
• Vybavení pracoviště : operační sál předněsegmentové chirurgie, fakoemulzifikační přístroj.

• Pracoviště musí být vybaveno operačním mikroskopem s požadovaným náklonem min 30°.

• Chirurg musí absolvovat odborné zaškolení obsahující teoretickou část, následně dry lab - pod dohledem zástupce distributora před prvními implantacemi iStentu Inject W v rámci certifikace.

• Chirurg musí být certifikovaný pro implantaci iStentu od výrobce (Glaukos) - minimální počet 4 implantací iStentu Inject W pod dohledem zástupce distributora či výrobce.

• Odborná společnost doporučuje garanci pracoviště pro implantaci i při dodržení následujících podmínek:

• 1. Centrum a chirurg provádějící operaci jsou certifikováni dle požadavků výrobce iStent Inject W.

• 2. Centrum a chirurg provádí operace katarakty i glaukomu (ab externo perforující , ZV 75339 + ab interno ZV 75342).

• 2. implantát bude použit v indikaci dle doporučení výrobce, implantován certifikovaným chirurgem.

• 3. minimální počet implantací v centru za kalendářní rok : 25.

• 4. implantát nebude implantován do 1 oka vícekrát.

Současná certifikovaná pracoviště:
• Všeobecná fakultní nemocnice v Praze
• Masarykova nemocnice Ústí nad Labem
• Fakultní nemocnice Olomouc
• Fakultní nemocnice Ostrava
• Oblastní nemocnice Kolín
• Fakultní nemocnice u sv. Anny v Brně
• Krajská nemocnice T. Bati Zlín
• Oční centrum Praha
• TANA Olomouc
• Fakultní nemocnice Královské Vinohrady
• Ústřední vojenská nemocnice

• Fakultní nemocnice Motol
• Nemocnice Havlíčkův Brod
• Nemocnice Litomyšl
• Nemocnice Klatovy
• Fakultní nemocnice Hradec Králové
• Nemocnice ve Frýdku Místku, Beskydské oční centrum
• VISUS, spol. s r. o.
• Nemocnice Pardubice
• Nemocnice Most
• Nemocnice Uherské Hradiště
• OFTAPRIM s.r.o.
• NeoVize oční klinika
• Gemini oční klinika - Brno
• Gemini oční klinika - České Budějovice
• Gemini oční klinika - Liberec
• Gemini oční klinika - Ostrava-Bělský Les
• Gemini oční klinika - Ostrava-Hrušov
• Gemini oční klinika - Praha-Krč
• Gemini oční klinika - Praha-Průhonice
• Gemini oční klinika - Vyškov
• Gemini oční klinika - Zlín
• Nemocnice České Budějovice, a.s. - Oční oddělení
• Oblastní nemocnice Příbram - Oční oddělení
• Oční centrum Poděbrady
• Oblastní nemocnice Kladno - Oční oddělení
• Fakultní nemocnice Brno – Oční klinika
• Fakultní nemocnice Brno – Dětská oční klinika
• Fakultní Thomayerova nemocnice – Oční klinika
• Oblastní nemocnice Mladá Boleslav - Oční oddělení
• Hradecké oční sanatorium
• Krajská zdravotní – nemocnice Teplice - Oční oddělení
• Nemocnice Nové Město na Moravě
• Nemocnice Karviná – Ráj
• Premium Clinic – Oční klinika

Indikační kritéria: XEN gel 45 – kód VZP 0143634
Gelový implantát XEN 45 je určen ke snížení nitroočního tlaku u pacientů s primárním glaukomem s otevřeným úhlem, kdy se nezdařila předchozí léčba. XEN též může být využit v kombinaci s operací katarakty a lze je také použít jako opakované antiglaukomové výkony z důvodu selhání zákroků využívající podspojivkovou filtraci (perforující výkony ab externo, nepenetrující zákroky).

K implantaci implantátu je nutná normální anatomie komorového úhlu podle gonioskopie;
• Schaefferův stupeň 3 – 4,
• nepřítomnost periferních předních synechií (PAS),
• rubeózy nebo jiných abnormalit úhlu, které by mohly bránit správnému umístění implantátu.

Podmínky výrobce pro pracoviště a chirurga implantujícího XEN gel 45:
• operační sál předněsegmentové chirurgie, operační mikroskop,
• chirurg se zkušenostmi s operativou předního segmentu oka,

• Chirurg musí absolvovat odborné proškolení - teorickou část a praktickou část,
• Centrum provádějící implantaci XEN rutinně provádí operace glaukomu (včetně operace glaukomu ab externo perforující),
• Chirurg musí absolvovat odborné proškolení - teorickou část a praktickou část,
• **implantát bude použit v indikaci dle doporučení výrobce, implantován proškoleným chirurgem**
• **XEN gel 45 implantát nebude implantován do 1 oka vícekrát**

Současná certifikovaná pracoviště:
• Všeobecná fakultní nemocnice v Praze
• Fakultní nemocnice v Motole
• Fakultní nemocnice Královské Vinohrady
• Oční klinika FZS Ústí nad Labem
• Oční klinika FN Olomouc
• Krajská nemocnice T. Bati Zlín
• Fakultní nemocnice Brno

Podmínky výrobce pro vybavení pracoviště a požadavky na chirurga implantujícího Preserflo (požadavky společnosti Santen OY) – kód VZP 0143633:
• **Pracoviště je vybaveno** operačním sálem předněsegmentové chirurgie, operačním mikroskopem.
• **Do certifikace je zařazen chirurg se zkušenostmi s operativou glaukomu (filtrační operace ab extrerno).**
Chirurg musí absolvovat odborné zaškolení - teorickou část a praktickou část - pod dohledem zástupce výrobce. Chirurg musí provést v rámci certifikace minimální počet 6 implantací Preserflo pod dohledem zástupce výrobce. Operace proběhnou minimálně během 2 operačních dnů.
Odborná společnost doporučuje garanci pracoviště pro implantaci Preserflo při dodržení následujících podmínek:

1. Centrum a chirurg provádějící operaci jsou certifikováni dle požadavků výrobce (Santen OY).
2. Centrum provádějící implantaci Preserflo rutinně provádí operace glaukomu (ab externo perforující , ZV 75339).
2. Implantát bude použit v indikaci dle doporučení výrobce, implantován certifikovaným chirurgem Preserflo.
3. Minimální počet implantací Preserflo v centru za kalendářní rok : 20.
4. Preserflo implantát nebude implantován do 1 oka vícekrát.

Současná certifikovaná pracoviště:
• Cornea Lexum
• Fakultní nemocnice Královské Vinohrady
• Gemini – oční klinika
• Fakultní nemocnice v Motole
• Visus spol. s r. o.
• Všeobecná fakultní nemocnice Praha
• Fakultní nemocnice Ostrava
• Masarykova nemocnice Ústí nad Labem
• Fakultní nemocnice Olomouc

- Baťova nemocnice Zlín
- Fakultní nemocnice Brno
- Ústřední vojenská nemocnice Praha
- Klaudiánova nemocnice Mladá Boleslav
- Thomayerova nemocnice Praha
- Nemocnice Pardubice
- Slezská nemocnice Opava
- Fakultní nemocnice Bulovka
- Somich Karlovy Vary
- Solomonis Chomutov
- Premium clinic Teplice

SKUPINA 45 – DIGITÁLNÍ ZDRAVOTNICKÉ TECHNOLOGIE

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.

Pravidla pro úhradu bolesti metodou (PNS)

Definice PNS:

Periferní nervová stimulace (PNS) patří mezi neurostimulační metody v léčbě neuropatických bolestí. Přístroje používané k této metodě se skládají ze stimulačních elektrod, generátoru pulzů a příslušenství. Zavádění této techniky spočívá v zavedení elektrody k příslušné nervové struktuře, k nervu nebo nervovému plexu. Účelem PNS je snížení vnímání bolesti při elektrické stimulaci nervu.

Indikace:
Indikací k PNS jsou neuropatické bolestí nervů a nervových struktur (plexu, kořenu), kde **jiné formy léčby nejsou účinné**, nebo působí nezvládnutelné vedlejší účinky. Výhodou PNS je cílené zavedení analgetické elektrody přímo do postiženého místa, k nervu, ev. nervovému plexu. Indikaci k zavedení PNS se provádí **v multidisciplinárním týmu Neuromodulačního centra. Jako ZUM pro metodu PNS lze vykázat neurostimulační systém LIGHPULSE kódy VZP** 0195004 nebo 0195005.

a) Indikace z hlediska **diagnostických kritérií** u neuropatických bolestivých syndromů:
- postižení nervu různé etiologie (traumatické, toxické, metabolické, iatrogenní, ...)
- parciální avulze brachiálního plexu
- okcipitální neuralgie (Arnoldova neuralgie)

- interkostální neuralgie různé etiologie
- úžinové nervové syndromy na horních i dolních končetinách
- pánevní a perineální bolest
- komplexní regionální bolestivý syndrom II. typu (kauzalgie)

Méně časté indikace:
- neuralgie trigeminu
- atypická obličejová bolest

b) Nejčastější indikace z hlediska **lokalizace jednotlivých nervových struktur**:
nervy horních končetin (plexus brachialis, n. ulnaris, n. radialis, n. medianus)
nervy dolních končetin (n. safenus, n. tibialis, n. femoralis, n. ileoingvinalis, n. genitofemoralis, n. suralis, n. ischiadicus, n. peroneus)
nervy trupu (interkostální nervy, n. pudendalis, lumbosakrální plexus)

ZP OPTUNE GIO (0195006 TERAPIE OPTUNE)
30-denní úhrada: 589.928,64,- Kč vč. DPH
Denní úhrada: 19.664,29,- Kč vč. DPH

INDIKAČNÍ KRITÉRIA
- Indikační kritéria musí odpovídat Návodu k použití ZP Optune, GUIDLINES Modré knihy onkologické společnosti a níže sjednaným parametrům.
- Věk pacienta 18 let a více
- Nově diagnostikovaný supratentoriální glioblastom (grade IV dle Světové zdravotnické organizace), IDH wildtype bez známek progrese nebo recidivy
- Stav po úplné či částečné resekci nádoru nebo biopsii
- Ukončená radioterapie s konkomitantní chemoterapií
- Absence progrese nebo recidivy nádoru onemocnění na MR vyšetření po ukončení radioterapie s konkomitantní chemoterapií
- Karnofského index ≥ 70
- Léčba Optune je hrazena v kombinaci s adjuvantní chemoterapií s temozolomidem
- Ochota pacienta podstupovat klinické a MR kontroly každé 3-4 měsíce

KRITÉRIA UŽÍVÁNÍ A PODMÍNKY UKONČENÍ LÉČBY

- Ukončení úhrady při adherenci < 50 %/30 dní užívání
- první měsíc nebude podléhat hodnocení
- Přerušení z důvodu hospitalizace, nebo závažných nežádoucích účinků ovlivňující užívání terapie není zahrnuta do doby kalkulace adherence
- V souladu s výkladem z „Modré knihy“ bude léčba hrazena do první progrese onemocnění
- Léčba bude ukončena při nespolupráci pacienta, neúčasti na kontrolách ve specializovaných centrech či na základě jeho rozhodnutí
- V případě ukončení terapie, bude pacient o této skutečnosti informován ze strany lékaře a současně vyzván k navrácení zařízení vč. nepoužitého spotřebního materiálu.

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,
    4) Ústav chirurgie ruky a plastické chirurgie Vysoké nad Jizerou.

Lze vykazovat s následujícími výkony: 62410, 62420, 62421, 62430, 62440, 62460, 62470, 62480.

- set na léčbu pánevního dna – mohou vykázat pouze specializovaná pracoviště, odbornost 603

Chirurgické síťky PHASIX pro břišní kýly kód VZP 0144139; 0144140; 0144141 a 0201670 pro ZV 51517 a 51519

- Rozsáhlá ventrální kýla:

Defekt stěny břišní šíře ≥ 10 cm, potvrzený CT vyšetřením (s uvedením maximální šíře v mm/cm).

- Velká hiátová kýla typu III–IV:

Diagnóza dle klasifikace SAGES nebo radiologického popisu.
≥ 50 % žaludku nebo jiného orgánu (colon, omentum) v mediastinu dle CT nebo RTG pasáže.
Jednoznačně prokázaná symptomatologie.

Indikační kritéria:
Pacienti s diagnózou rozsáhlých kýl stěny břišní, kýl v jizvě a defektů stěny břišní šíře 10 cm a více, kdy je zachován pouze kožní kryt (stavy po traumatech, po břišních katastrofách, s kongenitálními defekty stěny břišní). Pacienti s velkými hiátovými kýlami (typ III–IV) s významným posunem žaludku či jiných orgánů do mediastina.
Diabetici I. typu s diagnózou rozsáhlých kýl stěny břišní, kýl v jizvě, velkých hiátových kýl a defektů stěny břišní, pokud je nezbytné použít implantát – síťku.
Pacienti s imunosupresí, kortikodependentní nebo s jinou dokumentovanou nemocí či chronickou léčbou negativně ovlivňující proces hojení, s diagnózou rozsáhlých kýl stěny břišní, kýl v jizvě, velkých hiátových kýl typu III-IV a defektů stěny břišní, pokud je nezbytné použít implantát – síťku (např. transplantovaní, po rejekci cizího materiálu v anamnéze, některá revmatoidní a autoimunitní onemocnění).
II. recidiva kýl stěny břišní, kýl v jizvě, velkých hiátových kýl typu III-IV a defektů stěny břišní šíře 10 cm a více.

Kontraindikace:
Obezita s BMI ≥ 40 (pokud není výkon urgentní nebo život zachraňující).
Předpoklad následné elektivní nitrobřišní operace.
Inaktivita, imobilita, resp. invalidita (vždy nutné individuální posouzení).
Non-compliance elektivního chirurgického výkonu.
Progredující maligní onemocnění.
Aktivní infekce v místě výkonu.
Nestabilní diabetes (HbA1c > 9 %).
Obecně non-compliance pacienta.

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).

Doporučený postup odborné společnosti SSTA ČLS JEP pro použití přípravků biologické podpory kloubní chrupavky

Toto doporučení je vydáno odbornou společností k použití ZÚM v rámci výkonů „Rekonstrukční artroskopie“, „Zvláště složitá rekonstrukční a revizní artroskopie“, nebo „Operační výkony při chondropatiích kolena“

Umělá náhrada chrupavky Chondrotissue – kód 0091657, Hyalofast – kód 0193653, 0194910, Biomatrix CRD – kód 0194256, Suprafelt – kód 0195257 a 0195258, Chondrod – kód 0195256 .

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).

Indikace: **Použití v oblasti kolenního kloubu**

- Solitární ložisko v postiženém kompartmentu;
- Nesmí být přítomna otisková (kissing) léze protilehlého kompartmentu;
- Velikost defektu v postiženém kompartmentu od 1x1cm do 4x4cm;
- Maximální stupeň degenerace dle RTG do stádia Kellgren-Lawrence I-II;
- Neutrální osa končetiny, ev. výkon v kombinaci s korekcí osy;
- Kloub bez manifestní nestability, ev. současně řešená stabilizace kloubu;
- BMI do 40;
- Věkový limit do 60 let, pokud doporučení příslušného výrobce nestanoví jinak;
- Další informace k použití příslušného přípravku, vč. anatomické lokality použití
- vycházejí z návodu k použití příslušného výrobce;
- Diagnostika předem pomocí MR nebo ASK (fotodokumentace ASK nálezu podmínkou);
- Povinnost fotograficky dokumentovat operační nález v době implantace;
- Je třeba respektovat kontraindikace k použití přípravku, která jsou dána informací k použití příslušného výrobce.

Indikace: **Použití v oblasti hlezna**

- Solitární ložisko v postiženém kompartmentu;
- Nesmí být přítomna otisková (kissing) léze protilehlého kompartmentu;
- Maximální stupeň degenerace dle RTG do stádia Kellgren-Lawrence I;
- Kloub bez manifestní nestability, ev. současně řešená stabilizace kloubu;
- BMI do 40;

- Věkový limit 60 let, pokud doporučení příslušného výrobce nestanoví jinak;
- Další informace k použití příslušného přípravku, vč. anatomické lokality použití vycházejí z návodu k použití příslušného výrobce;
- Diagnostika předem pomocí MR nebo ASK (fotodokumentace ASK nálezu podmínkou);
- Povinnost fotograficky dokumentovat operační nález v době implantace.

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.

Na základě stanoviska České společnosti pro ortopedii a traumatologii pohybového ústrojí byla ukotvena obecná kritéria, která definují poskytovatele, kteří mohou ZUM tj. prostředky na podporu biologického hojení (biologická náhrada chrupavky a šlachy) při péči poskytovat/vykazovat.

1. Fakultní nemocnice
2. Lůž. poskytovatelé zdravotních služeb s akreditací III. typu pro obor Ortopedie a traumatologie pohybového aparátu dle platného specializačního vzdělávacího programu
3. Lůž. poskytovatelé zdravotních služeb, kteří za systém v. z. p. poskytnou min. 150 rekonstrukčních artroskopií (ZV výkon 66041) za rok

ZZ je povinné uvést (vlepit štítek nebo opsat) do dokumentace jednoznačný výrobní identifikační kód preparátu pro biologické hojení a dalších použitých implantátů.

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

ZV 76 567 – ZP začleněné do kategorie 64 016 (ZP URODEX, VANTRIS, DEXEL VUR)
ZV 63 649 – ZP začleněné do kategorie 64 014 (ZP BULKAMID, OPSYS, UROLASTIC, PROLASTIC)
ZV 76567 a 63649 – ZP začleněné do kategorie 64013 (ZP DEXEL SUI)
ZV 76 217 – ZP začleněné do kategorie 64 015 (ZP IAURIL, CYTHYAL, HYACYST, CYSTISTAT, FLAVERAN)

Implantáty urologické, závěsný systém - pásky adjustabilní miniinvazivní mužské - kategorie 64 019.

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.

Indikace pro úhradu kódu 0143583 katetr aterektomický periferní pro litotripsi ShockWave M5+:

- pro pacienty kteří mají nález v ilickém řečišti a kde velikost 7mm není dostačující,
- pro pacienty s větším průměrem tepen, kde je potřeba využít velikost 8mm,
- pro pacienty se sklerotickými tepnami v tříslech, kdy je při použití 6,5Fr a 7Fr,
- pro pacienty, kdy se k léčbě přistupuje z axily, nebo kontralaterálním přístupem a délka shaftu 110cm je nedostačující.

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	Katetry ablační radiofrekvenční řiditelné nechlazené – hrot 4 mm
77110	Katetry ablační radiofrekvenční řiditelné nechlazené – hrot 8 mm
77120	Katetry ablační radiofrekvenční chlazené katetry – 6 otvorů
77130	Katetry ablační radiofrekvenční chlazené katetry – porézní (otevřené)
77140	Katetry ablační radiofrekvenční 3D navigační a mapovací – s magnetickým zobrazením
77150	Katetry ablační radiofrekvenční 3D navigační a mapovací – impedanční senzor
77160	Katetry ablační radiofrekvenční 3D navigační a mapovací – s tlakovým senzorem navíc
77170	Katetry ablační radiofrekvenční 3D navigační a mapovací – dálkově (roboticky/magneticky)
77180	Katetry ablační radiofrekvenční pro aktivní kontrolu aplikované energie
77190	Katetry ablační radiofrekvenční cirkulární
77191	Katetry ablační s aplikací laserové energie
77192	Katetry ablační s aplikací kryoenergie bodové
77194	Katetry ablační s aplikací kryoenergie balónkové
77195	Katetry ablační pro pulzní ablaci (PFA) bez magnetického senzoru pro 3D mapování
77196	Katetry ablační pro pulzní ablaci (PFA) s magnetickým senzorem pro 3D mapování

VZP kód 0201532 (Katetr ablační pro pulzní ablaci FARAPOINT) lze vykázat u ZV 17308, odbornosti 117 (kardiologie - skupina 1) a 302 (dětská kardiologie), a to výhradně při použití k ablaci kavotrikuspidálního istmu k léčbě typického flutteru síní.

Systém pro uzavírání cév MANTA (VZP kód 0153334) a **PERQSEAL ELITE (VZP kódy 0201059, 0201060, 0201061)** mohou vykázat pouze **centra poskytující vysoce specializovanou komplexní kardiovaskulární péči**, a to pro zdravotní výkon č. 17697 a výkon 89409, pouze v případě, byl – li zaveden stengraft do aorty (podrobná indikační omezení jsou uvedena přímo v popisu ZV 17697 a 89409).

Podmínky a indikační kritéria pro zdravotní výkon 17705 (ZUM A084774) na triskuspidální chlopni

Kód VZP 0144365 set pro katetrizační opravu trikuspidální chlopně včetně zavaděče TriClip G4 lze u jednoho výkonu vykázat pouze 1x.
Kód VZP 0144366 set pro katetrizační opravu trikuspidální chlopně včetně zavaděče Pascal Precision lze u jednoho výkonu vykázat pouze 1x.

Implantace systému pro katetrizační opravu trikuspidální chlopně včetně zavaděče je indikována pro:
- pacienty se závažnou trikuspidální regurgitací s anatomicky nedostatečnou koaptací chlopně ≤ 1,0 cm, u nichž je vysoké riziko operace trikuspiální chlopně,
- pacienty, kteří nemají závažnou mitrální regurgitaci ani závažnou plicní hypertenzi (systolický tlak v a. pulmonalis > 60mmHg) a navzdory léčebné terapii se u nich vyskytují symptomy,
- pacienty s vysokým rizikem kardiochirurgického operačního řešení nebo kontraindikace k operaci či pro pacienty po předchozí kardiochirurgické operaci.

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, TPS PLUS, BUS (3 roky): 0115769 – 0115772, 0153762

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)

Kód VZP 0136489 systém edokotevní vč. vodiče a 10 kusů vrutů lze vykázat u ZV 89409, 89448. Systém endokotevní včetně vodiče ENDOANCHOR HELI – FX a 10 kusů implantátů/vrutů, lze aplikovat pouze v centrech s vysoce specializovanou komplexní kardiovaskulární péčí.

Kód VZP 0136490 systém endokotevní torakální včetně vodiče a 10 kusů vrutů lze vykázat u ZV 89409, 89448. Systém endokotevní torakální včetně vodiče ENDOANCHOR HELI – FX a 10 kusů implantátů/vrutů, lze aplikovat pouze v centrech s vysoce specializovanou komplexní kardiovaskulární péčí.

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).

Indikační kritéria pro speciální kanyly:

ProtekSolo transseptal – kód 0195113
Kanyla, která se zavádí venózním řečištěm přes mezisíňové septum do levé síně a umožňuje podporu funkce levé komory nebo její unloading u pacientů na ECMO.
Indikace

- selhání levé komory u pacienta, který vyžaduje mechanickou podporu, ale kde není nutná oxygenace (ECMO)
- selhání levé komory u pacienta, který vyžaduje ECMO, ale funkce levé komory se nadále horší

Protek Duo – kód 0195114
Tato kanyla umožňuje přemostit PK a tím umožnit její krátkodobou podporu.
Indikace

- selhání PK
- selhání plic s nutností okysličení (např. ECMO)

KANYLY (KÓDY 0195113, 0195114) JE MOŽNÉ VYKÁZAT JAKO ZUM POUZE U ZV 55215, 55227.

MECHANICKÁ SRDEČNÍ PODPORA DLOUHODOBÁ (MSP) HEARTMATE

Záruční doba

KOD	NAZ	DOP	ZÁRUČNÍ DOBA V MĚSÍCÍCH	INTERVAL OBVYKLÉ VÝMĚNY
0094383	MSP DLOUHODOBÁ HEARTMATE II LVAD - IMPLANT KIT - ZV55215	KIT IMPLANTAČNÍ BEZ PŘÍSLUŠENSTVÍ,HM2 KAT.Č.102139	12	
0094384	MSP DLOUHODOBÁ HEARTMATE II/III LVAD PŘÍSLUŠENSTVÍ II/III - ZV55215,55030	SET BATERIÍ LI-ION/SLA 4 BATERIE, KAT.Č.2465	36/360 cyklů*	36
0094385	MSP DLOUHODOBÁ HEARTMATE II/III LVAD PŘÍSLUŠENSTVÍ II/III - ZV55215,55030	SET BATERIOVÝCH KLIPŮ LI-ION/SLA 2KS, KAT.Č.2865	24	
0094386	MSP DLOUHODOBÁ HEARTMATE II/III LVAD PŘÍSLUŠENSTVÍ II/III - ZV55215,55030	PÁS STABILIZAČNÍ,KAT.Č.100760	6	
0152645	MSP DLOUHODOBÁ HEARTMATE III - IMPLANT KIT-HM3 LVAD - 106254INT - ZV55215	IMP KIT VČ.PŘÍSL.105581INT,106581(522,531,532,528,534)INT,1050,106129	12	
0152646	MSP DLOUHODOBÁ HEARTMATE II/III LVAD - PŘÍSLUŠENSTVÍ - ZV55215,55030	BRAŠNA UNIVERZÁLNÍ, KAT.Č.106449/104233	24	
0152647	MSP DLOUHODOBÁ HEARTMATE II/III LVAD - PŘÍSLUŠENSTVÍ - ZV55215,55230	VESTA UNIVERZÁLNÍ S BAT. POUZDRY S,L,M, KAT.Č.1042(29-31)	24	
0152648	MSP DLOUHODOBÁ HEARTMATE II/III LVAD - PŘÍSLUŠENSTVÍ - ZV55215,55030	OBAL SPRCHOVACÍ 2KS,KAT.Č.104232	24	
0152649	MSP DLOUHODOBÁ HEARTMATE II/III LVAD - PŘÍSLUŠENSTVÍ - ZV55215,55030	BRAŠNA CESTOVNÍ, KAT.Č.1260	24	
0195187	MSP DLOHODOBÁ - HEARTMATE III LVAD - PŘÍSLUŠENSTVÍ III - ZV55215,5503	OVLADAČ SYSTÉMOVÝ SE ZÁLOŽNÍ BATERIÍ 11 VOLTŮ, KAT. Č.106531INT	36	
0195188	MSP DLOHODOBÁ - HEARTMATE III LVAD - PŘÍSLUŠENSTVÍ III - ZV55030	KABEL MODULÁRNÍ S KRYTKOU MODULÁRNÍHO KABELU, KAT.Č.106525INT	12	48
0195189	MSP DLOHODOBÁ - HEARTMATE III LVAD - PŘÍSLUŠENSTVÍ III - ZV55030	BATERIE 11 VOLTOVÁ LITHIUM-IONTOVÁ ZÁLOŽNÍ ,KAT.Č.106128	36/10 950 kumulativních minut vybíjení*	36
0195190	MSP DLOHODOBÁ - HEARTMATE III LVAD - PŘÍSLUŠENSTVÍ III - ZV55030	KABEL PACIENTSKÝ NAPÁJECÍ JEDNOTKY,KAT.Č.103426	12	48

**podle toho, která z možností nastane dříve.*

MECHANICKÁ SRDEČNÍ PODPORA KRÁTKODOBÁ

- **iVAC 2L (výrobce PulseCath BV.) – kód 0201271**

Systém iVAC 2L je perkutánní levostrannou srdeční podporou. Je určen pro pacienty s poškozenou funkcí levé komory, kteří vyžadují mechanickou podporu cirkulace levé komory až na 24 hodin. Systém zajišťuje podporu cirkulace v objemu 1,0 až 1,5l/min.

Indikační omezení:
Zdravotnický prostředek lze vykázat u ZV č. 55245 (implantace krátkodobé mechanické srdeční podpory bez membránové oxygenace), odbornosti 535 (kardiochirurgie – skupina 3) a 107 (kardiologie), a to pouze v případě HR PCI (vysoce riziková perkutánní koronární intervence).

MECHANICKÁ SRDEČNÍ PODPORA KRÁTKODOBÁ
IMPELLA 5.5 SMART ASSIST (výrobce Abiomed) – kód 0143610
IMPELLA CP SMARTASSIST (výrobce Abiomed) – kód 0195112
IMPELLA CP - 5 DNÍ (výrobce Abiomed) – kód 0194462
IMPELLA RP - 14 DNÍ (výrobce Abiomed) – kód 0194463
IMPELLA 5.0 - 10 DNÍ (výrobce Abiomed) – kód 0194460

- **IMPELLA 5.5 SMART ASSIST (výrobce Abiomed) – kód 0143610**

Zdravotní výkon, omezení místem:
Zdravotnický prostředek lze vykázat u ZV č. 55245 (implantace krátkodobé mechanické srdeční podpory bez membránové oxygenace), s omezením místa poskytování (SH) výhradně na Centra vysoce specializované komplexní kardiovaskulární péče.

Indikační omezení: Použití je indikováno u pacientů s pokročilým srdečním selháním levé komory s nutností zavedení časově rozšířené (až po dobu 30 dnů) mechanické srdeční podpory za účelem:

a) Přemostění k transplantaci srdce v rámci standardního komplexního algoritmu péče o pacienty s terminálním srdečním selháním
b) K navození dlouhodobějšího zotavení srdeční funkce u prognosticky vysoce rizikových pacientů se strukturálním či ischemickým poškozením srdce, kteří jsou za indikační hranicí operability konvenčními metodami bez možnosti časově rozšířené cirkulační podpory po výkonu.

- **IMPELLA CP SMARTASSIST (výrobce Abiomed) – kód 0195112**

Zdravotní výkon, omezení místem:
Zdravotnický prostředek lze vykázat u ZV č. 55245 (implantace krátkodobé mechanické srdeční podpory bez membránové oxygenace), s omezením místa poskytování (SH) výhradně na Centra vysoce specializované komplexní kardiovaskulární péče a Centra vysoce specializované kardiovaskulární péče.

Indikační omezení: transaortální transfemorální oběhovou podporu funkce levé komory s parciálním srdečním průtokem k možnosti provádění vysoce rizikových koronárních katétrových intervencí, stabilizaci pacientů s méně až maximálně středně vyjádřeným

kardiogenním šokem nebo k odlehčení levo-stranných srdečních oddílů a plicní cirkulace u pacientů s extrakorporální membránovou oxygenací (ECMO) v horizontu certifikované délky použití do 5 dní.

- **IMPELLA CP - 5 DNÍ (výrobce Abiomed) – kód 019446**

Zdravotní výkon, omezení místem:
Zdravotnický prostředek lze vykázat u ZV č. 55245 (implantace krátkodobé mechanické srdeční podpory bez membránové oxygenace), s omezením místa poskytování (SH) výhradně na Centra vysoce specializované komplexní kardiovaskulární péče a Centra vysoce specializované kardiovaskulární péče.

Indikační omezení: transaortální nebo transfemorální oběhová podpora funkce levé komory s parciálním srdečním průtokem k možnosti provádění vysoce rizikových koronárních katétrových intervencí, stabilizaci pacientů s méně až maximálně středně vyjádřeným kardiogenním šokem nebo k odlehčení levostranných srdečních oddílů a plicní cirkulace u pacientů s extrakorporální membránovou oxygenací (ECMO) v horizontu certifikované délky použití do 5 dní.

- **IMPELLA RP - 14 DNÍ (výrobce Abiomed) – kód 0194463**

Zdravotní výkon, omezení místem:
Zdravotnický prostředek lze vykázat u ZV č. 55245 (implantace krátkodobé mechanické srdeční podpory bez membránové oxygenace), s omezením místa poskytování (SH) výhradně na Centra vysoce specializované komplexní kardiovaskulární péče a Centra vysoce specializované kardiovaskulární péče.

Indikační omezení: transvenozní katétrová podpora pravé komory a plicnicové cirkulace s použitím až na 14dní; bez překryvu s jinými systémy Impella.

- **IMPELLA 5.0 - 10 DNÍ (výrobce Abiomed) – kód 0194460**

Zdravotní výkon, omezení místem:
Zdravotnický prostředek lze vykázat u ZV č. 55245 (implantace krátkodobé mechanické srdeční podpory bez membránové oxygenace), s omezením místa poskytování (SH) výhradně na Centra vysoce specializované komplexní kardiovaskulární péče a Centra vysoce specializované kardiovaskulární péče.

Indikační omezení: chirurgicky implantovaná krátkodobá srdeční podpora levé komory srdeční s možností poskytnutí plnohodnotného srdečního výdeje pacienta až na dobu 10 dní.

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.

Kód **0116699** – náhrada kyčelního kloubu COREHIP AS cement pro primární indikaci - dřík COCRMO+CRN-CRCN-CRCN - podmínkou indikace k použití musí být

1. prokázání a zdokumentování nesnášenlivosti, resp. alergie na osteosyntetické materiály
2. uvedení důvodu vyloučení implantace náhrady z jiných materiálů s antialergickým povrchem, které jsou již v ÚK VZP – ZP zařazeny.

Zároveň je nastaven atribut Z v poli LIM1 - omezení pro schválení revizním lékařem.

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).