

VZP ČR

# Úhradový katalog VZP – ZP

---

## Metodika

verze 981

Platnost od 1. 5. 2016

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

## ZDRAVOTNICKÉ PROSTŘEDKY

Aktualizace Úhradového katalogu VZP – ZP byla provedena v souladu s § 15, přílohou č. 3 oddíly A, B a C zákona o veřejném zdravotním pojištění (dále jen Zákon) a cenovým rozhodnutím MZ ČR.

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

U jednotlivých ZP se v Úhradovém katalogu uvádí:

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

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

## ZDRAVOTNICKÉ PROSTŘEDKY PŘEDEPISOVANÉ NA POUKAZ

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

METODIKA PŘEDEPISOVÁNÍ ZP NA POUKAZ.....	2
SKUPINA 01 – OBVAZOVÝ MATERIÁL, NÁPLASTI .....	5
SKUPINA 02 – POMŮCKY PRO INKONTINENTNÍ .....	8
SKUPINA 03 – POMŮCKY STOMICKÉ.....	11
SKUPINA 04 – ORTOPEDICKO PROTETICKÉ POMŮCKY SÉRIOVĚ VYRÁBĚNÉ.....	13
SKUPINA 05 – ORTOPEDICKO PROTETICKÉ POMŮCKY INDIVIDUÁLNĚ ZHOTOVENÉ .....	14
SKUPINA 06 – KOMPRESNÍ PUNČOCHY A NÁVLEKY .....	20
SKUPINA 07 – VOZÍKY INVALIDNÍ VČETNĚ PŘÍSLUŠENSTVÍ.....	24
SKUPINA 08 – SLUCHADLA VČETNĚ PŘÍSLUŠENSTVÍ.....	27
SKUPINA 09 – BRÝLE A OPTICKÉ POMŮCKY .....	36
SKUPINA 10 – POMŮCKY RESPIRAČNÍ A INHALAČNÍ .....	39
SKUPINA 11 – POMŮCKY PRO DIABETIKY .....	46
SKUPINA 12 – KOMPENZAČNÍ POMŮCKY PROTĚLESNĚ POSTIŽENÉ.....	49
SKUPINA 13 – DÁLE NESPECIFIKOVANÉ POMŮCKY .....	51
SKUPINA 14 – KOMPENZAČNÍ POMŮCKY PRO ZRAKOVĚ POSTIŽENÉ.....	54
SKUPINA 15 – KOMPENZAČNÍ POMŮCKY PRO SLUCHOVĚ POSTIŽENÉ.....	55
SKUPINA 16 – OBUV ORTOPEDICKÁ.....	56
SKUPINA 17 – POMŮCKY PRO LARYNGEKTOMOVANÉ .....	58

### METODIKA PŘEDEPISOVÁNÍ ZP NA POUKAZ

V Úhradovém katalogu jsou uvedeny ZP, které Pojišťovna (VZP) hradí za účelem:

- a) pokračování v léčebném procesu,
- b) podpoření stabilizace zdravotního stavu pojištěnce, jeho výrazného zlepšení či vyloučení jeho zhoršení,
- c) kompenzace nebo zmírnění následků zdravotní vady včetně náhrady nebo modifikace anatomické struktury nebo fyziologického procesu.

**Pojišťovna hradí vždy zdravotnický prostředek v základním provedení nejméně ekonomicky náročném v závislosti na míře a závažnosti zdravotního postižení.**

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

#### **Způsob předepisování na Poukaz:**

Na Poukaz (doklad VZP 13/2009) lze předepsat pouze jednu položku uvedenou v Úhradovém katalogu (rovněž viz Metodika pro pořizování a předávání dokladů VZP ČR). V případě položky označené "Z" v poli ZVL, musí být na každém Poukazu potvrzeno schválení či povolení revizním lékařem, které zajišťuje ošetřující lékař jedním ze dvou způsobů:

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

b) otiskem razítka a podpisem revizního lékaře.

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

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

Výjimka:

- Poukaz na brýle a optické pomůcky (doklad VZP 12/2009): požadované kódy vyplňuje optik.
  - Poukaz na mamární epitézu: druh epitézy vyplní dodavatel dle typu vhodného pro pacientku.
4. údaj o typu úhrady: plná úhrada pojišťovnou / částečná úhrada pojišťovnou / hradí pacient
  5. diagnózu
  6. podpis předepisujícího lékaře a datum vystavení Poukazu
  7. čitelný otisk razítka zdravotnického zařízení a jmenovky lékaře
  8. vyplněné čestné prohlášení pojištěnce stvrzující nárok úhrady ZP z prostředků veřejného zdravotního pojištění
  9. pokud je uvedeno v Úhradovém katalogu u předepisované položky "Z" je nutné schválení revizního lékaře Pojišťovny

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

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

### **Spoluúčast pacienta**

Maximální úhrada Pojišťovny vychází ze základního provedení ZP.

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

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

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

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

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

**Užitná doba**

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

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

**Základní ZP**

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

**ZP splňující požadavky dané § 15 odst. 12 zákona č. 48/1997 Sb.** jsou v souladu s předmětným zákonem zařazeny do Úhradového katalogu s maximální úhradou z veřejného zdravotního pojištění ve výši 75% z ceny ke konečnému spotřebiteli. Pojištěnec se tedy na této ceně spolupodílí doplatkem ve výši nejméně 25%. V Úhradovém katalogu je uvedena v poli MFC maximální cena ke konečnému spotřebiteli, v poli MAX je uvedena 75% maximální úhrada z veřejného zdravotního pojištění vypočtená z ceny ke konečnému spotřebiteli.

V souladu s platnou Smlouvou o výdeji zdravotnických prostředků je dodavatel povinen vydávat pojištěncům zdravotnické prostředky odpovídající poukazu vystavenému smluvním lékařem pojišťovny (především předepsané množství kusů, balení atd.). Výše požadované úhrady i doplatku pojištěnce musí vycházet ze skutečné ceny ZP pro konečného spotřebitele, a to i v případě, že tato cena bude nižší než MFC uvedená v Úhradovém katalogu VZP – ZP.

**Dítě:** Pojištěnec do 18 let věku.

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

## SKUPINA 01 – OBVAZOVÝ MATERIÁL, NÁPLASTI

Obvazový materiál předepisuje na Poukaz (doklad VZP 13/2009) smluvní lékař Pojišťovny odbornosti CHR, DIA, DRV, GER, INT, J16, PRL dle typu zdravotnického prostředku (viz Úhradový katalog). Předepsání prostředků pro vlhké hojení ran možno delegovat na PRL.

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

### Pojišťovna hradí:

- gázu hydrofilní skládanou (sterilní i nesterilní, kompresy sterilní i nesterilní) nejvýše do rozměru 10x10cm, úhrada nejvýše 4,-Kč za 1 kus,
- netkané textilie – nejvýše do rozměru 10x10cm, max. 100 kusů za měsíc, úhrada do celkové výše 50,- Kč, pouze pro stomiky,
- náplasti hypoalergické – nárok vzniká pouze u pojištěnců do 18 let věku a u pacientů se stomií a diabetiků, úhrada do výše 30,- Kč za 1 balení,
- obinadlo elastické – nejvýše do rozměru 14cm x 5m, úhrada nejvýše 50,- Kč za 1 kus,
- obinadlo hydrofilní sterilní – nejvýše do rozměru 12cm x 5m, úhrada do výše 15,- Kč za 1 kus,
- obinadlo pružné hadicové – úhrada do výše 30,- Kč za 1 kus,
- tampony vinuté – pouze na předpis odbornosti DIA, nejvýše do 1 000 kusů ročně, úhrada do celkové výše 70,- Kč,
- vatú buničitou – nejvýše do 500g za měsíc, úhrada do celkové výše 50,- Kč
- **ZP Granulox (kód 0171316)** – krytí hemoglobinové ve spreji – lze předepsat odbornostmi CHR, DIA, DRV, GER, INT, J16. Postup preskripce je totožný jako u prostředků pro vlhké hojení ran. Indikační podmínky: Těžké a nehojící se žilní event. arteriální ulcerace, včetně ulcerací u pacientů s dg. DM, které nedosáhly do 8 týdnů při použití standardních léčebných postupů, včetně chirurgických, zhojení.

U diabetických ulcerací je nezbytné současně doložit, že onemocnění je alespoň uspokojivě kompenzované a to dle aktuálních doporučení ČLS JEP – České diabetologické společnosti. Hodnoceny musí být tyto parametry: glykémie na lačno, glykémie 1 – 2 hodiny po jídle, HbA1c, celkový cholesterol – zejména pak LDL, triglyceridy, TK, BMI. Vyhodnocení těchto parametrů předepisující lékař uvádí na doklad VZP 21/2006.

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

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

Ošetřující lékař při zahájení léčby pomocí prostředků pro vlhké hojení ran vyplní **současně doklad VZP 21/2006 – Žádanka o schválení (povolení)**, dále jen **Žádanka**, a **doklad VZP 13/2009 – Poukaz na léčebnou a ortopedickou pomůcku**, dále jen **Poukaz**.

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

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

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

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

Na Žádanku se uvede

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

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

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

V části Žádanky **Zdůvodnění** uvede

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- \* pro přehlednost se datum vystavuje následovně – například: datum předepsání 12. 7. 2012, platnost Žádanky do 12. 10. 2012  
Přerušeni léčby pomocí prostředků pro vlhké hojení ran nemá vliv na dobu (neprodlužuje ji), do kdy je uděleno schválení RL (viz datum do: dd.mm.rrrr).
- \*\* předběžné schválení v souladu s Metodikou pro pořizování a předávání dokladů, kdy se v části Místo pro záznamy zdravotní pojišťovny souhlas revizního lékaře potvrdí na dokladu otiskem razítka ošetřujícího lékaře a jeho podpisem. Jméno povolujícího revizního lékaře se v tomto případě nevyplňuje. Datum povolení je nutné vyplnit vzhledem k úhradě z prostředků veřejného zdravotního pojištění (v.z.p.) – pokud si klient vyzvedne ZP v pozdější době, tj. i po datu platnosti povolení (což může nastat vzhledem k platnosti Poukazu 3 měsíce, neuvede-li lékař jinak), pak tyto zdravotnické prostředky již nejsou hrazeny z v.z.p. Uvedené je v souladu s medicínským hlediskem – okamžitou potřebou vlhkého krytí k ošetření rány.

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

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

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

#### **Poznámka:**

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



## SKUPINA 02 – POMŮCKY PRO INKONTINENTNÍ

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## SKUPINA 03 – POMŮCKY STOMICKÉ

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

Stomické pomůcky jsou členěny do jednotlivých skupin na:

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

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

### Systémy 1D

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

### Systémy 2D

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

#### Adhezní technologie

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

### Systémy irigační a příslušenství

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

### Systémy stomické na dočasnou kontinenci

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

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

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

### Podložky stomické

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

### Ostatní

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

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

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

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

Pojišťovna hradí:

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

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

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

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

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

Předepisuje lékař s odborností CHR, OHM.

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

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

**Suspensor** – maximálně 2 kusy ročně.

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

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

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

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

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

## **SKUPINA 05 – ORTOPEDICKO PROTETICKÉ POMŮCKY INDIVIDUÁLNĚ ZHOTOVENÉ**

Pomůcky ortopedicko-protetické individuálně zhotovované předepisuje smluvní lékař Pojišťovny odbornosti ORP, ORT, CHR, REH, NEU, S5 na Poukaz.

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

**U kódů 0000296, 0000297, 0001674, 0001678, 0001679, 0001680, 0011534, 0011535, 0011538, 0011539, 0023343, 0023344, 0078160, 0093321, 0093322 předloží výrobce příslušné zdravotní pojišťovně cenovou předkalkulaci, vyplněnou ve formuláři, jehož vzor je uveřejněn na webu VZP ZP. V předkalkulaci budou uvedeny položky dle sazebníku maximálních časů Asociace poskytovatelů zakázkových zdravotnických prostředků a VZP, který je přílohou č. 1 k této Metodice.**

Pojišťovna hradí:

**Epitézu individuálně zhotovovanou** (kód 0000328) – maximálně 1 kus za 2 roky, předpis podléhá schválení revizním lékařem.

**Opravu epitézy individuálně zhotovené** (kód 0005247).

Kódy 0000328 a 0005247 mohou být předepsány lékařem odbornosti chirurg, ortopedický protetik, ortoped, plastický chirurg a na 4 vybraných pracovištích ORL klinik fakultních nemocnic (preskripční omezení S7). Jedná se o ORL kliniky:

- Fakultní nemocnice v Motole, 1. LF UK
- Fakultní nemocnice u sv. Anny v Brně
- Fakultní nemocnice Ostrava
- Fakultní nemocnice Hradec Králové

**Ortézu individuálně zhotovovanou**–kódy 0000957 a 0078164 lze předepsat v době hospitalizace.

**Ortézu kraniální remodelační– kód 0140999**

Indikace kraniálních remodelačních ortéz pro polohové deformity:

Indikaci k léčbě kraniálních remodelačních ortéz provádí lékař příslušné odbornosti (neurolog, chirurg, ortoped, specialista v ortopedické protetice, rehabilitační a fyzikální medicína) na základě stanovení přesné diagnózy, etiopatogeneze, typu a závažnosti polohové deformity lebky na základě vstupního kraniometrického vyšetření s výpočtem kraniálních indexů CI a CVAI a ověřením růstového potenciálu pro predikci korekce deformity.

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

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

Kraniální remodelační ortézy se indikují pouze v případech **těžkých a velmi těžkých deformit**, vycházejících z posouzení vývoje kraniálních indexů (CVAI nad 9%, CI nad 88%), především v případech, kdy předchozí dvouměsíční léčba polohováním a cílená fyzioterapie nevedla ke zlepšení.

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

Celý proces ortotické léčby musí být průběžně dokumentován a musí splňovat tyto podmínky:

Ortotická léčba pomocí kraniálních ortéz musí být zabezpečena na ortopedicko protetickém pracovišti s adekvátním vybavením umožňujícím kraniometrické měření, odběr sádrového odlitku hlavy nebo pořízení 3D skenu hlavy dítěte.

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

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

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

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

Kód je vykazován včetně úprav po ukončení léčebného cyklu.

**Ortéza pro stabilizaci sedu** je vyráběna přísně individuálně k zajištění stability sedu se současnou korekcí páteře. Je indikována pro těžkou nedostatečnost postury při postižení stability pacienta vsedě a poruchy statiky nebo rovnováhy a to zejména: DMO, kvadruplegie s výrazným postižením postury, myopatie, porucha osteogeneze, klinické syndromy spojené s hypotonií svalovou, vysoké amputace DK se ztrátou stability, pooperační stavy umožňující vertikalizaci nebo sed. Předpis podléhá schválení revizním lékařem.

**Korzet typu Jewett** – stavebnicový, kód 0078575, hrazeno do výše 3 500,- Kč, lze předepsat v době hospitalizace.



**Návlek kompresivní na popáleniny** individuálně zhotovený je hrazen zdravotní pojišťovnou, pokud nelze použít adekvátní sériově vyrobený ZP. Úhrada je ve výši 75% z aktuální ceny pro konečného spotřebitele, zbývající část vždy doplácí pacient.

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

Počet: maximálně 2 kusy/rok, nejdéle po dobu 3 let.

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

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

Předpis podléhá schválení revizním lékařem.

**Protézy horních (HK) i dolních (DK) končetin** v základním provedení (standardní) – maximálně 1 kus za 2 roky.

Protézy modulární (speciální) HK a DK, které jsou vyrobeny ze stavebnicových polotovarů a sestav, včetně tahových protéz horních končetin – maximálně 1 kus za 2 roky (v některých případech i déle – viz hodnota Užitná doba v Úhradovém katalogu VZP – ZP), předpis podléhá schválení revizním lékařem.

**Opravy** – jsou předepisovány v případě poškození funkčních částí pomůcky opotřebením nebo neúmyslným poškozením vyplývajícím z používání pomůcky. Dle občanského zákoníku je záruční doba na díly u individuálně zhotovované pomůcky 24 měsíců od jejího vydání. Oprava je návrat pomůcky do funkčního stavu bez změny její konstrukce, nejedná se o modernizaci pomůcky.

**Úpravy** – jsou předepisovány v případě změn na těle pacienta, při kterých je nutné přizpůsobit pomůcku.

### **Protézy HK**

**dětské** (pojištěnec do 18 let) – základní typy protéz HK, prvovybavení protézou, základní typy provizorních nebo časných protéz, které jsou stavěny při změnách zdravotního stavu a nemusí odpovídat typu pomůcky pro trvalé vybavení,

- **Prvovybavení** – základní typy provizorních nebo časných protéz, které jsou stavěny při změnách zdravotního stavu a nemusí odpovídat typu pomůcky pro trvalé vybavení,
- **Standardní** – s kosmetickým nebo mechanickým jádrem,
- **speciální** – protézy vyrobené a sestavené z dílců odlehčených,
- **myoelektrické**

**Protézy HK myoelektrické** při ztrátě obou horních končetin nebo jednostranné amputaci s funkčním postižením druhé horní končetiny - maximálně 1 kus za 5 let, v případě postižení obou končetin 1 pár za 5 let. Předpis podléhá schválení revizním lékařem. K žádosti je třeba doložit vyplněný Formulář k žádosti o úhradu myoelektrické protézy z veřejného zdravotního pojištění.

## Protézy DK

**Funkční indikací protézy je návrh uspořádání protézy DK podle očekávaného stupně aktivity uživatele v závislosti na jeho celkovém zdravotním stavu.** Interním předpisem VZP ČR je uvolněna preskripce protéz DK v případech, jedná-li se o prvovybavení v době hospitalizace.

### Protézy DK s bionickým kloubem

Pod kódy 0093321 a 0093322 lze předepsat protézu DK se systémem bionického kolenního kloubu. Předpis podléhá schválení revizním lékařem. Žádost musí obsahovat jednoznačné medicínské zdůvodnění, proč nelze použít jiný typ protézy, ekonomicky méně náročný. K žádosti je třeba doložit vyplněný Formulář ke schválení úhrady stehenní protézy – systém bionický kolenní kloub. V odůvodněných případech se hradí do výše ekonomicky nejméně náročné varianty (speciální protéza) s výjimkou kritérií uvedených dále.

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

1. Exartikulace v kyčelním kloubu (dosažený stupeň\* aktivity 3-4)
2. Stehenní amputace s dosaženým stupněm\* aktivity 3 a s předpokladem dosažení aktivity 4. stupně a zároveň splnění alespoň jedné z následujících podmínek:
  - a) postižení HK– amputace, postižení neurologické znemožňující úchop a využití berlí
  - b) amputace kontralaterální končetiny v bérce až v Chopartově kloubu
  - c) motorické postižení pahýlu prakticky znemožňující stabilní stojnou fázi

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

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

#### Kontraindikace:

1. věk do 18 let
2. dosudneprotézovaný (dosud nezatěžovaný nebo nezhojený pahýl)
3. oboustranná amputacev kolene a výše
4. předpoklad reoperací pahýlu (např. angiopatie, cévní malformace atd.)
5. celkový zdravotní stav neumožňující celodenní užívání pomůcky
6. používání invalidního vozíku uhrazeného ze zdravotního pojištění

Indikaci musí předcházet používání prvovybavení min. po dobu 6 měsíců.

V případě indikace u pojištěnce, který je již protézován definitivním vybavením, je vyjma splnění výše uvedených indikací nutné doložit zdůvodnění požadavku na tuto ekonomicky náročnější pomůcku, např. jednoznačně zdokumentovaná progresse postižení páteře či druhostranné DK.

Ve zcela výjimečných případech lze indikovat přímo definitivní vybavení, event. lze indikovat v případě oboustranné stehenní amputace, po doložení a zdůvodnění požadavku ortopedickým protetikem za splnění všech ostatních výše uvedených podmínek.

**Stupeň aktivity uživatele**–určuje fyzické a psychické předpoklady uživatele, profesi, uživatelský prostor apod. Je mírou schopnosti a možnosti uživatele naplnit provádění běžných

denních aktivit. Stupeň aktivity uživatele určuje požadované technické provedení protézy (kolenní kloub a protetické chodidlo, nikoliv pahýlové lůžko)

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

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

**Stupeň aktivity 0** – nechodící pacient. Uživatel nemá vzhledem ke svému špatnému fyzickému a psychickému stavu schopnost využít protézu samostatně nebo s cizí pomocí pro bezpečný pohyb nebo přesun.

Terapeutický cíl: dosažení kosmetického vzhledu uživatele, pohyb na vozíku.

Provedení protézy: bez protézy, příp. nejjednodušší kosmetické protézy.

**Stupeň aktivity 1** – interiérový typ uživatele. Uživatel má schopnost nebo předpoklady 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.

Komponenty protézy: chodidlo typu SACH, chodidlo s jednoosým kloubem. Kolenní kloub jednoosý s konstantním třením, kolenní kloub s uzávěrem, kolenní kloub s brzdou. Pahýlové lůžko podle stavu pahýlu (není určeno stupněm aktivity).

**Stupeň aktivity 2** – limitovaný exteriérový typ uživatele. Uživatel má schopnost nebo předpoklady 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.

Komponenty protézy: chodidlo typ SAFE (pružný skelet), chodidlo s víceosým kloubem. Kolenní kloub jednoosý s konstantním třením, kolenní kloub s brzdou, polycentrický kolenní kloub s mechanickým třením. Pahýlové lůžko podle stavu pahýlu (není určeno stupněm aktivity).

**Stupeň aktivity 3** – nelimitovaný exteriérový typ uživatele. Uživatel má schopnost nebo předpoklady 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 v případě 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 protéza pro chůzi v interiéru a exteriéru téměř bez omezení.

Komponenty protézy: chodidlo se schopností akumulace a uvolňování energie – dynamické typy chodidel (pružný skelet z kompozitních materiálů). Kolenní kloub (jednoosý nebo polycentrický) s hydraulickou nebo pneumatickou jednotkou. Doplnkové moduly: rotační adaptéry, tlumiče rázů, torzní tlumiče apod. Pahýlové lůžko podle stavu pahýlu (není určeno stupněm aktivity).

**Stupeň aktivity 4** – nelimitovaný exteriérový typ uživatele se zvláštními požadavky. Uživatel má schopnosti nebo předpoklady jako uživatel stupně 3. 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 nejsou ve srovnání s člověkem bez postižení limitovány. 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.

Komponenty: chodidlo se schopností akumulace a uvolňování energie - dynamické typy chodidel (pružný skelet z kompozitních materiálů) s ohledem na vysoký stupeň aktivity uživatele. Kolenní kloub jednoosý nebo polycentrický s pneumatickou jednotkou s ohledem na vysoký stupeň aktivity uživatele. Doplnkové moduly: rotační adaptéry, tlumiče rázů, torzní tlumiče apod. Pahýlové lůžko podle stavu pahýlu (není určeno stupněm aktivity).

Určení stupně aktivity má být zaznamenáno do dokumentace uživatele a má popisovat stávající úroveň aktivit uživatele a zejména očekávané předpoklady a přínosy s navrženým technickým vybavením protézy.

Nejedná se o speciální sportovní protézy.

Užitná doba protéz u prvovybavení není omezena, u ostatních je 24 měsíců. Dětské protézy mají individuální dobu užití u všech druhů protéz.

## SKUPINA 06 – KOMPRESNÍ PUNČOCHY A NÁVLEKY

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

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

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

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

### **KEP sériově vyráběné**

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

#### Indikační kritéria:

##### II. kompresní třída

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

##### III. kompresní třída

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

##### IV. kompresní třída

- lymfedém s difúzní fibrotizací podkoží, elefantíáza

Kalhoty punčochové kompresní elastické jsou členěny následovně:

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

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

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

Pažní návlek komplet- hrazeny jsou 2 kusy za rok.

Návleky a rukávce na lymfedém paží

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

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

Maximální úhrada Pojišťovny se odvíjí od KEP v základním provedení, plně funkčním nejméně ekonomicky náročném. V každé skupině KEP je tedy plně hrazen vždy nejméně jeden ZP.

### **KEP zakázkově zhotovované dle individuálních rozměrů uživatele (dále jen ZZP KEP)**

Hrazeny jsou maximálně 2 kusy za 1 rok. Schvaluje revizní lékař pojišťovny v případě splnění následujícího indikačního kritéria:

- 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 kruhového pletení, kódy ZZP 0045400, 0045401, 0045402,
- e) prohlášením výrobce o splnění prohlášení o shodě na předmětný ZZP.

Poznámka: v případě ZZP KEP se nejedná o výrobu ruční (jako např. u individuální protetiky), ale o výrobu strojovou, jedná se o speciálně nastavený program stroje dle dodaných konkrétních rozměrů daného pacienta. Výrobci ZZP jsou povinni dodržovat § 4, odst. 5, včetně přílohy č. 8, nařízení vlády č. 336/2004 Sb. ve znění pozdějších předpisů, kterým se stanoví technické požadavky na ZP.

ZZP KEP, pažní návleky a rukávce, jsou pro účely stanovení úhrady Pojišťovnou děleny dle druhu a účelu použití na:

- a) ZZP KEP kruhově pletené (lze vyrobit v ČR) a
- b) ZZP KEP plošně pletené (nelze v současnosti vyrobit v ČR).

**ad a) ZZP KEP - technologie kruhového pletení** v Číselníku VZP – ZP uvedeno pod kódy:

Kód 0045400

**Zakázkově zhotovované ZP kompresní II. a III. K.T. - kruhové pletení**

Druhy: punčochy kompresní lýtkové, punčochy kompresní stehenní s úchytem v pase, pažní návlek – rukávec, rukavice.

Úhrada na základě předložené kalkulace dle odst. 2, bod d), maximálně do výše 500,- Kč

Kód: 0045401

**Zakázkově zhotovovaný ZP kompresní II. a III. K.T., kruhové pletení**

Druhy: punčochy kompresní stehenní, polostehenní, kalhoty punčochové kompresní, pažní návlek s rukavicí, na základě rozměrů uživatele složitější nastavení stroje pro výrobu pažního návleku nebo rukavice k pažnímu návleku.

Úhrada na základě předložené kalkulace dle odst. 2, bod d), maximálně do výše 1000,- Kč

Kód: 0045402

**Zakázkově zhotovovaný ZP kompresní II., III. a IV. K.T., kruhové pletení**

Druhy: speciální pažní návleky, rukávce, speciálně vyrobené složité KEP, nutnost např. z důvodu kožní Dg. antiseptický materiál apod., velmi atypické rozměry vyžadující komplikované, velmi složité nastavení programu stroje. Indikace podrobně zdůvodněná předepisujícím lékařem.

Úhrada na základě předložené kalkulace dle odst. 2, bod d), maximálně do výše 2 000,-Kč

Výše uvedené druhy ZZP KEP s technologií kruhového pletení, zhotovují výrobci, kteří mají zařazen v Číselníku též sortiment KEP sériově vyráběný, zcela bez doplatku pojišťovny. Maximální úhrada je pro jednotlivé druhy ZZP KEP (kódy 0045400, 0045401, 0045402) nastavena dle reálných cen pro sortiment zhotovený dle individuálních rozměrů. Pojišťovna plně hradí nejméně ekonomicky náročné varianty zdravotnických prostředků. Toto kritérium splňují následující výrobci:

237	DeonaMedi s.r.o.	354	Aries a.s.
133	Maxis a.s.	054	Loana Rožnov a.s.
135	Varitex s.r.o.	139	OfaBambergGmbH

**ad b) ZZP KEP -K.T. II., III., IV. - technologie plochého pletení**

Předepisuje smluvní lékař specializovaného (lymfologického, angiologického) pracoviště, preskripce J16, pouze v mimořádných případech, kdy nelze použít ZZP s kruhovým pletením.

V Úhradovém katalogu u jednotlivých kódů zakázkově zhotovovaných ZP kompresních, vyrobených technologií plochého pletení, uveden v poli OME atribut „S5“ zvláštní režim pojišťovny pro schválení oprávněnosti úhrady.

Předepisující pracoviště jsou vyškolená 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, předepisuje smluvní lékař odbornosti J16 reviznímu lékaři Pojišťovny, musí splňovat kromě požadavků uvedených v odst. 2, 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. V tomto případě není nutné předkládat kalkulační vzorce uvedené v odst. 2 bod d).

Revizní lékař pojišťovny schvaluje oprávněnost úhrady při splnění následujících indikací:

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

**V Úhradovém katalogu je uveden pod jednotlivými kódy kompletní sortiment ZZP KEP plošně pletený s konečnými cenami od výrobců (viz pole MFC Úhradového katalogu). Každý kód se váže pouze na jednoho výrobce, zkratka výrobce je uvedena v poli VYR. Maximální úhrada pojišťovny se odvozuje od nejméně ekonomicky náročné varianty pro daný druh ZZP KEP vyrobeného technologií plochého pletení.**

**Druhy ZP:** rukavice bez prstů i s prsty, speciální pažní a hrudní návleky a rukávce, komprese i přes rameno. Punčochy lýtkové, stehenní, polostehenní, punčochové kalhoty s kompresí směřovanou na třísla, krátké i dlouhé, s jednou i oběma nohavicemi.

Výrobci ZZP KEP s technologií plochého pletení, jejichž produkty jsou zařazeny v Úhradovém katalogu:

138 MediBayereuth Německo

139 OfaBamberg Německo

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



## SKUPINA 07 – VOZÍKY INVALIDNÍ VČETNĚ PŘÍSLUŠENSTVÍ

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

### Pojišťovna hradí:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Elektrické vozíky jsou ZP se symbolem Z a R (tzn. ZP zapůjčované) předepisované smluvním lékařem specialistou (REH, ORT, NEU, INT) na Poukaz (doklad VZP – 13/2009 – Poukaz na léčebnou a ortopedickou pomůcku) po předchozím schválení úhrady revizním lékařem VZP ČR.

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

- 1) Postižení obou dolních končetin znemožňující pojištěnci samostatnou lokomoci, v kombinaci s postižením horních končetin, které neumožňuje ovládání mechanického vozíku, a to ani mechanismem pro jednu ruku.
- 2) Postižení obou dolních končetin znemožňující pojištěnci samostatnou lokomoci při kombinaci se závažným chronickým onemocněním, které nedovoluje pojištěnci zvýšit fyzickou zátěž (Nutno doložit např.: verifikace zátěžovým testem z odborného pracoviště nebo stanovisko příslušného odborného lékaře pro dané chronické onemocnění.).
- 3) Somatická a mentální schopnost pojištěnce musí odpovídat ustanovením zákona č. 361/2000 Sb., o provozu na pozemních komunikacích, která se vztahují i na osobu, pohybující se pomocí ručního nebo motorového vozíku pro invalidy, jako na chodce.

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

- 1) Lékař specialista (REH, ORT, NEU, INT) smluvního zdravotnického zařízení (SZZ) předloží příslušnému reviznímu lékaři řádně vyplněnou **Žádanku o schválení (povolení)** – doklad VZP – 21/2006, s uvedením podrobné epikrizy onemocnění pojištěnce, specifikace elektrického vozíku dle platného Úhradového katalogu VZP ČR a klinického zdůvodnění typu požadovaného elektrického vozíku (totéž platí i pro žádost o schválení úhrady příslušenství elektrického vozíku).
- 2) Jako přílohu žádanky dle bodu 1) předepisující lékař předloží vyplněný **Formulář k přidělení elektrického vozíku ve všech jeho částech včetně:**
  - **U nezletilých pojištěnců** je nutné doložit k žádosti závazné prohlášení zákonných zástupců dítěte, že plně zodpovídají za bezpečnost jeho i ostatních účastníků silničního provozu v souladu se zákonem č. 361/2000 Sb., o provozu na pozemních komunikacích, v platném znění.
  - V případě indikace elektrického vozíku dle bodu 2) je nutné přiložit stanovisko příslušného odborného lékaře včetně výsledků vyšetření dokládajících rozsah a závažnost postižení, např. zátěžové testy.
  - **Oční vyšetření**, které je součástí žádosti, musí být zaměřeno na schopnost řídit elektrický vozík.
  - V závěru **psychologického/psychiatrického vyšetření** musí být výslovně uvedeno, **zda je pojištěnec schopen bezpečně ovládat** elektrický vozík v silničním provozu.
- 3) Kompletní podkladové materiály dle bodu 1) – 2) předá revizní lékař (RL) územně příslušný žádajícímu smluvnímu ZZ **příslušnému krajskému (KRL) nebo jím pověřenému reviznímu lékaři k rozhodnutí 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 **krajského revizního technika (KRT)** o oprávněnosti vyřazení elektrického vozíku. Technické posouzení jak ze

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

- 5) **Přednost má zapůjčení repasovaného elektrického vozíku** (v souladu s písm. d) § 11 a odst. 11) § 15 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, v platném znění.
- 6) **Schvalování úhrady elektrických vozíků z prostředků veřejného zdravotního pojištění včetně odvolacího řízení podléhá režimu dle zákona č. 500/2004 Sb., správní řád, v podmínkách VZP ČR (výdajová část).**

### **Opravy**

Pojišťovna hradí 90%, podléhá schválení revizního lékaře.

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

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

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

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

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

## SKUPINA 08 – SLUCHADLA VČETNĚ PŘÍSLUŠENSTVÍ

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

Sluchadla, příslušenství a ostatní foniatické pomůcky se předepisují na Poukaz na foniatickou pomůcku, doklad VZP-14/2009, viz Metodika pro pořizování a předávání dokladů VZP ČR, (dále jen Poukaz).

### Na Poukaz je nutné vždy uvádět:

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

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

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

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

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

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

Stejným způsobem je nutné postupovat i u ušních tvarovek – individuálně zhotovených, zvláště u pojištěnců do 18 let.

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

### Postup při opravách a ztrátě sluchadla:

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

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

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

- a) oprávněnost úhrady nároku na úhradu sluchadla před uplynutím směrné doby užití, dané obecně závaznými platnými právními předpisy,
- b) oprávněnost úhrady binaurální korekce ztráty sluchu pro hluchoslepé klienty od 18 let věku,

- c) oprávněnost úhrady pro děti do 10 let věku indikované pro sluchový implantabilní systém pro přímé kostní vedení (dále jen SISKV),
- d) oprávněnost úhrady při výměně zevní části kochleárního implantátu – řečového procesoru,

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

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

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

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

Úhradu nelze schválit, jestliže např.:

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

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

- řádně vyplněnou Žádanku o schválení (povolení) – doklad VZP-21/2006, s uvedením podrobné epikrízy onemocnění pojištěnce s podrobnými údaji týkajícími se stávajícího sluchadla, včetně názvu a kódu stávajícího a navrhovaného sluchadla včetně data vydání stávajícího sluchadla,
- tónový a slovní audiogram se stávajícím sluchadlem s uvedeným datem, kdy bylo provedeno vyšetření, tónový a slovní audiogram s navrhovaným sluchadlem s uvedeným datem provedení vyšetření.

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

Úhrada podle indikační skupiny: viz tabulka níže

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

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

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

Pro předpis sluchadla pro hluchoslepeho pojištěnce je prvořadé

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

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

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

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

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

- 1) řádně vyplněný tiskopis Žádost specialistů k předpisu kompenzačních pomůcek pro hluchoslepe
- 2) řádně vyplněnou Žádku o schválení (povolení) – doklad VZP– 21/2006
- 3) předepsaná audiometrická vyšetření včetně slovní audiometrie bez a se zkoušenými sluchadly, u malých dětí objektivní audiometrii – minimálně BERA vyšetření, lépe v kombinaci s SSEP/ASSR

### Úhrada SISKV bez chirurgického zákroku

Kód indikační skupiny: 0040820

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

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

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

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

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

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

- a) řádně vyplněnou Žádanku o schválení (povolení) – doklad VZP– 21/2006
- b) výsledky tónové (s přesně stanoveným prahem kostního vedení) a výsledky slovní audiometrie
- c) název a kód vybraného sluchadla, včetně zdůvodnění daného výběru (práh kostního vedení)
- d) řádné zdůvodnění žádosti doplněné epikrizou onemocnění dítěte, doložení výsledků nezbytných vyšetření, včetně CT uší, otomikroskopie otolaryngologem, vyšetření a vyjádření otolaryngologa, proč nelze sluch zlepšit chirurgicky, u neřešitelných alergií stanovisko dermatologa/alergologa
- e) konkrétní zdůvodnění, proč ke kompenzaci sluchové vady není vhodný jiný typ sluchadla na kostní vedení

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

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

Kód indikační skupiny:0040821

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

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

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

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

- řádně vyplněnou Žádku o schválení (povolení) – doklad VZP – 21/2006, s uvedením epikrizy pojišťence, včetně konkrétních údajů týkajících se využití CIS po dobu nejméně 10 let od implantace

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

### **Příslušenství ke sluchadlům**

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

### **Ušní tvarovka ochranná – individuálně zhotovená**

Lze předepsat maximálně 1kus za 2 roky od 18 let, maximálně 250,-Kč za 1kus, podléhá schválení revizním lékařem.

Kód indikační skupiny: 0040819 (neváže se na ztrátu sluchu)

Indikace: stavy s otevřeným středouším, nutnost ochrany před vniknutím vody do středouší.

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

Název příslušenství	Pojišťovna hradí	Směrná doba užití	Limit / Kód indikační skupiny
Baterie ke sluchadlu	Max. 80,- Kč za 4 kusy	5 let	FON, OTO S3 0040814
Brýlový adaptér k závěsnému sluchadlu	Max. 90,- Kč za 1 kus	5 let	FON, OTO S3 0040815
Ušní tvarovka – individuálně zhotovená	Max. 700,- Kč 2 kusy; do 18 let	1 rok	FON, OTO S3
Ušní tvarovka – individuálně zhotovená	Max. 350,- Kč za 1 kus od 18 let; max. 2 kusy pouze pro hluchoslepé	5 let	FON, OTO S3
Ušní tvarovka <u>ochranná</u> – individuálně zhotovená	Max. 250,- Kč za 1 kus od 18 let, stavy s otevřeným středouším, do 18 let max.2 ks za 2 roky (dle rozsahu výkonu)	2 roky	FON, OTO ”Z” - podléhá schválení revizního lékaře 0040819
Ušní tvarovka – sériově vyráběná	Max. 20,- Kč za 1 kus	5 let	FON, OTO S3

## SKUPINA 09 – BRÝLE A OPTICKÉ POMŮCKY

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

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

Provozovna oční optiky je určena k výdeji zdravotnických prostředků, jsou zde prováděny výkony nutné k zhotovení brýlí a optických pomůcek, jde tedy o výkony řazené mezi maloobchodní. **Diagnostické výkony prováděné za účelem předepsání kontaktní čočky hrazené z veřejného zdravotního pojištění jsou prováděny v rámci léčebně preventivní péče v souladu se Zákonem. Tyto výkony smí provádět pouze lékař oftalmolog a to i v případě indikací, kdy ze zákona si hradí aplikaci kontaktní čočky pojištěncem.**

**Oční optika, která má aplikační středisko zabývající se problematikou kontaktních čoček, musí mít statut zdravotnického zařízení. Poukaz na brýle a optické pomůcky s předpisem na kontaktní čočky nesmí být pojišťovně vykazován k validaci běžnou oční optikou.**

Oční protézy se předepisují na "Poukaz na brýle a optické pomůcky", nikoliv na "Poukaz na léčebnou a ortopedickou pomůcku". Předpis na oční protézu akrylátovou individuálně zhotovovanou podléhá schválení revizním lékařem.

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

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

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

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

<b>Čočka kontaktní stenopeutická, barevná, terapeutická</b>	Úhrada do výše uvedené v Úhradovém katalogu	Děti do 15 let 2x za 1 rok, od 15 let 1x za 1 rok, bez změny korekce	závažné choroby rohovky, duhovky nebo kombinace "Z" – podléhá schválení revizním lékařem
<b>Okluzor</b> gelový, náplastový, plastový	Úhrada do výše uvedené v Úhradovém katalogu	dle potřeby	
<b>Čočka brýlová prismatická</b>	Úhrada do výše uvedené v Úhradovém katalogu	Do 6 let max. 3x za 1 rok, od 6 do 15 let 1x za 1 rok, 1x za 3 roky od 15 let, bez změny korekce	diplopie, strabismus
<b>Prismatické folie měkké, tvrdé</b>	Úhrada do výše uvedené v Úhradovém katalogu	Do 6 let max. 3x za 1 rok, od 6 do 15 let 1x za 1 rok, 1x za 3 roky od 15 let, bez změny korekce	diplopie, strabismus
<b>Lupa asférická zvětšující 4x a více</b>	Max. 1 500,- Kč	1 kus za 5 let	"Z" – podléhá schválení revizním lékařem Předepisují určená pracoviště, nutný údaj o zvětšení
<b>Lupa sférická zvětšující do 4x</b>	Max. 100,- Kč	1 kus za 5 let	nutný údaj o zvětšení- (2x,3x,4x)
<b>Protéza oční akrylátová individuálně zhotovená</b>	Úhrada 100%, max. 2 000,-Kč za 1 kus	Max. 2 kusy za 3 roky	"Z" – podléhá schválení revizním lékařem
<b>Protéza oční skleněná</b>	Úhrada 100%, max. 800,-Kč za 1 kus	Max. 2 kusy za 1 rok	
<b>Dalekohledový systém na dálku i na blízko s příslušenstvím</b>	Max. 8000,-Kč za 1 kus	1 kus za 7 let	"Z" – podléhá schválení revizním lékařem Předepisují určená pracoviště
<b>Čočka brýlová hyperkulární</b>	Úhrada do výše uvedené v Úhradovém katalogu	Max. 2x za 1 rok do 18 let, max. 1x za 3 roky od 18 let, bez změny korekce	"Z" – podléhá schválení revizním lékařem

## SKUPINA 10 – POMŮCKY RESPIRAČNÍ A INHALAČNÍ

Pomůcky respirační a inhalační předepisuje smluvní lékař Pojišťovny odbornosti TRN, ALG, OTO, NEU, PED, S5dle typu ZP na Poukaz.

### Pojišťovna hradí:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Indikační kritéria:

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

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

Indikační kritéria:

U nemocných na léčbě CPAP, AHI ≥ 15, kteří potřebují tlak CPAP vyšší než 8 cm H<sub>2</sub>O a již při titraci udávají horší toleranci léčby pro subjektivně pociťovaný vyšší tlak přístroje. Přístroj reaguje na pacientovo dýchání a při výdechu sníží tlak, čímž usnadní pacientovi snadněji vydechnout. Přístroj by měl být vybaven interní pamětí nebo pamětovou kartou se záznamem nejen délky každodenního používání, ale i další údaje jako jsou zbytkové události (AHI – s rozlišením na obstrukční a centrální, chrápání, omezení průtoku, netěsnosti masky).



### 3. **BiPAP S**

Indikační kritéria:

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

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

Indikační kritéria:

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

### 5. **BiPAP ST**

Indikační kritéria:

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

### 6. **BiPAP adaptivní s objemovou podporou**

Indikační kritéria:

Speciální přístroj s nastavitelnými tlaky pro nádech a výdech, možností nastavit záložní frekvenci dýchání pro případ, že selže spontánní dýchání pacienta a možností nastavení kompenzace dechového objemu (udržuje nastavený dechový objem  $v_T$  po

celou noc). Pro indikaci **úzce limitované skupiny nemocných** s hypoventilačním syndromem při obezitě, neuromuskulárních postiženích, restričních plicních onemocněních – např. deformity hrudníku apod. tam, kde je riziko, že během spánku nebudou zachovány potřebné dechové objemy a terapie přístrojem BiPAP ST nevedla k odstranění respiračních událostí a desaturací. Přístroj by měl být vybaven interní pamětí nebo pamět'ovou kartou se záznamem nejen délky každodenního používání, ale i dalšími údaji jako jsou zbytkové události (AHI – s rozlišením na obstrukční a centrální, chrápání, omezení průtoku, CSR, RERA, netěsnosti masky).

#### 7. BiPAP adaptivní se servoventilací

Indikační kritéria:

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

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

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

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

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

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

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

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

Noční monitorování ukazuje přinejmenším jeden z následujících znaků

Saturace hemoglobinu kyslíkem  $< 90\%$  po dobu delší než 5 minut s minimem alespoň  $85\%$

Více než  $30\%$  celkového trvání spánku je saturace hemoglobinu kyslíkem  $< 90\%$

Hodnota krevního  $PaCO_2$  ve spánku je abnormálně vysoká nebo disproporcionálně zvýšená proti hladině při bdělosti (měřeno vleže noční kapnometrií nebo odběrem krevních plynů bezprostředně po probuzení)

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

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

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

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

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

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

### **Vyšetření**

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

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

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

#### **Před léčbou je nemocný upozorněn na nutnost:**

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

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

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

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

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

### **Vyšetření před zahájením NIV:**

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

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

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

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

- Při kontrole limitovanou polygrafií či polysomnografií je  $T90 > 30\%$
- Při manuální titraci polysomnografem je  $SpO_2 \leq 88\%$  po dobu 5 a více minut.

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

#### 1) Obstrukční onemocnění plic

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

- Chronická denní hyperkapnie s  $PaCO_2 \geq 6,5$  kPa
- Noční hyperkapnie s  $PaCO_2 \geq 7,3$  kPa prokázaná vyšetřením krevních plynů bezprostředně po probuzení
- Chronická denní hyperkapnie s  $PaCO_2$  6,0-6,5 kPa a zaznamenaný noční vzestup  $o \geq 1,3$  kPa při transkutánní kapnometrii
- Chronická denní hyperkapnie s  $PaCO_2$  6,0 - 6,5 kPa a minimálně 2 akutní exacerbace s respirační acidózou vyžadující hospitalizaci v posledních 12 měsících
- V přímé návaznosti na akutní exacerbaci vyžadující neinvazivní či invazivní ventilaci, pokud i po stabilizaci stavu přetrvává  $PaCO_2 > 6,0$  kPa. Stabilizací stavu se rozumí 3 měsíce od ukončení léčby pro akutní exacerbaci.

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

Podmínkou je dobrá spolupráce pacienta a tolerance NIV.

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

## 2) Restrikční onemocnění hrudníku

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

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

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

## 3) Neuromuskulární onemocnění

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

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

## 4) Hypoventilační syndrom u obezity

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### **Kontraindikace CPAP/BiPAP**

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

Rekurentní sinusitidy a mediotitidy

Alergie na hmotu masky a jiné materiály přístroje

Neschopnost obsluhy přístroje bez spolehlivého zabezpečení takové péče jinou osobou

Nezájem o léčbu ze strany nemocného

Non-compliance nemocného

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

<http://www.pneumologie.cz/sdeleni-vyboru/771/kriteria-indikace-ddot-2015/>

## SKUPINA 11 – POMŮCKY PRO DIABETIKY

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

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

- **proužky diagnostické na stanovení glukózy**
  - A. Množství do 400 kusů proužků za rok:**
    1. hrazeno do 100 kusů/1 rok do celkové výše 800,- Kč  
Indikační kritéria: pacienti léčení perorálními antidiabetiky
    2. hrazeno do 400 kusů/1 rok do celkové výše 3 200,- Kč  
Indikační kritéria: pacienti léčení inzulínem, kteří si aplikují inzulín jednou či dvakrát denně a pacientky s gestačním diabetem léčené dietou či perorálními antidiabetiky
  - B. Množství od 400 kusů do 1 000 kusů proužků za rok**  
Indikační kritéria: pacienti léčení intenzifikovaným inzulínovým režimem (3 a více aplikací inzulínu denně), pacienti léčení inzulínovou pumpou a těhotné diabetičky léčené 1 – 2 dávkami inzulínu denně. Podléhá schválení revizním lékařem.
  - C. Množství od 1 000 kusů do 1 800 kusů za rok**  
Indikační kritéria: pacienti do 18 let a těhotné diabetičky léčené intenzifikovaným inzulínovým režimem nebo inzulínovou pumpou. Podléhá schválení revizním lékařem.
- **proužky k vizuálnímu testování glukózy/ketonů v moči** – jsou určeny pouze pro diabetiky II. typu, kteří nevlastní glukometr k občasné kontrole. Pacienti léčení PAD – hrazeno 50 kusů/rok, pacienti léčení inzulínem – hrazeno 300 kusů/rok. Úhrada 75%.
- **proužky testovací pro stanovení ketolátek v krvi**–hrazeno 75% maximálně 4 balení/rok Indikační kritéria: preskripce pouze v diabetologických centrech. Určeny jsou pouze pro diabetiky do 18 let věku, gravidní diabetičky a diabetiky I. typu léčených inzulínovou pumpou bez ohledu na věk
- **lancety pro odběr krve** – hrazeno do 100 kusů/rok do výše 300,- Kč
- **aplikátor odběru krve pomocí lancet** – hrazen 1 kus/5 let, do výše 250,- Kč
- **aplikátor inzulínu k aplikaci injekční stříkačkou**–hrazen 1 kus/3roky, do výše 1200,- Kč
- **aplikátor inzulínu – inzulínové pero**–hrazen 1 kus/3 roky do výše 1 500,- Kč; hrazeny maximálně 2 kusy/3 roky při souběžné aplikaci dvou druhů inzulínu
- **jehly k injekčním stříkačkám k aplikaci inzulínu**–hrazeno 100 kusů do výše 120,- Kč
- **jehly k inzulínovým perům**–hrazeno 200 kusů/rok do výše 530,- Kč
- **komplet k aplikaci (stříkačka s fixovanou jehlou)** – hrazeno 100 kusů do výše 370,- Kč
- **stříkačka injekční k aplikaci inzulínu** – hrazeno 100 kusů do výše 230,- Kč
- **glukometr se zvukovým modemem**  
Indikační kritéria: pro zrakově postižené diabetiky. Hranicí pro indikaci této pomůcky je centrální zraková ostrost nižší než 6/18 (0,35) na lepším oku s optimální korekcí do dálky. Tomu odpovídá vizus do blízka J.č.11–10 na lepším oku s optimální korekcí do blízka.

- **glukometr** – hrazeno 1 kus/10 let do výše 1 000,-Kč  
Indikační kritéria:  
pro diabetiky léčené intenzifikovaným inzulínovým režimem (3 dávky denně nebo inzulínová pumpa), pro labilní diabetiky se 2 dávkami inzulínu.
- **jehly k neinzulínovým perům** – hrazeno 100 kusů/rok do výše do 270,- Kč
- **inzulínové pumpy**  
jsou členěny do tří kategorií:
  1. **inzulínové pumpy bazální**
  2. **inzulínové pumpy s vestavěným kontinuálním monitorem na měření glukózy či napojením na glukometr**
  3. **inzulínové pumpy s vestavěným kontinuálním monitorem a odezvou na měření glukózy**

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

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

Doplňující kritéria pro indikaci léčby inzulínovou pumpou:

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

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

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



**Příslušenství k inzulínové pumpě:**

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

**Senzory pro kontinuální měření glukózy** jsou hrazeny jako zdravotnický prostředek předepisovaný na poukaz pouze pacientům do 18 let vč. léčeným inzulínovou pumpou s dg. DM I. typu a jsou indikovány u nemocných s frekventními hypoglykémiami nebo s labilním diabetem nebo se syndromem nerozpoznané hypoglykemie, u kterých byly tyto stavy ověřeny opakovaným kontinuálním monitorováním v předchozím období. Podmínkou je prokazatelně dobrá spolupráce pacienta či rodiny (pravidelné návštěvy diabetologie, dokumentovaný selfmonitoring).

Senzory pro kontinuální monitoraci glykémie jsou hrazeny v počtu 24 kusů/rok.

Úhrada z prostředků v. z. p činí 100% ekonomicky nejméně náročné varianty senzorů.

## SKUPINA 12 – KOMPENZAČNÍ POMŮCKY PROTĚLESNĚ POSTIŽENÉ

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

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

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

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

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

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

**Hůl**–maximálně 1 kus za 3 roky

**Chodítka**–maximálně 1 kus za 5 let, předpis podléhá schválení revizním lékařem. Lze předepsat při funkčních HK, omezený pohyb DK a při snížené stabilitě.

Chodítka pevná konstrukce

Chodítka pevné skládací konstrukce

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

Chodítka dvoukolová pevná konstrukce

Chodítka dvoukolová skládací konstrukce

Chodítka tříkolová pevná konstrukce - dobrá stabilita uživatele

Chodítka tříkolová skládací konstrukce - dobrá stabilita uživatele

Chodítka čtyřkolová pevná konstrukce

Chodítka čtyřkolová skládací konstrukce

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

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

Křeslo stabilní

Křeslo pojízdné

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

Úhrada lůžka polohovacího (obou typů) je schvalována revizním lékařem, maximálně 1 kus za 10 let, na základě žádosti navrhuje odborný lékař (dle odbornosti uvedené v Úhradovém katalogu) na žádance vzor VZP – 21/2006.

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

Indikační kritéria pro oba typy lůžek:

1. pacient bez schopnosti aktivního pohybu zcela odkázaný na pomoc druhé osoby nebo
2. trvale upoutaný na lůžko se zbytkovou schopností aktivní hybnosti a zároveň s onemocněním výrazně zhoršujícím trofiku kůže a podkoží, např. transversální leze

míšní, postižení centrálního či periferního motoneuronu, polyneuropatie metabolického původu apod.

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

Sedačka na vanu

Sedačka do vany

Sedačka pod sprchu

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

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

Zvedáky

Příslušenství

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

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

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

## SKUPINA 13 – DÁLE NESPECIFIKOVANÉ POMŮCKY

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

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

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

Antidekubitní podložka malá

Antidekubitní podložní kolo

Antidekubitní podložka sedací

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

Antidekubitní podložka velká

Antidekubitní systém na ležení pro kvadruplegiky

Antidekubitní matrace

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

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

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

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

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

Nepotahované

Potahované

Indikační kritéria:

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

Upozornění:

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

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

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

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

Doplňující indikační kritéria:

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

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

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

Doplňující indikační kritéria:

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

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

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

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

Indikační kritéria:

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

**Uro-TainerNaCl0,9%**– u nemocných s náhradou močového měchýře, s neurogenním měchýřem a po operaci exstrofie měchýře.

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

Indikační kritéria:

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

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

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

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

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

**Kompenzační pomůcky pro nevidomé**

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

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

Kompenzační pomůcky pro sluchově postižené pojištěnce předepisuje smluvní lékař Pojišťovny odbornosti FON, OTO S3 na Poukaz (doklad VZP 13/2009).



## SKUPINA 16 – OBUV ORTOPEDICKÁ

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

### Pojišťovna hradí

**Obuv ortopedickou dětskou individuálně zhotovovanou** – maximálně 3 páry ročně, nejvýše do 6 000,- Kč za 3 páry. Předpis podléhá schválení revizním lékařem. Nelze předepsat jednorázově 3 páry, ale pouze postupně v průběhu roku dle změny velikosti nohy případně změny stavu vady (z toho vyplývá úhrada za 1 pár do výše 2 000,-Kč).

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

**Obuv ortopedickou individuálně zhotovovanou** – jednoduchou, pojištěnci od 18 let maximálně 1 pár za 2 roky, úhrada Pojišťovny 50%.

**Obuv ortopedickou individuálně zhotovovanou** - složitější a velmi složitou, pojištěnci od 18 let, maximálně 1 pár za 2 roky, úhrada Pojišťovny 90%.

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

**Vložky ortopedické individuálně zhotovované pojištěnci do 18 let věku (dětská)** - maximálně 2 páry ročně, nejvýše do 600,- Kč za 2 páry.

**Vložky ortopedické individuálně zhotovované pojištěnci od 18 let věku** - maximálně 1 pár ročně, nejvýše do 100,- Kč za 1 pár.

**Vložky ortopedické speciální** – maximálně 2 páry ročně, úhrada Pojišťovny 80%.

**U kódů 0000959, 0000960, 0000967 a 0022627 předloží výrobce příslušné zdravotní pojišťovně cenovou předkalkulaci, vyplněnou ve formuláři, jehož vzor je uveřejněn na webu VZP ZP. V předkalkulaci budou uvedeny položky dle sazebníku maximálních časů Asociace poskytovatelů zakázkových zdravotnických prostředků a VZP, který je přílohou č. 1 k této Metodice.**

### Indikace:

**Obuv ortopedická jednoduchá** – vyžaduje výběr vlastního tvaru, je určena pro kombinovaná postižení tří a více uvedených vad. Jedná se např. o kládívkové prsty, zkřížené prsty, vboč. palce, ztuhlý palec, podélně a příčně plochá noha při realizovaném vyrovnání DK do 2 cm.

**Obuv ortopedická složitější** - obuv vyžadující úpravu ortopedického kopyta korekcí a výběr vadě odpovídajícího materiálu. Je určena pro kombinované postižení, tzn. tří uvedených vad. Těžké kládívkové deformity prstů, zkřížené prsty velkého rozsahu, vbočené palce nad 45°, 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 DK od 2,5 do 4 cm.

**Obuv ortopedická velmi složitá** - obuv, pro kterou je nezbytná vlastní stavba ort. kopyta podle modelu nohy. Slouží zejména pro vady s velkými deformitami, deformovanou nohu

svislou, kososvislou, svislou a vbočenou, hákovitou, lukovitou, kontrahovanou, revmatické deformity velkého rozsahu, při rozštěpech a vrozených deformitách nohy těžkého charakteru. U amputací všech prstů po hlavičky metatarzů a při realizovaném vyrovnání zkrácení DK od 4,5 do 8 cm.

**Obuv ortopedická** - přímá součást protetické pomůcky nebo obuv nahrazující přístroj - obuv při vrozené malformaci nebo amputaci nohy v metatarzech a výše, obuv přes vnitřní sandál, přes štítovou protézu, dále ortopedická obuv jako součást vybavení končetinovými ortézami, při aplikaci vnitřního sandálu nebo třmenu k ortéze. Obuv charakteru nosné ortézy a obuv při realizovaném vyrovnání zkrácení DK nad 8 cm.

**Opravy obuvi ortopedické** - opravy části obuvi, které slouží jako léčebné části, a to i u obuvi složité a velmi složité a obuvi jako přímé součásti protetické pomůcky.

**Úpravy obuvi ortopedické** - veškeré úpravy, které jsou prováděny **při změně zdravotního stavu a tvaru nohy.**

**Úpravy obuvi standardní** - ortopedické úpravy a přestavby standardní obuvi, zvýšení podešve, vystavení podešve, zabudování vnitřních korektorů, atd.

**Vložky ortopedické individuálně zhotovené** - vložky dle sejmutých měrných podkladů pro korekci příčné klenby, podélné klenby, pro odlehčení defektů, ev. jejich kombinace.

**Vložky ortopedické speciální** – vložky dle sejmutých měrných podkladů ev. s korekcí pro složité vady, lodičkové, jazýčkové, s klínky, se zarážkami, plastické, regulační, extenční atd. (úhrada 80%).

## SKUPINA 17 – POMŮCKY PRO LARYNGEKTOMOVANÉ

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

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

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

### Pojišťovna hradí:

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

Trvalým kanylonosičům při prvovybavení:

Pojišťovna hradí: 3 kanyly - pojištěncům do 18 let

2 kanyly - pojištěncům od 18 let

## ZDRAVOTNICKÉ PROSTŘEDKY ZVLÁŠŤ ÚČTOVANÝ MATERIÁL

### SYSTEMATIKA ÚHRADOVÉHO KATALOGU, ZP – ZUM

SKUPINA 01 – OBVAZOVÝ MATERIÁL, NÁPLASTI .....	61
SKUPINA 13 – DÁLE NESPECIFIKOVANÉ POMŮCKY .....	62
SKUPINA 41 – IMPLANTÁTY BIOLOGICKÉ LIDSKÉHO A ZVÍŘECÍHO PŮVODU .....	63
SKUPINA 42 – IMPLANTÁTY SPINÁLNÍ, SPONDYLOCHIRURGIE .....	64
SKUPINA 43 – SYSTÉMY HYDROCEPHALNÍ DRENÁŽNÍ, MONITOROVACÍ LIKVOROVÉ, ČIDLA ..	65
SKUPINA 44 – IMPLANTÁTY PRO CHIRURGII HLAVY A KRKU .....	66
SKUPINA 53 – KARDIOSTIMULÁTORY, DEFIBRILÁTORY, ELEKTRODY, CHLOPNĚ .....	67
SKUPINA 54 – SYSTÉMY IMPLANTABILNÍ NEUROSTIMULAČNÍ, ELEKTRODY EPILEPTOLOGICKÉ .....	68
SKUPINA 55 – CÉVNÍ PROTÉZY .....	70
SKUPINA 56 – DALŠÍ CHIRURGICKÝ MATERIÁL .....	71
SKUPINA 59 – FIXAČNÍ POMŮCKY .....	72
SKUPINA 60 – JEHLY .....	73
SKUPINA 62 – KANYLY TRACHEOSTOMICKÉ A TRACHEÁLNÍ .....	74
SKUPINA 64 – IMPLANTÁTY KOSTNÍ, UROLOGICKÉ, MAMMÁRNÍ .....	75
SKUPINA 67 – KATÉTRY, DRÁTY, DRÉNY, SETY, SONDY, SOUPRAVY, SYSTÉMY, VODIČE, ZAVADĚČE .....	77
SKUPINA 68 – STAPLERY, PROSTŘEDKY PRO LAPAROSKOPII .....	78
SKUPINA 69 – PROSTŘEDKY PRO INFUZI, TRANSFUZI A DIALÝZU .....	79
SKUPINA 70 – PROSTŘEDKY PRO ANESTEZIOLOGII A RESUSCITACI .....	80
SKUPINA 71 – PROSTŘEDKY PRO POUŽITÍ V PERIFERNÍ, INTRAKRANIÁLNÍ A NEUROVASKULÁRNÍ OBLASTI .....	81
SKUPINA 77 – PROSTŘEDKY PRO INTENZIVNÍ A INVAZIVNÍ KARDIOLOGII .....	82
SKUPINA 78 – STENTY A STENTGRAFTY .....	83
SKUPINA 80 – PROSTŘEDKY PRO POUŽITÍ V GIT .....	84
SKUPINA 81 – RTG filmy A RADIODIAGNOSTICKÉ ZP .....	85
SKUPINA 82 – PROSTŘEDKY K LAPAROSKOPICKÝM VÝKONŮM – ZUM OBLIGATORNÍ (PAUŠÁL) .....	86
SKUPINA 83 – PORTY, KATÉTRY IMPLANTABILNÍ, KATÉTRY CENTRÁLNÍ ŽILNÍ S MANŽETOU .	89
SKUPINA 84 – DALŠÍ OSTEOSYNTETICKÝ MATERIÁL .....	90
SKUPINA 85 – OXYGENÁTORY .....	91
SKUPINA 86 – KOMPONENTY PRO NÁHRADY KOLENNÍHO KLOUBU .....	92
SKUPINA 87 – KOMPONENTY PRO NÁHRADY KYČELNÍHO KLOUBU .....	93
SKUPINA 88 – KOMPONENTY PRO NÁHRADY OSTATNÍCH KLOUBŮ .....	94
SKUPINA 89 – CEMENTY KOSTNÍ .....	95
SKUPINA 90 – ZP PRO ROBOTICKÉ VÝKONY .....	96
SKUPINA 91 – KOMPONENTY PRO OSTEOSYNTETICKOU ZEVNÍ FIXACI .....	97
SKUPINA 92 – KARDIOSTEHY .....	98

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):

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

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

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

Bez bližšího upřesnění.

**SKUPINA 41 – IMPLANTÁTY BIOLOGICKÉ LIDSKÉHO A ZVÍŘECÍHO PŮVODU**

Do této skupiny jsou zařazeny mj.

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

**Náhrada chrupavky – biologický implantát Cares-1S**

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

**Transkatetrové chlopně** jsou rozčleněny do skupin a to:

- Sety pro transfemorální implantaci biologické aortální chlopně
- Sety pro transapikální implantaci biologické aortální chlopně
- Sety pro transfemorální implantaci biologické pulmonální chlopně



**SKUPINA 42 – IMPLANTÁTY SPINÁLNÍ, SPONDYLOCHIRURGIE**

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

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

Ve skupině jsou mj. zařazeny:

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

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

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

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

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

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

Implantabilní defibrilátory jsou rozčleněny do skupin::

- Jednodutinový ICD
- Dvoudutinový ICD
- Biventrikulární ICD

## 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, hlubkové a povrchové.

### METODA DBS, VNS

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

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

#### Indikace:

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

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

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

#### Tabulka kompatibility:

##### Primoimplantace:

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

##### Výměny:

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

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

**METODA SCS, PNS**

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

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

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

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

**Kontraindikace:**

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

**Reimplantace:**

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

**SKUPINA 55 – CÉVNÍ PROTÉZY**

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

**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 a silikonová, ZUM s atributem „S5“ zvláštní režim pojišťovny pro schválení oprávněnosti úhrady, mohou vykazovat pouze níže uvedená specializovaná pracoviště:
  - 1) Klinika popáleninové medicíny FN Královské Vinohrady – Praha,
  - 2) Popáleninové centrum FN Ostrava,
  - 3) Klinika popálenin a rekonstrukční chirurgie FN Brno.
- set na léčbu pánevního dna – mohou vykazovat pouze specializovaná pracoviště, odbornost 603,
- set pro aplikaci larev – mohou vykazovat pouze specializovaná pracoviště, odbornost 103, 501.



**SKUPINA 59 – FIXAČNÍ POMŮCKY**

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

**SKUPINA 60 – JEHLY**

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

**SKUPINA 62 – KANYLY TRACHEOSTOMICKÉ A TRACHEÁLNÍ**

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

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

## SKUPINA 64 – IMPLANTÁTY KOSTNÍ, UROLOGICKÉ, MAMMÁRNÍ

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

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

**Náhrada chrupavky – Cares 1S – biologický implantát** – kód 0113848 – v ÚK VZP – ZP zařazen ve skupině 41. Pravidla pro vykázání včetně indikačních kritérií shodná s umělou náhradou chrupavky (Chondrotissue, Hyalofast).

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

Indikace:

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

Kontraindikace:

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

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

Schválená centra:

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

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

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

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

Dále jsou zde zařazeny sety a soupravy k urologickým výkonům, sety drenážní, dilatační, punkční, splinty nosní, sheaty, zařazovaná dle odbornosti a po vzájemné dohodě.

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

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

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

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

Do této skupiny mj. patří 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.



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

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

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

Tato skupina obsahuje ZP deklarované jako ZUM u intervenčních výkonů v endovaskulárním systému kromě koronárního, mj. i extraktory pro endovaskulární použití.

Poznámka:

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

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

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

## SKUPINA 77 – PROSTŘEDKY PRO INTENZIVNÍ A INVAZIVNÍ KARDIOLOGII

Tato skupina mj. obsahuje sety pro perkutánní zavaděče, katétry angiografické, diagnostické, balónkové, vodící pro angioplastiku, elektrofyziologické, ablační, termodiluční, embolizační, koronární, kardioplegické, PTCA, valvuloplastické a okludery (uzavírací mechanismus).

Dále zde jsou zařazeny sety pro invazivní měření tlaku, sety pro mimotělní oběh, zařízení insuflační, jehly punkční angiografické, sheaty, uzávěry hemostatické, lepidla tkáňová kromě autologních fibrinových lepidel, která se připravují z předem odebrané vlastní krve pacienta.

Katétry balónkové pro PTCA jsou rozčleněny do skupin a to:

- PTCA koronární dilatační balóny střednětlaké (semi-compliantní, predilatační)
- PTCA koronární dilatační balóny vysokotlaké (postdilatační, non-compliantní)
- PTCA koronární dilatační balóny nízkoprofilové (CTO)
- PTCA koronární dilatační balóny speciální (scoring, cutting)
- PTCA koronární dilatační balóny uvolňující léky

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

- Řiditelné nechlazené - hrot 4mm
- Řiditelné nechlazené - hrot 8mm
- Chlazené katetry – 6 otvorů
- Chlazené katetry – porézní (otevřené)
- 3D navigační a mapovací – s magnetickým zobrazením
- 3D navigační a mapovací – impedanční senzor
- 3D navigační a mapovací – s tlakovým senzorem navíc
- 3D navigační a mapovací – dálkově (roboticky/magneticky)
- Cirkulární katetry
- Katetry ablační kardiochirurgické

### Indikace pro úhradu kódů 0152532 a 0152533:

- V dokumentaci bude výtisk z koronární angiografie, minimálně ze 2 RTG projekcí, dokumentující obtížnost anatomie intervenované tepny (v dokumentaci označit např. šipkou)

## SKUPINA 78 – STENTY A STENTGRAFTY

Skupina obsahuje stenty a stentgrafty.

Stenty:

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

Koronární stenty jsou rozčleněny do skupin a to:

- Stent koronární kovový BMS - nepotahovaný
- Stent koronární kovový BMS – potahovaný
- Stent koronární lékový DES – potahovaný léčivem
- Stent koronární biodegradabilní, bifurkační, samoexpandibilní a koronární stentgrafty

Periferní vaskulární stenty jsou rozčleněny do skupin a to:

- Balonexpandibilní periferní potahovaný
- Balonexpandibilní periferní nepotahovaný
- Balonexpandibilní periferní infrapopliteální
- Balonexpandibilní periferní dedikované pro ledvinné tepny
- Balonexpandibilní periferní DES
- Balonexpandibilní periferní bioresorbovatelný
- Balonexpandibilní aortální (průměr 18-35mm) potahovaný
- Balonexpandibilní aortální (průměr 18-35mm) nepotahovaný
- Balonexpandibilní aortální (průměr 18-35mm) DES
- Balonexpandibilní aortální (průměr 18-35mm) bioresorbovatelný
- Samoexpandibilní periferní potahovaný
- Samoexpandibilní periferní nepotahovaný
- Samoexpandibilní periferní infrapopliteální
- Samoexpandibilní periferní pro užití do karotidy v extrakraniálním úseku (tubulární, konické)
- Samoexpandibilní periferní DES
- Samoexpandibilní periferní bioresorbovatelný
- Samoexpandibilní aortální (průměr 18-35mm) potahovaný
- Samoexpandibilní aortální (průměr 18-35mm) nepotahovaný
- Samoexpandibilní aortální (průměr 18-35mm) DES
- Samoexpandibilní aortální (průměr 18-35mm) bioresorbovatelný
- Balonexpandibilní žilní
- Samoexpandibilní žilní

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

V této skupině jsou mj. zařazeny ZP pro použití v GIT všeobecně: kapsle endoskopická, injektory, vodiče a katétry endoskopické, klíčky polypektomické, papilotomy, košíky extrakční, sady gastrostomické, protézy žlučových cest, sondy vyživovací, katétry ERCP, kleště exarační, sada dilatační, katétr manometrický anorektální, katétr pro jícnovou manometrii, 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 vykázt pouze ve specifikovaných indikacích.

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

### PŘEHLED DRG KÓDŮ:

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

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



0058430	SUTURA DĚLOHY PO IATROGENNÍ PERFORACI DRG 90812
0058431	EXTRAKCE CIZÍHO TĚLESA Z DUTINY BŘÍŠNÍ DRG 90813
0058432	TRANSSEKCE SAKROUTERINNÍCH VAZŮ DRG 90814
0058433	VENTROSUSP.DLE GIL.SC OVARIOPEX.-OVARIÁL.DRG 90815
0058434	DRENÁŽ 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 SÍTKOU PRO PROLAPS DĚLOHY DRG 90874
0058456	OPERACE NEOVAGINY DRG 90878
0058457	ASIS.VAG.HYST.NEBO TOT.HYST.A PÁN.LYMFAD.DRG 90882
0058458	ASIS.RADIK.VAG.HYSTER.A PÁNEV.LYMFADENECT DRG 90883
0058459	RADIK.HYSTER.WERTHEIM A PÁNEV LYMFADENECT DRG 90885
0058460	LYMFADENEKTOM.RADIK.PARAAORT.A PARAKAVÁL.DRG 90886

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

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

**SKUPINA 84 – DALŠÍ OSTEOSYNTETICKÝ MATERIÁL**

Skupina mj. obsahuje:

- dlahy** základní, úhlové, různých tvarů, široké, úzké, žlábkové, samokompresní, svorkové, děrované, zamykací mřížkové, resorbovatelné, s kompresním skluzným šroubem, s přemostěním, fixační, kyčelní, hrudní, tibiální, prstní, trapézové, pánevní, lebeční, pro vpáčený hrudník, pro chondrosyntézu, pro artrodézu zápěstí,
- šrouby** základní osteosyntetické, k dlahám, zajišťovací, kanylované s podložkami, spongiózní, rentgenotransparentní,
- dráty** Kirschnerovy,
- hřeby** femorální, tibiální nepředvrtávané, humorální, bércové retrogradní, nitrodřeňové, rekonstrukční, elastické, absorbovatelné Enderovy, Steinmanovy, Marchetti-Vicenzi čepy a zátky pro hřeby,
- nástavce shaveru** frézky, čepele - lze vykazovat pouze v souvislosti s kódem zdravotního výkonu 66041
- další materiál** systémy kotvící, resorbovatelné implantáty, svorky pánevní, pruty Hacketalovy, materiál šicí kovový pro sternum.

Systém pro rekonstrukci předního zkříženého vazů (ACL):

- **SHIELDLOC(kód0114561)**
- **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 včetně příslušenství.

**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 skupině87– individuálně zhotovené komponenty endoprotéz:

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

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

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

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

Kódy:

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

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

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

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

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

**SKUPINA 89 – CEMENTY KOSTNÍ**

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

Skupina neobsahuje cementy kostní pro vertebroplastiku.



**SKUPINA 90 – ZP PRO ROBOTICKÉ VÝKONY**

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

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

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

## **SKUPINA 92 – KARDIOSTEHY**

Tato skupina obsahuje kardiostehy (používané v kardiologii).