

# **METODIKA SZP ČR**

## **k Číselníku zdravotnických prostředků SZP ČR**

**Tato metodika nahrazuje platnou Metodiku VZP ČR vydanou k Úhradovému katalogu VZP - ZP ve skupinách, které jsou rozdílně upraveny**

***Platnost od 10.01.2019***



## Obsah

ÚVOD .....	4
METODIKA PŘEDEPISOVÁNÍ ZP NA POUKAZ .....	5
SKUPINA 10 – POMŮCKY RESPIRAČNÍ A INHALAČNÍ.....	8
SKUPINA 11 – POMŮCKY PRO DIABETIKY .....	22
SKUPINA 13 – DÁLE NESPECIFIKOVANÉ POMŮCKY.....	27
SKUPINA 16 – OBUV ORTOPEDICKÁ.....	29
SKUPINA 24 – ORTOPEDICKO PROTETICKÉ POMŮCKY INDIVIDUÁLNĚ ZHOTOVENÉ.....	30

## ÚVOD

Metodika SZP ČR nahrazuje platnou Metodiku VZP ČR vydanou k Úhradovému katalogu VZP - ZP ve skupinách, které jsou rozdílně upraveny. **Metodika předepisování ZP na poukaz a níže neuvedené skupiny jsou upraveny platnou Metodiku VZP ČR vydanou k Úhradovému katalogu VZP – ZP.**

Součástí Číselníku zdravotnických prostředků SZP ČR 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 Číselníku ZP SZP ČR uvádí:

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

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

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.

## METODIKA PŘEDEPISOVÁNÍ ZP NA POUKAZ

V Číselníku jsou uvedeny ZP, které příslušná zdravotní pojišťovna (dále jen Pojišťovna) 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 zdravotnický prostředek při poskytování ambulantní zdravotní péče vydávaný na poukaz v rozsahu a za podmínek stanovených v části sedmé a v příloze č. 3 zákona 48/1997 Sb. ve znění pozdějších předpisů a v Seznamu všech zdravotnických prostředků hrazených na základě předepsání na poukaz vydávaný SÚKLeM.

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

### Způsob předepisování na Poukaz:

Na Poukaz lze předepsat pouze jednu položku uvedenou v Číselníku. V případě položky označené "Z" v poli ZVL, musí být každý Poukaz potvrzen revizním lékařem Pojišťovny, mimo vykázání signálního kódu pro vlhké krytí. Předepsat na Poukaz lze pouze ZP, kterému byl přidělen sedmimístný kód. Poukaz vyplněný lékařem musí splňovat (obsahovat) tyto náležitosti:

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 Číselníku  
Výjimka:  
Poukaz na brýle a optické pomůcky: požadované kódy vyplňuje optik.  
Poukaz na mammární 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

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

Vystavení poukazu na ZP a jeho schválení je, u úhradových skupin stanovených v Příloze 3C zákona 48/1997 Sb., možné v době hospitalizace, ale vydat a uhradit jej lze nejdříve v den propuštění z nemocnice. Užité doba se začíná počítat od data vydání.

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

### **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 pacient" na Poukaze.

### **ZP označené v Číselníku 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 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.

### **Maximální preskripce**

Pravidelně a opakovaně předepisované zdravotnické prostředky, které musí (dle Zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, v platném znění) schvalovat revizní lékař zdravotní pojišťovny, mohou být na dobu 12 měsíců schváleny prostřednictvím jednorázově vydaného písemného souhlasu revizního lékaře s opakovanou preskripcí ZP (postup dle písm. b) odst. 2 § 7 Vyhlášky č. 62/2015 Sb., o provedení některých ustanovení zákona o zdravotnických prostředcích).

V takovém případě předepisující lékař zašle do zdravotní pojišťovny Poukaz spolu se Žádankou, na které požádá o souhlas s opakovaným předepisováním ZP na dobu 12 měsíců. K Poukazu a Žádance budou připojeny ostatními dokumenty a zprávy (pokud jsou dle metodiky a pro prokázání zdravotního stavu pojištěnce potřeba). V případě, že revizní lékař takové žádosti vyhoví, odešle kopii Žádanky předepisujícímu lékaři zpět se svým souhlasným stanoviskem (včetně podpisu, a data schválení a data platnosti souhlasu – maximálně 12 měsíců od data schválení). Předepisující lékař je pak oprávněn (s ohledem na zdravotní stav pojištěnce) vystavovat další Poukazy bez nutnosti schvalování revizním lékařem (a vystavování Žádanky) – vždy na Poukaz uvede (do pole pro záznamy

zdravotní pojišťovny) informaci: „Dne ..... byl vydán souhlas reviz. lékaře MUDr. .... , číslo ..... s opakovaným předepisováním ZP v době od ..... do .....“

Tento postup se nevztahuje na ZP pro vlhké krytí (viz metodika pro skupinu 01 – obvazový materiál).

Vyžaduje-li to zdravotní stav pojištěnce, je možné po uplynutí platnosti souhlasu vyžádat (prostřednictvím Žádanky) o nový souhlas.

Souhlas se vždy vztahuje pouze na jeden konkrétní zdravotnický prostředek (jeden kód Číselníku). Vždy je nutné dodržet zákonem a metodikou stanovené limity (kusové či finanční) a vždy je nutné dodržet pravidlo o tom, že je možné pomůcku předepsat maximálně na tři měsíce dopředu. V případě změny zdravotní pojišťovny v průběhu období, pro které je vystaven souhlas, musí předepisující lékař opětovně požádat o schválení revizním lékařem.

### **Základní ZP**

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

**ZP, byly zařazeny, na základě § 15 odst. 12 zákona č. 48/1997 Sb. platného k 31.12.2018, do Číselníku, jsou hrazeny ve shodě se Seznamem všech zdravotnických prostředků hrazených na základě předepsání na poukaz vydávaný SÚKLEM. V Číselníku 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 Číselníku SZP ČR – 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 10 – POMŮCKY RESPIRAČNÍ A INHALAČNÍ

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

Pojišťovna hradí:

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

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

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

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

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

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

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

**Přístroj CPAP** – pomůcka je pojištěnci zapůjčována, hrazeno maximálně 1 kus/10 let, předpis podléhá schválení revizním lékařem

**Přístroj BiPAP** – pomůcka je pojištěnci zapůjčována, hrazeno maximálně 1 kus/10 let, předpis podléhá schválení revizním lékařem

**Přístroj BiPAP ST** – pomůcka je pojištěnci zapůjčována, hrazeno maximálně 1 kus/10 let, předpis podléhá schválení revizním lékařem

Cena přístrojů, které jsou v Číselníku SZP uvedeny „bez masky“, a tuto je nutné pacientovi při prvním vydání předepsat zvlášť (popřípadě ještě další nezbytné příslušenství), se pro účely výše uvedených limitů počítá jako součet cen přístroje a masky (příp. dalšího příslušenství).

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

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

Indikační kritéria:

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

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

Indikační kritéria:

U nemocných na léčbě CPAP, AHI ≥ 15, kteří potřebují tlak CPAP vyšší než 8 cm H<sub>2</sub>O a již při titraci udávají horší toleranci léčby pro subjektivně pociťovaný vyšší tlak přístroje. Přístroj



reaguje na pacientovo dýchání a při výdechu sníží tlak, čímž usnadní pacientovi snadněji vydechnout. Přístroj by měl být vybaven interní pamětí nebo paměťovou kartou se záznamem nejen délky každodenního používání, ale i další údaje jako jsou zbytkové události (AHI – s rozlišením na obstrukční a centrální, chrápání, omezení průtoku, netěsnosti masky).

### 3. BiPAP S

Indikační kritéria:

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

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

Indikační kritéria:

Přístroj umožňuje nastavit rozsah tlaku – APAP/tlaků – ABPAP a během noci reaguje na obstrukce v dýchacích cestách. Dle potřeby zvyšuje a snižuje tlak a pacient mnohem lépe snáší léčbu. Použití jen u těch nemocných, kdy při titraci je výborná tolerance léčby a následně při zkoušení výše uvedených technologií (2., 3.) nedosáhneme dobré tolerance a efektu léčby, dále u REM asociované obstrukční spánkové apnoe a apnoe vázané pouze na polohu na zádech – v těchto případech tento typ přístroje zvýší compliance, AHI $\geq$ 15. Přístroj by měl být vybaven interní pamětí nebo paměťovou kartou se záznamem nejen délky každodenního používání, ale i další údaje jako jsou zbytkové události (AHI – s rozlišením na obstrukční a centrální, chrápání, omezení průtoku, CSR / CheyneStockesovo dýchání /, RERA /probouzení 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  $vT$  po celou noc). Pro indikaci úzce limitované skupiny nemocných s hypoventilačním syndromem při obezitě, neuromuskulárních postiženích, restričních plicních onemocněních – např. deformity hrudníku apod. tam, kde je riziko, že během spánku nebudou zachovány potřebné dechové objemy a terapie přístrojem BiPAP ST nevedla k odstranění respiračních událostí a desaturací. Přístroj by měl být vybaven interní pamětí nebo paměťovou kartou se záznamem nejen délky každodenního používání, ale i dalšími údaji jako jsou zbytkové události (AHI – s rozlišením na obstrukční a centrální, chrápání, omezení průtoku, CSR, RERA, netěsnosti masky).

## 7. BiPAP adaptivní se servoventilací

Indikační kritéria:

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

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

Syndrom spánkové apnoe musí být prokázán celonočním monitorováním a musí být zjištěna jeho intenzita (daná množstvím apnoí a hypopnoí, případně počtem poklesů saturace hemoglobinu kyslíkem - desaturací) a musí být zjištěna povaha apnoí (centrální nebo obstrukční).

Pojišťovna bude hradit vždy na základě řádně vyplněného Poukazu a Žádanky; předpis vždy podléhá schválení revizním lékařem.

Přístroj je pojištěncům zapůjčován, a to na dobu 10 let. V případě vrácení přístroje před uplynutím doby použitelnosti (stanovené výrobcem) do skladu dodavatele, tento (v souladu s podmínkami Smlouvy o výdeji a cirkulaci ZP) připraví pomůcku pro opětovné vydání dalšímu vhodnému pojištěnci.

Přístroje, jejichž cena uvedená v Číselníku SZP – přístroje pro léčbu spánkové apnoe, přesahuje výše uvedený limit, pojišťovny uhradí v plné výši, avšak pouze tehdy, pokud předepisující lékař zdůvodní, z jakého medicínského a technicko-medicínského důvodu je požadována „ekonomicky náročnější varianta“ přístroje.

Cena přístrojů, které jsou v Číselníku SZP uvedeny „bez masky“, a tuto je nutné pacientovi při prvním vydání předepsat zvlášť (popřípadě ještě další nezbytné příslušenství), se pro účely výše uvedených limitů počítá jako součet cen přístroje a masky (příp. dalšího příslušenství).

### Příslušenství k přístrojům na léčbu spánkové apnoe

Příslušenství jsou uvedena v Číselníku SZP ČR – příslušenství k přístrojům pro léčbu spánkové apnoe.

V okamžiku vydání nového nebo repasovaného přístroje je pojištěnec vybaven kompletním přístrojem a veškerým potřebným příslušenstvím (napájení, filtry, hadice, maska, návod k použití).

Toto příslušenství je buď dodáváno spolu s přístrojem (viz Číselník SZP – přístroje pro léčbu spánkové apnoe), nebo je nutné na příslušenství (masku) vystavit samostatný Poukaz a Žádanku; předpis vždy podléhá schválení revizním lékařem. V tomto případě je maska považována jako nedílná součást přístroje, a to přestože má svůj samostatný kód v Číselníku SZP ČR – příslušenství k přístrojům pro léčbu spánkové apnoe. Z tohoto důvodu jej pojišťovna hradí v plné výši.

Je-li během doby použitelnosti zapůjčeného přístroje nutné změnit z medicínského hlediska masku, předepisující lékař uvede tuto skutečnost na Žádance. Tuto spolu s Poukazem schvaluje revizní lékař. Také v tomto případě je maska považována jako nedílná součást přístroje, a to přestože má svůj samostatný kód v Číselníku SZP ČR – příslušenství k přístrojům pro léčbu spánkové apnoe. Z tohoto důvodu jej pojišťovna hradí v plné výši.

Je-li (kdykoliv během doby použitelnosti přístroje) z lékařského hlediska nezbytné pojištěnce vybavit zvlhčovačem vzduchu k danému přístroji, předepisující lékař uvede na Žádanku medicínské důvody tohoto požadavku; Žádanka spolu s Poukazem podléhá schválení revizním lékařem. Po schválení revizním lékařem je zvlhčovač považován za nedílnou součást přístroje, a to přestože má svůj samostatný kód v Číselníku SZP ČR – příslušenství k přístrojům pro léčbu spánkové apnoe. Z tohoto důvodu jej pojišťovna hradí v plné výši.

Veškeré další příslušenství (vyjma výše uvedeného), které je požadované během doby použitelnosti přístroje, není považováno za „nedílnou součást přístroje pro léčbu spánkové apnoe“.

Příslušenství k přístrojům CPAP (a BPAP) je hrazeno dle Seznamu všech zdravotnických prostředků hrazených na základě předepsání na poukaz vydávaný SÚKLEM pouze do výše 75% z ceny pro konečného spotřebitele.

Takto předepsané zdravotnické prostředky je možné vydat až po schválení revizním lékařem.

Pojištěnec má nárok na předepsání tohoto příslušenství nejdříve 12 měsíců po vydání přístroje a pak vždy 1x za rok, avšak pouze tehdy, je-li do té doby používané příslušenství již k dalšímu používání nezpůsobilé. Například pokud dojde vlivem stárnutí a degenerace k poškození, popraskání plastových částí, nebo tehdy, když tyto dostatečně dobře netěsní (resp. nepřiléhají k obličejí).

Zdravotní pojišťovny očekávají, že ošetřující lékař bude pravidelně (např. každý rok) zvat pacienta na prohlídku. Zde bude kontrolovat efekt dosavadní léčby, využívání zapůjčených přístrojů (záznamy o provozu v paměti přístroje) a nepoškozenost příslušenství. V případě, že zapůjčení přístroje nebude z hlediska zlepšení zdravotního stavu dostatečně efektivní (nevhodný, popřípadě nepoužívaný přístroj), ošetřující lékař o této skutečnosti neprodleně bude informovat příslušnou zdravotní pojišťovnu, která následně zahájí jednání s pojištěncem (které může vést např. i k odebrání zapůjčeného ZP).

### **Opravy přístrojů na léčbu spánkové apnoe**

Opravy přístrojů na léčbu spánkové apnoe pojišťovny SZP ČR hradí analogicky, jako jiné cirkulovatelné pomůcky uvedené v oddíle C Přílohy č. 3 Zákona a to do výše 90% ceny opravy.

Kód pro opravu přístroje je 10 / 0016020. Poukaz spolu s předkalkulací ceny opravy (vystavené odborným servisem nebo dodavatelem přístroje) schvaluje revizní lékař příslušné pojišťovny.

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

Léčba pomocí CPAP je doporučena pro léčbu střední a těžké obstrukční spánkové apnoe

(OSA) – AHI/RDI  $\geq 15$

U prokázané hypoventilace není indikačním kritériem AHI, ale následující kritéria: Noční monitorování ukazuje přinejmenším jeden z následujících znaků

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

Hodnota krevního PaCO<sub>2</sub> ve spánku je abnormálně vysoká nebo disproporcionálně zvýšená proti hladině při bdělosti (měřeno vleže noční kapnometrií a 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  $\geq 10s$

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) – BiPAP přístroje se záložní dechovou frekvencí či s objemovou podporou:**

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

Vyšetření před zahájením NIV:

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

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

**Kombinace NIV s oxygenoterapií:**

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

Při kontrole limitovanou polygrafií či polysomnografií je  $T90 > 30\%$

Při manuální titraci polysomnografem je  $SpO_2 \leq 88\%$  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<sub>2</sub> 6,0 - 6,5 kPa a minimálně 2 akutní exacerbace s respirační acidózou vyžadující hospitalizaci v posledních 12 měsících
- V přímé návaznosti na akutní exacerbaci vyžadující neinvazivní či invazivní ventilaci, pokud i po stabilizaci stavu přetrvává PaCO<sub>2</sub> > 6,0 kPa.

Podmínkou je dobrá spolupráce pacienta a tolerance NIV.

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

## 2) Restrikční onemocnění hrudníku

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

- Chronická denní hyperkapnie s PaCO<sub>2</sub> ≥ 6,0 kPa
- Noční hyperkapnie s PaCO<sub>2</sub> ≥ 6,5 kPa prokázaná vyšetřením krevních plynů
- bezprostředně po probuzení
- Normokapnie ve dne s vzestupem PTcCO<sub>2</sub> o ≥ 1,3 kPa v noci prokázaným transkutánní kapnometrií

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

## 3) Neuromuskulární onemocnění

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

- Chronická denní hyperkapnie s PaCO<sub>2</sub> ≥ 6,0 kPa
- Noční hyperkapnie s PaCO<sub>2</sub> ≥ 6,5 kPa prokázaná vyšetřením krevních plynů
- bezprostředně po probuzení
- Normokapnie ve dne s vzestupem PTcCO<sub>2</sub> o ≥ 1,3 kPa v noci prokázaným transkutánní kapnometrií
- Více než tři závažné infekce dolních cest dýchacích za rok
- AHI > 10 a ODI >4

## 4) Hypoventilační syndrom u obezity

Vzhledem k vysoké prevalenci OSA u pacientů s OHS (až 90%) je bezpodmínečně nutná polysomnografie či limitovaná polygrafie. Při splnění diagnostických kritérií OHS, symptomech chronické ventilační insuficience, omezení kvality života a eliminaci respiračních událostí přetlakem v dýchacích cestách musí být splněno alespoň jedno z kritérií: Noční hyperkapnie s PaCO<sub>2</sub> ≥ 7,3 kPa prokázaná vyšetřením krevních plynů

- bezprostředně po probuzení

- Zaznamenaný vzestup PTcCO<sub>2</sub> o  $\geq 1,3$  kPa v noci při transkutánní kapnometrii
- Limitovaná polygrafie či polysomnografie prokazuje T90 > 30%
- Při manuální titraci nebo polysomnografií je SpO<sub>2</sub>  $\leq 90\%$  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 zvážení úpravy léčby. Redukce hmotnosti je dlouhodobý léčebný cíl u pacientů s OHS.

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

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

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

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

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

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

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

## Kontraindikace CPAP/BiPAP

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

Rekurentní sinusitidy a mediiootitidy

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

PRO INDIKACI DDOT PLATÍ NÁSLEDUJÍCÍ ZÁKLADNÍ KRITÉRIA STANOVENÁ ODBORNOU SPOLEČNOSTÍ:

1. V arteriální krvi nemocného v klidu vsedě musí být hodnota  $\text{PaO}_2=7,3-8,0$  kPa a současně s tím musí být přítomen minimálně jeden z následujících nálezů:
  - a) hypertrofie pravé komory srdeční podle EKG, skiagramu hrudníku, CT hrudníku a echokardiografie nebo plicní hypertenze potvrzená echokardiograficky s odhadem tíže plicní hypertenze dle Doporučení pro diagnostiku a léčbu plicní arteriální hypertenze v ČR, případně průkaz prekapilární plicní hypertenze při pravostranné srdeční katetrizaci,
  - b) sekundární polyglobulie ( $\text{Htk} > 55\%$ )
  - c) desaturace v průběhu spánku, prokázané neinvazivním nočním monitorováním  $\text{SpO}_2$ , při minimálně 30% doby spánku pod 90%, doložené výtiskem protokolu z monitorovacího zařízení
  - d) zátěžová desaturace při standardní spiroergometrii (rampovým protokolem) na úrovni 60% vrcholové spotřeby kyslíku ( $\text{peakVO}_2$ ) nebo  $0,5\text{W/kg}$ , prokázaná odběrem arterializované krve z ušního boltce s poklesem  $\text{PO}_2$  pod 7,3 kPa oproti výchozí hodnotě, a zároveň alespoň o 0,7 kPa, doložené výtiskem protokolu spiroergometrie a výtisky z analyzátoru krevních plynů
2. U nemocných s hodnotou  $\text{p}_a\text{O}_2 < 7,3$  kPa se další nálezy nevyžadují.  
Pro indikaci DDOT je vždy třeba provést kyslíkový test s arteriálními odběry krevních plynů (bez kyslíku, s průtokem 1 l/min, 2 l/min, event. i vyšším s dobou aplikace  $\text{O}_2$  a intervaly mezi odběry minimálně 20 minut). Kyslíkový test je nutno provést během jednoho dne s použitím zařízení, k jehož používání je pacient indikován (koncentrátor kyslíku stejného typu, kapalný nebo plynný kyslík), vzestup  $\text{PaO}_2$  musí být nejméně o 1 kPa a minimálně na hodnotu 8 kPa.

Pokud dosažení této minimální hodnoty  $\text{PaO}_2$  je limitováno hyperkapnií, je vždy na místě zkoušet NIPV.

Hodnota  $\text{P}_a\text{CO}_2$  se po 30minutové inhalaci kyslíku může mírně zvýšit, ale zvýšení  $\text{P}_a\text{CO}_2$  o 1 kPa a více je kontraindikací k přidělení DDOT.

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



3. Bronchopulmonální dysplazie nedonošeného dítěte se závislostí na kyslíku ( $SpO_2 < 92 \%$ ), bez rizika retinopatie, přetrvávající po 40. týdnu postkoncepčního věku. V této indikaci je DDOT předepisována ve formě kapalného kyslíku a má ji ve své výlučné pravomoci neonatolog.

#### KONTRAINDIKACE

DDOT nelze indikovat dříve, než je dodržena doba exkouření – 6 měsíců, dále nemocným s dušností bez hypoxemie, kuřákům a nespolupracujícím jedincům. Kouření představuje v této klinické situaci přímé bezpečnostní riziko exploze a požáru a nesmí být tudíž chápáno jako diskriminační nebo regulační prvek tohoto doporučení. Kontraindikaci představuje rovněž klinicky významná progresse hyperkapnie při aplikaci kyslíku, kterou nelze ovlivnit neinvazivní ventilační podporou (obvykle aplikovanou v nočních hodinách).

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

1. Pacienti málo mobilní - podle posouzení klinického stavu ošetřujícím pneumologem (obvykle se jedná o pacienty, kteří nejsou schopni bez pomoci další osoby opustit svůj byt) – jsou indikováni k léčbě stacionárním koncentrátorem kyslíku.
2. Pacienti středně mobilní  
Pro indikaci varianty stacionárního koncentrátoru s mobilním koncentrátorem kyslíku je nutné splnit následující indikační kritéria mobility s použitím šestiminutového testu chůzí (6MWT): Vzdálenost chůze bez inhalace kyslíku v rozpětí od 130 do 199 metrů a s odpovídajícím průtokem kyslíku dojde k navýšení vzdálenosti o 25 a více % a po skončení testu s kyslíkem musí být  $SpO_2$  alespoň 85 %.
3. Pacienti výrazně mobilní  
Pro indikaci přístroje na bázi kapalného kyslíku je nutné splnit následující indikační kritéria mobility s použitím šestiminutového testu chůzí (6MWT):
  - 1) vzdálenost bez inhalace kyslíku, kterou pacient ujde – 200 metrů a více
  - 2) procentuální navýšení vzdálenosti při inhalaci kyslíku alespoň na 50% a po skončení testu s kyslíkem musí být  $SpO_2$  alespoň 85 %.Pozn.: průtok  $O_2$  při 6MWT se nastavuje při prvním testu o 1 l/min vyšší, než je průtok potřebný k úpravě klidové hypoxemie, při nesplnění kritérií lze test opakovat s průtokem vyšším.
4. Další skupiny pacientů indikovaných k terapii přístrojem na bázi kapalného kyslíku:
  - ~ pacienti splňující kritéria uvedená u skupiny 1. a vyžadující současně průtok  $O_2$  6 a více litrů/min
  - ~ pacienti splňující kritéria uvedená u skupiny 2. a vyžadující současně průtok  $O_2$  2 a více litrů/min
  - ~ pacienti zařazení na čekací listinu transplantace plic na základě kyslíkového testu bez nutnosti provádění 6MWT

<http://www.pneumologie.cz/soubory/Standard%20DDOT-%20final.pdf>

#### PROLONGACE PŘESKIPCE DLOUHODOBÉHO PRONÁJMU ZDRAVOTNICKÝCH PROSTŘEDKŮ PRO DDOT

V případě, že je potřeba, aby pojištěnec využíval pomůcky pro DDOT po dobu **delší než 5 let** od data prvního vydání, vyzve dodavatel ZP (\*) před uplynutím této doby pojištěnce k opětovné návštěvě

ošetřujícího lékaře, a to za účelem ambulantního vyšetření (kontrola respirace „bez“ a „s“ inhalací kyslíku dle měření z posledních 12 měsíců) a zjištění, zda stále splňuje kritéria DDOT (Ize doložit vyšetřením ne starším než 12 měsíců).

V případě, že zdravotní stav pojištěnce i nadále odpovídá indikačním kritériím pro DDOT, ošetřující lékař vypíše Žádanku (doklad VZP č. 21) o pokračování úhrady.

Zdravotní pojišťovna odešle kopii Žádanky (schválené revizním lékařem) ošetřujícímu lékaři pojištěnce a současně odešle kopii (žádanky) také příslušnému dodavateli zdravotnických prostředků.

Jestliže pojištěnec indikační kritéria již nesplňuje, ošetřující lékař bude o této skutečnosti a o ukončení léčby (prostřednictvím žádanky) informovat revizního lékaře pojišťovny. Popřípadě předá informace o jiném léčebném postupu. Zdravotní pojišťovna následně vyzve dodavatele k odebrání pomůcek a k ukončení Smlouvy o výpůjčce.

Dodavatel vždy informuje zdravotní pojišťovnu (dohodnutým způsobem) o tom, že pojištěnci odeslal výzvu k návštěvě ošetřujícího lékaře.

V případě, že pojištěnec do 60 dnů od odeslání výzvy neabsolvuje vyšetření u odborného lékaře, odešle obdobnou výzvu k návštěvě lékaře zdravotní pojišťovna.

V případě negativní, nebo žádné odezvy ze strany pojištěnce (rodinných příslušníků), pojišťovna zahájí jednání s ošetřujícím lékařem (a následně s dodavatelem ZP) o ukončení úhrady zápujčky DDOT.

(\*) - Abecední seznam dodavatelů ZP pro DDOT:

- Linde Gas a.s;
- Oxytechnic s.r.o.,
- Saegeling Medizintechnik, s.r.o.,
- SIVAK medical technology s.r.o.

## INDIKAČNÍ KRITÉRIA ZP ASISTENT KAŠLE (COUGH ASSIST) – kód 9990348, 0172154

Indikace:

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

za předpokladu splnění podmínek uvedených níže:

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

### **A) Spolupracující dospělí:**

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

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

### **B) Spolupracující děti:**

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

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

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

### **C) Nespolupracující pacienti:**

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

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

### **Kontraindikace:**

- pneumotorax
- barotrauma
- pneumomediastinum
- rozsáhlé bulózní postižení plic
- akutní plicní edém

- syndrom akutní respirační tísně
- hemoptýza
- stav po recentní plicní operaci (lobektomie, pneumonektomie)
- drenáž mozkových komor

**Příloha 1 ke skupině 10 - Příloha objednávky na pronájem koncentrátoru kyslíku****Příloha objednávky na pronájem koncentrátoru kyslíku**

platná od 1.7.2017, pro úhradu pojišťovnou pouze s řádně vyplněným Poukazem na léčebnou a ortopedickou pomůcku.

**Stacionární (do 5 l/min):** kód pomůcky: .....**Mobilní/přenosný:** kód pomůcky: .....

**Tuto Přílohu, spolu s Poukazem na léčebnou a ortopedickou pomůcku schválený revizním lékařem, zašlete na adresu dodavatele, příslušného k výše uvedenému kódu ZP.**

- 1) Příjmení, jméno pacienta: .....  
Číslo pojištěnce: ..... Kód pojišťovny: ..... **ZKONTROLOVAT!!!**
- 2) Adresa, kde bude koncentrátor provozován: .....  
PSČ/obec: ..... / .....
- 3) Telefonické spojení na pacienta: .....  
*Podání není tel. spojení na pacienta, je nutné uvést tel. spojení na sousedy, příbuzné a podobně včetně jejich jmen.*
- 4) Adresa, kde má být koncentrátor instalován: .....  
*ad 2 ad 5 nebo jinde (uveďte kde)*
- 5) V případě dlouhodobé hospitalizace pacienta ve zdravotnickém zařízení v termínu předpokládané instalace uveďte adresu zdravotnického zařízení, telefonické a faxové spojení:  
.....  
.....

Jméno smluvního lékaře ZP a jeho IČZ, který bude mít po celou dobu léčby pacienta v odborné péči:

IČZ

Adresa pracoviště: .....

Telefonické a faxové spojení: .....

Jméno, razítko, IČZ a podpis smluvního lékaře zdravotní pojišťovny, který objednávku **vystavil**:

IČZ

Adresa pracoviště: .....

Telefonické a faxové spojení: .....

Koncentrátor požadují instalovat: ..... byl již instalován dne: .....

Předepisují následující užívání koncentrátoru:

V klidu: doba inhalace kyslíku: ..... hodin denně, průtok kyslíku: ..... litrů za minutu

Při zátěži: doba inhalace kyslíku: ..... hodin denně, průtok kyslíku: ..... litrů za minutu

Předepisují následující příslušenství: **kanyla** nebo **maska** (zakroužkujte konkrétně)instalovat zvlhčovač : **ano** nebo **ne** (zakroužkujte konkrétně)prodlužovací hadice délky cca : **2 m** nebo **8 m** nebo **15 m** (zakroužkujte konkrétně)Zdůvodnění indikace (možno uvést na samostatné příloze):  
.....**RAZÍTKO, PODPIS předepisujícího lékaře**

Název a kód zdravotní pojišťovny, která bude závazně hradit za výše uvedeného pacienta pronájem kyslíkového koncentrátoru:

**Jméno, razítko, identifikační číslo, datum, podpis  
Revizního lékaře pobočky ZP, který zkontroloval,  
zda je pacient u jejich pobočky v té době registrován  
a schválil pronájem kyslíkového koncentrátoru:**

**RAZÍTKO, PODPIS RL**

Telefonické, e-mailové spojení: .....

## SKUPINA 11 – POMŮCKY PRO DIABETIKY

Pomůcky pro diabetiky předepisuje smluvní lékař Pojišťovny odbornosti DIA na Poukaz. **Pojišťovna hradí** pro inzulinový režim DM I. a II. stupně, diabetikům léčeným intenzifikovaným inzulinovým režimem (tj. 3 dávky denně nebo inzulinová pumpa) a labilním diabetikům aplikujícím si minimálně dvě dávky inzulinu denně, následující pomůcky:

- **proužky diagnostické na stanovení glukózy**

- **A. Množství do 400 kusů proužků za rok** do celkové výše 3 200,- Kč:

Indikační kritéria: pacienti léčení perorálními antidiabetiky pacienti léčení inzulinem, kteří si aplikují inzulin 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 inzulinovým režimem (3 a více aplikací inzulinu denně), pacienti léčení inzulinovou pumpou a těhotné diabetičky léčené 1 – 2 dávkami inzulinu 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 inzulinovým režimem nebo inzulinovou 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 inzulinem – 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 inzulinovou 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 inzulinu k aplikaci injekční stříkačkou** – hrazen 1 kus/3 roky, do výše 1200,- Kč
- **aplikátor inzulinu – inzulinové pero** – hrazen 1kus/3 roky do výše 1 500,- Kč; hrazeny maximálně 2 kusy/3 roky při souběžné aplikaci dvou druhů inzulinu
- **jehly k injekčním stříkačkám k aplikaci inzulinu** – hrazeno 100 kusů do výše 120,- Kč
- **jehly k inzulinovým 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 inzulinu** – hrazeno 100 kusů do výše 230,- Kč
- **glukometr se zvukovým modem**  
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 inzulinovým režimem (3 dávky denně nebo inzulinová pumpa), pro labilní diabetiky se 2 dávkami inzulinu.
- **jehly k neinzulinovým perům** – hrazeno 100 kusů/rok do výše do 270,- Kč
- **inzulinové pumpy**  
jsou členěny do tří kategorií:
  1. **inzulinové pumpy bazální**
  2. **inzulinové pumpy s vestavěným kontinuálním monitorem na měření glukózy či napojením na glukometr**
  3. **inzulinové pumpy s vestavěným kontinuálním monitorem a odezvou na měření glukózy**Indikace k předpisu inzulinové pumpy: Inzulinová 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 SZP – 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 kategorie. Při předepisování inzulínové pumpy předepisující lékař vždy jednoznačně uvede, jestli pro daného pojištěnce bude v nejbližší době požadovat také úhradu zdravotnických prostředků pro kontinuální monitoraci glykémie (viz níže).**

**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.

### **Kontinuální monitorace glykémie (CGM)**

Pro potřeby kontinuální monitorace glykémie (CGM) jsou hrazeny tyto kategorie zdravotnických prostředků:

- a) senzory pro CGM
- b) vysílače pro CGM
- c) přijímače pro CGM

Senzory pro CGM jsou hrazeny maximálně na 256 dní v jednom kalendářním roce s výjimkami specifikovanými níže. Úhradu stanoví Seznam všech zdravotnických prostředků hrazených na základě předepsání na poukaz vydávaný SÚKLeM:

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

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

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

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

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

**ad a) Senzory pro kontinuální monitoraci glykémie** jsou předepisovány dětským i dospělým pacientům s diabetem 1. typu, používajících pro léčbu inzulínovou pumpu, popřípadě inzulínová pera, kteří mají:

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

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

V případě, že je indikací ke kontinuální monitoraci labilní diabetes a/nebo časté hypoglykémie, musí být při žádosti o prvotní schválení trvalé monitorace tato indikace doložena záznamem z kontinuální monitorace glykémie v zaslepeném módu - **výkon 13075** (nevztahuje se na ženy v průběhu těhotenství a pro pojištěnce jako ochrana štěpu po transplantaci). Podmínkou v dalším pokračování léčby pomocí kontinuální monitorace glykémie v domácím prostředí (zdravotnický prostředek vydávaný na poukaz) je dokumentované zlepšení kompenzace diabetu.

Dospělým pacientům mohou systémy pro kontinuální monitoraci předepisovat všechna diabetologická centra a pracoviště s osvědčením ČDS ČLS JEP, v případě dětí (0-18 let věku) dětské diabetologické ambulance.

U pacientů se závažným syndromem nerozpoznávání hypoglykémie, který je doprovázený hypoglykemickými kómaty (2 a více ročně), při prokazatelně dobré spolupráci klienta po vyčerpání všech indikovaných možností stabilizace diabetu, je možná úhrada 75 % nejméně ekonomicky náročné varianty do počtu senzorů umožňujícího trvalé monitorování glykémie 365 dní v roce. Pokud kontinuální monitorování nevede k poklesu počtu hypoglykemických kómat oproti stejnému období (j. jeden rok) bez kontinuální monitorace, není úhrada dále schválena.

Je možné předepsat senzory nejvýše v takovém množství, které odpovídá spotřebě za 3 měsíce (25 % maximálního ročního množství).

Senzory Minimed (označení MNM, modely Enlite) jsou dále kompatibilní s výrobky (vysílače a přijímače) společnosti Medtronic, senzory Dexcom jsou kompatibilní výhradně s vysílači a přijímači stejného výrobce (označení DXM).



**ad b) Vysílače pro CGM****ad c) Přijímače pro CGM**

Podle zdravotnických prostředků, jejichž úhrada bude pro potřeby kontinuální monitorace glykémie vyžadována, je možné stanovit v tabulce níže uvedené tzv. indikační skupiny pacientů.

Vysílače MDM (kód 0142452) komunikují buď s kompatibilními inzulínovými pumpami stejného výrobce, popřípadě se SMART elektronickými zařízeními pacienta (například s mobilními telefony, tablety apod.) s operačním systémem iOS. Součástí kódu uvedeného v Číselníku je také komunikační a vyhodnocovací software a aplikace pro příslušné SMART zařízení. Předepisující lékař se musí ubezpečit, že pacient má k dispozici kompatibilní SMART elektronické zařízení.

Veškeré další možné indikační skupiny pojištěnců, pokud takové budou předepisujícími lékaři indikovány, je nutné individuálně projednat s revizním lékařem příslušné zdravotní pojišťovny.

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

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

- u pacientů mladších 18 let včetně činí úhrada z prostředků v.z.p. 100 % senzorů až do celkového počtu 144 dnů monitorace; úhrada pro zbývajících 112 dní (u dětí mladších 7 let 221 dní) činí 75 % senzorů,
- u dospělých pacientů činí úhrada senzorů z prostředků v.z.p. 75 %,
- u pacientů se závažným syndromem nerozpoznávání hypoglykémie, který je doprovázený hypoglykemickými komaty (2 a více ročně), při dobré spolupráci klienta po vyčerpání všech indikovaných možností stabilizace diabetu, je, po schválení revizního lékaře, možná úhrada 75 % do počtu senzorů umožňujícího trvalé monitorování glykémie 365 dní v roce. Pokud kontinuální monitorování nevede k poklesu počtu hypoglykemických komat, není úhrada dále schválena.
- Po dobu předepisování senzorů pro FGM nelze současně předepisovat přístroje pro kontinuální monitoraci glukózy,
- po dobu používání FGM lze předepsat současně s max. 100 ks / 1 rok a u dětí do 18 let včetně max. 300 ks / 1 rok diagnostických proužků pro stanovení glukózy z krve, nelze předepsat současně s glukometry a glukometry – pro stanovení ketolátek.

Přijímač pro FGM je předepisován pacientům s diabetem 1. typu, kteří jsou léčeni intenzifikovanou inzulínovou terapií (inzulínové pero nebo pumpa). Přijímač lze předepsat v počtu jednoho kusu za 4 roky a po tuto dobu nelze předepsat současně s glukometrem.

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

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

## KOMPATIBILITA SYSTÉMU PRO CGM A FGM

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

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

**I-port, kód 9990351**

Indikace použití i-portu:

- indikace a preskripce podléhá schválení revizním lékařem, pouze u pacientů s diabetem mellitem 1. typu splňujících následující kritéria:
  - needle phobia (fobie z injekčních jehel);
  - intenzivní inzulínová terapie, která zahrnuje aspoň jednu dávku dlouhodobě působícího inzulínu podanou zpravidla na noc v kombinaci s rychle působícím inzulínem aplikovaným preprandiálně před hlavními jídly, více než 4 aplikace/den;

Podmínkou preskripce je prokazatelně dobrá spolupráce pacienta či rodiny (dokumentovaný selfmonitoring pomocí glukometru s frekvencí alespoň 4x denně).

Úhrada je ve výši 75% ENNV.

## 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 katétry 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 katétry).

**Jednorázové močové katétry 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 katétry 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 katétry Uro-Tainer**

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

Indikační kritéria:

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

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

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

Indikační kritéria:

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

Podmínkou úhrady je stabilizace stavu, absolvování komplexní protiotokové léčby na specializovaném pracovišti během minimálně čtyřtýdenní terapie a vyčerpání všech dalších léčebných možností (autotechniky lymfodrenážní a používání kompresních elastických návléků). 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.

### **Infúzní jehly pro subkutánní aplikaci léčiv**

Indikační kritéria:

- subkutánní aplikace léčiv v souladu s indikačním omezením léčivého přípravku u syndromu primární imunodeficience – maximálně 150 ks / 1 rok
- facilitovaná subkutánní infúze v souladu s indikačním omezením léčivého přípravku u syndromu primární imunodeficience – maximálně 48 ks / 1 rok

## SKUPINA 16 – OBUV ORTOPEDICKÁ

Obuv ortopedickou předepisuje smluvní lékař Pojišťovny odbornosti ORT, ORP, REH, v případě obuvi diabetické lékař odbornosti DIA, na Poukaz. Individuální úpravy sériové obuvi (již neplatný kód 0000960) se nehradí.

### Pojišťovna hradí

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

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

## SKUPINA 24 – ORTOPEDICKO PROTETICKÉ POMŮCKY INDIVIDUÁLNĚ ZHOTOVENÉ

Pomůcky ortopedicko-protetické individuálně zhotovované předepisuje smluvní lékař Pojišťovny příslušné odbornosti na Poukaz. Výrobce individuálně zhotovované ortopedicko-protetické pomůcky musí mít na tuto činnost uzavřenou smlouvu s příslušným pracovištěm Pojišťovny (dále jen „výrobce“).

### Předkalkulace

Výrobce předloží, označených symbolem Z příslušné zdravotní pojišťovně cenovou předkalkulaci, která bude obsahovat:

- název firmy;
- jméno a identifikaci pojištěnce;
- název a popis zhotovovaného výrobku;
- pokud je k výrobě navržena pomůcka v jiném, než základním (standardním) provedení, je nutné uvést také zdůvodnění, proč je navrhována pomůcka v provedení jiném, než je ekonomicky nejméně náročné;
- rozpis jednotlivých dílů včetně kódů výrobce a nákupních cen;
- číslo položky dle časového sazebníku Asociace poskytovatelů zakázkových zdravotnických prostředků a SZP, který je přílohou k této Metodice;
- podrobný rozpis jednotlivých úkonů;
- předpokládaný počet výrobních hodin (maximálně dle časového sazebníku Asociace poskytovatelů zakázkových zdravotnických prostředků a SZP);
- hodinovou sazbu;
- DPH;
- celkovou cenu;
- úhradu pojišťovny
- jméno, podpis a telefonický kontakt na pracovníka, který je zodpovědný za vypracování předkalkulace a s nímž může (v případě potřeby) pojišťovna předkalkulaci prodiskutovat.

Preskripci kódů označených symbolem Z vždy schvaluje revizní lékař zdravotní pojišťovny

Pojišťovna má u všech individuálně zhotovených zdravotnických prostředků podskupiny 05 právo si vyžádat **konečnou kalkulaci** obsahující přehled skutečně spotřebovaného materiálu a dílů (včetně nákupních cen) a podrobný výčet úkonů spojených se zhotovením těchto individuálních ZP (včetně uvedení skutečně odpracované doby - nikoliv údaj z tzv. Časového sazebníku APZZP a SZP ČR). Výrobce je povinen tyto informace zdravotní pojišťovně v plném rozsahu poskytnout.

### Doba použitelnosti, UDO

Pojišťovna vždy předpokládá, že výrobce zhotovil pomůcku, která bude vyhovovat frekvenčním limitům (neboli minimální dobu od data vydání pomůcky, za kterou může zdravotní pojišťovna pojištěnci uhradit pomůcku novou) uvedeným v oddíle C přílohy č. 3 zákona č.48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, v aktuálním platném znění (dále jen zákon), popřípadě užitné době pomůcky uvedené ve sloupci UDO v platném Číselníku SZP - ZP:

Dětské protézy mají dobu užití stejnou, jako protézy pro dospělé pacienty. Platí ale, že protézy pro dětské pacienty je potřeba častěji (s ohledem na jejich růst a vývoj) upravovat (jedná se o „změnu zdravotního stavu“ - je nutné zdůvodnit předepisujícím lékařem na žádance). Tato skutečnost musí být při schvalování (oprávněných) úprav brána v úvahu.

### Odpovědnost za vady

Dle občanského zákoníku je doba pro uplatnění práva z vady na díly u individuálně zhotovované pomůcky 24 měsíců od jejího vydání. Délka záruční doby, vyřizování reklamací a odpovědnost za vady nově vyrobených a

vydaných, jakož i opravených/upravených zdravotnických prostředků mohou být popsány ve smlouvách jednotlivých členských pojišťoven SZP s každým s výrobců individuálních ZP. Tato smluvní ujednání (pokud jsou uzavřena) mají vyšší právní sílu, než ustanovení této Metodiky.

### **Opravy**

Opravy pomůcek je vždy nutné posuzovat s ohledem na výše uvedenou záruční dobu. Z prostředků veřejného zdravotního pojištění je možné opravovat pouze vady, které vznikly běžným používáním ZP, nebo neúmyslným poškozením vyplývajícím z používání pomůcky. Nikoliv tedy vady vzniklé nesprávným používáním nebo ošetřováním, vzniklé v důsledku havárie, nebo pokud se jedná o vady výrobku v záruční době, za které je zodpovědný prodejce (výrobce).

Oprava je návrat pomůcky do funkčního stavu bez změny její konstrukce, nejedná se o modernizaci pomůcky.

Výrobce je povinen vždy informovat pojišťovnu i o provedení opravy, na kterou se vztahuje záruka, popřípadě opravy, jejíž provedení si hradí pojištěnec sám.

Opravy jsou hrazeny ve výši a za podmínek stanovených v Tabulce č. 3 Přílohy 3C zákona 48/1997 Sb. v platném znění.

### **Úpravy**

Úpravy jsou předepisovány v případě anatomických změn na těle pacienta (změny zdravotního stavu), při kterých je nutné přizpůsobit pomůcku a to za podmínek stanovených v Tabulce č. 3 Přílohy 3C zákona 48/1997 Sb. v platném znění. Tato skutečnost musí být předepisujícím lékařem na žádance vždy uvedena.

Individuálně zhotovovaný ortopedicko - protetický zdravotnický prostředek po provedené opravě či úpravě musí vždy být plně způsobilý k bezpečnému a spolehlivému používání, a to tak, aby zcela splňoval oprávněné medicínské a terapeutické požadavky na provedení v základním provedení ekonomicky nejméně náročném. Výrobce vždy na předkalkulaci úpravy/opravy uvede datum, dokdy bude výrobek možné bezpečně používat.

Pacient, který používá individuálně zhotovené protézy, má z veřejného zdravotního pojištění nárok na výrobu (a případné úpravy či oprávněné opravy) **jednoho funkčního vybavení**.

**Pojišťovna hradí následující ZP podskupiny 24 za těchto podmínek:**

## **EPITÉZY INDIVIDUÁLNĚ ZHOTOVOVANÉ**

Epitézu individuálně zhotovovanou (kód 4000054 a 4000055) – maximálně 1 kus za 2 roky, předpis podléhá schválení revizním lékařem.

- Kód 4000054 může být předepsán lékařem odbornosti chirurg, ortopedický protetik, plastický chirurg a rehabilitační lékař a kód 4000055 může být předepsán lékařem odbornosti chirurg, ortopedický protetik, plastický chirurg otorinolaryngolog a lékař se zvláštní odbornou způsobilostí v popáleninové medicíně.

## **NÁVLEKY KOMPRESIVNÍ NA POPÁLENINY, INDIVIDUÁLNĚ ZHOTOVOVANÉ**

Návlek kompresivní na popáleniny individuálně zhotovený je hrazen zdravotní pojišťovnou pouze tehdy, je-li předepisujícím lékařem dostatečně zdůvodněno, proč nelze použít adekvátní, sériově vyráběný ZP.

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.

## ORTÉZY INDIVIDUÁLNĚ ZHOTOVENÉ

**Individuální ortézy je možné předepsat pouze v případě, že není z medicínského a terapeutického hlediska možné použít ortézu sériově vyráběnou.**

Všechny ortézy lze předepisovat v době hospitalizace, ale je možné je vydat pojištěnci až po ukončení hospitalizace. Výjimku tvoří ortézy trupové (4000005, 4000006 a 4000007) a ortéza horní končetiny individuálně upravovaná (4000013), které je možné v době hospitalizace i vydat. V případě předepisování ortézy v době hospitalizace musí návrh a následná konstrukce (zhotovení) pomůcky být provedena tak, aby odpovídala zdravotnímu stavu po propuštění do domácí péče. V případě, že předepisující lékař či výrobce nejsou schopni tento požadavek v plné míře zajistit, není možné pomůcku v době hospitalizace předepsat.

**Ortéza pro stabilizaci sedu (4000008)** je vyráběna k zajištění stability sedu se současnou korekcí páteře. Je indikována pro těžkou nedostatečnost postury při postižení stability pacienta vsedě; poruchy statiky a rovnováhy u neuromuskulárních postižení 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. Ortézo lze předepsat, pokud nelze předepsat polohovací zařízení pro sed. Předpis podléhá schválení revizním lékařem.

### **Ortéza kraniální remodelační - kód 4000003**

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 jednoduchých a kombinovaných deformit, vycházejících z posouzení vývoje kraniálních indexů (CVAI a CI - viz Tabulka), především v případech, kdy předchozí dvoutměsíční léčba polohováním a cílená fyzioterapie nevedla ke zlepšení.



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

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

 Velmi těžký a těžký stupeň závažnosti – aplikace ortézy se doporučuje

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

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

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

Kraniální remodelační ortézy v ČR vyrábějí tato pracoviště:

- Ortotika, s.r.o. ([www.ortotika.cz](http://www.ortotika.cz))
- Ortopedická protetika Frýdek-Místek, s.r.o. ([www.protetikafm.cz](http://www.protetikafm.cz))
- Malík a spol.,s.r.o. ([www.protetikahk.cz](http://www.protetikahk.cz))
- METIS, s.r.o. ([www.metis-cz.eu](http://www.metis-cz.eu))

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

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

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

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

Kód je vykazován včetně úprav po ukončení léčebného cyklu.

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

Předpis podléhá schválení revizním lékařem.

**Dynamické funkční lycrové ortézy** – jedná se o jednu podskupinu z ortéz trupových nebo končetinových a je nutné jejich použití medicínsky zdůvodnit.

Je možné předepsat výhradně:

- pod kódem 4000006, 4000011 nebo 4000021 a vždy výhradně pro indikace:
  - atetoidní, hypotonická a smíšená forma DMO;
  - pareza plexus brachialis - poporodní nebo post traumatické;
  - následky kraniotraumat.

popřípadě

- pod kódem 4000005 nebo 4000006 (ortéza trupová) nebo 4000011, 4000012, 4000020, 4000021 (ortéza končetinová) výhradně pro indikace:
  - CMP - s bolestivou subluxací ramenního kloubu a nutnosti zajištění antispastického vzorce u postižené horní končetiny;
  - následky kraniotraumat a traumatické parézy brachiálního plexu;
  - neurologická onemocnění s rozvojem svalové hypotonie trupu a nestability pelvifemorálního skloubení v případech, kdy nelze použít jinou, sériově vyráběnou, nebo individuálně zhotovenou, trupovou bandáž či termoplastickou pánevně kyčelní ortézu.

Ortéza musí zahrnovat fixaci pánve a tlaky proti páteři.

Ortézu jsou oprávněna zaměřovat pouze pracoviště proškolená dovozcem tohoto výrobku (DM Orthotics Ltd, Velká Británie; H.T.C. s.r.o., Ostrava-Vítkovice):

- Proteor CZ s.r.o., Ostrava
- Protetika Štěpánová a spol., s.r.o., Skuteč
- Ortotika, s.r.o., Praha

Tato pracoviště provedou zaměření pacienta a následně zhotovenou pomůcku pacientovi (pojištěnci) předají. Za tyto úkony jsou oprávněna navyšovat cenu výrobku stanovenou výrobcem (dovozcem) nejvýše o 2-4 hodiny práce (dle obtížnosti). Tento údaj je, mj., pro každou položku uveden v ceníku dovozce, H.T.C. s.r.o., Ostrava.

## PROTÉZY INDIVIDUÁLNĚ ZHOTOVOVANÉ

**Protézové prvovybavení** se používá pro dobu po amputaci a slouží k nácvičku zacházení a pohybu pacienta s protézou a k zformování amputačního pahýlu, tak aby bylo možné aplikovat definitivní protézové vybavení.

Je umožněna preskripce a výdej prvovybavení v době hospitalizace.

V ojedinělých případech je možné ihned předepsat standardní či speciální protézové vybavení. Medicínské zdůvodnění takového postupu musí OL uvést na žádance (spolu s ostatními údaji a informacemi potřebnými ke schválení definitivní pomůcky). Takto indikované standardní či speciální protézy je možné (s ohledem na zdravotní stav a možnosti pacienta) předepsat a vydat v době hospitalizace. V případě předepisování protézy v době hospitalizace musí návrh a následná konstrukce (zhotovení) pomůcky být provedena tak, aby odpovídala zdravotnímu stavu (stav pahýlu, pohybová aktivita apod.) po propuštění do domácí péče. V případě, že předepisující lékař či výrobce nejsou schopni tento požadavek v plné míře zajistit, není možné pomůcku v době hospitalizace předepsat.

Při zhotovování protézového prvovybavení, standardního vybavení a speciálních typů protézy je doporučeno použít tzv. zkušební pahýlová lůžka, a to po nezbytnou dobu, kdy dochází k výrazným změnám ve tvaru amputačního pahýlu. Po ustálení tvaru amputačního pahýlu bude pacient vybaven definitivním typem pahýlové lůžka.

**Protézy speciální** (modulární) horních a dolních končetin, které jsou vyrobeny ze stavebnicových polotovarů a sestav, včetně tahových protézy horních končetin – maximálně 1 kus za 2 roky, předpis podléhá schválení revizním lékařem.

Pokud pacient splňuje předpoklady pro předpis a používání speciální protézy DK, nemůže mu být pro nesplnění indikačních kritérií souběžně uhrazen a zapůjčen invalidní vozík, vyjma případů oboustranné amputace

Pod kódem 4000043 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 SE SYSTÉMEM BIONICKÉHO KOLENNÍHO KLOUBU – viz <http://szpocr.cz/sekce-svazu/komise-pro-zdravotnicke-prostredky/kpzp-dokumenty/>.

Pokud pacient splňuje předpoklady pro předpis a používání speciální protézy dolní končetiny, nemůže mu být pro nesplnění indikačních kritérií souběžně uhrazen a zapůjčen invalidní vozík, vyjma případů oboustranné amputace.

**Protézy myoelektrické** může Pojišťovna uhradit 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.

**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.

Tento typ protézy není hrazen z veřejného zdravotního pojištění.

**Stupeň aktivity I** – interiérový typ uživatele.

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

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

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 II** – limitovaný exteriérový typ uživatele.

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

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

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 III** – nelimitovaný exteriérový typ uživatele.

Uživatel má schopnost používat protézu i při střední a vysoké poměrné rychlosti chůze. Typické je překonávání většiny přírodních nerovností a bariér a provozování pracovních, terapeutických nebo jiných pohybových aktivit, přičemž technické provedení protézy není vystaveno nadprůměrnému mechanickému namáhání. Požadavkem je

dosažení střední a vysoké mobility pacienta a 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 IV** – nelimitovaný exteriérový typ uživatele se zvláštními požadavky.

Uživatel má schopnosti jako uživatel stupně III. Navíc se zde vzhledem k vysoké aktivitě uživatele protézy vyskytuje výrazné rázové a mechanické zatížení protézy. Doba používání a překonaná vzdálenost při chůzi v protéze 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.

## ORTOPEDICKÁ OBUV

Obuv ortopedickou předepisuje smluvní lékař Pojišťovny odbornosti stanovené v Příloze 3C Zákona 48/1997 Sb. v platném znění na Poukaz.

### Pojišťovna hradí

**Obuv ortopedickou individuálně zhotovovanou – jednoduchou**, pojištěnci do 18 let, maximálně 2 páry za rok, pojištěnci od 19 let maximálně 1 pár za 2 roky, úhrada Pojišťovny 50%.

**Obuv ortopedickou individuálně zhotovovanou - složitější a velmi složitou**, pojištěnci do 18 let, maximálně 2 páry za rok, pojištěnci od 19 let maximálně 2 páry za 3 roky, úhrada Pojišťovny 90%.

**Obuv ortopedickou individuálně zhotovovanou** – přímá součást protetického zdravotnického prostředku nebo obuv nahrazující přístroj, maximálně 2 páry za rok, úhrada Pojišťovny 99%.

**U kódu 4000051 předloží výrobce příslušné zdravotní pojišťovně cenovou předkalkulaci. V předkalkulaci budou uvedeny položky dle sazebníku maximálních časů Asociace poskytovatelů zakázkových zdravotnických prostředků a SZP ČR, který je přílohou 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 kladívkové 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 kladívkové 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 štitovou 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 složitě a velmi složitě a obuvi jako přímé součásti protetické pomůcky.

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

## VLOŽKY ORTOPEDICKÉ

vložky ortopedické předepisuje smluvní lékař Pojišťovny odbornosti stanovené v Příloze 3C Zákona 48/1997 Sb. v platném znění na Poukaz.

### Pojišťovna hradí

**Vložky ortopedické individuálně zhotovované pojištěnci do 18 let věku (dětská)** - maximálně 2 páry ročně, úhrada pojišťovny 400,20 Kč/pár.

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

### Indikace:

**Vložky ortopedické dětské individuálně zhotovené** - vložky dle sejmutých měrných podkladů pro ortopedická lehčí postižení dětské nohy; neurologicky podmíněné deformity nohy

**Vložky ortopedické speciální** – vložky dle sejmutých měrných podkladů ev. s korekcí pro složité vady nebo kombinaci více deformit; syndrom diabetické nohy

**Z medicínského hlediska není přípustné, aby byly současně předepsány, vyrobeny a vydány různé typy ortopedických vložek současně.**

Tímto není vyloučeno, aby v případě tzv. změny zdravotního stavu došlo k předpisu, výrobě a výdeji jiného typu ortopedických vložek dříve, než uplyne frekvenční limit stanovený zákonem 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění. V takovém případě předepisující lékař spolu s poukazem vypíše také žádanku (s příslušným zdůvodněním porušení stanoveného frekvenčního limitu) a odešle ji ke schválení reviznímu lékaři příslušné pojišťovny.

V případě, že zdravotní pojišťovna zjistí duplicitu v předepisování ortopedických vložek (aniž by došlo ke změně zdravotního stavu pacienta), bude příslušná částka pojišťovnou odúčtována.

**Příloha 1 ke skupině 24 - Časový sazebník APZZP a SZP ČR platný od 1.8.2017****Protézy horních končetin**

položka	pomůcka	brutto hodin
1.00.000	protézy horních končetin - ostatní typy	indiv. kalkulace
<b>Protézy pro amputace v ruce</b>		
1.01.010	epitézy prstů	indiv. kalkulace
1.01.011	protéza pro amputaci prstů	indiv. kalkulace
1.01.012	protéza pro amputaci palce	indiv. kalkulace
1.01.020	protéza transkarpální kožená	29,0
1.01.021	protéza transkarpální laminátová	25,0
1.01.022	protéza transkarpální silikonová	indiv. kalkulace
<b>Protézy pro exartikulaci v zápěstí</b>		
1.02.010	protéza pro exartikulaci v zápěstí	20,0
1.02.011	protéza pro exartikulaci v zápěstí kožená	20,0
1.02.012	protéza pro exartikulaci v zápěstí s flexibilním lůžkem	23,5
1.02.013	protéza pro exartikulaci v zápěstí silikonová	indiv. kalkulace
<b>Protézy transradiální</b>		
<b>Protéza transradiální ulpívající na předloktí</b>		
1.03.010	protéza transradiální ulpívající na předloktí s laminátovým lůžkem - pasivní	20,2
1.03.011	protéza transradiální ulpívající na předloktí s vnitřním flexibilním lůžkem - pasivní	23,2
1.03.012	protéza transradiální ulpívající na předloktí s linerem - pasivní	42,0
1.03.013	protéza transradiální ulpívající na předloktí s laminátovým lůžkem - aktivní	22,2
1.03.014	protéza transradiální ulpívající na předloktí s vnitřním flexibilním lůžkem - aktivní	25,2
1.03.015	protéza transradiální ulpívající na předloktí s linerem - aktivní	44,0
1.03.016	protéza transradiální ulpívající na předloktí silikonová - pasivní	indiv. kalkulace
<b>Protéza transradiální ulpívající za kondyly</b>		
1.03.020	protéza transradiální ulpívající za kondyly s laminátovým lůžkem - pasivní	30,0
1.03.021	protéza transradiální ulpívající za kondyly s vnitřním flexibilním lůžkem - pasivní	33,0
1.03.022	protéza transradiální ulpívající za kondyly, endoskeletární s laminátovým lůžkem - pasivní	30,0
1.03.023	protéza transradiální ulpívající za kondyly, endoskeletární s vnitřním flexibilním lůžkem - pasivní	33,0
1.03.024	protéza transradiální ulpívající za kondyly s linerem - pasivní	38,0
1.03.025	protéza transradiální ulpívající za kondyly s laminátovým lůžkem - aktivní	32,0
1.03.026	protéza transradiální ulpívající za kondyly s vnitřním flexibilním lůžkem - aktivní	35,0
1.03.027	protéza transradiální ulpívající za kondyly s linerem - aktivní	40,0
1.03.028	protéza transradiální ulpívající za kondyly silikonová - pasivní	indiv. kalkulace
<b>Protéza transradiální s pažní objímkou</b>		
1.03.030	protéza transradiální s pažní objímkou - aktivní	33,0
1.03.031	protéza transradiální s pažní objímkou - pasivní	31,0
1.03.032	protéza transradiální pracovní	31,0
<b>Protézy transradiální myoelektrické</b>		
1.04.010	protéza transradiální myoelektrická 2-snímače a aktivní rotace	40,0
1.04.011	protéza transradiální myoelektrická 2-snímače	38,0
1.04.012	protéza transradiální myoelektrická 1 - snímač	35,8
1.04.013	protéza transradiální myoelektrická s prac.nástavcem	35,8
1.04.014	protéza transradiální elektromech.se spínačem	41,0
<b>Protézy pro exartikulaci v loketním kloubu</b>		
1.05.010	protézy pro exartikulaci v loketním kloubu s linerem - pasivní	46,0
1.05.011	protézy pro exartikulaci v loketním kloubu, dvoudílné lůžko - pasivní	31,0
1.05.012	protézy pro exartikulaci v loketním kloubu, rámové lůžko - pasivní	41,0
1.05.013	protézy pro exartikulaci v loketním kloubu s linerem - aktivní	45,0
1.05.014	protézy pro exartikulaci v loketním kloubu, dvoudílné lůžko - aktivní	34,0
1.05.015	protézy pro exartikulaci v loketním kloubu, rámové lůžko - aktivní	44,0
1.05.016	protézy pro exartikulaci v loketním kloubu, silikonová - pasivní	indiv. kalkulace
<b>Protézy transhumerální</b>		
<b>Protéza transhumerální - pasivní</b>		
1.06.010	protéza transhumerální endoskeletární s laminátovým lůžkem - pasivní	36,0
1.06.011	protéza transhumerální endoskeletární s vnitřním flexibilním lůžkem - pasivní	39,0
1.06.012	protéza transhumerální endoskeletární s linerem - pasivní	47,0
1.06.013	protéza transhumerální exoskeletární s laminátovým lůžkem - pasivní	31,0
1.06.014	protéza transhumerální exoskeletární s vnitřním flexibilním lůžkem - pasivní	34,0
1.06.015	protéza transhumerální exoskeletární s linerem - pasivní	42,0
1.06.016	protéza transhumerální exoskeletární silikonová - pasivní	indiv. kalkulace
<b>Protéza transhumerální - aktivní</b>		
1.07.010	protéza transhumerální endoskeletární s laminátovým lůžkem - aktivní, jeden tah	38,0
1.07.011	protéza transhumerální endoskeletární s vnitřním flexibilním lůžkem - aktivní, jeden tah	41,0
1.07.012	protéza transhumerální endoskeletární s linerem - aktivní, jeden tah	49,0

1.07.013	protéza transhumerální exoskeletární s laminátovým lůžkem - aktivní, jeden tah	33,0
1.07.014	protéza transhumerální exoskeletární s vnitřním flexibilním lůžkem - aktivní, jeden tah	37,0
1.07.015	protéza transhumerální exoskeletární s linerem - aktivní, jeden tah	44,0
1.07.016	protéza transhumerální exoskeletární s laminátovým lůžkem - aktivní, tři tahy	36,0
1.07.017	protéza transhumerální exoskeletární s vnitřním flexibilním lůžkem - aktivní, tři tahy	39,0
1.07.018	protéza transhumerální exoskeletární s linerem - aktivní, tři tahy	47,0
<b>Protézy transhumerální myoelektrické</b>		
1.08.010	protéza transhumerální myoelektrická s laminátovým lůžkem a elektrickým loktem	42,0
1.08.011	protéza transhumerální myoelektrická s vnitřním flexibilním lůžkem a elektrickým loktem	45,0
1.08.012	protéza transhumerální myoelektrická s vnitřním HTV silikonovým lůžkem a elektrickým loktem	49,0
1.08.013	protéza transhumerální myoelektrická s laminátovým lůžkem a tahovým loktem	41,9
1.08.014	protéza transhumerální myoelektrická s vnitřním flexibilním lůžkem a tahovým loktem	44,9
1.08.015	protéza transhumerální myoelektrická s vnitřním HTV silikonovým lůžkem a tahovým loktem	49,0
1.09.010	protéza pro exartikulaci v ramenním kloubu	individ. kalkul.

**Protézy dolních končetin**

položka	pomůcka	brutto hodin
2.00.00	protézy dolních končetin - ostatní typy	individ. kalkulace
<b>Protézy pro amputaci v noze</b>		
2.01.010	protéza pro amputaci prstů	individ. kalkulace
2.01.011	protéza pro amputaci v noze silikonová	individ. kalkulace
2.01.012	protéza pro amputaci v přednoží vnitřní měkké lůžko	20,0
2.01.013	protéza pro amputaci Syme se zkušebním lůžkem	39,5
2.01.014	protéza pro amputaci Syme se zkušebním lůžkem a linerem	43,9
2.01.015	protéza štítová s individuálním chodidlem	43,0
2.01.016	protéza štítová	41,0
<b>Protézy transtibiální</b>		
<b>Protézy transtibiální - klasické</b>		
2.02.010	protéza transtibiální kožená se stehenní objímkou	45,5
2.02.011	protéza transtibiální kožená bez stehenní objímky	28,5
2.02.012	protéza transtibiální dřevěná se stehenní objímkou	55,0
<b>Protézy transtibiální exoskeletární</b>		
2.02.020	protéza transtibiální exoskeletární se stehenní objímkou	46,2
2.02.021	protéza transtibiální exoskeletární se stehenní objímkou a zkušebním lůžkem	49,2
2.02.022	protéza transtibiální exoskeletární PTB bez stehenní objímky	30,6
2.02.023	protéza transtibiální exoskeletární PTB se zkušebním lůžkem bez stehenní objímky	33,6
2.02.024	protéza transtibiální exoskeletární KBM,PTS	42,0
2.02.025	protéza transtibiální exoskeletární KBM,PTS se zkušebním lůžkem	45,0
<b>Protézy transtibiální endoskeletární</b>		
2.02.030	protéza transtibiální endoskeletární KBM,PTS,PTB s PU krytem	42,0
2.02.031	protéza transtibiální endoskeletární KBM,PTS,PTB bez PU krytu	38,5
2.02.032	protéza transtibiální endoskeletární KBM,PTS,PTB s PU krytem a zkušebním lůžkem	45,0
2.02.033	protéza transtibiální endoskeletární KBM,PTS,PTB se zkušebním lůžkem bez PU krytu	41,5
2.02.034	protéza transtibiální endoskeletární se stehenní objímkou a PU krytem	46,8
2.02.035	protéza transtibiální endoskeletární se stehenní objímkou bez PU krytu	43,3
2.02.036	protéza transtibiální endoskeletární se stehenní objímkou, zkušebním lůžkem a PU krytem	49,8
2.02.037	protéza transtibiální endoskeletární se stehenní objímkou, zkušebním lůžkem bez PU krytu	46,8
<b>Protézy transtibiální s linerem</b>		
2.02.040	protéza transtibiální s linerem, mechanickou aretací (účelový tvar), dvě a více zkušební lůžka, s PU krytem	58,0
2.02.041	protéza transtibiální s linerem, mechanickou aretací (účelový tvar), dvě a více zkušební lůžka, bez PU krytu	54,5
2.02.042	protéza transtibiální s linerem, mechanickou aretací (účelový tvar), jedno zkušební lůžko, s PU krytem	54,0
2.02.043	protéza transtibiální s linerem, mechanickou aretací (účelový tvar), jedno zkušební lůžko, bez PU krytu	50,5
2.02.044	protéza transtibiální s linerem, pasivní podtlak (TSB tvar), dvě a více zkušební lůžka, s PU krytem	57,0
2.02.045	protéza transtibiální s linerem, pasivní podtlak (TSB tvar), dvě a více zkušební lůžka, bez PU krytu	53,5
2.02.046	protéza transtibiální s linerem, pasivní podtlak (TSB tvar), jedno zkušební lůžko, s PU krytem	53,0
2.02.047	protéza transtibiální s linerem, pasivní podtlak (TSB tvar), jedno zkušební lůžko, bez PU krytu	49,5
2.02.048	protéza transtibiální s linerem, aktivní podtlak (TSB tvar), s PU krytem	59,0
2.02.049	protéza transtibiální s linerem, aktivní podtlak (TSB tvar), bez PU krytu	55,5
<b>Protézy pro exartikulaci v kolenním kloubu</b>		
2.03.010	protéza pro exartikulaci v kolenním kloubu kožená	50,7
2.03.011	protéza pro exartikulaci v kolenním kloubu endoskeletární, s vnitřním měkčím lůžkem a PU krytem	55,6
2.03.012	protéza pro exartikulaci v kolenním kloubu endoskeletární, s vnitřním měkčím lůžkem bez PU krytu	52,1
2.03.013	protéza pro exartikulaci v kolenním kloubu endoskeletární, s linerem, pasivní podtlak, s PU krytem	55,6
2.03.014	protéza pro exartikulaci v kolenním kloubu endoskeletární, s linerem, pasivní podtlak, bez PU krytu	52,1
2.03.015	protéza pro exartikulaci v kolenním kloubu endoskeletární, s linerem, aktivní podtlak, s PU krytem	59,6
2.03.016	protéza pro exartikulaci v kolenním kloubu endoskeletární, s linerem, aktivní podtlak, bez PU krytu	56,1

<b>Protézy transfemorální</b>		
<b>Protézy transfemorální - klasické</b>		
2.04.010	protéza transfemorální dřevěná (kopír.)	43,6
2.04.011	protéza transfemorální kožená	35,9
2.04.012	protéza transfemorální kombinovaná	35,9
2.04.013	protéza transfemorální dřevěná	65,0
2.04.014	protéza transfemorální dřevěná se speciálním lůžkem	56,0
<b>Protézy transfemorální endoskeletární příčné oválné lůžko</b>		
2.04.020	protéza transfemorální endoskeletární, příčné oválné lůžko, s PU krytem	47,5
2.04.021	protéza transfemorální endoskeletární, příčné oválné lůžko, bez PU krytu	44,0
2.04.022	protéza transfemorální endoskeletární, příčné oválné lůžko, s linerem, zkušebním lůžkem a PU krytem	61,0
2.04.023	protéza transfemorální endoskeletární, příčné oválné lůžko, s linerem, zkušebním lůžkem, bez PU krytu	57,5
2.04.024	protéza transfemorální endoskeletární, příčné oválné lůžko, se zkušebním lůžkem a PU krytem	57,0
2.04.025	protéza transfemorální endoskeletární, příčné oválné lůžko, se zkušebním lůžkem bez PU krytu	53,5
<b>Protézy transfemorální endoskeletární podélné oválné lůžko</b>		
2.04.030	protéza transfemorální endoskeletární, podélné oválné rámové lůžko, s linerem, zkušebním lůžkem a PU krytem	64,0
2.04.031	protéza transfemorální endoskeletární, podélné oválné rámové lůžko, s linerem, zkušebním lůžkem bez PU krytu	60,5
2.04.032	protéza transfemorální endoskeletární, podélné oválné lůžko, s linerem, zkušebním lůžkem a PU krytem	61,5
2.04.033	protéza transfemorální endoskeletární, podélné oválné lůžko, s linerem, zkušebním lůžkem bez PU krytu	58,0
2.04.034	protéza transfemorální endoskeletární, podélné oválné rámové lůžko, se zkušebním lůžkem a PU krytem	59,0
2.04.035	protéza transfemorální endoskeletární, podélné oválné rámové lůžko, se zkušebním lůžkem bez PU krytu	55,5
2.04.036	protéza transfemorální endoskeletární, podélné oválné lůžko, se zkušebním lůžkem a PU krytem	56,5
2.04.037	protéza transfemorální endoskeletární, podélné oválné lůžko, se zkušebním lůžkem bez PU krytu	52,5
<b>Protézy transfemorální endoskeletární MAS lůžko</b>		
2.04.040	protéza transfemorální endoskeletární, MAS rámové lůžko s linerem a PU krytem	74,0
2.04.041	protéza transfemorální endoskeletární, MAS rámové lůžko s linerem bez PU krytu	70,5
2.04.042	protéza transfemorální endoskeletární, MAS lůžko s linerem a PU krytem	71,5
2.04.043	protéza transfemorální endoskeletární, MAS lůžko s linerem bez PU krytu	68,0
2.04.044	protéza transfemorální endoskeletární, MAS rámové lůžko a PU kryt	69,0
2.04.045	protéza transfemorální endoskeletární, MAS rámové lůžko bez PU krytu	65,5
2.04.046	protéza transfemorální endoskeletární, MAS lůžko a PU kryt	64,5
2.04.047	protéza transfemorální endoskeletární, MAS lůžko bez PU krytu	61,0
<b>Protézy pro exartikulaci v kyčelním kloubu</b>		
2.05.010	protéza pro exartikulaci v kyčelním kloubu, laminátové lůžko s PU krytem	77,5
2.05.011	protéza pro exartikulaci v kyčelním kloubu, laminátové lůžko bez PU krytu	68,4
2.05.012	protéza pro exartikulaci v kyčelním kloubu, s flexibilním vnitřním lůžkem s PU krytem	84,0
2.05.013	protéza pro exartikulaci v kyčelním kloubu, s flexibilním vnitřním lůžkem bez PU krytu	71,0

**Ortézy**

položka	pomůcka	brutto hodin
3.00.000	ortéza trupová či končetinová - ostatní typy	indiv. kalkulace
<b>Ortézy trupové</b>		
3.01.010	ortéza trupová s nástavbou se skořepinovou plastovou pánevní objímkou (TLSO)	35,1
3.01.020	ortéza trupová stabilizační skořepinový z plastu (TLSO, LSO)	31,2
3.01.030	ortéza trupová korekční skořepinový z plastu (CTLSO, TLSO, LSO)	40,3
3.01.040	ortéza trupová stabilizační materiállově či segmentově kombinovaná (CTLSO, TLSO, LSO)	42,0
3.01.050	ortéza trupová korekční materiállově či segmentově kombinovaná (CTLSO, TLSO, LSO)	48,0
3.01.060	ortéza trupová korekční dynamická s pohybem či nastavením (DTLSO, DLSO)	52,0
3.01.070	tříbodový korzet z polotovaru	8,0
3.01.140	pánevní pás plastový (LSO)	38,0
3.01.160	ortéza trupová tříbodová ze stavebnice bandážisticky dohotovená (TLSO)	8,0
3.01.170	nákrčník plastový (CTO)	21,0
3.01.180	nákrčník laminátový nebo kožený (CTO)	26,0
3.01.190	nákrčník materiállově či segmentově kombinovaný (CTO)	30,0
3.01.200	nákrčník s čelenkou (CTO)	37,0
3.01.210	ortéza hlavy - krytí (CO)	11,0
3.01.220	ortéza trupová - Calabisova bandáž (TLSO)	10,7
3.01.230	ortéza trupová stabilizační s nástavbou pro Hallo trakci (CTLSO)	62,0
3.01.240	ortéza trupová stabilizační či korekční bivalvovaná (TLSO)	60,3
3.01.250	ortéza trupová s nákrčníkem (CTLSO)	42,4
3.01.290	ortéza hlavy pro korekci tvarových a pooperačních deformit - přilba (CO)	32,0
<b>Ortézy horních končetin</b>		
3.02.010	přístroj HK objímkový pro loketní kloub plastový (EO, EWHO)	21,5
3.02.020	přístroj HK objímkový pro loketní kloub laminátový či kožený (EO, EWHO)	26,0
3.02.070	ortéza HK předloketní obloučková (WO, WHO)	22,1
3.02.080	ortéza HK předloketní laminátová (WO, WHO)	29,3
3.02.090	ortéza HK předloketní plastová (WO, WHO)	26,6
3.02.100	ortéza HK předloketní materiállově a segmentově kombinovaná, dynamická (WO, WHO)	29,8



3.02.120	ortéza HK - prstů a ruky plastová (HO)	16,6
3.02.130	ortéza HK - prstů a ruky laminátová (HO)	23,2
3.02.140	ortéza HK - prstů a ruky materiállově a segmentově kombinovaná, dynamická (HO)	20,8
3.02.160	ortéza HK pažní obloučková (SO, SEO, SEWO, SEWHO)	31,0
3.02.170	ortéza HK pažní laminátová (SO, SEO, SEWO, SEWHO)	33,5
3.02.180	ortéza HK pažní plastová (SO, SEO, SEWO, SEWHO)	28,0
3.02.190	ortéza HK pažní materiállově a segmentově kombinovaná, dynamická (SO, SEO, SEWO, SEWHO)	35,7
3.02.200	ortéza HK - prstů a ruky dynamická typu DAHO (HO, WO, WHO)	48,0
3.03.010	přístroj HK objímkový pro ramenní kloub plastový (SO, SEO)	33,8
3.03.020	přístroj HK objímkový pro ramenní kloub laminátový či kožený (SO, SEO)	38,4
3.03.030	ortéza HK ramenní (SO)	38,4
<b>Ortézy dolních končetin</b>		
3.04.010	přístroj DK bércový obloučkový s plastovým či koženým sandálem (AFO)	21,5
3.04.020	přístroj DK bércový obloučkový s koženým sandálem (AFO)	26,7
3.04.040	přístroj DK bércový obloučkový s třmenem (AFO)	23,4
3.04.050	přístroj DK bércový objímkový plastový se sandálem plastovým (AFO)	28,8
3.04.070	přístroj DK bércový objímkový plastový s třmenem (AFO)	22,8
3.04.080	přístroj DK bércový objímkový laminátový či kožený s třmenem (AFO)	27,3
3.04.090	ortéza DK typu Denis-Brown (FO)	4,9
3.04.120	přístroj DK bércový objímkový laminátový se sandálem plastovým (AFO)	35,0
3.04.140	přístroj DK bércový laminátový na třmeny (AFO)	33,0
3.04.150	přístroj DK bércový objímkový plastový se sandálem laminátovým či koženým (AFO)	35,0
3.04.160	přístroj DK bércový objímkový laminátový či kožený se sandálem (AFO)	39,0
3.04.170	ortéza DK pro hlezno kožená (AFO)	18,0
3.04.180	ortéza DK pro hlezno laminátová (AFO)	21,6
3.04.190	ortéza DK pro hlezno plastová (AFO)	16,1
3.04.200	ortéza DK pro hlezno s pohybem (AFO)	28,7
3.04.210	ortéza DK - derotační aparáty kombinované bilaterálně (HKAFO)	45,0
3.04.220	ortéza DK - tah peroneální pérový (AFO)	13,5
3.05.010	přístroj DK obloučkový se sandálem (KAFO)	45,5
3.05.020	přístroj DK obloučkový se sandálem laminátovým či koženým (KAFO)	53,3
3.05.030	přístroj DK obloučkový plastový na třmen (KAFO)	38,4
3.05.040	přístroj DK obloučkový na třmen (KAFO)	44,9
3.05.050	přístroj DK objímkový plastový se sandálem (KAFO)	48,8
3.05.070	přístroj DK objímkový plastový na třmen (KAFO)	41,6
3.05.100	ortéza DK redresní - Hohmannova dlaho pro varozitu bez stavěcího prvku (KAFO)	14,0
3.05.110	ortéza DK redresní - Hohmannova dlaho pro valgozitu bez stavěcího prvku (KAFO)	14,6
3.05.120	ortéza DK i HK derotační typu Becker (jedna končetina), (KAFO)	15,6
3.05.130	ortéza DK - abdukční Vavrdův aparát, bilaterálně (HO)	16,5
3.05.140	ortéza DK typu Sarmiento bivalvovaná (AFO, KAFO)	42,9
3.05.150	ortéza DK typu CTI laminovaná (KO)	45,5
3.05.180	přístroj DK plastový se sandálem plastovým (KAFO)	46,5
3.05.200	přístroj DK plastový se sandálem laminátovým či koženým (KAFO)	50,2
3.05.210	přístroj DK plastový na třmeny (KAFO)	41,0
3.05.220	přístroj DK objímkový laminátový či kožený se sandálem plastovým (KAFO)	57,8
3.05.240	přístroj DK objímkový laminátový či kožený se sandálem laminátovým či koženým (KAFO)	61,5
3.05.250	přístroj DK objímkový laminátový či kožený na třmen (KAFO)	55,9
3.05.280	ortéza DK hyperkorekční nastavitelná podle Mařika pro valgozitu či varozitu (KAFO)	32,0
3.06.020	přístroj DK kolenní objímkový plastový (KO)	31,3
3.06.030	přístroj DK kolenní objímkový laminátový či kožený (KO)	31,9
3.06.040	přístroj DK kolenní obloučkový (KO)	29,0
3.06.050	přístroj DK kolenní materiállově a segmentově kombinovaný (KO)	35,0
3.07.020	přístroj DK celokončetinový plastový s pánevním košem (HKAFO)	56,2
3.07.030	přístroj DK celokončetinový laminátový či kožený s pánevním košem (HKAFO)	67,0
3.07.040	přístroj DK kyčelní obloučkový (HO)	22,0
3.07.050	přístroj DK kyčelní plastový (HO)	30,0
3.07.070	přístroj DK kyčelní laminátový či kožený (HO)	35,0
3.07.080	ortéza DK dlahová s pánevním pasem (centrační ort.) bilaterálně (HKAFO)	32,3
3.07.090	ortéza DK - abdukční aparát typu Atlanta bilaterálně (HO)	45,5
3.08.010	ortéza DK celé - polohovací laminátová (KAFO)	32,3
3.08.020	ortéza DK celé - polohovací plastová (KAFO)	24,4
3.08.030	ortéza DK celé - polohovací obloučková (KAFO)	35,6
3.08.040	ortéza DK celé - polohovací kožená (KAFO)	21,2
3.09.010	ortéza DK - prstů nohy (FO)	1,3
3.09.020	ortéza DK pro nohu neprotvarovaná redresní (AFO)	6,2
3.09.030	ortéza DK pro nohu s proprioceptivními prvky (AFO)	62,5
<b>Ortézy speciální</b>		
3.10.010	ortoprotéza	82,3
3.10.020	reciprokátor (ortéza trupu a končetin) (HKAFO)	140,0

**Ortopedická obuv**

položka	pomůcka	brutto hodin
4.00.000	ortopedická obuv nebo její úpravy - ostatní typy	indiv. kalkulace
<b>Ortopedická obuv jednoduchá</b>		
4.01.001	ortopedická obuv jednoduchá	41,6
4.01.002	ortopedická obuv dětská	28,0
<b>Ortopedická obuv středně složitá</b>		
4.01.011	výška svršku do 9 cm, podešve syntetika či pryž, dle potřeby odlehčovací či stabilizační prvky	48,0
4.01.012	výška svršku do 9 cm, podešve useň, dle potřeby odlehčovací či stabilizační prvky	50,0
4.01.013	výška svršku do 9 cm, zkrat 2,5-4 cm, podešve syntetika či pryž, dle potřeby odlehčovací či stabilizační prvky	52,0
4.01.014	výška svršku do 9 cm, zkrat 2,5-4 cm, podešve useň, dle potřeby odlehčovací či stabilizační prvky	54,0
4.01.015	výška svršku nad 9 cm, podešve syntetika či pryž, dle potřeby odlehčovací či stabilizační prvky	51,0
4.01.016	výška svršku nad 9 cm, podešve useň, dle potřeby odlehčovací či stabilizační prvky	53,0
4.01.017	výška svršku nad 9 cm, zkrat 2,5-4 cm, podešve syntetika či pryž, dle potřeby odlehčovací či stabilizační prvky	55,5
4.01.018	výška svršku nad 9 cm, zkrat 2,5-4 cm, podešve useň, dle potřeby odlehčovací popř. stabilizační prvky	56,0
4.01.019	ortopedická obuv středně složitá - ostatní	52,0
<b>Ortopedická obuv velmi složitá</b>		
4.01.021	výška svršku do 9 cm, podešve syntetika či pryž, dle potřeby odlehčovací či stabilizační prvky	57,0
4.01.022	výška svršku do 9 cm, podešve useň, dle potřeby odlehčovací či stabilizační prvky	58,0
4.01.023	výška svršku do 9 cm, zkrat nad 4,5 cm, podešve syntetika či pryž, dle potřeby odlehčovací či stabilizační prvky	59,5
4.01.024	výška svršku do 9 cm, zkrat nad 4,5 cm, podešve useň, dle potřeby odlehčovací popř. stabilizační prvky	61,0
4.01.025	výška svršku nad 9 cm, podešve syntetika či pryž, dle potřeby odlehčovací či stabilizační prvky	58,5
4.01.026	výška svršku nad 9 cm, podešve useň, dle potřeby odlehčovací popř. stabilizační prvky	60,0
4.01.027	výška svršku nad 9 cm, zkrat nad 4,5 cm, podešve syntetika či pryž, dle potřeby odlehčovací či stabilizační prvky	61,5
4.01.028	výška svršku nad 9 cm, zkrat nad 4,5 cm, podešve useň, dle potřeby odlehčovací popř. stabilizační prvky	62,0
4.01.029	ortopedická obuv velmi složitá - ostatní	59,0
<b>Vnitřní obuv (sandál), přímá součást protetiké pomůcky nebo obuv nahrazující přístroj</b>		
4.01.031	vnitřní obuv extenční	indiv. kalkulace
4.01.032	vnitřní obuv poamputační (Chopart sandál)	indiv. kalkulace
4.01.033	obuv ortopedická jako přímá součást prot. pomůcky, nebo obuv nahrazující přístroj	indiv. kalkulace
<b>Ortopedické vložky speciální</b>		
4.02.001	vložky lisované na odlitek, indiv. kopyto nebo ve vakuových lisovacích formách	5,0
4.02.002	vložky frézované podle digitálního otisku, nebo 3D skenu	4,0
4.02.003	vložky proprioceptivní s aplikací stimulačních elementů (bez rozdílu výr. technologie)	6,0
<b>Ortopedické vložky ostatní</b>		
4.02.011	vložky s Helfetovou patní skořepinou, supinačním/pronačním klínem, detorzni	3,5
4.02.012	vložky korekční pro úpravu seriové obuvi (bez rozdílu výr. technologie)	4,8
<b>Úpravy ortopedické obuvi</b>		
4.03.001	vyrovnání zkratu do 2 cm vložkou, nebo na podešvi	3,3
4.03.002	vyrovnání zkratu 2 - 4 cm na podešvi	4,0
4.03.003	vyrovnání zkratu 4 - 6 cm na podešvi	4,5
4.03.004	vyrovnání zkratu 6 - 8 cm na podešvi	5,0
4.03.005	aplikace třmenu do obuvi, nebo oprava třmenu	3,7
4.03.006	opatek zvýšený nebo peroneální	2,6
4.03.007	korekce osového postavení DK na spodku obuvi (příšt.spodkový)	2,6
4.03.008	úprava, oprava spodku obuvi	2,6
4.03.009	úprava, oprava svršku obuvi	5,0
4.03.010	zhotovení ortopedického valu (kus)	3,0
4.03.011	odlehčovací stélky - tloušťka 0,5 - 1,5 cm (pár)	6,5
4.03.012	aplikace, nebo oprava výplně obuvi (kus) po amputaci přednoží	1,5
4.03.013	aplikace korekčních prvků (podélná klenba, MTT peloty, supinační/pronační klín) (pár)	1,4
4.03.014	stélky vlepovací (pár)	1,3
4.03.015	podpatěnka korekční do výšky 2 cm	1,3
4.03.016	podpatěnky pro odlehčení patní ostruhy (pár)	3,0
4.03.017	úprava obuvi při změně zdrav. stavu	8,0

**Měkké bandáže**

položka	pomůcka	brutto hodin
5.00.000	ostatní typy bandáží	indiv. kalkulace
<b>Bandáže trupové</b>		
5.01.010	bederní pás kosticový (TLSO)	8,7
5.01.020	břišní pás podpůrný (LSO)	11,2
5.01.030	břišní pás návlak (LSO)	9,2
5.01.040	bederní pás pružný (TLSO)	7,4
5.01.050	bederní pás kombinovaný (TLSO)	12,5
5.01.060	zhotovení korzetu (TLSO)	25,0

5.01.070	trupová bandáž (CTLSO)	6,0
	<b>Kýlní pasy</b>	
5.02.010	suspensor (SIO)	7,5
5.02.020	kýlní pás šourk. (SIO)	11,0
5.02.030	kýlní pás oboustr.šourk. (SIO)	13,4
5.02.040	kýlní pás pupeční (LSO)	8,8
5.02.050	úprava kolostomického pásu (LSO)	5,4
	<b>Bandáže speciální</b>	
5.03.010	zdravotní podprsenka	7,7
	<b>Bandáže horní končetiny</b>	
5.04.010	zápěstní měkká bandáž (WO)	9,5
5.04.020	předloketní měkká bandáž (WO)	11,0
5.04.030	loketní měkká bandáž (EO)	11,0
5.04.040	pažní měkká bandáž (SO)	12,3
5.04.050	ramenní měkká bandáž (SO)	14,9
5.04.060	epikondylární páska s jednou pelotou (EO)	3,2
	<b>Bandáže dolní končetiny</b>	
5.05.010	měkká bandáž hlezna (AFO)	10,3
5.05.020	měkká bandáž bérce (AFO)	10,1
5.05.030	měkká bandáž kolena (KO)	15,0
5.05.040	měkká bandáž stehna (HO)	12,8
5.05.050	měkká bandáž celé DK (HKFO)	21,2
5.05.060	měkká bandáž DK s pánevním košem (HO)	33,2
5.05.070	měkká bandáž berce s dlahami (AFO)	15,6
5.05.080	měkká bandáž kolena s dlahami (KO)	20,4
5.05.090	měkká bandáž hlezna s dlahami (AFO)	16,6
5.05.100	patelární závěs pružný (KO)	5,3
5.05.110	patelární závěs plastový (KO)	10,0
5.05.120	infrapatelární páska (KO)	3,2
	<b>Bandáže hlavy</b>	
5.06.010	měkká bandáž hlavy (CO)	10,3
5.06.020	měkký nákrčník (CO)	12,0
	<b>Epitézy</b>	
5.07.010	epitéza prsu (HO)	35,1
5.07.020	epitéza lýtky (AFO)	19,6
5.07.030	epitéza stehna (HO)	14,9
	<b>Bandáže kompresivní</b>	
5.08.010	kompresivní bandáž končetinová (HKFO, SEWHO)	5,7
5.08.020	kompresivní bandáž trupová (CTLSO)	4,6
5.08.030	kompresivní bandáž hlavy bez pelot (CO)	6,0
5.08.040	kompresivní bandáž kalhoty (HKFO)	9,9
5.08.050	kompresivní bandáž košile (CTLSO)	11,1
5.08.060	kompresivní bandáž kombinéza (CTLSO)	22,4
	<b>Bandáže pro nohu</b>	
5.09.010	tah peroneální podkolenní (AFO)	3,0
5.09.020	tah peroneální kotníkový (AFO)	2,5
5.09.030	tah peroneální osmička (AFO)	1,0
5.09.040	tah peroneální kombinovaný (AFO)	4,0
5.09.050	extenční manžeta (WO, AFO)	6,0
	<b>Návleky na popáleniny</b>	
5.10.010	návlek kompresivní na popáleniny, rukavice	5,7
5.10.020	návlek kompresivní na popáleniny pro horní končetiny	5,0
5.10.030	návlek kompresivní na popáleniny, ponožka	5,0
5.10.040	návlek kompresivní na popáleniny pro dolní končetiny	4,5
5.10.050	návlek kompresivní na popáleniny trupový (tričko,košile)	7,0
5.10.060	návlek kompresivní na popáleniny, maska na obličej	5,5
5.10.070	návlek kompresivní na popáleniny kalhotový	7,5
5.10.080	návlek kompresivní na popáleniny, overal,kombinezka	13,0

**Speciální pomůcky**

položka	pomůcka	brutto hodin
6.00.000	speciální pomůcky - ostatní typy	indiv. kalkulace
	<b>Mobilizační pomůcky</b>	
6.01.010	polohovací klín individuální laminátový	18,9
6.01.020	polohovací klín individuální plastový	14,8
6.01.030	polohovací klín individuální sádrový	16,3
6.02.040	extenční závaží	3,7

<b>Postury</b>		
6.03.010	individuální sedačka (CTLSO)	68,5
6.03.020	individuální postura	70,0
6.03.030	individuální tvarovaná zádová opěrka (CTLSO)	17,0
<b>Postury</b>		
6.03.010	individuální sedačka (CTLSO)	68,5
6.03.020	individuální postura	70,0
6.03.030	individuální tvarovaná zádová opěrka (CTLSO)	17,0

**Pomůcky ze stavebnic a prefabrikátů**

položka	pomůcka	brutto hodin
7.01.010	CO nákrčník z polotovaru	6,0
7.01.020	LSO ortéza bederní třířázová - stavebnice	4,0
7.01.030	TLSO ortéza s ventro-latero-laterální oporou pro TLS páteř	10,0
7.01.040	LSO dynamická bederní ortéza - stavebnice	8,0
7.02.010	WHO ortéza předloketní obloučková pro CMP - stavebnice	5,0
7.02.020	SEO ortéza pro ramenní kloub po CMP - stavebnice	4,0
7.02.030	SEWO ortéza celé HK po CMP - stavebnice	10,0
7.03.010	KO čtyřbodová stavebnice	5,0
7.03.020	KO ortéza DK typu CTI z polotovaru	5,0
7.03.030	AFO ortéza peroneální jednoduchá prefabrikovaná	3,0
7.03.040	AFO ortéza peroneální se změnou biomechanické situace	5,0
7.03.050	AFO ortéza peroneální s individuálním uložením chodidla	12,0
7.03.060	AFO pro fraktury patní kosti - stavebnice	5,0
7.03.070	AFO ortéza třířázová - stavebnice	3,0
7.03.080	PHO abdukční Tübinger - stavebnice	4,0
7.03.090	PHO ortéza pro kyčelní kloub - stavebnice	5,0