METODIKA SZP ČR

k Číselníku zdravotnických prostředků SZP ČR

Platnost od 01.10.2026

Obsah

ÚVOD 5
METODIKA PŘEDEPISOVÁNÍ ZP NA POUKAZ 7
SKUPINA 01 – ZP KRYCÍ 14
SKUPINA 02 – ZP PRO INKONTINENTNÍ PACIENTY 16
SKUPINA 03 – ZP PRO PACIENTY SE STOMIÍ 18
SKUPINA 04 – ZP ORTOPEDICKO PROTETICKÉ A ORTOPEDICKÁ OBUV 19
SKUPINA 05 – ZP PRO PACIENTY S DIABETEM A S JINÝMI PORUCHAMI METABOLISMU 20
SKUPINA 06 – ZP PRO KOMPRESIVNÍ TERAPII 33
SKUPINA 07 – ZP PRO PACIENTY S PORUCHOU MOBILITY 35
SKUPINA 08 – ZP PRO PACIENTY S PORUCHOU SLUCHU 40
SKUPINA 08 – PŘÍSLUŠENSTVÍ KE SLUCHADLŮM – NA ZAKÁZKU 43
SKUPINA 09 – ZP PRO PACIENTY S PORUCHOU ZRAKU 44
SKUPINA 09 – ZP PRO KOREKCI ZRAKU A ZP KOMPENZAČNÍ PRO ZRAKOVĚ POSTIŽENÉ – NA ZAKÁZKU 45
SKUPINA 10 – ZP RESPIRAČNÍ, INHALAČNÍ A PRO APLIKACI ENTERÁLNÍ VÝŽIVY 47
SKUPINA 11 – ZP NEKATEGORIZOVANÉ 55
SKUPINA 24 – ZP ORTOPEDICKO PROTETICKÉ – NA ZAKÁZKU 56
SKUPINA 26 - ZP PRO KOMPRESIVNÍ TERAPII ZHOTOVENÉ NA ZAKÁZKU 72
SKUPINA 30 – OPRAVY A ÚPRAVY ZP 74
METODIKA PŘEDEPISOVÁNÍ ZP ZVLÁŠŤ ÚČTOVANÝ MATERIÁL 75
SKUPINA 01 – OBVAZOVÝ MATERIÁL, NÁPLASTI 76
SKUPINA 41 – IMPLANTÁTY BIOLOGICKÉ LIDSKÉHO A ZVÍŘECÍHO PŮVODU 77
SKUPINA 42 – IMPLANTÁTY SPINÁLNÍ, SPONDYLOCHIRURGIE 79
SKUPINA 43 – SYSTÉMY HYDROCEPHALNÍ DRENÁŽNÍ, MONITOROVACÍ LIKVOROVÉ, ČIDLA 80
SKUPINA 44 – IMPLANTÁTY PRO CHIRURGII HLAVY A KRKU 81
SKUPINA 45 –DIGITÁLNÍ ZDRAVOTNICKÉ TECHNOLOGIE 90
SKUPINA 53 – KARDIOSTIMULÁTORY, DEFIBRILÁTORY, ELEKTRODY, CHLOPNĚ 91
SKUPINA 54 – SYSTÉMY IMPLANTABILNÍ NEUROSTIMULAČNÍ, ELEKTRODY EPILEPTOLOGICKÉ 92
SKUPINA 55 – CÉVNÍ PROTÉZY 95
SKUPINA 56 – DALŠÍ CHIRURGICKÝ MATERIÁL 96
SKUPINA 59 – FIXAČNÍ POMŮCKY 98
SKUPINA 60 – JEHLY 99
SKUPINA 62 – KANYLY TRACHEOSTOMICKÉ A TRACHEÁLNÍ 100
SKUPINA 64 – IMPLANTÁTY KOSTNÍ, UROLOGICKÉ, MAMMÁRNÍ 101
SKUPINA 67 – KATÉTRY, DRÁTY, DRÉNY, SETY, SONDY, SOUPRAVY, SYSTÉMY, VODIČE, ZAVADĚČE 103
SKUPINA 68 – STAPLERY, PROSTŘEDKY PRO LAPAROSKOPII 104

SKUPINA 69 – PROSTŘEDKY PRO INFUZI, TRANSFUZI A DIALÝZU 105
SKUPINA 70 – PROSTŘEDKY PRO ANESTEZIOLOGII A RESUSCITACI 107
SKUPINA 71 – PROSTŘEDKY PRO POUŽITÍ V PERIFERNÍ, INTRAKRANIÁLNÍ A NEUROVASKULÁRNÍ OBLASTI 108
SKUPINA 77 – PROSTŘEDKY PRO INTENZIVNÍ A INVAZIVNÍ KARDIOLOGII 109
SKUPINA 78 – STENTY A STENTGRAFTY 111
SKUPINA 80 – PROSTŘEDKY PRO POUŽITÍ V GIT 113
SKUPINA 81 – RTG FILMY A RADIODIAGNOSTICKÉ ZP 114
SKUPINA 82 – PROSTŘEDKY K LAPAROSKOPICKÝM VÝKONŮM – ZUM OBLIGATORNÍ (PAUŠÁL) 115
SKUPINA 83 – PORTY, KATÉTRY IMPLANTABILNÍ, KATÉTRY CENTRÁLNÍ ŽILNÍ S MANŽETOU 118
SKUPINA 84 – DALŠÍ OSTEOSYNTETICKÝ MATERIÁL 119
SKUPINA 85 – OXYGENÁTORY 120
SKUPINA 86 – KOMPONENTY PRO NÁHRADY KOLENNÍHO KLOUBU 123
SKUPINA 87 – KOMPONENTY PRO NÁHRADY KYČELNÍHO KLOUBU 124
SKUPINA 88 – KOMPONENTY PRO NÁHRADY OSTATNÍCH KLOUBŮ 125
SKUPINA 89 – CEMENTY KOSTNÍ 126
SKUPINA 90 – ZP PRO ROBOTICKÉ VÝKONY 127
SKUPINA 91 – KOMPONENTY PRO OSTEOSYNTETICKOU ZEVNÍ FIXACI 128
SKUPINA 92 – KARDIOSTEHY 129

ÚVOD

Metodika SZP ČR nahrazuje 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 zkratek.

Významné změny, oproti Metodice VZP ČR vydanou k Úhradovému katalogu VZP – ZP, jsou zdůrazněny barevně.

U jednotlivých ZP se v Číselníku ZP SZP ČR uvádí:

KAT	kategorie
KOD	kód ZP (přiděluje SÚKL, resp. VZP ČR, případně SZP ČR)
PKOD	původní kód ZP (přidělený VZP ČR, případně SZP ČR)
NAZ	název ZP
DOP	doplněk názvu ZP
PRO	preskripční označení, označení P – ZP se předepisuje na Poukaz (Poukaz na léčebnou a ortopedickou pomůcku, Poukaz na foniatrickou pomůcku, Poukaz na brýle a optické pomůcky) označení M – jedná se o zvlášť účtovaný materiál (ZUM)
TYP	typ skupiny ZP, kódové označení skupiny ZP
MJD	počet měrných jednotek v balení
MJ	měrná jednotka
TBAL	typ balení
VYR	výrobce
ZEM	země výroby
OHL	název Ohlašovatele
UHR1	úhrada
LIM1	příznak schválené úhrady
OME1	specializace předepisujícího lékaře, příp. speciální definice: S3 – lékař vlastnící osvědčení Společnosti ORL opravňující jej k předpisu a vydání sluchadel S4 – odborná pracoviště oftalmologická pro výdej speciálních optických pomůcek S5 – zvláštní režim zdravotní pojišťovny, pro schválení zdravotní pojišťovnou S6 – specializovaná pracoviště popáleninové medicíny
UHR2	úhrada
LIM2	příznak schválené úhrady
OME2	specializace předepisujícího lékaře
UHR3	úhrada
LIM3	příznak schválené úhrady
OME3	specializace předepisujícího lékaře
MFC	maximální konečná cena koncipovaná ke konečnému spotřebiteli
DNC	písemné ujednání o ceně ve veřejném zájmu, prázdné označení – není DNC, označení 1 - DNC, označení 2 - DNC se závazkem, označení 3 - cenová soutěž
UHS	úhradová skupina
UPO	způsob úhrady pojišťovnou, označení I – plně hrazený, označení R – zapůjčovaný ZP, bez označení – nezapůjčovaný ZP
UHP	úhrada v procentech
UDOKS	počet MJ za UDO
UDO	užitná doba (udána v měsících)
SKP	skupina postižení
DAT	datum změny
KAT	kategorie

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

Maximální konečná cena koncipovaná ke konečnému spotřebitel (MFC) může být na základě žádosti Ohlašovatele pro pojištěnce zaměstnaneckých zdravotních pojišťoven snížena (postup viz Metodika SZP ČR k tvorbě a udržování Číselníku SZP ČR-ZP). Takto upravená MFC je označena ve sloupci RP5 příznakem „X“.

Pro ZP, u kterých výrobci deklarují opakované použití, je v Číselníku uvedena alikvótní cena a úhrada (tj. cena a úhrada za 1 použití) nestanoví-li Metodické opatření MZ ČR č. POJ/ 2773/5/95 jinak.

V Číselníku jsou uvedeny ZP, které příslušná zdravotní pojišťovna (dále jen Pojišťovna) hradí za účelem:

a) prevence,
b) diagnostiky,
c) pokračování v léčebném procesu,
d) podpoření stabilizace zdravotního stavu pojištěnce, jeho výrazného zlepšení či vyloučení jeho zhoršení,
e) 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 zákona 48/1997 Sb. ve znění pozdějších předpisů, Příloze zákona 288/2025 Sb. a v Seznamu všech zdravotnických prostředků hrazených na základě předepsání na poukaz vydávaný SÚKLem.
- při poskytování lůžkové péče vždy v základním provedení nejméně ekonomicky náročném v závislosti na míře a závažnosti zdravotního postižení.

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.

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

METODIKA PŘEDEPISOVÁNÍ ZP NA POUKAZ

Způsob předepisování na Poukaz:

Zdravotnické prostředky vydávané na Poukaz, jejichž úhrada je (dle oddílu C přílohy zákona č. 288/2025 Sb., v platném znění) vázána na předchozí posouzení nároku úhrady z veřejného zdravotního pojištění zdravotní pojišťovnou (dále také *„poukazové ZP schvalované zdravotní pojišťovnou“*), je možné předepsat na lékařský předpis, a to jako:

a) poukaz pro konkrétního pacienta vystavený po dohodě s pacientem v elektronické podobě (dále jen „elektronický poukaz“),
b) poukaz pro konkrétního pacienta vystavený v listinné podobě (dále jen „listinný poukaz“), nebo
c) žádanka na prostředky pro použití při poskytování zdravotních služeb.

(§ 28 zákona č. 375/2022, o zdravotnických prostředcích a diagnostických zdravotnických prostředcích in vitro, v platném znění).

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

Ad a) - <u>elektronický poukaz (e-Poukaz)</u>

V případě předepisování poukazových ZP schvalovaných zdravotní pojišťovnou, dle výše uvedeného bodu a) (§ 28 zákona č. 375/2022 Sb.) předepisující v e-Poukazu vyznačí „ke schválení“. V režimu elektronické preskripce poukazových ZP schvalovaných zdravotní pojišťovnou není využívána žádanka (e-Žádanka neexistuje). Předepisující potřebné (a ze zákona nezbytné) medicínsko – terapeutické zdůvodnění a předkalkulace může zdravotní pojišťovně předat prostřednictvím příloh k danému e-Poukazu (například skeny epikríz, lékařských zpráv, zaměření, předkalkulací, popřípadě tabulka hodnocení rizika vzniku dekubitů dle Nortonové). Je možné také využit naskenovaný vyplněný formulář Žádanky (o schválení ZP) s uvedením relevantních informací.

Není přípustné jednomu pojištěnci na stejný zdravotnický prostředek vystavit současně listinný poukaz a e-Poukaz.

Je nutné mít na paměti (a upozornit na tuto skutečnost i pojištěnce, nebo jeho zákonného zástupce), že tzv. výpis z e-Poukazu není možné použít ve výdejně / lékárně jako listinný poukaz.

Poté, co předepisující obdrží od zdravotní pojišťovny příslušné stanovisko, do e-Poukazu toto rozhodnutí zdravotní pojišťovny vyznačí, popřípadě uloží další doklady, které zdravotní pojišťovna ke svému rozhodnutí připojila.

Důvodem je skutečnost, že zdravotní pojišťovny nejsou oprávněny cokoliv do e-Poukazu vpisovat, vyznačovat či připojovat přílohy.

V případě kladného rozhodnutí předepisující v e-Poukazu uvede spisovou značku schválení (číslo jednací, číslo rozhodnutí, ID, apod.) zdravotní pojišťovny, v případě zakázkových ZP a cirkulovatelných ZP uvede (dle informací od příslušné zdravotní pojišťovny) jméno a adresu smluvního výdejce, který bude předepsaný ZP vydávat /vyrábět, popřípadě připojí i jiné informace a doklady od zdravotní pojišťovny.

Ad b, c) - <u>listinný poukaz, žádanka</u>

V případě předepisování poukazových ZP schvalovaných zdravotní pojišťovnou, výše uvedeným způsobem v bodech b) a c) (§ 28 zákona č. 375/2022 Sb.) postupuje předepisující s ohledem na příslušnost pacienta k jednotlivým zdravotním pojišťovnám SZP ČR takto:

201 – Vojenská zdravotní pojišťovna (VoZP)

- V případě necirkulovatelných ZP schvalovaných zdravotní pojišťovnou – předepisující vyplní žádanku (*formulář VZP-21 - Žádanka o schválení (povolení)*), otiskne razítko, uvede datum a podpis a odešle (elektronicky či prostřednictvím listovní zásilky) do zdravotní pojišťovny. Zdravotní pojišťovna žádost posoudí a vrátí žádanku (s uvedení data, razítkem a jménem pověřeného pracovníka zdravotní pojišťovny) předepisujícímu zpět.
  Předepisující obratem vyplní a podepíše listinný Poukaz, na který do kolonky „místo pro záznamy pojišťovny“ uvede kdy a kým byla úhrada ve zdravotní pojišťovně schválena (včetně spisové značky rozhodnutí), znovu připojí svůj podpis a razítko a poukaz bez odkladu předá pojištěnci k uplatnění ve výdejně.

- V případě cirkulovatelných ZP – předepisující vyplní žádanku (formulář VZP-21 - Žádanka o schválení (povolení)), otiskne razítko, uvede datum a podpis a odešle (elektronicky či prostřednictvím listovní zásilky) do zdravotní pojišťovny k posouzení reviznímu lékaři. Po posouzení žádosti vrátí zdravotní pojišťovna žádanku zpět předepisujícímu lékaři, a to s uvedením data posouzení, razítkem a jménem pověřeného pracovníka pojišťovny. Předepisující obratem vyplní a podepíše listinný Poukaz, na který do kolonky „místo pro záznamy pojišťovny“ uvede kdy a kým byla úhrada ve zdravotní pojišťovně schválena (včetně spisové značky rozhodnutí a evidenčního čísla ZP), znovu připojí svůj podpis a razítko a poukaz bez odkladu předá pojištěnci k uplatnění ve výdejně. Zdravotní pojišťovny SZP ČR předepisujícím doporučují, aby k datu vystavení poukazu uvedli ještě poznámku „Prodlužuji uplatnitelnost poukazu na 90 dnů“ (popřípadě jiný časový údaj, maximálně 12 měsíců).

205 – Česká průmyslová zdravotní pojišťovna (ČPZP)

- V případě necirkulovatelných ZP a cirkulovatelných ZP (vyjma úhradových skupin vymezených níže) schvalovaných zdravotní pojišťovnou – předepisující vyplní žádanku (*formulář VZP-21 - Žádanka o schválení (povolení)*), otiskne razítko, uvede datum a podpis a odešle (elektronicky či prostřednictvím listovní zásilky) do zdravotní pojišťovny. Zdravotní pojišťovna žádost posoudí a vrátí žádanku (s uvedením data, jména a razítka) předepisujícímu zpět.
  Předepisující obratem vyplní a podepíše listinný Poukaz, na který do kolonky „místo pro záznamy pojišťovny“ uvede kdy a kým byla úhrada ve zdravotní pojišťovně schválena, znovu připojí svůj podpis a razítko a poukaz bez odkladu předá pojištěnci k uplatnění ve výdejně.

- V případě cirkulovatelných ZP z podskupin 06, 07, 10 - předepisující vyplní listinný poukaz (*VZP-13 – Poukaz na léčebnou a ortopedickou pomůcku*). Místo pro záznamy pojišťovny ponechá volné a poukaz odešle (elektronicky do datové schránky, nebo jako listovní zásilku) k posouzení do zdravotní pojišťovny. Zdravotní pojišťovny SZP ČR předepisujícím doporučují, aby k datu vystavení poukazu uvedli ještě poznámku *„Prodlužuji uplatnitelnou poukazu na 90 dnů“* (popřípadě jiný časový údaj, maximálně 12 měsíců).
  Zdravotní pojišťovna žádost o úhradu zdravotnického prostředku posoudí a své rozhodnutí uvede na příslušné místo na poukaze. Schválený poukaz obratem odešle smluvnímu dodavateli.

207 – Oborová zdravotní pojišťovna zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví (OZP)

- V případě ZP, k jejichž úhradě je nutné předchozí posouzení zdravotní pojišťovnou – předepisující může do OZP odeslat buď:
  - i žádanku;
  - ii (optimálně) poukaz a žádanku.

Žádost o posouzení úhrady je do pojišťovny možné zasílat jako listovní zásilku, ale i elektronicky (nejlépe prostřednictvím datových schránek).

Ad i: předepisující vyplní žádanku (*formulář VZP-21 - Žádanka o schválení (povolení)*) a mimo jiného uvede relevantní informace o splnění indikačních kritérií uvedených k dané úhradové skupině předepsaného ZP v oddíle C přílohy č. 3, zákona č. 48/1997 Sb. Dále otiskne razítko, uvede podpis, datum vystavení žádosti a dokument odešle (elektronicky či prostřednictvím listovní zásilky) do zdravotní pojišťovny.

OZP žádost posoudí a odešle předepisujícímu do jeho datové schránky (dle IČO) Rozhodnutí o posouzení úhrady předepsaného ZP jako hrazeného z veřejného zdravotního pojištění.

Na tomto Rozhodnutí bude také uvedena žádost o bezodkladné vystavení Poukazu (*formulář VZP-13 – Poukaz na léčebnou a ortopedickou pomůcku*), kde vyjma obvyklých údajů uvede na „Místo pro záznamy pojišťovny“ informaci pro výdejnu, a to, například, takto: „OZP schválila úhradu dne ..... pod č. j.: ..... . K tomuto textu předepisující připojí svůj další podpis a razítko. Poukaz poté obratem odešle na adresu výdejce zdravotnického prostředku (dle instrukcí OZP, které budou uvedeny v Rozhodnutí).

Ad ii: předepisující vyplní žádanku (*formulář VZP-21 - Žádanka o schválení (povolení)*) i listinný poukaz (*formulář VZP-13 – Poukaz na léčebnou a ortopedickou pomůcku*). Místo pro záznamy pojišťovny na Poukaze ponechá volné. Oba dokumenty předepisující odešle (elektronicky do datové schránky OZP, nebo jako listovní zásilku) k posouzení do zdravotní pojišťovny.

Zdravotní pojišťovny SZP ČR předepisujícím doporučují, aby k datu vystavení poukazu předepisující uváděli poznámku *„Prodlužuji uplatnitelnou poukazu na 90 dnů“* (popřípadě jiný časový údaj, maximálně 12 měsíců).

OZP žádost o úhradu ZP posoudí a své Rozhodnutí odešle samostatným dokumentem předepisujícímu do jeho datové schránky. Schválený poukaz OZP obratem odešle do výdejny cirkulovatelného zdravotnického prostředku, popřípadě do výrobny/výdejny zakázkového zdravotnického prostředku (individuálně zhotovované ZP), nebo (v případě zamítnutí úhrady) jej znehodnotí a zlikviduje.

Současně s tím OZP odesílá informaci pojištěnci (nebo jeho zákonnému zástupci) a současně také informuje o svém rozhodnutí předepisujícího.

209 – Zdravotní pojišťovna Škoda (ZPŠ):

Předepisující vyplní žádanku (*formulář VZP-21 - Žádanka o schválení (povolení)*) – uvede datum a podpis, otiskne razítko a odešle (datovou schránkou, Portálem ZP nebo prostřednictvím listovní zásilky) do zdravotní pojišťovny.

- V případě cirkulovatelných ZP – předepisující vyplní **i** listinný poukaz (*formulář VZP-13 – Poukaz na léčebnou a ortopedickou pomůcku) a doplní údaje tělesné váhy a výšky pojištěnce vč. telefonního kontaktu*. Místo pro záznamy pojišťovny ponechá volné a poukaz odešle (elektronicky do datové schránky, nebo jako listovní zásilku) k posouzení do zdravotní pojišťovny. Zdravotní pojišťovny SZP ČR předepisujícím doporučují, aby k datu vystavení poukazu uvedli ještě poznámku *„Prodlužuji uplatnitelnou poukazu na 90 dnů“* (popřípadě jiný časový údaj, maximálně 12 měsíců).
  Zdravotní pojišťovna žádost o úhradu zdravotnického prostředku posoudí a své rozhodnutí uvede na příslušné místo na poukaze. Schválený poukaz obratem odešle do smluvní výdejny cirkulovatelných zdravotnických potřeb.

- V případě necirkulovatelných ZP schvalovaných zdravotní pojišťovnou – předepisující vyplní žádanku (*formulář VZP-21 - Žádanka o schválení (povolení)*), otiskne razítko, uvede datum a podpis a odešle (elektronicky do datové schránky nebo Portálem ZP či prostřednictvím listovní zásilky) do zdravotní pojišťovny. Zdravotní pojišťovna žádost posoudí a Portálem ZP odešle vyjádření předepisujícímu.
  Předepisující obratem vyplní a podepíše listinný Poukaz, na který do kolonky „místo pro záznamy pojišťovny“ uvede kdy a kým byla úhrada ve zdravotní pojišťovně schválena (včetně spisové značky rozhodnutí), znovu připojí svůj podpis a razítko a poukaz bez odkladu předá pojištěnci k uplatnění ve výdejně.

211 – Zdravotní pojišťovna Ministerstva vnitra ČR (ZPMVČR)

U všech zdravotnických prostředků schvalovaných zdravotní pojišťovnou, předepisující vyplní žádanku (formulář VZP-21 - Žádanka o schválení /povolení/) v souladu s Metodikou pro pořizování a předávání dokladů VZP ČR a předá (prostřednictvím datové schránky, listovní zásilky, nebo osobně) do zdravotní pojišťovny. Společně s žádankou předává i další případné doplňující medicínsko – terapeutické zdůvodnění (například epikrízy, lékařské zprávy, zaměření, předkalkulace).

Zdravotní pojišťovna žádost posoudí a písemně vyhotoví souhlas s úhradou nebo zahájí správní řízení, v rámci, kterého vydá příslušné rozhodnutí, které zašle předepisujícímu opět prostřednictvím datové schránky nebo listovní zásilky (v případě, že se jedná o rozhodnutí vydané ve správním řízení, dokument obdrží i pojištěnec nebo držitel plné moci).

Předepisující obratem vystaví listinný poukaz (formulář VZP-13 – Poukaz na léčebnou a ortopedickou pomůcku), na který do kolonky „místo pro záznamy pojišťovny“ uvede číslo souhlasu nebo rozhodnutí o schválení (spisovou značku), připojí svůj podpis a razítko a poukaz bez odkladu předá pojištěnci k uplatnění ve výdejně.

213 – RBP zdravotní pojišťovna (RBP):

U všech zdravotnických prostředků, schvalovaných zdravotní pojišťovnou, předepisující vyplní žádanku (formulář VZP-21 - Žádanka o schválení /povolení/) v souladu s Metodikou pro pořizování a předávání dokladů VZP ČR a předá (prostřednictvím datové schránky, listovní zásilky, nebo osobně) do zdravotní pojišťovny. Společně s žádankou předává i další případné doplňující medicínsko-terapeutické zdůvodnění (například epikrízy, lékařské zprávy, zaměření, předkalkulace).

Zdravotní pojišťovna žádost posoudí a písemně vyhotoví souhlas nebo rozhodnutí, které zašle pojištěnci (případně jiné osobě na základě plné moci) a předepisujícímu.

Předepisující obratem vystaví listinný poukaz (formulář VZP-13 – Poukaz na léčebnou a ortopedickou pomůcku), na který do kolonky „místo pro záznamy pojišťovny“ uvede číslo souhlasu nebo rozhodnutí o schválení (spisovou značku), připojí svůj podpis a razítko a poukaz bez odkladu předá pojištěnci k uplatnění ve výdejně.

Na Poukaz lze předepsat pouze jeden zdravotnický prostředek uvedený v Číselníku (rovněž viz Metodika pro pořizování a předávání dokladů VZP ČR). V případě položky označené symbolem "Z" v poli LIM1, LIM2, LIM3, musí být na každém Poukazu potvrzeno schválení či povolení zdravotní pojišťovnou.

Zdravotní pojišťovny doporučují, při předepsání zdravotnického prostředku schvalovaného zdravotní pojišťovnou, nastavit platnost Poukazu na 90 dní.

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

Předepsání ZP na Poukaz u úhradových skupin stanovených v Příloze zákona 288/2025 Sb., je možné již v době hospitalizace, ale vydat a uhradit je lze nejdříve v den propuštění z hospitalizace. V případech, kde předepisující lékař zdůvodní nezbytnost ZP již v době hospitalizace, zdravotní pojišťovna posoudí tuto žádost a v medicínsky odůvodněných případech ji schválí.

Užitná doba ZP se začíná počítat od data jeho vydání.

Při výdeji ZP předepisovaného na poukaz se případná záměna řídí § 35 zák. č. 375/2022 Sb. Jestliže lékař/předepisující předepíše ZP, na jehož úhradě se podílí pacient, je lékař/předepisující povinen na tuto skutečnost pacienta upozornit.

Veškeré ZP, které si pojištěnec sám vyžádá u lékaře/předepisujícího bez nároku na úhradu zveřejného zdravotního pojištění, se předepisují k úhradě pojištěnci s viditelným vyznačením "hradí pacient" na Poukaze.

ZP označené v Číselníku „Z“

K položkám, které jsou v Číselníku označeny písmenem „Z“, se vyjadřuje zdravotní pojišťovna. Schválení zdravotní pojišťovnou znamená, že ZP bude hrazen do výše schválené částky.

ZP označené v Číselníku „R“

Takto označené kódy lze použít pouze pro ZP, u kterých je zákonem stanovená možnost cirkulace (mimo *příslušenství, které se řídí statusem základního zdravotnického prostředku)*. Cirkulovat je dále možno pouze takové ZP, které byly, popřípadě budou poprvé vydány smluvním partnerem pojišťovny výhradně na území České republiky. Cirkulace zdravotnických prostředků je stanovena § 32a zákona č. 48/1997 Sb., v platném znění.
Je-li pojištěnci předepsán zdravotnický prostředek, který je zařazen do úhradové skupiny, u níž zdravotní pojišťovna zvolila režim cirkulace, a u něhož je rozdíl mezi skutečně uplatněnou cenou pro konečného spotřebitele a stanovenou výší úhrady je vyšší než 10 % výše úhrady a současně rozdíl mezi skutečně uplatněnou cenou pro konečného spotřebitele a stanovenou výší úhrady překročí částku 2 000 Kč, může pojištěnec s příslušnou zdravotní pojišťovnou uzavřít dohodu o zařazení tohoto zdravotnického prostředku do režimu cirkulace. V případě, že se pojištěnec se zdravotní pojišťovnou na cirkulaci nedohodne, zdravotnický prostředek není cirkulován, nýbrž je vydán do vlastnictví pojištěnce. Posuzuje se pouze doplatek za „základní“ zdravotnický prostředek (mechanický vozík, elektrický vozík, vanový zvedák, polohovací zařízení apod.), nikoliv za příslušenství k tomuto zdravotnickému prostředku. Pokud je cirkulován „základní ZP“, je cirkulováno i jeho příslušenství (a to bez ohledu na výši doplatku za příslušenství) a naopak: pokud je „základní ZP“ vydány do vlastnictví pojištěnce, jsou do vlastnictví pojištěnce vydána veškerá příslušenství (a to bez ohledu na výši doplatku za příslušenství).

Přednost při výdeji ZP má vždy repasovaný ZP.

Jde-li o poskytnutí zdravotnického prostředku v režimu cirkulace druhému a každému dalšímu pojištěnci, může zdravotní pojišťovna tomuto pojištěnci poskytnout s jeho souhlasem zdravotnický prostředek zařazený do vyšší úhradové skupiny, než do jaké je zařazen jemu předepsaný zdravotnický prostředek, pokud takový zdravotnický prostředek odpovídá zdravotním potřebám pojištěnce.

V případě přechodu pojištěnce k jiné zdravotní pojišťovně může být mezi zdravotními pojišťovnami dohodnuta přefakturace již vydaných cirkulovaných ZP. V případě odlišných dat na poukaze a na Smlouvě o výpůjčce

zdravotní pojišťovny vypočítají zůstatkovou hodnotu předmětného R-ZP od data na smlouvě o výpůjčce (tedy od data převzetí zdravotnického prostředku) nikoliv od data uvedeného na poukazu.

Vykazování zdravotnických prostředků vyřazených ze Seznamu ZP zveřejňovaného SÚKLem.

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

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/předepisujícím. Dovoz ZP na adresu pojištěnce a zaškolení nejsou hrazeny z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Úhrada v poli UHR1, UHR2, UHR3 je u každého ZP konečná.

Maximální preskripce

Pravidelně a opakovaně předepisované zdravotnické prostředky, které podléhají schválení zdravotní pojišťovnou (dle zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů) mohou být na dobu 12 měsíců schváleny prostřednictvím jednorázově vydaného písemného souhlasu zdravotní pojišťovny s opakovanou preskripcí ZP (za splnění podmínek a postupu daném příslušnými právními předpisy, zejména zákonem č. 375/2022 Sb., o zdravotnických prostředcích a diagnostických zdravotnických prostředcích in vitro, ve znění pozdějších předpisů a příslušnými prováděcími předpisy. Výše zmíněné předpisy stanovují podmínku písemného souhlasu zdravotní pojišťovny s opakovaným předepisováním zdravotnického prostředku.).

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

Výdej ZP

V souladu s platnou Smlouvou o výdeji zdravotnických prostředků je dodavatel povinen vydávat pojištěncům zdravotnické prostředky odpovídající poukazu vystavenému smluvním lékařem/předepisujícímu 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, a skutečně vydaného množství ZP.

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

Přechodná ustanovení (§ 3 zákona č. 288/2025 Sb.)

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

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

SKUPINA 01 – ZP KRYCÍ

Obvazový materiál předepisuje na Poukaz smluvní lékař/předepisující Pojišťovny dle typu zdravotnického prostředku (viz Číselník SZP ČR – ZP).

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

Prostředky pro vlhké hojení ran

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

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

Za účelem kontroly účelné preskripce prostředků vlhkého hojení ran je nezbytnou podmínkou řádně a přehledně vedená zdravotnická dokumentace se záznamy obsahující podrobné informace o lokalizaci, popis rány (velikosti vč. hloubky a popisu okrajů a spodiny rány) před zahájením léčby i změnách v průběhu léčby. Součástí těchto záznamů je fotodokumentace ran pořízená v souladu s Metodickým pokynem, kterým se stanoví pravidla k fotodokumentaci ran uveřejněným ve Věstníku MZ ČR 8/2024. V případě, že pojištěnec nesouhlasí s pořízením fotodokumentace, je nutné tuto skutečnost zaznamenat do zdravotnické dokumentace a od pojištěnce získat jím podepsaný písemný nesouhlas s odůvodněním.
Popis rány, průběh hojení a fotodokumentace rány (vyjma dokumentovaného nesouhlasu pojištěnce) musí jednoznačně prokazovat oprávněnost a medicínskou efektivitu preskripce. Nedoložení výše uvedeného, v případě kontroly ze strany zdravotní pojišťovny, lze považovat za porušení prokazatelnosti účelné preskripce zdravotnických prostředků pro vlhké hojení ran a příslušná zdravotní pojišťovna má právo požadovat po poskytovateli zdravotních služeb, kterým byly ZP pro vlhké hojení ran předepsány, náhradu zaplacené částky za všechny zdravotnické prostředky pro vlhké hojení ran.

Lékař/předepisující při zahájení léčby pomocí prostředků pro vlhké hojení ran vyplní **současně Poukaz s oznámením signálního kódu**.
Poznámka: *Aktuální verze dokladů je veřejně k dispozici na Internetové stránce:*
http://www.vzp.cz/poskytovatele/vyuctovani-zdravotni-pece

U tohoto typu ZP se jedná o odložené schvalování úhrady zdravotní pojišťovnou, v souladu se zněním zákona č. 288/2025 Sb., až po uplynutí 6 měsíců od zahájení léčby jednoho defektu bez ohledu na poskytovatele.

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

a) Před prvním předepsání prostředku pro vlhké hojení

Na Poukaz se uvede

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

V části Poukazu **Zdůvodnění** uvede **anatomickou lokalizaci rány (např. 4 prst pravé dolní končetiny), popis rány a jejích okrajů (např. způsob vzniku rány, doba trvání rány a předchozí léčby, přítomnost edému, typ rány dle WHC klasifikace, vzhled okrajů a okolí rány, přítomnost kavit či macerace),**

velikost rány (délka x šířka x hloubka), pro kterou vlhké krytí indikuje a předepisuje. Součástí Poukazu může být i fotodokumentace.

Současně ošetřující lékař vyplní Poukaz, na kterém uvede

- **kód konkrétního indikovaného ZP** z Číselníku SZP ČR – ZP (viz https://www.szpcr.cz/zdravotnicke_prostredky.php),
- **požadované množství** ZP

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

V případě, že v období prvních 6 měsíců je následně zahájena léčba vlhkým krytím jiného defektu, než pro který byla příslušné zdravotní pojišťovně předána informace o zahájení léčby, postupuje lékař/předepisující opět podle bodu *a)*, tzn. vystaví nový Poukaz, …

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

Postup při preskripci pro období po uplynutí prvních 6 měsíců léčby

Po uplynutí období 6 měsíců od vystavení prvního Poukazu informující příslušnou zdravotní pojišťovnu o zahájení léčby (tzn. defektu v konkrétní lokalitě) se v případě potřeby pokračující/další léčby pomocí prostředků pro vlhké krytí postupuje standardně jako u každého prostředku, jehož úhrada vyžaduje předchozí souhlas zdravotní pojišťovny (v Číselníku SZP ČR – ZP označeno symbolem Z v poli LIM1).
Lékař/předepisující vystaví dle smluvně závazné a aktuálně platné Metodiky pro pořizování a předávání dokladů nový Poukaz s uvedením konkrétního kódu krytí, požadovaného počtu balení, specifikace požadavku, zdůvodnění a přiloží k Poukazu fotodokumentaci defektu pořízeného v souladu s Metodickým pokynem, kterým se stanoví pravidla k fotodokumentaci ran uveřejněným ve Věstníku MZ ČR 8/2024 a uvede informace o lokalizaci, velikosti vč. hloubky a popisu okrajů a spodiny rány a změnách v průběhu léčby. V případě, že v okamžiku zaslání signálního kódu 0082747 nebyla do zdravotní pojišťovny zaslána fotodokumentace rány, bude k žádance připojena nejenom aktuální fotodokumentace rány (z doby vystavení nové žádosti o pokračování léčby vlhkým krytím), tak i fotodokumentace z doby zahájení léčby, popř. pojištěncem podepsaný písemný nesouhlas z doby před zahájením léčby.

SKUPINA 02 – ZP PRO INKONTINENTNÍ PACIENTY

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

ZP absorpční pro inkontinentní pacienty předepisuje smluvní lékař/předepisující Pojišťovny odbornosti GER, GYN, CHI, NEF, NEU, PED, SDP, SLO, PRL, URN na Poukaz (odbornost souvisí s konkrétním typem ZP, viz Číselník SZP ČR – ZP).

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

Nárok na předpis vzniká při splnění indikací od 3 let věku pojištěnce pouze při prokázané patologické inkontinenci. Odborný lékař je povinen písemně informovat praktického lékaře, v jehož péči je inkontinentní pojištěnec, o provedeném vyšetření a jeho výsledcích, v případě preskripce pomůcek i o ZP a jejich množství, které pojištěnci předepsal (kódy ZP, viz aktuální Číselník SZP ČR – ZP).
Uvedené ZP mohou být předepsány na Poukaz nejvýše na dobu 3 měsíců. Tato preskripce v maximální výši je možná pouze u pacientů se stabilizovanou inkontinencí, u kterých je předpoklad účelného využití celého množství předepsaných ZP.
Pojištěncům v ústavní péči (hospitalizace) a v odborných léčebnách Pojišťovna tyto pomůcky nehradí (viz zákon 48/1997 Sb. a Metodika pro pořizování a předávání dokladů VZP ČR).

Indikací pro předpis absorpčních ZP je inkontinence, která je dělena do tří stupňů dle závažnosti postižení:

I. stupeň – mimovolní únik moči nad 50 ml do 100 ml (včetně) v průběhu 24 hodin, stupeň postižení / inkontinence = 1
především stresová inkontinence všech stupňů. Používání pomůcek je nepravidelné. Únik moči nastává při kašli, smíchu, kýchnutí či zvedání předmětů.
V případech ostatních typů inkontinence (reflexní, urgentní, extrauretrální), kde není prioritní stresový manévr, musí odborník klasifikaci provést s přihlédnutím k údajům v mikční kartě pacienta (anamnéza), případně k výsledkům vyšetření dolních močových cest (fyzikální vyšetření, cystoskopie, uroflowmetrie, cystografie, ultrasonografie apod.).
Z prostředků veřejného zdravotního pojištění je Pojišťovnou hrazeno maximálně 150 kusů/měsíc, nejvýše do 437,92 Kč/měsíc.

II. stupeň – mimovolní únik moči nad 100 ml do 200 ml (včetně) v průběhu 24 hodin + fekální inkontinence, stupeň postižení / inkontinence = 2
ostatní typy inkontinence zejména u mobilních pacientů. Používání pomůcek je nutné denně, únik moči nastává při změně polohy, při běhu, chůzi, chůzi po schodech, při fyzické námaze.
Z prostředků veřejného zdravotního pojištění je Pojišťovnou hrazeno maximálně 150 kusů/měsíc, do celkové výše 876,96 Kč

III. stupeň – mimovolní únik moči nad 200 ml v průběhu 24 hodin + smíšená inkontinence, stupeň postižení / inkontinence = 3
ostatní typy inkontinence v pokročilém stádiu především u ležících pacientů spojené také s inkontinencí stolice. Používání pomůcek je trvalou nutností. Moč, případně stolice uniká trvale, bez možnosti jakkoli kontrolovat tento stav.
Z prostředků veřejného zdravotního pojištění je Pojišťovnou hrazeno maximálně 150 kusů/měsíc, do celkové výše 1 721,43 Kč

Pro předpis Poukazu pro inkontinentního pojištěnce platí:

- na Poukaze může být předepsán pouze jeden druh ZP pro inkontinentní pacienty s využitím možnosti předepsání více poukazů,
- pro předpis je směrodatný údaj o stupni inkontinence v návaznosti na finanční limit,

- absorpční pomůcky (vložky, vložné pleny, kalhotky absorpční, …) by měly být přiloženy na těle pacienta, maximálně po dobu 8 hodin z hygienických důvodů,
- při preskripci nesmí dojít k překročení limitů (množstevní a finanční) stanovených pro jednotlivé stupně inkontinence,
- vystavení Poukazu musí být proveden záznam v dokumentaci pojištěnce s uvedením stupně inkontinence a údaj o množství předepsaných ZP.
- údaj o stupni postižení / inkontinence se na Poukaze uvádí výhradně pro ZP v úhradových skupinách 02.01 – ZP absorpční.

SKUPINA 03 – ZP PRO PACIENTY SE STOMIÍ

Tyto pomůcky mohou být předepsány na Poukaz nejvýše na dobu 3 měsíců. ZP pro pacienty se stomií nepodléhají schvalování zdravotní pojišťovnou.

V případě předepsání systému pro dočasnou kontinenci stomie nemá pacient nárok na další čerpání sáčků a podložek v daném měsíci.

Indikační omezení: Kolostomie s formovanou stolicí.

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

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

SKUPINA 04 – ZP ORTOPEDICKO PROTETICKÉ A ORTOPEDICKÁ OBUV

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

Zdravotní pojišťovna hradí pouze jeden typ ZP z jedné úhradové skupiny ve stanoveném frekvenčním limitu (množstevní limit dle zákona č. 288/2025 Sb.).
Více než jeden typ ZP i ze stejné úhradové skupiny je možné předepsat pouze při změně zdravotního stavu. O této skutečnosti musí předepisující lékař informovat pojišťovnu uvedením poznámky v Poukazu.

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

Pojišťovna nehradí sportovní ortézy a bandáže.

Obuv dětská terapeutická vyhrazena pro neurologická postižení do 18 let věku podléhá schválení zdravotní pojišťovnou.

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

Pojišťovna hradí proužky diagnostické na stanovení glukózy ZP (05.02.02.01) do maximální výše dle Číselníku SZP ČR – ZP:

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

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

UHR2 – předpis odborností DIA za podmínek:
- diabetes mellitus při léčbě injekčními neinzulínovými antidiabetiky, inzulínem (do 2 dávek denně); nediabetická hypoglykémie (inzulinom, dialýza, postprandiální hypoglykémie) – 400 ks/ 1 rok
- diabetes mellitus při léčbě intenzifikovanou inzulínovou terapií (léčba inzulínovými pery nebo pumpou) – 1500 ks/ 1 rok;
- diabetes mellitus do 18 let včetně; diabetes mellitus v těhotenství; nediabetická hypoglykémie (kongenitální hyperinzulinismus, dědičná metabolická porucha) u dětí do 10 let včetně – 2500 ks/ 1 rok

U úhradových skupin, kde je zákonem stanoven roční úhradový limit (náplasťové inzulinové pumpy, CGM, lancety, baterie k IP), se tento limit počítá vždy pro každý kalendářní rok jednotlivě. V prvním roce léčby je hrazena poměrná část odpovídající ročnímu úhradovému limitu. Roční úhradový limit nesmí být překročen.

Systémy pro monitoraci glykémie pro pacienty s DM2 a ostatními typy diabetu kromě DM1, těhotných a dětí a pro pacienty se systémem limitované kontinuální monitorace glukózy nedosahující cílových parametrů (úhradové řádky číslo 4; 5; 6; 11; 13 a 14 v následující tabulce „Přiřazení signálních kódů k řádkům zákona 288/2025 Sb. k 1.1.2026“) mohou předepisovat pouze lékaři – diabetologové v rámci diabetologických center a diabetologové s osvědčením od ČDS JEP o proškolení k předepisování senzorů pro pacienty s DM2 a dalších kromě DM1. Toto osvědčení ČDS JEP se dokládá prostřednictvím seznamu lékařů předaného ČDS JEP zdravotním pojišťovnám (s uvedením jména, příjmení a data narození lékaře).

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

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

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

Signální kód slouží k ohlášení počátku léčby pomocí senzorů a je vystavován **vždy pouze jednou**, a to před první preskripcí senzorů nebo v případě, že z důvodu změny zdravotního stavu pacienta je třeba zvolit senzor z jiné Úhradové skupiny. Předepisující lékař uvede příslušný signální kód na ePoukaz,

který převede do stavu „ke schválení“, čímž odešle ePoukaz do rozhraní zdravotní pojišťovny (slovní spojení „ke schválení“ vyjadřuje pouze popis technického řešení předání informace pojišťovně, nikoliv podmínku posouzení nároku na úhradu pojišťovnou tzn. nepodléhá faktickému schválení). **Vystavení ePoukazu na signální kód neblokuje preskripci konkrétních senzorů a ihned po jeho odeslání lze vystavit ePoukaz na konkrétní senzory. Není nutné čekat na vyjádření pojišťovny ke stavu ePoukazu na signální kód.**

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

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

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

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

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

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

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

0201142	LIM CGM/FGM – DM2 A DALŠÍ DM DOSPĚLÍ KROMĚ DM1	JEDNORÁZOVÝ SIGNÁLNÍ KÓD ZP SENZORY SCHVALOVÁNY PŘI PRESKRIPCI PO 8. MĚSÍCI	Signální kód se uvede na **ePoukaz**, který je převeden do stavu **„ke schválení“**. Ihned po odeslání ePoukazu na signální kód lze vystavit **ePoukaz na zdravotnické prostředky ze skupiny 05.02.04.02, který se neschvaluje. Zdravotnické prostředky bez schválení je možné předepisovat po dobu 8 měsíců po zahájení léčby (po vystavení prvního ePoukazu na tyto prostředky). První ePoukaz na senzory vystavený po uplynutí 8 měsíců od prvního výdeje musí být odeslán ke schválení pojišťovnou. Další ePoukazy na tyto prostředky (následující po schváleném ePoukazu) se již neschvalují.**
0201363	CGM – POKRAČOVÁNÍ V LÉČBĚ	JEDNORÁZOVÝ SIGNÁLNÍ KÓD ZP	Informace o pacientovi, který pokračuje v léčbě hrazené před 1. 1. 2026. Signální kód se uvede na **ePoukaz**, který je převeden do stavu **„ke schválení“**. Ihned po odeslání ePoukazu na signální kód lze vystavit **ePoukaz na zdravotnické prostředky ze skupiny 05.02.05.01, který se neschvaluje.**
0201364	LIM CGM/FGM - POKRAČOVÁNÍ V LÉČBĚ	JEDNORÁZOVÝ SIGNÁLNÍ KÓD ZP	Informace o pacientovi, který pokračuje v léčbě hrazené před 1. 1. 2026. Signální kód se uvede na ePoukaz, který je převeden do stavu „ke schválení“. Ihned po odeslání ePoukazu na signální kód lze vystavit ePoukaz na zdravotnické prostředky ze skupiny 05.02.04.02, který se neschvaluje.

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

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

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

								aplikaci, pokud to systém limitované kontinuální monitorace glukózy umožňuje, současně limit na 05.02.02.01 100 ks/1 rok; u pacientů do 18 let věku včetně současně limit na 05.02.02.01 300 ks/1 rok				
			DIA	ne	ostatní typy diabetes mellitus kromě 1. typu, léčba neinzulínovými antidiabetiky nebo inzulínem	pacientky v průběhu těhotenství nebo šestinedělí; děti do 18 let věku včetně		nelze současně s 05.02.05.01		ne	0201141	3
			DIA v rámci diabetologického centra; DIA s osvědčením ČDS JEP o proškolení pro používání glukózových senzorů u pacientů s diabetem 2. typu a ostatních typů diabetu s výjimkou diabetu 1. typu	ano, při preskripci následující po 8. měsíci od zahájení léčby při prokázání splnění indikačních kritérií	ostatní typy diabetes mellitus (kromě 1. typu), léčba intenzifikovanou inzulínovou terapií (3 a více injekcí inzulínu denně nebo léčba inzulínovou pumpou)	se syndromem porušeného vnímání hypoglykémie (Clarkova metoda a/nebo Gold score ≥ 4); s častými hypoglykémiemi (> 4 % času); se závažnými hypoglykémiemi (2 a více závažných hypoglykémií v průběhu posledních 12 měsíců); s verifikovanými nočními hypoglykémiemi; s vysokou glykemickou variabilitou (%CV > 36)	při prvotní preskripci nutné doložit nejméně 30denní záznam měření glukometrem o průměrné frekve	nelze současně s 05.02.05.01; prvotní preskripce je na 6 měsíců, další preskripce je možná pouze po doložitelném zlepšení kompenzace (např. zvýšení TIR a/nebo snížení HbA_{1C} a/nebo výskytu hypoglykémie a/nebo hyperglykémie a/nebo glykemické variability a/nebo průměrné glykémie) a při dobré spolupráci		ne	0201142	4

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

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

								kontinuální monitorace glukózy umožňuje, současně limit na 05.02.02.01 100 ks/1 rok				
05.02.05.01	systémy pro kontinuální monitoraci glukózy (CGM) – senzory, vysílače a případně přijímač, který není "SMART" zařízením nebo chytré inzulínové pero spolupracující s aplikací pro CGM	Terapeutické CGM bez nutnosti průběžné kalibrace s možností napojení na inzulínovou pumpu. Technické charakteristiky: bezdrátový přenos dat o hladině glukózy do přijímače, vodotěsnost vysílače a doba použitelnosti senzoru minimálně 7 dní.	DIA	ne	pacienti po transplantaci slinivky nebo ledvin; ochrana štěpu po transplantaci, pacienti po odstranění slinivky			nelze současně s 05.02.04.02	47.450,00 Kč / 1 rok	ne	0201138	7
			DIA	ne	diabetes mellitus 1. typu, léčba intenzifikovanou inzulínovou terapií (3 a více injekcí inzulínu denně nebo léčba inzulínovou pumpou)	pacientky v průběhu těhotenství nebo šestinedělí; děti do 18 let věku včetně		nelze současně s 05.02.04.02		ne	0201139	8
			DIA	ano, prvotní preskripce	diabetes mellitus 1. typu, léčba intenzifikovanou inzulínovou terapií (3 a více injekcí inzulínu denně nebo léčba inzulínovou pumpou)	se syndromem porušeného vnímání hypoglykémie (Clarkova metoda nebo Gold score ≥ 4); s častými hypoglykémiemi (≥ 10 % času stráveného v hypoglykemickém rozmezí při předchozí monitoraci); s labilním diabetem (vysoká glykemická variabilita určená směrodatnou odchylkou ≥ 3,5 mmol / l); se závažnými hypoglykémiemi (2 a více závažných hypoglykémií v průběhu posledních 12 měsíců)		nelze současně s 05.02.04.02		ne	0142942	9
			DIA	ano, prvotní preskripce	diabetes mellitus 1. typu, léčba intenzifikovanou inzulínovou terapií (3 a více injekcí inzulínu denně nebo léčba inzulínovou pumpou)	pacienti s dobrou spoluprací s lékařem a režimovou kázní; pacienti s glykovaným hemoglobinem < 60 mmol / mol nesplňující jiná indikační kritéria, kteří do 6 měsíců od zahájení monitorace prokáží objektivizovatelné zlepšení kompenzace		nelze současně s 05.02.04.02		ne	0142942	10

			DIA v rámci diabetologického centra; DIA s osvědčením ČDS JEP o proškolení pro používání glukózových senzorů u pacientů s diabetem 2. typu a ostatních typů diabetu s výjimkou diabetu 1. typu	ano, při preskripci následující po 8. měsíci od zahájení léčby při prokázání splnění indikačních kritérií	pacient se systémem limitované kontinuální monitorace glukózy (3 a více injekcí inzulínu denně nebo léčba inzulínovou pumpou), který nedosahuje některého z následujících cílových parametrů: času v cílovém rozmezí > 70 %; hypoglykémie < 4 %; %CV < 36; hyperglykémie (> 10 mmol/l) < 25 % času			nelze současně s 05.02.04.02	34.785,57 Kč / 1 rok	ne	0201137	11
			DIA	ano, při preskripci následující po 8. měsíci od zahájení léčby při prokázání splnění indikačních kritérií	ostatní typy diabetes mellitus kromě 1. typu, léčba intenzifikovanou inzulínovou terapií (3 a více injekcí inzulínu denně nebo léčba inzulínovou pumpou)	pacientky v průběhu těhotenství nebo šestinedělí; děti do 18 let věku včetně		nelze současně s 05.02.04.02		ne	0201137	12
			DIA v rámci diabetologického centra; DIA s osvědčením ČDS JEP o proškolení	ano, při preskripci následující po 8. měsíci od zahájení léčby při prokázání splnění indikačních kritérií	ostatní typy diabetes mellitus (kromě 1. typu), léčba intenzifikovanou inzulínovou terapií (3 a více injekcí inzulínu denně nebo léčba inzulínovou pumpou)	HbA1C ≥ 60 mmol/mol; se syndromem porušeného vnímání hypoglykémie (Clarkova metoda a/nebo Gold score ≥ 4); s častými hypoglykémiemi (> 4	při prvotní preskripci nutné doložit nejméně	nelze současně s 05.02.04.02; prvotní preskripce je na 6 měsíců, další preskripce je možná pouze po doložitelném zlepšení kompenzace		ne	0201137	13

			pro používání glukózových senzorů u pacientů s diabetem 2. typu a ostatních typů diabetu s výjimkou diabetu 1. typu			% času); se závažnými hypoglykémiemi (2 a více závažných hypoglykémií v průběhu posledních 12 měsíců); s verifikovanými nočními hypoglykémiemi; s vysokou glykemickou variabilitou (%CV > 36)	30denní záznam měření glukometrem o průměrné frekvenci ≥ 2x denně	(např. zvýšení TIR, snížení HbA_{1C} a/nebo výskytu hypoglykémie a/nebo hyperglykémie a/nebo glykemické variability a/nebo průměrné glykémie) a při dobré spolupráci definované ověřeným používáním senzoru, současně limit na 05.02.02.01 400 ks/1 rok				
			DIA v rámci diabetologického centra; DIA s osvědčením ČDS JEP o proškolení pro používání glukózových senzorů u pacientů s diabetem 2. typu a ostatních typů diabetu s výjimkou diabetu 1. typu	ano, při preskripci následující po 8. měsíci od zahájení léčby při prokázání splnění indikačních kritérií	ostatní typy diabetes mellitus (kromě 1. typu), léčba intenzifikovanou inzulínovou terapií (3 a více injekcí inzulínu denně nebo léčba inzulínovou pumpou)	s nízkou sekrecí inzulínu definovanou hladinou C-peptidu nižší než 0,4 nmol/l (< 400 pmol/l)	při prvotní preskripci nutné doložit nejméně 30denní záznam měření glukometrem o průměrné frekve	nelze současně s 05.02.04.02; prvotní preskripce je na 6 měsíců, další preskripce je možná pouze po doložitelném zlepšení kompenzace (např. zvýšení TIR, snížení HbA_{1C} a/nebo výskytu hypoglykémie a/nebo hyperglykémie a/nebo glykemické variability a/nebo průměrné glykémie) a při dobré spolupráci definované		ne	0201137	14

							nci ≥ 2x denně	ověřeným používáním senzoru, současně limit na 05.02.02.01 400 ks/1 rok				

Inzulínové pumpy

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

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

Pojišťovna hradí náplasťovou inzulínovou pumpu (05.03.03.04) do maximální výše dle Číselníku SZP ČR – ZP:

- UHR1 – úhrada pro 1. rok (včetně veškerého příslušenství a baterií na 1 rok provozu);
- UHR2 – úhrada pro 2. – 4. rok (včetně veškerého příslušenství a baterií);

a to vždy po schválení zdravotní pojišťovnou, kdy o schválení je nutné požádat každý rok.

Není možný souběh s jiným typem inzulínové pumpy.

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

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

a) je léčen intenzifikovanou inzulínovou terapií prostřednictvím 3 a více injekcí inzulínu denně nebo prostřednictvím léčby inzulínovou pumpou,
b) nejméně 9 měsíců používal systém pro kontinuální monitoraci glukózy zařaditelný do úhradové skupiny 05.02.05.01 podle zákona č. 48/1997 Sb., ve znění účinném přede dnem nabytí účinnosti tohoto zákona, avšak nečerpal úhradu z veřejného zdravotního pojištění, a
c) při zahájení používání systému pro kontinuální monitoraci glukózy podle písmene b) splňoval tyto podmínky:
    1. HbA1C ≥ 60 mmol/mol; se syndromem porušeného vnímání hypoglykémie diagnostikované pomocí Clarkovy metody anebo Gold score ≥ 4; časté hypoglykémie zabírající více než 4 % času; alespoň 2 závažné hypoglykémie v průběhu posledních 12 měsíců; verifikované noční hypoglykémie nebo vysoká glykemická variabilita při %CV > 36 nebo
    2. nízká sekrece inzulínu definovaná hladinou C-peptidu nižší než 0,4 nmol/l.

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

SKUPINA 06 – ZP PRO KOMPRESIVNÍ TERAPII

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

Hodnoty tlaku kompresních tříd (dále jen K.T.) dle přílohy zákona č. 288/2025 Sb.:

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

Indikační kritéria:

II. kompresní třída

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

III. kompresní třída

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

IV. kompresní třída

- lymfedém s difuzní fibrotizací podkoží, elefantiáza

Kompresní systém na suchý zip

Indikační kritéria:

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

Kontraindikace:

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

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

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

Vykazování zdravotnických prostředků vyřazených ze Seznamu ZP zveřejňovaného SÚKLem.

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

SKUPINA 07 – ZP PRO PACIENTY S PORUCHOU MOBILITY

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

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

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

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

Základní výbava – mechanické vozíky a polohovací zařízení

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

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

speciální multifunkční mechanický vozík – úhradová skupina 07.01.01.13:

- mechanické polohování sedu
- mechanické polohování zádové opěrky
- ergonomicky tvarovaný sed a zádová opěrka
- výškově nastavitelné bočnice (područky, opěrky rukou)
- podnožky polohovací výškově stavitelné
- bubnové brzdy
- opěrka hlavy
- bezpečnostní kolečka

speciální multifunkční mechanický vozík dětský – úhradová skupina 07.01.01.14:

- mechanické polohování sedu
- mechanické polohování zádové opěrky
- anatomicky tvarovaný sed a zádová opěrka
- výškově nastavitelné bočnice (područky, opěrky rukou)
- podnožky polohovací výškově stavitelné
- opěrka hlavy
- bezpečnostní kolečka

polohovací zařízení pro sezení – úhradová skupina 07.05.02.01:

- nastavitelná zádová opěrka
- polohování zádové opěrky;
- opěrky rukou (područky)
- polohovatelné stupačky

- opěrka hlavy
- interiérový podvozek

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

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

polohovací zařízení vertikalizační – úhradová skupina 07.05.02.03:

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

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

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

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

- v případě, že montáž nového příslušenství bude vyžadovat opětovnou kontrolu cirkulovatelného ZP (např. vozíku) či nastavení některých jeho parametrů dodavatelem či odborným servisem (například instalace jiné zádové opěrky, instalace příslušenství vyžadující zásah do elektroinstalace elektrického vozíku, instalace elektrického pohonu k mechanickému vozíku, apod.) a návod k použití k základnímu prostředku vyžaduje k těmto úkonům pro jejich řádné proškolení, je nutné předložit písemné, potvrzení o proškolení příslušného technika provádějícího montáž příslušenství od dodavatele cirkulovatelného zdravotnického prostředku;
- písemný doklad o stanovení odpovědností z pohledu bezpečnosti, funkčnosti, případných oprav a reklamací."

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

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

Postup při podání žádosti o schválení elektrického vozíku:

1) Lékař příslušné odbornosti smluvního zdravotnického zařízení (SZZ) předloží příslušné zdravotní pojišťovně řádně vyplněný **Poukaz** s uvedením podrobné epikrízy onemocnění pojištěnce, specifikace elektrického vozíku dle platného Číselníku a klinického zdůvodnění typu požadovaného elektrického vozíku (totéž platí i pro žádost o schválení úhrady příslušenství elektrického vozíku).
2) Jako přílohu Poukazu dle bodu 1) předepisující lékař předloží vyplněný ***Formulář k přidělení elektrického vozíku ve všech jeho částech včetně***:
   - U nezletilých pojištěnců je nutné doložit k žádosti závazné prohlášení zákonných zástupců dítěte, že plně zodpovídají za bezpečnost jeho i ostatních účastníků silničního provozu v souladu se zákonem č. 361/2000 Sb., o provozu na pozemních komunikacích, v platném znění. V případě indikace elektrického vozíku – postižení obou dolních končetin znemožňující pojištěnci samostatnou lokomoci při kombinaci se závažným chronickým interním onemocněním je nutné přiložit stanovisko příslušného odborného lékaře včetně výsledků vyšetření dokládajících rozsah a závažnost postižení, např. zátěžové testy.
   - **Oční vyšetření**, které je součástí žádosti, musí být zaměřeno na schopnost řídit elektrický vozík.
   - V závěru **psychologického/psychiatrického vyšetření** musí být výslovně uvedeno, **zda je pojištěnec schopen bezpečně ovládat** elektrický vozík v silničním provozu.
   - Řádně vyplněný zaměřovací protokol včetně podpisu klienta a technika, který elektrický vozík zaměřil.
   - Zcela vyplněný formulář Svalový test – pro pojištěnce, kteří žádají o zapůjčení EV z důvodu těžké poruchy funkce horních končetin (nikoliv z důvodu chronického onemocnění, které neumožňuje zvýšit zátěž a využívat mechanického vozík).
3) Kompletní podkladové materiály dle bodu 1) – 2) posoudí zdravotní pojišťovna.
4) Po uplynutí užitné doby nevzniká automaticky nárok pojištěnce na úhradu nového elektrického vozíku z veřejného zdravotního pojištění. K žádosti o nový ZP je nutné přiložit technické posouzení stávajícího elektrického vozíku servisní organizací včetně vyřazovacího protokolu, který je podkladem pro vyjádření o oprávněnosti vyřazení elektrického vozíku.
5) Přednost má zapůjčení repasovaného elektrického vozíku.

K žádosti o úhradu elektropohonů je ne zbytné předkládat:

1) Poukaz s uvedením podrobné epikrízy onemocnění pojištěnce;

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

Opravy, úpravy

Servisní firma před schválením Poukazu zdravotní pojišťovnou předkládá věcnou a cenovou specifikaci.

Vykazování zdravotnických prostředků vyřazených ze Seznamu ZP zveřejňovaného SÚKLem.

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

ZP antidekubitní

Pro posouzení indikačních kritérií v případě preskripce antidekubitních zdravotnických prostředků se vždy vypočte skóre dle tabulky pro hodnocení rizika (viz https://szpcr.cz/sekce-svazu/komise-pro-zdravotnicke-prostredky/kpzp-dokumenty/):

Základní tabulka hodnocení rizika

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

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

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

		Stupeň rizika uvedený ve 288/2025 Sb.	Potřebný počet bodů
07.06.01	**antidekubitní matrace + příslušenství**		
07.06.01.01	antidekubitní matrace s potahem	nízké riziko vzniku dekubitů	19–16
07.06.01.02	antidekubitní matrace s potahem	střední riziko vzniku dekubitů	16–14
07.06.01.03	antidekubitní matrace s potahem	vysoké riziko vzniku dekubitů	14–12
07.06.01.04	antidekubitní matrace s potahem	velmi vysoké riziko vzniku dekubitů	méně než 12
07.06.02	**antidekubitní podložky sedací a zádové do vozíků**		
07.06.02.01	antidekubitní podložky – sedací	nízké riziko vzniku dekubitů	19–16
07.06.02.02	antidekubitní podložky – sedací	střední riziko vzniku dekubitů	16–14
07.06.02.03	antidekubitní podložky – sedací	vysoké riziko vzniku dekubitů	méně než 14
07.06.02.04	antidekubitní podložky – zádové	vysoké riziko vzniku dekubitů	méně než 14
07.06.03	**antidekubitní podložky ostatní**		
07.06.03.01	antidekubitní podložky	nízké riziko vzniku dekubitů	19–16
07.06.03.02	antidekubitní podložky	střední a vysoké riziko vzniku dekubitů	méně než 16
07.06.04	**antidekubitní podložky polohovací**		
07.06.04.01	Antidekubitní podložky polohovací	střední a vysoké riziko vzniku dekubitů	méně než 16

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

Zdravotnické prostředky s kompenzační funkcí – UHS 07.04.03.01

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

Užitná doba UHS 07.04.03.01 je 10 let.

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

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

SKUPINA 08 – ZP PRO PACIENTY S PORUCHOU SLUCHU

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

Na Poukaz je nutné vždy uvádět:

a) kód příslušné indikační skupiny (číselný kód podle číselníku ZP označující stupeň postižení pacienta)

b) kód navrhované foniatrické pomůcky s maximální úhradou pojišťovny

Zdravotní pojišťovna hradí u úhradových skupin Sluchadlo pro kostní vedení a Brýlové sluchadlo pro kostní vedení do maximální výše dle Číselníku SZP ČR – ZP:

UHR1 – může předepsat lékař odbornosti FON

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

UHR2 – může předepsat lékař odbornosti FON, ORL

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

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

U každého sluchově postiženého pojištěnce **je třeba zajistit subjektivní vyzkoušení sluchadla stejné kategorie** nejméně od třech výrobců uvedených v Číselníku SZP ČR - ZP. Sluchově postiženému pojištěnci je **nutné nabídnout z každé kategorie sluchadlo bez doplatku**, hrazené plně zdravotní pojišťovnou. Zdravotnická zařízení jsou povinna mít k dispozici sluchadlo z každé kategorie (indikační skupina postižení) tedy bez doplatku pojištěnce. Pokud bude předepsáno sluchadlo s doplatkem, musí tak být učiněno pouze po dohodě s pojištěncem.

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

Postup při opravách a ztrátě sluchadla:

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

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

Kódy indikačních skupin:

KOD	NAZ	DOP
0172982	INDIKAČNÍ SKUPINA POJIŠTĚNEC DO 18 LET VČETNĚ, MONOAURÁLNÍ KOREKCE	VZDUŠNÉ VEDENÍ, JEDNO NEBO OBOUSTRANNÁ ZTRÁTA SLUCHU OD 40 DB SRT
0172984	INDIKAČNÍ SKUPINA POJIŠTĚNEC DO 18 LET VČETNĚ, BINAURÁLNÍ KOREKCE	VZDUŠNÉ VEDENÍ, ZTRÁTA SLUCHU OD 40 DB SRT
0172985	INDIKAČNÍ SKUPINA POJIŠTĚNEC OD 19 LET, MONOAURÁLNÍ KOREKCE	VZDUŠNÉ VEDENÍ, ZTRÁTA SLUCHU OD 40 DB SRT
0172986	INDIKAČNÍ SKUPINA POJIŠTĚNEC OD 19 LET, BINAURÁLNÍ KOREKCE	VZDUŠNÉ VEDENÍ, ZTRÁTA SLUCHU OD 40 DB SRT
0172987	INDIKAČNÍ SKUPINA POJIŠTĚNEC DO 18 LET VČETNĚ	KOSTNÍ VEDENÍ, VČETNĚ KOMPLETNÍHO PŘÍSLUŠENSTVÍ PO DOBU ŽIVOTNOSTI SLUCHADLA
0172988	INDIKAČNÍ SKUPINA POJIŠTĚNEC OD 19 LET	KOSTNÍ VEDENÍ, VČETNĚ KOMPLETNÍHO PŘÍSLUŠENSTVÍ PO DOBU ŽIVOTNOSTI SLUCHADLA
0172989	INDIKAČNÍ SKUPINA POJIŠTĚNEC DO 18 LET VČETNĚ	BRÝLOVÉ SLUCHADLO PRO KOSTNÍ VEDENÍ JEDNO NEBO OBOUSTRANNÉ
0172990	INDIKAČNÍ SKUPINA POJIŠTĚNEC OD 19 LET	BRÝLOVÉ SLUCHADLO PRO KOSTNÍ VEDENÍ JEDNO NEBO OBOUSTRANNÉ
0172991	INDIKAČNÍ SKUPINA POJIŠTĚNEC DO 10 LET VČETNĚ	VIBRAČNÍ SLUCHADLO NA SOFTBANDU NEIMPLANTABILNÍ SYSTÉM
0172992	INDIKAČNÍ SKUPINA POJIŠTĚNEC OD 11 LET	KOSTNÍ SLUCHADLO, ZEVNÍ ČÁST IMPLANTABILNÍHO SYSTÉMU, SCHVÁLENÍ ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNOU
0172993	INDIKAČNÍ SKUPINA VÝMĚNA ŘEČOVÉHO PROCESORU, ČÁSTEČNÝ UŽIVATEL	ŘEČOVÝ PROCESOR, ZEVNÍ ČÁST IMPLANTABILNÍHO SYSTÉMU, SCHVÁLENÍ ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNOU
0173202	INDIKAČNÍ SKUPINA VÝMĚNA ŘEČOVÉHO PROCESORU, PLNĚ AKTIVNÍ UŽIVATEL	ŘEČOVÝ PROCESOR, ZEVNÍ ČÁST IMPLANTABILNÍHO SYSTÉMU, SCHVÁLENÍ ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNOU

Nárokování před uplynutím užitné doby

Indikace pro schválení úhrady**:** Stávajícím sluchadlem nelze zkorigovat sluchový deficit, sluchadlo nepokryje současnou ztrátu sluchu z důvodu významného zhoršení ztráty sluchu v dB v důsledku nepředvídatelného náhlého zhoršení zdravotního stavu (např. náhlá mozková příhoda, úraz, vedlejší účinky farmakoterapie apod.). Jestliže bylo pojištěnci lékařem vydáno stávající sluchadlo s nedostatečným rozpětím pro korekci jeho sluchových ztrát, přestože zhoršující se ztráta sluchu v dB se dala vzhledem k věku nebo typu onemocnění sluchového orgánu předpokládat, nápravu takto chybně předepsaného a vydaného sluchadla je povinen zajistit předepisující lékař, zdravotní pojišťovna nehradí. Opravy sluchadel nejsou hrazeny z veřejného zdravotního pojištění (hradí pojištěnec).

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

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

Úhrada řečového procesoru (zevní část) ke kochleárnímu implantátu

Kód indikační skupiny: 0172993 a 0173202

Řečový procesor tvoří zevní část kochleárního implantabilního systému. Bez řečového procesoru je vnitřní část implantátu nefunkční. Řečový procesor může být předepsán k úhradě z veřejného zdravotního pojištění pouze při jeho výměně, a to pouze lékařem s odborností FON, z foniatrického pracoviště při centrech kochleárních implantací.

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

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

SKUPINA 08 – PŘÍSLUŠENSTVÍ KE SLUCHADLŮM – NA ZAKÁZKU

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

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

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

SKUPINA 09 – ZP PRO PACIENTY S PORUCHOU ZRAKU

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

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

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

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

Dioptrické brýle jsou hrazeny jako zdravotnický prostředek na zakázku.

Pro úhradu brýlí jsou v Číselníku SZP ČR– ZP zařazeny obecné kódy s číselnou řadou 42XXXXX.

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

Metodika výpočtu „Rozhodující hodnoty“ (RH) pro správné přiřazení brýlí/brýlových čoček ke kódům s číselnou řadou 42XXXXX uvedených v Číselníku SZP ČR

1. **Výpočet hodnot hlavních řezů**
   i) **H1** = hodnota sféry (sf.)
   ii) **H2** = součet sféry a cylindru (sf. + cyl.)
2. **Určení Rozhodující Hodnoty (RH)**

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

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

3. **Kontrola cylindru**

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

Přehledná tabulka pro škálování:

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

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

ZP PRO LÉČBU PORUCH DÝCHÁNÍ VE SPÁNKU

Pro zajištění jednotného posuzování při vystavování poukazu a schvalování úhrady je nutné vyplnit a předložit formulář „Příloha k žádosti o schválení ZP pro léčbu poruch dýchání ve spánku“.

Vyšetření

Ke stanovení diagnózy syndromu spánkové apnoe je třeba celonoční monitorování pomocí polysomnografie či polygrafie. Polysomnografie je prováděna za hospitalizace pacienta. Polygrafie může být provedena v domácím prostředí pacienta. Rozhodnutí, zda bude polygrafie provedena u pacienta za hospitalizace či v domácím prostředí je v kompetenci lékaře. U dětských pacientů je většinou nezbytná kompletní polysomnografie.

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

K žádosti o schvalování úhrady se přikládá jako Příloha č. 2 Souborný výsledek a souhrnný grafický záznam z monitorace a nastavování CPAP.

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

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

Před léčbou je pacient upozorněn na nutnost:

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

Kontroly nemocného léčeného PAP:

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

V případě, že bude kontrolou pojištěnce léčeného PAP zjištěno, že je léčba neúčinná, nebo že pojištěnec při léčbě nespolupracuje, předepisující lékař zdravotní pojišťovně navrhne ukončení léčby a vyzve pojištěnci k odevzdání přístroje do spánkové laboratoře či dodavateli.

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

Indikace a kontraindikace léčení syndromů spánkové apnoe metodou CPAP a BiPAP a kritéria pro poskytnutí těchto zdravotnických prostředků hrazených z veřejného zdravotního pojištění: Syndrom spánkové apnoe musí

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

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

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

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

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

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

Kontraindikace CPAP/BiPAP

Komunikace dýchacích cest s nitrolebním prostorem, pneumocefalus, likvorea, fraktura base lební a nejasná zranění obličeje a dýchacích cest
Rekurentní sinusitidy a mediootitidy
Alergie na hmotu masky a jiné materiály přístroje
Neschopnost obsluhy přístroje bez spolehlivého zabezpečení takové péče jinou osobou
Nezájem o léčbu ze strany nemocného
Non-compliance nemocného

Kontraindikace DDOT:

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

Kontroly nemocného léčeného PAP:

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

V případě, že bude kontrolou pojištěnce léčeného PAP zjištěno, že je léčba neúčinná, nebo že pojištěnec při léčbě nespolupracuje, předepisující lékař zdravotní pojišťovně navrhne ukončení léčby a vyzve pojištěnci k odevzdání přístroje do spánkové laboratoře či dodavateli.

Vykazování zdravotnických prostředků vyřazených ze Seznamu ZP zveřejňovaného SÚKLem.

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

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 kombinací s kapnometrií
- ECHO srdce a EKG při podezření na kardiální komorbiditu

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

Kombinace NIV s oxygenoterapií:

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

- Při kontrole limitovanou polygrafií či polysomnografií je T90 > 30%
- Při manuální titraci polysomnografem je SpO2 ≤ 88% po dobu 5 a více minut.

Indikační kritéria NIV dle druhu onemocnění:

1) Obstrukční onemocnění plic

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

- Chronická denní hyperkapnie s PaCO2 ≥ 6,5 kPa

- Noční hyperkapnie s PaCO2 ≥ 7,3 kPa prokázaná vyšetřením krevních plynů bezprostředně po probuzení
- Chronická denní hyperkapnie s PaCO2 6,0-6,5 kPa a zaznamenaný noční vzestup o ≥ 1,3 kPa při transkutánní kapnometrii
- Chronická denní hyperkapnie s PaCO2 6,0 - 6,5 kPa a minimálně 2 akutní exacerbace s respirační acidózou vyžadující hospitalizaci v posledních 12 měsících
- V přímé návaznosti na akutní exacerbaci vyžadující neinvazivní či invazivní ventilaci, pokud i po stabilizaci stavu přetrvává PaCO2 > 6,0 kPa. Stabilizací stavu se rozumín3 měsíce od ukončení léčby pro akutní exacerbaci.

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

Podmínkou je dobrá spolupráce pacienta a tolerance NIV.

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

2) Restrikční onemocnění hrudníku

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

- Chronická denní hyperkapnie s PaCO2 ≥ 6,0 kPa
- Noční hyperkapnie s PaCO2 ≥ 6,5 kPa prokázaná vyšetřením krevních plynů bezprostředně po probuzení
- Normokapnie ve dne s vzestupem PTcCO2 o ≥ 1,3 kPa v noci prokázaným transkutánní kapnometrií

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

b) Neuromuskulární onemocnění

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

- Chronická denní hyperkapnie s PaCO2 ≥ 6,0 kPa
- Noční hyperkapnie s PaCO2 ≥ 6,5 kPa prokázaná vyšetřením krevních plynů bezprostředně po probuzení
- Normokapnie ve dne s vzestupem PTcCO2 o ≥ 1,3 kPa v noci prokázaným transkutánní kapnometrií
- Více než tři závažné infekce dolních cest dýchacích za rok
- AHI > 10 a ODI >4

c) Hypoventilační syndrom u obezity

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

- Noční hyperkapnie s PaCO2 ≥ 7,3 kPa prokázaná vyšetřením krevních plynů bezprostředně po probuzení
- Zaznamenaný vzestup PTcCO2 o ≥ 1,3 kPa v noci při transkutánní kapnometrii
- Limitovaná polygrafie či polysomnografie prokazuje T90 > 30%
- Při manuální titraci nebo polysomnografii je SpO2 ≤ 90% po dobu 5 a více minut s minimem alespoň 85%

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

DLOUHODOBÁ DOMÁCÍ OXYGENOTERAPIE – DDOT

Zdroje kyslíku:

a) stacionární koncentrátor kyslíku
b) mobilní koncentrátor kyslíku
c) vysokoprůtokový koncentrátor kyslíku
d) kapalný kyslík (stacionární + přenosné rezervoáry)

Kyslík je aplikován obvykle pomocí kyslíkových brýlí (výjimečně obličejovou maskou), při průtoku O_2 nad 2 litry/minutu je doporučován zvlhčovač kyslíku. Minimální denní doba, po kterou má být kyslík inhalován je 16 hodin, přičemž jednotlivé pauzy nesmějí být delší než 2 hodiny.

<u>Indikace jednotlivých způsobů léčby DDOT</u>

se provádí na základě splnění výše uvedených indikačních kritérií takto:

Pacienti málo mobilní

podle posouzení klinického stavu ošetřujícím pneumologem (obvykle se jedná o pacienty, kteří nejsou schopni bez pomoci další osoby opustit svůj byt) - jsou indikováni k léčbě **stacionárním koncentrátorem kyslíku**. Při potřebě průtoku O_2 5–10 litrů je indikován vysoko průtokový koncentrátor kyslíku.

Pacienti středně mobilní:

Pro indikaci **varianty stacionárního koncentrátoru s mobilním koncentrátorem kyslíku** je nutné splnit následující indikační kritéria mobility s použitím šestiminutového testu chůzí (6-MWT): Vzdálenost chůze bez inhalace kyslíku z původně stanovené minimální 130 metrů na rozpětí **od 130 do 199 metrů** a s odpovídajícím průtokem kyslíku dojde k navýšení vzdálenosti o 25 a více % a v 6. minutě testu s kyslíkem musí být SpO2 alespoň 85 %.

Pacienti výrazně mobilní:

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

1) vzdálenost bez inhalace kyslíku, kterou pacient ujde - **200 metrů a více**
2) procentuálního navýšení vzdálenosti při inhalaci kyslíku na **50 % a více** % a v 6. minutě testu s kyslíkem musí být SpO2 alespoň 85 %. Pacienti výrazně mobilní, kteří splňují kritéria pro indikaci přístroje na bázi kapalného kyslíku, u kterých je ke korekci respirační insuficience při námaze dostačující průtok 2 litry O_2 za minutu jsou indikováni k DDOT kombinací stacionárního a mobilního koncentrátoru kyslíku.

Odpovědnost za indikaci DDOT a sledování pacientů s DDOT

Indikaci DDOT provádí ambulantní či lůžkové pneumologické pracoviště, které je schopné provést kyslíkový test a má o pacientovi dostatek informací, ze kterých vyplývá, že nemocný je v době indikace DDOT ve stabilizovaném stavu. Ambulantní ošetřující pneumolog kontroluje pacienty na léčbě DDOT v pravidelných intervalech, přinejmenším však 1x za šest měsíců. Součástí kontroly je měření SpO2. Optimálním doplňkem je návštěva zdravotní sestrou doma u pacienta se zhodnocením klinického stavu a změřením SpO2. Přinejmenším 1x ročně musí být pacientovi provedena kontrola respirace bez a při inhalaci kyslíku. V případě, že pacient přestal splňovat kritéria DDOT (zlepšení PaO2 nad 8 kPa, klinicky významný vzestup PaCO2, apod.), případně se objevila nutnost změny režimu DDOT (např. potřeba zvýšení průtoku kyslíku), je ošetřující pneumolog povinen zajistit odebrání

DDOT, případně změnu průtoku kyslíku. Při změně klinického stavu pacienta je možno zvážit i změnu režimu léčby DDOT:
Změna stávajícího zařízení pro DDOT ze stacionárního koncentrátoru kyslíku na zařízení na bázi kapalného kyslíku je možná až při potřebě průtoku O_2 10 a více litrů za minutu.
Změna stávajícího zařízení pro DDOT ze stacionárního koncentrátoru kyslíku na zařízení na bázi kapalného kyslíku nebo kombinaci mobilního a stacionárního koncentrátoru je podmíněno novou žádostí.
Při žádosti o prolongaci úhrady mobilního zařízení pro DDOT je nutno doložit trvající mobilitu, u stacionárních koncentrátorů kyslíku doložit přetrvávající hypoxii.

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

Společnost provozující zařízení pro DDOT provádí pravidelné technické prohlídky daného zařízení, v případě koncentrátorů kyslíku odečítá počet hodin provozu přístroje. Záznam o počtu hodin poskytuje ošetřujícímu pneumologovi nebo nechává pacientovi, který je pak povinen jej svému ošetřujícímu pneumologovi doručit sám. **Formulář přílohy objednávky pro respirační zařízení Homelox** (kód 5005581) je k dispozici v sekci Formuláře ke stažení na stránce https://szpcr.cz/sekce-svazu/komise-pro-zdravotnicke-prostredky/kpzp-dokumenty/ .

MECHANICKÉ INSUFLÁTORY/EXSUFLÁTORY (ÚHRADOVÁ SKUPINA 10.09.01)

Pro vystavení poukazu musí být splněny níže uvedené podmínky:

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 zakašlání.

   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 zakašlání.

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 +5cmH2O a –5 cmH2O) o 15% a více v porovnání PCF na počátku a po léčebném nastavení přístroje.

Kontraindikace mechanických insuflátorů/exsuflátorů:

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

Příloha 1 ke skupině 10 - Příloha objednávky na pronájem koncentrátoru kyslíku (viz https://szpcr.cz/sekce-svazu/komise-pro-zdravotnicke-prostredky/kpzp-dokumenty/

Příloha objednávky na pronájem koncentrátoru kyslíku

platná od 1.4.2020, 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 schváleným revizním lékařem,

zašlete na adresu dodavatele,

příslušného k výše uvedenému kódu ZP.

1) Příjmení, jméno pacienta: .....

Číslo pojištence: ..... Kód pojišťovny: .....

2) Adresa, kde bude koncentrátor provozován: .....

PSČ/obec: ..... / .....

3) Telefonické spojení na pacienta: .....

Pokud není tel. spojení na pacienta., je možné 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 ICZ, který bude mít po celou dobu léčby pacienta v odborné péči:

..... ICZ .....

Adresa pracoviště: .....

Telefonické a faxové spojení: .....

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

..... ICZ .....

Adresa pracoviště: .....

Telefonické a faxové spojení: .....

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

Předepisuji 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

Předepisuji 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):

.....

RAZITKO, PODPIS předepisujícího lékaře

SKUPINA 11 – ZP NEKATEGORIZOVANÉ

Kód 5019572 Přenosný infúzní stříkačkový dávkovač PPS 9001

Indikační omezení – dlouhodobá domácí léčba syndromu primární nebo sekundární imunodeficience vyžadující pravidelnou aplikaci facilitovaného normálního lidského imunoglobulinu pro s.c. podání pomocí stříkačkového dávkovače v souladu s indikačním omezením léčivého přípravku

Lékárna zodpovědná za zajištění pronájmu - Lékárna U Robina, Korunní 89, 130 00, Praha 3

SKUPINA 24 – ZP ORTOPEDICKO PROTETICKÉ – NA ZAKÁZKU

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

Předkalkulace

Výrobce předloží, u kódů označených symbolem Z (mimo kód 4000008), příslušné zdravotní pojišťovně cenovou předkalkulaci, která bude obsahovat:

- název firmy;
- jméno a identifikaci pojištěnce;
- název a popis zhotovovaného výrobku pro jedno konkrétní provedení bez variantních duplicit;
- 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, nákupních cen a skutečně spotřebovaný materiál; může obsahovat pouze jeden liner nebo jednu nabíječku, pokud je to relevantní s ohledem na kalkulovaný ZP; nesmí kalkulovat nástroje, přístroje či zkušební SW;
- číslo položky dle časového sazebníku Asociace poskytovatelů zakázkových zdravotnických prostředků a SZP ČR, 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 ČR);
- 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 zdravotní pojišťovna.

Kalkulační vzorec pro výpočet ortopedicko-protetického ZP na zakázku:

CKS = (HZS x PH + NM) x (1+DPH)

Kde: CKS je cena ZP pro konečného spotřebitele
HZS je hodinová sazba bez DPH
PH je počet hodin na realizaci ZP na zakázku, maximálně však ve výši uvedené v Sazebníku maximálních časů APZZP a SZP ČR
NM jsou náklady na materiál a komponenty pro ZP na zakázku bez DPH
DPH je platná sazba daně z přidané hodnoty k datu zdanitelného plnění

Pojišťovna má u všech zdravotnických prostředků na zakázku 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 ZP na zakázku (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 zákona č.288/2025 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 zdravotnických prostředků na zakázku 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 ČR s každým z výrobců ZP na zakázku. Tato smluvní ujednání (pokud jsou uzavřena) mají vyšší právní sílu než ustanovení této Metodiky.

Opravy

Opravy zdravotnických prostředků 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 zdravotnických prostředku do funkčního stavu bez změny její konstrukce, nejedná se o modernizaci prostředku.

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 288/2025 Sb. v platném znění.

Úpravy

Úpravy jsou předepisovány v případě anatomických změn na těle pacienta (změny zdravotního stavu), při kterých je nutné přizpůsobit zdravotnický prostředek, a to za podmínek stanovených v Tabulce č. 3 Přílohy zákona 288/2025 Sb. v platném znění. Tato skutečnost musí být předepisujícím lékařem na žádance vždy uvedena.

Ortopedicko – protetický zdravotnický prostředek na zakázku 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 protézy na zakázku, 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 NA ZAKÁZKU

Epitézu na zakázku (kód 4000054 a 4000055):

- kód 4000054 může předepsat lékař odbornosti CHI, ORP, ORT, PLA, REH maximálně 1 kus za 2 roky, předpis podléhá schválení zdravotní pojišťovnou;
- kód 4000055 může předepsat lékař odbornosti CHI, ORP, ORL, PLA, POP maximálně 1 kus za 1 rok, předpis podléhá schválení zdravotní pojišťovnou.

ORTÉZY NA ZAKÁZKU

Ortézy na zakázku 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 upravovaná na zakázku (4000013), které je možné v době hospitalizace i vydat. V případě předepisování ortézy v době hospitalizace musí návrh a následná konstrukce (zhotovení) zdravotnického prostředku 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 zdravotnický prostředek 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 neuromoskulárních 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 zdravotní pojišťovnou.

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 pomoci klinického nebo RTG vyšetření.
Před indikací ortézy je nutné provést neurologické vyšetření s posouzením neurofyziologického vývoje a případné lateralizace svalového napětí.
Kraniální remodelační ortézy se indikují pouze v případech těžkých jednoduchých a kombinovaných deformit, vycházejících z posouzení vývoje kraniálních indexů (CVAI a CI – viz Tabulka), především v případech, kdy předchozí dvouměsíční léčba polohováním a cílená fyzioterapie nevedla ke zlepšení.

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

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

Velmi těžký a těžký stupeň závažnosti – aplikace ortézy se doporučuje

Vzhledem k rychlosti růstu hlavičky dítěte je nutné zahájit léčbu ortézou do 6. měsíce, nejpozději však do jednoho roku dítěte včetně polohování a současné rehabilitační léčby, která aplikaci ortézy předchází.
Celý proces ortotické léčby musí být průběžně dokumentován a musí splňovat tyto podmínky:
Ortotická léčba pomocí kraniálních ortéz musí být zabezpečena na ortopedicko-protetickém pracovišti s adekvátním vybavením umožňujícím kraniometrické měření, odběr sádrového odlitku hlavy nebo pořízení 3D skenu hlavy dítěte.
Kraniální remodelační ortézy v ČR vyrábějí tato pracoviště:

- Ortotika, s.r.o. (www.ortotika.cz)
- Ortopedická protetika Frýdek-Místek, s.r.o. (www.protetikafm.cz)
- Malík a spol.,s.r.o. (www.protetikahk.cz)
- METIS, s.r.o. (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 kraniometrického vyšetření), počítačové modelování tvaru a objemu modelu ortézy, samotnou výrobu modelu ortézy pomocí CNC obrábění, (anebo na základě sejmutí sádrového negativu a zhotovení modelovaného – korigovaného sádrového pozitivitu), výrobu remodelační ortézy z pevných a pěnových plastových materiálů.
Kraniální ortéza se na dítěti před samotným předáním upravuje. Nutné je poučení rodičů o aplikaci, údržbě a řešení případných problémů.
Nutnost pravidelných kontrol po předání ortézy v 3–4týdenních intervalech na základě kontrolních 3D skenů (nebo kraniometrického vyšetření) s případnými úpravami tvaru a objemu ortézy na základě průběžného hodnocení remodelace lebky včetně zhodnocení výsledku ortotické léčby.
Kód je vykazován včetně úprav po ukončení léčebného cyklu.
Remodelační kraniální ortézy není možné zaměňovat s ortézami ochrannými, které jsou indikovány jako pooperační pomůcky (například po poraněních krania).
Předpis podléhá schválení zdravotní pojišťovnou.

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 subluxaci 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 zhotovenou na zakázku, 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 NA ZAKÁZKU

Protézové prvovybavení se používá pro dobu po amputaci a slouží k nácviku 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) zdravotnického prostředku 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 zdravotnický prostředek v době hospitalizace předepsat.
Při zhotovování protézového prvovybavení, standardního vybavení a speciálních typů protéz 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 pahýlového lůžka.

Protézy speciální (modulární) horních a dolních končetin, které jsou vyrobeny ze stavebnicových polotovarů a sestav, včetně tahových protéz horních končetin – maximálně 1 kus za 2 roky, předpis podléhá schválení zdravotní pojišťovnou
Pokud pacient splňuje předpoklady pro předpis a používání speciální protézy DK, nemůže mu být pro nesplnění indikačních kritérii 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 zdravotní pojišťovnou. 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://szpcr.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 kritérii 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 u vrozených defektů horních končetin s jednostranným postižením – maximálně 1 ks za 5 let; u dětí do 15 let 1 ks/ 3 roky., v případě postižení obou končetin 1 pár za 5 let. Předpis podléhá schválení zdravotní pojišťovnou. 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 protetika a indikujícího lékaře a jsou založeny zejména na posouzení:

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

Stupeň aktivity I – interiérový typ uživatele.
Uživatel má schopnost používat protézu pro pohyb na rovném povrchu a při pomalé konstantní rychlosti chůze. Doba používání a překonaná vzdálenost při chůzi v protéze jsou vzhledem ke zdravotnímu stavu uživatele výrazně limitovány.
Terapeutický cíl: zabezpečení stoje v protéze, využití protézy pro chůzi v interiéru.
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. Doplňkové 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. Doplňkové 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 zákona 288/2025 Sb. v platném znění na Poukaz.
Pojišťovna hradí

Obuv ortopedická – jednoduchá – na zakázku – pojištěnci do 18 let, maximálně 2 páry za rok, pojištěnci od 19 let maximálně 2 páry za 3 roky, úhrada Pojišťovny 50 %.

Obuv ortopedická – středně složitá a velmi složitou – na zakázku – pojištěnci do 18 let, maximálně 2 páry za rok, pojištěnci od 19 let maximálně 2 páry za 3 roky, úhrada Pojišťovny 90 %.

Obuv ortopedická – přímá součást protetického zdravotnického prostředku nebo obuv nahrazující přístroj – na zakázku – maximálně 2 páry za rok, úhrada Pojišťovny 99 %.

Opravy terapeutické části ortopedické obuvi na zakázku – úhrada Pojišťovny 75 %.

Úpravy ortopedické obuvi na zakázku –maximálně 2x za rok, úhrada Pojišťovny 100 %.

Terapeutické úpravy sériově vyrobené obuvi na zakázku – maximálně 1x za 6 měsíců, úhrada Pojišťovny 80 %.

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 – lehčí kombinovaná postižení tří a více uvedených vad (kladívkové prsty, zkřížené prsty, vbočené palce, ztuhlý palec, podélně a příčně plochá noha při realizovaném vyrovnání dolní končetiny do 2 cm); syndrom diabetické nohy.

Obuv ortopedická – středně složitá – středně složité kombinované postižení tří a více 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 dolní končetiny od 2 do 4 cm; syndrom diabetické nohy; Charcotovy osteoartropatie.

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

Obuv ortopedická – přímá součást protetického zdravotnického prostředku nebo obuv nahrazující přístroj – na zakázku – těžší postižení vyžadující stavbu ortopedického kopyta podle modelu; vrozená malformace nebo amputace nohy v metatarzech a výše; při realizovaném vyrovnání zkrácení dolní končetiny nad 6 cm; anatomické poměry vyžadující stavbu ortopedického kopyta podle modelu; syndrom diabetické nohy; Charcotovy osteoartropatie.

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

Úpravy ortopedické obuvi na zakázku – výhradně při změnách zdravotního stavu a v medicínsky zdůvodněných případech.

Terapeutické úpravy sériově vyrobené obuvi na zakázku – zkrat dolní končetiny; deformity nohy; kombinované vady nohy; preskripce není možná se souběhem ortopedické obuvi na zakázku.

VLOŽKY ORTOPEDICKÉ

vložky ortopedické předepisuje smluvní lékař Pojišťovny odbornosti stanovené v Příloze Zákona 288/2025 Sb. v platném znění na Poukaz.

Pojišťovna hradí

Vložky ortopedické na zakázku pojištěnci do 18 let věku (dětská) - maximálně 2 páry ročně, úhrada pojišťovny max. 389,76 Kč/pár.

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

Indikace:

Vložky ortopedické dětské na zakázku – 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 nebo aby beze změny zdravotního stavu byly předepsány různé typy ortopedických vložek v průběhu jednoho období daného zákonnou lhůtou. Z veřejného zdravotního pojištění není možné hradit vložky pro sportovní využití.

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 288/2025 Sb. V takovém případě předepisující lékař vypíše Poukaz (s příslušným zdůvodněním porušení stanoveného frekvenčního limitu) a odešle ji ke schválení zdravotní pojišťovnou.

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
	Protézy pro amputace v ruce	
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
	Protézy pro exartikulaci v zápěstí	
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
	Protézy transradiální	
	Protéza transradiální ulpívající na předloktí	
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
	Protéza transradiální ulpívající za kondyly	
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 kondylysilikonová - pasivní	indiv. kalkulace
	Protéza transradiální s pažní objímkou	
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
	Protézy transradiální myoelektrické	
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
	Protézy pro exartikulaci v loketním kloubu	
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
	Protézy transhumerální	
	Protéza transhumerální - pasivní	
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 exoskeletárnísilikonová - pasivní	indiv. kalkulace
	Protéza transhumerální - aktivní	
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
	Protézy transhumerální myooelektrické	
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	indvid. kalkul.

Protézy dolních končetin

položka	pomůcka	brutto hodin
2.00.00	protézy dolních končetin - ostatní typy	indiv. kalkulace
	Protézy pro amputaci v noze	
2.01.010	protéza pro amputaci prstů	indiv. kalkulace
2.01.011	protéza pro amputaci v noze silikonová	indiv. kalkulace
2.01.012	protéza pro amputaci v přednoží vniřní 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
	Protézy transtibiální	
	Protézy transtibiální - klasické	
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
	Protézy transtibiální exoskeletární	
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
	Protézy transtibiální endoskeletární	
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
	Protézy transtibiální s linerem	
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
	Protézy pro exartikulaci v kolenním kloubu	
2.03.010	protéza pro exartikulaci v kolenním kloubu kožená	50,7
2.03.011	protéza pro exartikulaci v kolenním kloubu endoskeletární, s vnitřním měkým lůžkem a PU krytem	55,6
2.03.012	protéza pro exartikulaci v kolenním kloubu endoskeletární, s vnitřním měkým 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 podtlek, 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
	Protézy transfemorální	
	Protézy transfemorální - klasické	
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
	Protézy transfemorální endoskeletární příčně oválné lůžko	
2.04.020	protéza transfemorální endoskeletární, příčně oválné lůžko, s PU krytem	47,5
2.04.021	protéza transfemorální endoskeletární, příčně oválné lůžko, bez PU krytu	44,0
2.04.022	protéza transfemorální endoskeletární, příčně oválné lůžko,s linerem, zkušebním lůžkem a PU krytem	61,0
2.04.023	protéza transfemorální endoskeletární, příčně oválné lůžko,s linerem, zkušebním lůžkem, bez PU krytu	57,5
2.04.024	protéza transfemorální endoskeletární, příčně oválné lůžko, se zkušebním lůžkem a PU krytem	57,0
2.04.025	protéza transfemorální endoskeletární, příčně oválné lůžko, se zkušebním lůžkem bez PU krytu	53,5
	Protézy transfemorální endoskeletární podélně oválné lůžko	
2.04.030	protéza transfemorální endoskeletární, podélně oválné rámové lůžko, s linerem, zkušebním lůžkem a PU	e
2.04.031	protéza transfemorální endoskeletární, podélně oválné rámové lůžko, s linerem, zkušebním lůžkem bez PU	60,5
2.04.032	protéza transfemorální endoskeletární, podélně oválné lůžko, s linerem, zkušebním lůžkem a PU krytem	61,5
2.04.033	protéza transfemorální endoskeletární, podélně oválné lůžko, s linerem, zkušebním lůžkem bez PU krytu	58,0
2.04.034	protéza transfemorální endoskeletární, podélně oválné rámové lůžko, se zkušebním lůžkem a PU krytem	59,0
2.04.035	protéza transfemorální endoskeletární, podélně oválné rámové lůžko, se zkušebním lůžkem bez PU krytu	55,5
2.04.036	protéza transfemorální endoskeletární, podélně oválné lůžko, se zkušebním lůžkem a PU krytem	56,5
2.04.037	protéza transfemorální endoskeletární, podélně oválné lůžko, se zkušebním lůžkem bez PU krytu	52,5
	Protézy transfemorální endoskeletární MAS lůžko	
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
	Protézy pro exartikulaci v kyčelním kloubu	
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
	Ortézy trupové	
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 materiálově či segmentově kombinovaná (CTLSO, TLSO, LSO)	42,0
3.01.050	ortéza trupová korekční materiálově 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 materiálově 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
	Ortézy horních končetin	
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 materiálově 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 materiálově 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 materiálově 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
	Ortézy dolních končetin	
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 dlaha pro varozitu bez stavěcího prvku (KAFO)	14,0
3.05.110	ortéza DK redresní - Hohmannova dlaha 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 Maříka 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 materiálově 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
	Ortézy speciální	
3.10.010	ortoprotéza	82,3
3.10.020	reciprokátor (ortéza trupu a končetin) (HKAFO)	140,

Ortopedická obuv

položka	pomůcka	brutto hodin
4.00.000	ortopedická obuv nebo její úpravy - ostatní typy	indiv. kalkulace
	Ortopedická obuv jednoduchá	
4.01.001	ortopedická obuv jednoduchá	41,6
4.01.002	ortopedická obuv dětská	28,0
	Ortopedická obuv středně složitá	
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 prvk	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
	Ortopedická obuv velmi složitá	
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 prv	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 p	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
	Vnitřní obuv (sandál), přímá součást protetické pomůcky nebo obuv nahrazující přístroj	
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
	Ortopedické vložky speciální	
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
	Ortopedické vložky ostatní	
4.02.011	vložky s Helfetovou patní skořepinou, supinačním/pronačním klínem, detorzní	3,5
4.02.012	vložky korekční pro úpravu seriové obuvi (bez rozdílu výr. technologie)	4,8
	Úpravy ortopedické obuvi	
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 obvuvi (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
	Bandáže trupové	

5.01.010	bederní pás kosticový (TLSO)	8,7
5.01.020	břišní pás podpůrný (LSO)	11,2
5.01.030	břišní pás návlek (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
	Kýlní pasy	
5.02.010	suspenzor (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
	Bandáže speciální	
5.03.010	zdravotní podprsenka	7,7
	Bandáže horní končetiny	
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
	Bandáže dolní končetiny	
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
	Bandáže hlavy	
5.06.010	měkká bandáž hlavy (CO)	10,3
5.06.020	měkký nákrčník (CO)	12,0
	Epitézy	
5.07.010	epitéza prsu (HO)	35,1
5.07.020	epitéza lýtka (AFO)	19,6
5.07.030	epitéza stehna (HO)	14,9
	Bandáže kompresivní	
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
	Bandáže pro nohu	
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
	Návleky na popáleniny	
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
	Mobilizační pomůcky	
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
	Postury	
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 třífázová - 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 fraktůry patní kosti - stavebnice	5,0
7.03.070	AFO ortéza třífázová - stavebnice	3,0
7.03.080	PHO abdukční Tübinger - stavebnice	4,0
7.03.090	PHO ortéza pro kyčelní kloub - stavebnice	5,0

SKUPINA 26 - ZP PRO KOMPRESIVNÍ TERAPII ZHOTOVENÉ NA ZAKÁZKU

Návlek kompresivní na popáleniny zhotovený na zakázku
Indikace: stav po popálení kterékoliv části těla a rozsahu s hloubkou II. a III. stupně
Počet: maximálně 6 kusů/1 rok, nejdéle po dobu 1 roku
Předpis podléhá schválení zdravotní pojišťovnou.

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

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

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

Žádost o schválení oprávněnosti úhrady musí být doložena:

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

ZZP KEP – technologie kruhového pletení

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

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

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

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

Zdravotní pojišťovna schvaluje oprávněnost úhrady při splnění následujících indikací:

- primární lymfedém – vrozená nedostatečnost mízního řečiště, (nejčastěji na DK, dorza nohy, prsty),
- sekundární lymfedém – vzniklý přerušením nebo zpomalením odtoku lymfy z postižené oblasti. Nejčastěji onkologická Dg., např. po mastektomii, po exenteraci uzlin v axile (nejčastěji na HK, proximální oblast části paže, ramene, lopatky a hrudníku, dorza ruky a prstů),
- jedná se o intenzivní redukci lymfedému, kdy je nutná každodenní léčba,

- jedná se o fázi udržovací (používá se přístroj pro tlakovou mízní drenáž) pacient je řádně edukován v základních hmatech manuální autolymfodrenáže, nutná denní aplikace komprese,
- u dětí s vrozeným angiologickým postižením (např. malformace venózní, lymfatické, syndrom Klippel-Trenaunay).

Výrobci ZZP KEP s technologií plochého pletení:

MediBayereuth, Německo
OfaBamberg, Německo
BSN-JOBST, Německo

Návlek masážní zhotovený na zakázku

Počet: maximálně 1 kus/2 roky

Předpis podléhá schválení zdravotní pojišťovnou.

SKUPINA 30 – OPRAVY A ÚPRAVY ZP

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

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

METODIKA PŘEDEPISOVÁNÍ ZP ZVLÁŠŤ ÚČTOVANÝ MATERIÁL

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

SKUPINA 01 – OBVAZOVÝ MATERIÁL, NÁPLASTI

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

01100	port
01101	pěna
01102	fólie
01103	set s pěnou
01104	set s gázou
01105	sběrná nádoba
01106	gáza
01107	hadice drenážní
01108	Y konektor
01109	irigační set
01110	končetinové návleky
01111	instilace
01112	zařízení pro jednorázovou NPWT
01113	zařízení pro jednorázovou NPWT s krytím
01114	zařízení pro jednorázovou NPWT s kanystrem
01115	krytí pro jednorázovou NPWT

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

Výkon 51850 – Převaz rány metodou NPWT založené na kontrolovaném podtlaku

Výkonem nelze vykazovat klidné operační rány ani tržně zhmožděné rány kterékoliv lokalizace bez sekundárních komplikací, pokud se nejedná o rozsáhlé ztrátové poranění.

SKUPINA 41 – IMPLANTÁTY BIOLOGICKÉ LIDSKÉHO A ZVÍŘECÍHO PŮVODU

Do této skupiny jsou zařazeny mj.

a) Biologické tkáně a implantáty lidského původu, řešené v rámci zákona č. 285/2002 Sb. o darování, odběrech a transplantacích tkání a zákona č. 296/2008 Sb. O zajištění jakosti a bezpečnosti lidských tkání a buněk určených k použití u člověka. Rozhodnutí o registraci v souladu s právními předpisy uděluje SÚKL. Kostní tkáňové banky (KTB) mají v současnosti povolenou registraci pouze pro hospitalizační zdravotní péči poskytovanou pacientům v rámci vlastní nemocnice (pro vlastní potřebu).
   Maximální úhrady jsou u jednotlivého sortimentu tvořeny na základě kalkulačních vzorců předložených jednotlivými TKB.
   Chondrocyty, melanocyty a keratinocyty jsou v souladu se zákonem o léčivech a nařízením Evropského parlamentu a Rady 1394/2007 zařazeny mezi léčivé přípravky pro moderní terapie.

b) Biologické implantáty zvířecího původu. Tyto ZP – ZUM jsou řešeny dle zákona č. 375/2022 Sb., *O zdravotnických prostředcích a diagnostických zdravotnických prostředcích in vitro* v platném znění, nařízení 2017/745, směrnice Komise EU 32/ES, kterou se zavádějí podrobné specifikace, pokud jde o požadavky na zdravotnické prostředky vyrobené za použití tkání a buněk zvířecího původu.

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

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

Náhrada chrupavky – biologický implantát Cares-1S 0113848, Chondrofiller 0115137, Thrombinátor 0117067

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

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

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

Matrice vyztužovací pro náhradu šlachy ARTHREX DX – 0115413

Použití matrice ARTHREX DX musí splňovat níže uvedená indikační kritéria: Indikace Použití v oblasti ramenního kloubu

- Nerekonstruovatelná léze manžety rotátoru (šlach m.supraspinatus a m.infraspinatus);
- Zachovalé nebo rekonstruovatelné šlachy m. subscapularis a m. teres minor;
- Stupeň degenerace ramenního kloubu dle RTG do stádia II;
- Omezení pasivního pohybu maximálně o 30 %;
- Věkový limit do 65 let;
- Další informace k použití příslušného přípravku vycházejí z návodu k použití;
- Diagnostika předem pomocí MR nebo předchozí ASK (dokumentace nálezu podmínkou);
- Povinnost fotograficky dokumentovat operační nález v době implantace.

Kontraindikace:

- přecitlivělost (Matrix DX je vepřového původu a nesmí se používat u pacientů se známou přecitlivělostí na materiál vepřového původu. Tento prostředek je kontraindikován u pacientů s plánovanou injekční desenzibilizací na produkty z masa, protože tyto injekce mohou obsahovat vepřový kolagen);
- artróza ramenního kloubu II. A vyššího stupně;
- nefunkční či oslabený deltový sval;

- nestabilní rameno ve frontální rovině, tj. s poškozením m. subscapularis a m. teres minor;
- aktivní či chronická infekce.

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

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

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

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

Transkatetrové chlopně jsou rozčleněny do následujících skupin:

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

Záplata kardiovaskulární CARDIOCEL a VASCUCEL z bovinního perikardu – 0116109–0116116
Použití záplat musí splňovat tyto indikační kritéria:

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

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

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

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

SKUPINA 42 – IMPLANTÁTY SPINÁLNÍ, SPONDYLOCHIRURGIE

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

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

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

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

SKUPINA 43 – SYSTÉMY HYDROCEPHALNÍ DRENÁŽNÍ, MONITOROVACÍ LIKVOROVÉ, ČIDLA

Ve skupině jsou mj. zařazeny:

a) Implantabilní hydrocephalní systémy implantované pacientům doživotně nebo na delší životní období

b) Systémy zevní drenážní a monitorovací likvorové, včetně čidel pro monitoring

SKUPINA 44 – IMPLANTÁTY PRO CHIRURGII HLAVY A KRKU

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

Kochleární implantační systémy jsou uvedeny s atributem „S5“ zvláštní režim pojišťovny pro schválení oprávněnosti úhrady. Vykazovat lze pouze Centry CI.
Pozn.: S5 je zvláštní režim pojišťovny, který znamená, že před implantací a vykázáním je nezbytný souhlas zdravotní pojišťovny standardní cestou podáním žádosti o schválení úhrady.

Kranioimplantát zhotovený na zakázku podléhá schválení zdravotní pojišťovnou.

Kód VZP 0143180 KRANIOIMPLANTÁT INDIVIDUÁLNĚ ZHOTOVENÁ FORMA

Vyhotovení náhrady kostního defektu během operace s použitím formy, vyrobené na základě CT dat kostního defektu pacienta.

Tento typ kranioplastiky je indikován u pacientů s předpokladem dobrého klinického stavu a předpokladem návratu do běžného života. Při náhradě kostního defektu je preferováno použití kostního cementu, intraoperačně tvarovaného s pomocí individuálně vyhotovené 3D formy na základě CT vyšetření. Tento postup zajišťuje dobrý kosmetický efekt operace při redukovaných nákladech na výrobu formy.

Omezení použití tohoto typu kranioplastiky je v případech, kdy by z titulu požadavku na výrazně tenký implantát byla jeho výsledná síla (tloušťka) menší než cca 2–3 mm.

Kód VZP 0143181 KRANIOIMPLANTÁT INDIVIDUÁLNĚ ZHOTOVENÝ Z BIOKOMPATIBILNÍHO MATERIÁLU

Intraoperační implantace kostní náhrady, zhotovené předoperačně na základě CT dat pacienta. Náhrada je z biokompatibilního materiálu (např. bioaktivní titan, hydroxyapatit, porózní polyetylén a další).

Tento typ kranioplastiky je indikován u pacientů s předpokladem dobrého klinického stavu a návratu do běžného života, ale na rozdíl od předchozí skupiny s vyšším rizikem infekce kranioplastiky (jedná se např. o pacienty imunodeficientní, pacienty s již proběhlou infekční komplikací apod.). U těchto pacientů je indikováno použití předoperačně individuálně zhotoveného 3D kranioimplantátu z biokompatibilního materiálu (např. bioaktivní titan, hydroxyapatit, porózní polyetylén a další), který má schopnost fúze s okolní kostí a tím nižší riziko selhání implantátu.

Doporučení tohoto typu kranioplastiky, a použití titanu jako materiálu, je také v případech, kdy okraj defektu není vhodný k přímému napojení implantátu v rovině, ale kdy je vhodnější volit vnější nadkrytí defektu s překrytím okrajů implantátem, stejně jako při primární potřebě výrazně tenkého implantátu cca 1 mm.

Třetí možností je náhrada vytvořená intraoperačně z kostního cementu (Palacos, Cranioplast) bez použití 3D formy.

Tento typ kranioplastiky je indikován u ostatních pacientů, kteří nesplňují kritéria pro předchozí dvě indikační skupiny. A dále je indikací přímá korekce malých defektů do velikosti 8 cm^2, v dobře přístupných místech, bez nutnosti detailního vytváření specifických anatomických struktur a bez rizika negativního estetického dopadu

výsledného efektu. Mimo intraoperačního zhotovení kranioplastiky z kostního cementu je možné použít vlastní kost pacienta.

Kranioimplantát vytvořen intraoperačně z kostního cementu bez použití 3D formy, nebo při použití vlastní kosti pacienta, nepodléhá schválení zdravotní pojišťovnou.

Glaukomové implantáty

Indikační kritéria: Istent inject W – kód 0143632:

Počáteční a středně pokročilý primární nebo sekundární glaukom s otevřeným úhlem

- Poměr C/D ≤ 0,8
- Předoperační NOT do 30mmHg (při užívání medikace)
- Cílový pooperační NOT 15mmHg

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

Podmínky výrobce pro vybavení pracoviště a požadavky na chirurga

- Vybavení pracoviště: operační sál předněsegmentové chirurgie, fakoemulzifikační přístroj.
- Pracoviště musí být vybaveno operačním mikroskopem s požadovaným náklonem min 30°.
- Chirurg musí absolvovat odborné zaškolení obsahující teoretickou část, následně dry lab – pod dohledem zástupce distributora před prvními implantacemi iStentu Inject W v rámci certifikace.
- Chirurg musí být certifikovaný pro implantaci iStentu od výrobce (Glaukos) - minimální počet 4 implantací iStentu Inject W pod dohledem zástupce distributora či výrobce.
- **Odborná společnost doporučuje garanci pracoviště pro implantaci i při dodržení následujících podmínek**:
    1. Centrum a chirurg provádějící operaci jsou certifikováni dle požadavků výrobce iStent Inject W.
    2. Centrum a chirurg provádí operace katarakty i glaukomu (ab externo perforující, ZV 75339 + ab interno ZV 75342).
    3. implantát bude použit v indikaci dle doporučení výrobce, implantován certifikovaným chirurgem.
    4. minimální počet implantací v centru za kalendářní rok: 25.
    5. implantát nebude implantován do 1 oka vícekrát.

Současná certifikovaná pracoviště:

- Všeobecná fakultní nemocnice v Praze
- Masarykova nemocnice Ústí nad Labem
- Fakultní nemocnice Olomouc
- Fakultní nemocnice Ostrava
- Oblastní nemocnice Kolín
- Fakultní nemocnice u sv. Anny v Brně
- Krajská nemocnice T. Bati Zlín
- Oční centrum Praha

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

Indikační kritéria: XEN gel 45 – kód 0143634

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

K implantaci implantátu je nutná normální anatomie komorového úhlu podle gonioskopie;

- Schaefferův stupeň 3–4,
- nepřítomnost periferních předních synechií (PAS),
- rubeózy nebo jiných abnormalit úhlu, které by mohly bránit správnému umístění implantátu.

Podmínky výrobce pro pracoviště a chirurga implantujícího XEN gel 45:

- operační sál předněsegmentové chirurgie, operační mikroskop,
- chirurg se zkušenostmi s operativou předního segmentu oka,
- Chirurg musí absolvovat odborné proškolení – teoretickou část a praktickou část,
- Centrum provádějící implantaci XEN rutinně provádí operace glaukomu (včetně operace glaukomu ab externo perforující),
- Chirurg musí absolvovat odborné proškolení – teoretickou část a praktickou část,
- **implantát bude použit v indikaci dle doporučení výrobce, implantován proškoleným chirurgem**
- **XEN gel 45 implantát nebude implantován do 1 oka vícekrát**

Současná certifikovaná pracoviště:

- Všeobecná fakultní nemocnice v Praze
- Fakultní nemocnice v Motole
- Fakultní nemocnice Královské Vinohrady
- Oční klinika FZS Ústí nad Labem
- Oční klinika FN Olomouc
- Krajská nemocnice T. Bati Zlín
- Fakultní nemocnice Brno

Podmínky výrobce pro vybavení pracoviště a požadavky na chirurga implantujícího Preserflo (požadavky společnosti Santen OY) – kód VZP 0143633:

- **Pracoviště je vybaveno** operačním sálem předněsegmentové chirurgie, operačním mikroskopem.
- **Do certifikace je zařazen chirurg se zkušenostmi s operativou glaukomu (filtrační operace ab extrerno).**

Chirurg musí absolvovat odborné zaškolení – teoretickou část a praktickou část – pod dohledem zástupce výrobce. Chirurg musí provést v rámci certifikace minimální počet 6 implantací Preserflo pod dohledem zástupce výrobce. Operace proběhnou minimálně během 2 operačních dnů.

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

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

Současná certifikovaná pracoviště:

- Cornea Lexum
- Fakultní nemocnice Královské Vinohrady
- GEMINI oční klinika
- Fakultní nemocnice v Motole
- Visus spol.
- Všeobecná fakultní nemocnice Praha
- Fakultní nemocnice Ostrava
- Masarykova nemocnice Usti n. Labem
- Fakultní nemocnice Olomouc
- Baťova nemocnice Zlín
- Fakultní nemocnice Brno
- UVN Praha
- Klaudiánova nemocnice Ml. Boleslav
- Thomayerova nemocnice Praha
- Nemocnice Pardubice
- Slezská nemocnice Opava
- Fakultní nemocnice Bulovka
- Somich Karlovy Vary
- Solomonis Chomutov
- Premium clinic Teplice

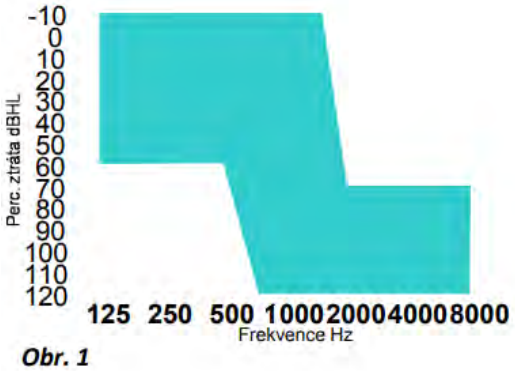
Indikace pro kochleární implantaci

Patologický stav (typ pacienta)	Sluch (stav sluchu)	Řešení (indikovaný postup)
Pacient s prelingvální ztrátou sluchu oboustranně.	Oboustranná vrozená percepční ztráta sluchu s průměrnou hodnotou PTA nad 75 dB HL.	Kochleární implantace co nejdříve po stanovení diagnózy. - Standardní je oboustranná kochleární implantace synchronní, tedy v jedné době. - Optimálně mezi 0,5 – 4. rokem dítěte. - Podmínkou je zázemí aktivně spolupracující rodiny.
Pacient s prelingvální percepční oboustrannou ztrátou sluchu po jednostranné kochleární implantaci.	Sluch je jednostranně korigován kochleárním implantátem. Kontralaterálně percepční ztráta sluchu s průměrnou hodnotou PTA nad 75 dB HL.	Doplnění kontralaterální kochleární implantace. - Podmínkou je aktivně rehabilitující pacient nebo zázemí aktivně spolupracující rodiny. - U pacientů se závažnými přidruženými vadami (M. Down, DMO, ...) v případě pozitivního efektu jednostranné implantace na základě pečlivého individuálního posouzení.
Pacient s prelingvální oboustrannou percepční ztrátou sluchu, které nebylo možné implantovat do 4 let věku (např. z důvodu pozdní diagnózy nebo jiných zdravotních důvodů).	Oboustranná vrozená prelingvální percepční ztráta sluchu s průměrnou hodnotou PTA nad 75 dB HL. Indikace též závisí na stavu audioverbální komunikace, rozvoje a srozumitelnosti řeči, způsobu dorozumívání, schopnosti číst a rozumět čtenému a zařazení do výchovně vzdělávacího procesu.	Jednostranná kochleární implantace, co nejdříve po stanovení diagnózy, popřípadě když jiné zdravotní důvody dovolí. V případě pozitivního efektu je možné doplnění kontralaterální kochleární implantace na základě pečlivého individuálního posouzení.
Pacient s postlingvální percepční ztrátou sluchu oboustranně, vzniklou náhle nebo postupně (náhlá hluchota nebo progredující sluchová porucha).	Oboustranná percepční ztráta sluchu s průměrnou hodnotou PTA nad 75 dB HL. Při optimální amplifikaci pacient rozumí maximálně 70 % slov z otevřeného slovního souboru, prezentovaných hlasitostí 55 dB v tichém prostředí. Schopnost orální komunikace, rozvinutá řeč, přiměřené jazykové schopnosti (porozumění řeči, gramatika, syntax, slovní zásoba), motivace a realistická očekávání.	Jednostranná kochleární implantace. Druhostranná / oboustranná kochleární implantace při splnění podmínek: - pacient, jehož motivace, rodinné a profesní zázemí je zárukou pro plnohodnotné využití bilaterální stimulace - roční limit počtu dle dohody se ZP
Jednostranná hluchota (SSD, single sided deafness) nebo asymetrická sluchová vada u dětí i dospělých.	Jednostranná nebo asymetrická vada sluchu s průměrnou hodnotou PTA nad 75 dB HL na hluchém uchu	Kochleární implantace postiženého ucha co nejdříve po diagnóze. U dětí s vrozenou SSD nejlépe do 4 let věku. Podmínka: - pacient, jehož motivace, rodinné a profesní zázemí je zárukou pro plnohodnotné využití bilaterální stimulace - roční limit počtu dle dohody se ZP
Postlingvální percepční ztráta sluchu oboustranná postihující střední a vysoké frekvence, vzniklá náhle nebo postupně.	Oboustranná lehká nebo středně těžká percepční ztráta sluchu do 500 Hz a těžká ztráta sluchu až hluchota ve středních a vysokých frekvencích	Jednostranná hybridní kochleární implantace (elektroakustická stimulace, EAS) a druhostranná konvenční akustická amplifikace

	nad 1500 Hz. (viz.Obr.1) Při optimální amplifikaci pacient rozumí maximálně 70 % slov z otevřeného slovního souboru, prezentovaných hlasitostí 55 dB v tichém prostředí. Schopnost orální komunikace, rozvinutá řeč, přiměřené jazykové schopnosti (porozumění řeči, gramatika, syntax, slovní zásoba), motivace a realistická očekávání.	(bimodální stimulace). Při ztrátě efektu konvenční amplifikace oboustranná hybridní kochleární implantace (EAS).
Oboustranná léze nebo kongenitální aplázie sluchového nervu, oboustranná nemožnost využít vnitřní ucho pro kochleární implantát (např. u neurofibromatózy 2 po operaci oboustranných vestibulárních schwannomů, stavu po meningitidě s obliterací kochley, u vrozených nitroušních vad apod.)	Oboustranná hluchota.	Sluchová kmenová neuroprotéza (ABI, auditory brainstem implant). Pouze FN Motol. U dětí s vrozenou oboustrannou aplasií sluchového nervu jednostranná kmenová implantace nejlépe do věku 3 let.

Centra kochleárních implantací

o 1. a 2. centrum kochleárních implantací, FN Motol Praha
o Komplexní implantační centrum pro sluchově postižené Brno (FN u sv. Anny Brno a Klinika dětské ORL FNB)
o FN Ostrava
o FN Hradec Králové



Obr. 1

Indikace pro sluchové implantovatelné systémy pro přímé kostní vedení (BAHD)

Patologický stav (typ pacienta)	Sluch (stav sluchu)	Řešení (indikovaný postup)
Stav znemožňující používat konvenční sluchadlo pro oboustrannou i jednostrannou sluchovou poruchu: - vrozené a získané malformace zevního zvukovodu a středouší - recidivující záněty zevního zvukovodu, intolerance ušních tvarovek (alergie) - recidivující nebo perzistující výtok z ucha - - trepanační dutina chirurgicky obtížně řešitelné sluchové vady (otoskleróza, tympanoskleróza)	1. Převodní porucha sluchu: - velikost kostně vzdušného rozdílu vyšší než 30 dB HL (je vhodnější použít BCI ve srovnání s konvenčním sluchadlem) - Smíšená porucha sluchu: - kostně vzdušný rozdíl více jak 30 dB HL - hodnota kostního vedení 20–65 dB HL - Percepční porucha sluchu: - hodnota kostního vedení do 65 dB HL	Implantabilní systém pro přímé kostní vedení. Omezení: - vhodné anatomické poměry pro implantaci vibrační jednotky do temporální kosti (zhodnoceno na základě vyšetření HRCT)
Jednostranná hluchota (SSD, single sided deafness), získaná u dětí i dospělých Pozn.: U jednostranné hluchoty je preferovanou metodou volby kochleární implantace hluchého ucha, neboť využívá tzv. binaurální výhody (centrální zpracování signálu z obou uší). Pouze v případech, kdy je porušen sluchový nerv (např. u vestibulárního schwannomu) anebo nelze zavést kochleární implantát do vnitřního ucha (obliterace kochley), je indikováno BAHD. Každý případ SSD s ohledem na indikaci typu sluchové korekce se posuzuje individuálně.	Jednostranná hluchota: - jednostranná porucha sluchu s průměrnou hodnotou PTA nad 75 dB HL - normální sluch na jediném slyšícím uchu - - motivace pacienta	Implantabilní systém pro přímé kostní vedení. Klinickým testem musí být ověřeno, že: - jiný způsob léčby (např. systém CROS) nepřináší klinicky významný efekt - a/nebo je ověřena účinnost sluchovým systémem kostního vedení (neinvazivní BAHD) Omezení pro implantabilní systém - vhodné anatomické poměry pro implantaci vibrační jednotky do temporální kosti (HRCT)

Vysvětlivky:

PTA – pure tone average. Jde o mezinárodní standard závažnosti poruchy sluchu. Získá se výpočtem průměrné hodnoty prahů vzdušného vedení obou uší pro frekvence 500 Hz, 1000 Hz, 2000 Hz a 4000 Hz.
BAHD - Bone Anchored Hearing Device, **BCI** - Bone Conduction Implant – systémy pro přímé kostní vedení
- Aktivní transkutánní systém – vibrační jednotka implantovaná přímo do kosti, kůže neporušená (např. Bonebridge, Osia)
- Pasivní perkutánní systém - vibrační jednotka zevně, permanentní perkutánní abutment (např. BAHA Connect)
- Pasivní transkutánní systém – vibrační jednotka zevně, magnetické propojení, kůže neporušená (např. BAHA Attract)
Softband – hlavová páska pro použití BAHD procesoru u malých dětí nebo při testu u dospělých.

• Centra pro sluchové implantovatelné systémy pro přímé kostní vedení BCI (např. BAHA, Bonebridge)

Operace:
o 1. a 2. centrum kochleárních implantací, FN Motol Praha
o Komplexní implantační centrum pro sluchově postižené Brno (FN u sv. Anny Brno a Klinika dětské ORL FNB)
o FN Ostrava
o FN Hradec Králové
o FN Vinohrady, Praha
o FN Olomouc
o Nemocnice Pardubice

Soft Band a nastavení řečového procesoru:
o pracoviště provádějící operace
o Audiofon centrum Brno
o Foniatrická klinika VFN Praha
o Hlasové a sluchové centrum Praha, Medical Healthcom s.r.o.

Indikace pro aktivní středoušní implantáty - AMEI, (např. Carina, Vibrant Soundbridge)

Patologický stav (typ pacienta)	Sluch (stav sluchu)	Řešení (indikovaný postup)
Pacient dospělý nebo dítě od 12 let se středně těžkou až těžkou oboustrannou nedoslýchavostí, převodní nebo smíšenou, bez známek progrese, u něhož nelze dosáhnout účinné korekce konvenčním sluchadlem.	Převodní vada nad 40 dB HL, průměrná ztráta sluchu 30-70 dB HL. Ztráty v řečové audiometrii nad 40 dB SRT, zisk s konvenčním sluchadlem menší než 10 dB SRT. Zisk s vibračním sluchadlem menší než 10 dB SRT.	Aktivní středoušní implantát.

Vysvětlivky:
SRT - Speech reception treshold, práh rozumění (percepce) řeči
AMEI - active middle ear implant, aktivní středoušní implantát

Centra pro středoušní (aktivní) implantáty:

- 1. a 2. centrum kochleárních implantací, FN Motol Praha
- Komplexní implantační centrum pro sluchově postižené Brno (FN u sv. Anny Brno a Klinika dětské ORL FNB)
- FN Ostrava
- FN Hradec Králové

SKUPINA 45 –DIGITÁLNÍ ZDRAVOTNICKÉ TECHNOLOGIE

SKUPINA 53 – KARDIOSTIMULÁTORY, DEFIBRILÁTORY, ELEKTRODY, CHLOPNĚ

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

Implantabilní kardiostimulátory a defibrilátory jsou rozčleněny do kategorií:

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

SKUPINA 54 – SYSTÉMY IMPLANTABILNÍ NEUROSTIMULAČNÍ, ELEKTRODY EPILEPTOLOGICKÉ

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

Pravidla pro úhradu epilepsie metodou stimulace nervus vagus (VNS)

Indikace:

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

Indikace pro úhradu kódu 0194047, viz výše +

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

Tabulka kompatibility:

Primoimplantace:

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

Výměny:

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

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

METODA SCS, PNS

Stimulace nervového systému SCS (SpinalCordStimulation), PNS (Peripheral nerve stimulation) nebo intratékální podávání analgetik (implantabilní infusní pumpou).
Jde o systémy určené pro léčbu chronické, nesnesitelné, nenádorové bolesti po vyčerpání či nemožnosti použití ostatních možností léčby takové bolesti.

Pravidla pro úhradu bolesti metodou (SCS)

Indikace:

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

Kontraindikace:

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

Reimplantace:

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

Pravidla pro úhradu bolesti metodou (PNS)

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

Indikace:

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

a) Indikace z hlediska diagnostických kritérií u neuropatických bolestivých syndromů:
    - postižení nervu různé etiologie (traumatické, toxické, metabolické, iatrogenní, ...)
    - parciální avulze brachiálního plexu
    - okcipitální neuralgie (Arnoldova neuralgie)
    - interkostální neuralgie různé etiologie
    - úžinové nervové syndromy na horních i dolních končetinách
    - pánevní a perineální bolest
    - komplexní regionální bolestivý syndrom II. typu (kauzalgie)

    Méně časté indikace:
    - neuralgie trigeminu

- atypická obličejová bolest

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

ZP OPTUNE GIO (0195006 TERAPIE OPTUNE)

Indikační kritéria:

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

Kritéria užívání a podmínky ukončení léčby:

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

SKUPINA 55 – CÉVNÍ PROTÉZY

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

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

SKUPINA 56 – DALŠÍ CHIRURGICKÝ MATERIÁL

Skupina mj. obsahuje:

- krytky a návleky na mikroskop – mohou být vykazovány pouze v souvislosti s kódem zdravotního výkonu 71823,
- ethizipy, kýlní síťky pro laparoskopické i laparotomické použití,
- lepidla tkáňová,
- náhrada kůže biosyntetická, ZUM s atributem „S5“ zvláštní režim pojišťovny pro schválení oprávněnosti úhrady, mohou vykázat pouze níže uvedená specializovaná pracoviště:
    1) Klinika popáleninové medicíny FN Královské Vinohrady – Praha,
    2) Popáleninové centrum FN Ostrava,
    3) Klinika popálenin a rekonstrukční chirurgie FN Brno.,
    4) Ústav chirurgie ruky a plastické chirurgie Vysoké nad Jizerou.

  Lze vykazovat s následujícími výkony: 62410, 62420, 62421, 62430, 62440, 62460, 62470, 62480.
- set na léčbu pánevního dna – mohou vykázat pouze specializovaná pracoviště, odbornost 603,

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

- Rozsáhlá ventrální kýla:
  Defekt stěny břišní šíře ≥ 10 cm, potvrzený CT vyšetřením (s uvedením maximální šíře v mm/cm).
- Velká hiátová kýla typu III–IV:
  Diagnóza dle klasifikace SAGES nebo radiologického popisu.
  ≥ 50 % žaludku nebo jiného orgánu (colon, omentum) v mediastinu dle CT nebo RTG pasáže.
  Jednoznačně prokázaná symptomatologie.

Indikační kritéria:

Pacienti s diagnózou rozsáhlých kýl stěny břišní, kýl v jizvě a defektů stěny břišní šíře 10 cm a více, kdy je zachován pouze kožní kryt. (stavy po traumatech, po břišních katastrofách, s kongenitálními defekty stěny břišní). Pacienti s velkými hiátovými kýlami (typ III–IV) s významným posunem žaludku či jiných orgánů do mediastina.

Diabetici I.typu s diagnózou rozsáhlých kýl stěny břišní, kýl v jizvě, velkých hiátových kýl a defektů stěny břišní, pokud je nezbytné použít implantát – síťku.

Pacienti s imunosupresí, kortikodependentní nebo s jinou dokumentovanou nemocí či chronickou léčbou ovlivňující proces hojení s diagnózou rozsáhlých kýl stěny břišní, kýl v jizvě, velkých hiátových kýl typu III-IV a defektů stěny břišní, pokud je nezbytné použít implantát – síťku. (např.: transplantovaní, po rejekci cizího materiálu v anamnéze, některá revmatoidní a autoimunitní onemocnění).

II. recidiva kýl stěny břišní, kýl v jizvě, velkých hiátových kýl typu III-IV a defektů stěny břišní šíře 10 cm a více.

Kontraindikace:

- obezita s BMI ≥ 40 (pokud není výkon urgentní nebo život zachraňující);
- předpoklad následné elektivní nitrobřišní operace;
- inaktivita, imobilita, resp. invalidita (vždy nutné individuální posouzení);
- non-compliance elektivního chirurgického výkonu;
- progredující maligní onemocnění;

- aktivní infekce v místě výkonu;
- nestabilní diabetes (HbA1c > 9 %);
- obecně non-compliance pacienta.

SKUPINA 59 – FIXAČNÍ POMŮCKY

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

SKUPINA 60 – JEHLY

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

SKUPINA 62 – KANYLY TRACHEOSTOMICKÉ A TRACHEÁLNÍ

Skupina mj. obsahuje tracheální a tracheotomické kanyly, včetně neonatálních, používané v rámci hospitalizační péče.
Nejsou zde zařazeny kanyly agregované do ošetřovacího dne nebo do spotřebního speciálního materiálu ke zdravotnímu výkonu.

SKUPINA 64 – IMPLANTÁTY KOSTNÍ, UROLOGICKÉ, MAMMÁRNÍ

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

Doporučený postup odborné společnosti SSTA ČLS JEP pro použití přípravků biologické podpory kloubní chrupavky
Toto doporučení je vydáno odbornou společností k použití ZÚM v rámci výkonů „Rekonstrukční artroskopie“, „Zvláště složitá rekonstrukční a revizní artroskopie“, nebo „Operační výkony při chondropatiích kolena“

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

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

<u>Indikace: Použití v oblasti kolenního kloubu</u>

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

<u>Indikace: Použití v oblasti hlezna</u>

- Solitární ložisko v postiženém kompartmentu;
- Nesmí být přítomna otisková (kissing) léze protilehlého kompartmentu;
- Maximální stupeň degenerace dle RTG do stádia Kellgren-Lawrence I;
- Kloub bez manifestní nestability, ev. současně řešená stabilizace kloubu;
- BMI do 40;
- Věkový limit 60 let, pokud doporučení příslušného výrobce nestanoví jinak;
- Další informace k použití příslušného přípravku, vč. anatomické lokality použití vycházejí z návodu k použití příslušného výrobce;
- Diagnostika předem pomocí MR nebo ASK (fotodokumentace ASK nálezu podmínkou);
- Povinnost fotograficky dokumentovat operační nález v době implantace.

<u>Kontraindikace:</u>

- přecitlivělost na některou z látek obsažených v Chondotissue, Hyalofast, Biomatrix CRD, Cares-1S, Chondrofiller
- není určen k implantaci do krevního řečiště,
- pacienti podstupující chemoterapii nebo radioterapii,

- zánětlivý proces kloubní, při revmatoidní artritidě, M. Bechtěrev,
- děti a gravidní ženy.

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

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

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

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

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

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

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

V této skupině jsou mj. zařazeny katétry okluzní, balónkové, tamponážní, diagnostické, extrakční, dilatační, epicystomické (zejména pro urologii).
Dále jsou zde zařazeny sety a soupravy, sety drenážní zevní (billiární, nefrostomické, hrudní), dilatační, punkční, splinty nosní, sheaty.

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

Do této skupiny patří RF elektrody pro MW ablaci.

SKUPINA 68 – STAPLERY, PROSTŘEDKY PRO LAPAROSKOPII

ZP – ZUM z této skupiny lze použít pro chirurgické laparoskopické výkony jako fakultativní ZUM (přídatný ZUM) k ZP ze skupiny 82. Jsou zde zařazeny např. bodce pro trokary, retraktory, disektory, klipy včetně aplikátorů, klipovače na aneuryzma, nůžky a kleště pro laparoskopii, dilapan, manipulátor děložní.
Rovněž jsou zde zařazeny sety pro laparoskopie z jedné incize (SILS – Single Incision Laparoscopic Surgery).

SKUPINA 69 – PROSTŘEDKY PRO INFUZI, TRANSFUZI A DIALÝZU

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

Dle Vyhlášky – Seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami jsou indikačními kritérii pro výkony imunoadsorpce zejména:

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

Izolovaná nebo převažující hypercholesterolémie v primární nebo sekundární prevenci
Kód z číselníku PZT:
Kolony: 0083044, 0083048, 0194373, 0194374, 0194427, 0194428, 0194429, 0200229
Filtry: 0194362, 0194363, 0194364, 0194365, 0194414, 0194253

Dilatační kardiomyopatie
Kód z číselníku PZT:
Kolony: 0083042, 0169494, 0082500, 0083043, 0194375, 0194376, 0200230, 0200231, 0194476

Primární i sekundární trombotická trombocytopenická purpura
Kód z číselníku PZT:
Kolony: 0083042, 0169494, 0082500, 0083043, 0194375, 0194376, 0200230, 0200231, 0194476

Transplantace kmenových krvetvorných buněk inkompatibilní ve skupinovém systému povrchových znaků červených krvinek ABO
Kód z číselníku PZT:
Kolony: 0083042, 0169494, 0082500, 0083043,0023043, 0200230, 0200231, 0194476
Filtry: 0194414, 0194253

Hemofilie A a B s inhibitorem proti f. VIII nebo IX.
Kód z číselníku PZT:
Kolony: 0083042, 0169494, 0082500, 0083043, 0194375, 0194376, 0200230, 0200231, 0194476
Filtry: 0194414

Idiopatická trombocytopenická purpura
Kód z číselníku PZT:
Kolony: 0083042, 0169494, 0082500, 0083043, 0200230, 0200231, 0194476

Aloimunní trombocytopenie
Kód z číselníku PZT:
Kolony: 0083042, 0169494, 0082500, 0083043, 0200230, 0200231, 0194476

Myasthenia gravis
Kód z číselníku PZT:
Kolony: 0083042, 0169494, 0082500, 0083043, 0194375, 0194376, 0200230, 0200231, 0194476
Filtry: 0194414

Pemphigus
Kód z číselníku PZT:
Kolony: 0083042, 0169494, 0082500, 0083043, 0194375, 0194376, 0200230, 0200231, 0194476

Transplantace solidních orgánů v případě inkompatibility v systému povrchových znaků červených krvinek ABO nebo rejekce štěpu
Kód z číselníku PZT:
Kolony: 0083042, 0169494, 0194375, 0194376, 0082500, 0083043, 0200230, 0200231, 0194476, 0194596, 0194597, 0194598
Filtry: 0194253

Adsorpce fibrinu a fibrinogenu ve všech případech, kde dochází k závažné poruše mikrocirkulace refrakterní na standardní léčebné postupy s důsledky pro zdraví pacienta (např. náhlá ztráta sluchu, úporný ulcus cruris, degenerace makuly s těžkou poruchou zraku apod.
Kód z číselníku PZT:
Kolony: 0083048
Filtry: 0194414, 0194253

Kompatibilita kolón adsorpčních a přístrojů pro výkony imunoadsorpce:
A)
Plazma separátory: ComTech, Art, Cobe Spectra, Spectra Optia
Adsorpční automat: Adasorb, CF-100, Afer Smart

Kolony: 0083042, 0169494, 0194373, 0194374, 0194375, 0194376, 0194427, 0194428, 0194429, 0194476
Filtry: 0194253, 0194362, 0194363, 0194364, 0194365, 0194414

B)
Life 18(21)

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

SKUPINA 70 – PROSTŘEDKY PRO ANESTEZIOLOGII A RESUSCITACI

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

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

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

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

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

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

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

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

SKUPINA 77 – PROSTŘEDKY PRO INTENZIVNÍ A INVAZIVNÍ KARDIOLOGII

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

Katetry balónové pro PTCA jsou rozčleněny do skupin a to:

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

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

77100	Katetry ablační radiofrekvenční řiditelné nechlazené – hrot 4 mm
77110	Katetry ablační radiofrekvenční řiditelné nechlazené – hrot 8 mm
77120	Katetry ablační radiofrekvenční chlazené katetry – 6 otvorů
77130	Katetry ablační radiofrekvenční chlazené katetry – porézní (otevřené)
77140	Katetry ablační radiofrekvenční 3D navigační a mapovací – s magnetickým zobrazením
77150	Katetry ablační radiofrekvenční 3D navigační a mapovací – impedanční senzor
77160	Katetry ablační radiofrekvenční 3D navigační a mapovací – s tlakovým senzorem navíc
77170	Katetry ablační radiofrekvenční 3D navigační a mapovací – dálkově (roboticky/magneticky)
77180	Katetry ablační radiofrekvenční pro aktivní kontrolu aplikované energie
77190	Katetry ablační radiofrekvenční cirkulární
77191	Katetry ablační s aplikací laserové energie
77192	Katetry ablační s aplikací kryoenergie bodové
77194	Katetry ablační s aplikací kryoenergie balónkové
77195	Katetry ablační pro pulzní ablaci (PFA) bez magnetického senzoru pro 3D mapování
77196	Katetry ablační pro pulzní ablaci (PFA) s magnetickým senzorem pro 3D mapování

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

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

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

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

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

Implantace systému pro katetrizační opravu trikuspidální chlopně včetně zavaděče je indikována pro:

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

SKUPINA 78 – STENTY A STENTGRAFTY

Skupina obsahuje stenty a stentgrafty.
Stenty:

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

Koronární stenty jsou rozčleněny do skupin a to:

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

Stenty pro dlouhodobé použití URS, RPS, TPS, TPS PLUS, BUS (3 roky): 0115769 – 0115772, 0153762
Použití dlouhodobých stentů musí splňovat níže uvedená indikační kritéria:
Indikace:

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

Periferní vaskulární stenty jsou rozčleněny do skupin a to:

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

78068	Samoexpandibilní aortální (průměr 18-35mm) DES
78069	Samoexpandibilní aortální (průměr 18-35mm) bioresorbovatelný
78070	Balonexpandibilní žilní
78071	Samoexpandibilní žilní

Systém endokotevní (kódy 0136489, 0136490)

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

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

Centra vysoce specializované komplexní kardiovaskulární péče pro dospělé:

1. Fakultní nemocnice v Motole, Praha 5
2. Všeobecná fakultní nemocnice v Praze, Praha 2
3. Fakultní nemocnice Královské Vinohrady, Praha 10
4. Nemocnice Na Homolce, Praha 5
5. Institut klinické a experimentální medicíny, Praha 4
6. Fakultní nemocnice Plzeň
7. Nemocnice České Budějovice
8. Fakultní nemocnice Olomouc
9. Nemocnice Podlesí, Třinec
10. Centrum kardiovaskulární a transplantační chirurgie Brno
11. Fakultní nemocnice Hradec Králové
12. Fakultní nemocnice Ostrava

Intrakraniální stent Credo (kód 0153149)
Stent Credo mohou vykázat jako ZUM pouze Centra vysoce specializované cerebrovaskulární péče:

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

SKUPINA 80 – PROSTŘEDKY PRO POUŽITÍ V GIT

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

SKUPINA 81 – RTG FILMY A RADIODIAGNOSTICKÉ ZP

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

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

Jednotlivé kódy ZP v této skupině tvoří obligatorní ZUM nezbytný k provedení konkrétních laparoskopických operací. Paušální úhrada jednotlivých kódů skupiny 82 je dána součtem úhrad kódů, jejich částí či násobků, které jsou u výkonů spotřebovány.
Do názvu jednotlivých kódů obligatorních ZUM jsou doplněny příslušné kódy DRG markeru ke konkrétnímu laparoskopickému výkonu. K některým kódům skupiny 82 je možné vykazovat ještě kódy fakultativního ZUM – tzv. přídatný ZUM. Tyto kódy jsou součástí Číselníku, lze je vykázat pouze ve specifikovaných indikacích.
Položky přídatných ZUM uvedených v modelových situacích určují referenční výši úhrad zdravotní pojišťovnou, což nevylučuje možnost použití stejného druhu materiálu od jiných výrobců.

PŘEHLED DRG KÓDŮ:

0058351	CÍLENÁ PUNKCE ORGÁNU NEBO LOŽISKA DRG 90780
0058352	CÍLENÝ ODBĚR BIOPSIE DRG 90781
0058353	LAVÁŽ A ODSÁTÍ DUTINY PERITONEÁLNÍ DRG 90782
0058354	LÝZE ADHEZÍ PŘES 10CM2 DRG 90783
0058356	SUBFASCINÁLNÍ LIGACE ŽILNÍCH SPOJEK DRG 90786
0058358	JEJUNOSTOMIE DRG 90787
0058360	KOAGULACE V MALÉ PÁNVI DRG 90789
0058361	VÝKON NA LYMFATICKÉM SYSTÉMU DRG 90794
0058362	APPENDEKTOMIE DRG 90795
0058363	HERNIOPLASTIKA JEDNOSTRANNÁ DRG 90796
0058364	ESOFAGOKARDIOMYOTOMIE DRG 90797
0058365	REVIZE ŽLUČOVÝCH CEST DRG 90798
0058366	DESTRUKCE NÁDORU NEBO METASTÁZ DRG 90799
0058367	RESEKCE MECKELOVA DIVERTIKLU DRG 90800
0058368	LOKÁLNÍ EXCIZE Z JATER DRG 90801
0058369	BEDERNÍ SYMPATEKTOMIE DRG 90802
0058370	CHOLEDOCHOLITHOMIE DRG 90803
0058371	CHOLECYSTEKTOMIE PROSTÁ DRG 90818
0058372	APPENDEKTOMIE PŘI PERITONITIDĚ DRG 90819
0058373	REVIZE PŘI PERIT.NEJAS.PŮVODU NEBO TRAUM.DRG 90820
0058374	SUTURA PERFOR.VŘEDU GASTRODUODENA DRG 90821
0058375	KOLOSTOMIE DRG 90822
0058376	ANTIREFLUXNÍ PLASTIKA DRG 90823
0058377	HERNIOPLASTIKA RECID.KÝLY DRG 90824
0058378	LYMFADENEKTOMIE PÁNEVNÍ ELEKTIVNÍ DRG 90825
0058379	TRUNKÁLNÍ VAGOTOMIE DRG 90826
0058380	TRANSREKTÁLNÍ ENDOSKOP.OPERACE DRG 90827
0058381	EVAKUACE HEMATOMU NEBO EMPYEMU DRG 90828
0058382	SYMPATEKTOMIE JEDNOSTRANNÁ HRUDNÍ DRG 90829
0058383	VARIKOKÉLA DRG 90837
0058384	HERNIOPLASTIKA OBOUSTRANNÁ PRIMÁRNÍ DRG 90838
0058385	SUTURA STŘEVA JAKO SAMOSTATNÝ VÝKON DRG 90839
0058386	REVIZE PŘI AKUT.PANKREAT.A DRENÁŽ ABSCESU DRG 90840
0058387	LYMFADENEKTOMIE PARAAORTÁLNÍ DRG 90841

0058388	KLÍNOVITÁ RESEKCE PLIC DRG 90842
0058389	ENUKLEACE TUMORU PLIC DRG 90843
0058390	PLEUREKTOMIE ABRAZE DRG 90844
0058391	ANASTOMÓZA NA TRÁV.TRAKTU JAKO SAM.VÝK.DRG 90852
0058392	FUNDOPLIKACE DRG 90853
0058393	BANDÁŽ ŽALUDKU DRG 90854
0058394	SUPRASELEKTIVNÍ VAGOTOMIE DRG 90855
0058395	GASTROENTEROCYSTOANASTOMÓZA DLE JURASZE DRG 90856
0058396	ADRENALEKTOMIE DRG 90857
0058397	RESEKCE TENKÉHO STŘEVA DRG 90858
0058399	RESEKCE TLUSTÉHO STŘEVA DRG 90864
0058400	EZOFAGOKARDIOMYOTOMIE S FUNDOPLIKACÍ DRG 90865
0058401	NEFREKTOMIE DRG 90866
0058402	ODSTRANĚNÍ TUMORU MEDIASTINA DRG 90867
0058403	DEKORTIKACE PLÍCE DRG 90868
0058404	PNEUMONEKTOMIE DRG 90869
0058405	LOBEKTOMIE PLIC DRG 90870
0058406	BILOBEKTOMIE PLIC DRG 90871
0058407	PÁNEVNÍ LYMFADENEKTOMIE DRG 90872
0058408	RESEKCE ŽALUDKU BI DRG 90875
0058409	RESEKCE JATER DRG 90876
0058410	PARAAORTÁLNÍ LYMFADENEKTOMIE-RADIKÁLNÍ DRG 90877
0058411	RESEKCE ŽALUDKU BII DRG 90879
0058412	NÍZKÁ PŘEDNÍ RESEKCE REKTA DRG 90880
0058413	TOTÁLNÍ GASTREKTOMIE DRG 90884
0058415	LEPENÍ ORGÁNU DRG 90784
0058416	RETENCE VARLETE DRG 90851
0058417	SPLENEKTOMIE DRG 90881
0058418	ODSTRANĚNÍ ENDOMETRIÓZY I.A II.STUPNĚ DRG 90790
0058419	STERILIZACE DRG 90791
0058420	PUNKCE OOCYTU DRG 90792
0058421	PŘENOS GAMET NEBO EMBRYÍ DO VEJCOVODU DRG 90793
0058422	RESEKCE OVARIA DRG 90804
0058423	ENUKLEACE JEDNODUCHÉ CYSTY DRG 90805
0058424	SALPINGOTOMIE LINEÁRNÍ DRG 90806
0058425	SALPINGEKTOMIE DRG 90807
0058426	OVAREKTOMIE DRG 90808
0058427	ADNEXEKTOMIE DRG 90809
0058428	SALPINGO (FIMBRIO) OVARIOLÝZA DRG 90810
0058429	MYOMEKT.DO 5CM SUBS.N.PEDUNK.MYOM DO 5CM DRG 90811
0058430	SUTURA DĚLOHY PO IATROGENNÍ PERFORACI DRG 90812
0058431	EXTRAKCE CIZÍHO TĚLESA Z DUTINY BŘIŠNÍ DRG 90813
0058432	TRANSSEKCE SAKROUTERINNÍCH VAZŮ DRG 90814
0058433	VENTROSUSP.DLE GIL.SC OVARIOPEX.-OVARIÁL.DRG 90815
0058434	DRENÁŽ ABSCESU DRG 90816
0058435	ADHESIOLÝZA I.STUPNĚ DRG 90817
0058436	SUPRACERVIKÁLNÍ HYSTEREKTOMIE (LSH) DRG 90830

0058437	ASIST.VAGIN.HYSTEREKT.(LAVH)DĚLOHA MENŠÍ NEŽ GRAV. DRG 90831
0058438	NEOSTOMIE A FIMBRIOPLASTIKA DRG 90832
0058439	PLIKACE OBL.VAZŮ HELIK.STEHEM-VENTROSUSP.DRG 90833
0058440	OBLITER.DOUGLASOVA PROSTORU DLE MOSCHOW.DRG 90834
0058441	ODSTRAN.ENDOMETRIOZ III.ST.OVAR.ENDOMETR.DRG 90835
0058442	ADHESIOLÝZA II.STUPNĚ DRG 90836
0058443	ASIST.VAGIN.HYSTEREKT.(LAVH)DĚLOHA VĚTŠÍ NEŽ GRAV.DRG 90845
0058444	SUPRACERV.HYSTEREKT.(LSH)DĚLOHA VĚTŠÍ NEŽ GRAVID.DRG 90846
0058445	ADHESIOLÝZA III.STUPNĚ DRG 90847
0058446	RESEKCE PÁNEVNÍHO ABSCESU DRG 90848
0058447	ZÁVĚSNÁ OPERACE PRO INKONTINENCI DRG 90849
0058448	MYOMEKTOMIE NAD 5CM SUBSERÓZNÍ A INTRAM.DRG 90850
0058449	TOTÁLNÍ HYSTEREKTOMIE (TLH) DRG 90859
0058450	EXTENZIVNÍ ADHESIOLÝZA IV.STUPNĚ DRG 90860
0058451	MIKROCHIRURGICKÁ REANASTOMÓZA TUBY DRG 90861
0058452	MIKROCHIRURGICKÁ NEOSTOMIE NEBO FIMBRIOL.DRG 90862
0058453	DISEKCE URETERU DRG 90863
0058454	ZÁVĚSNÁ OPERACE PRO VAGINÁLNÍ PROLAPS DRG 90873
0058455	ZÁVĚSNÁ OPERACE SÍŤKOU PRO PROLAPS DĚLOHY DRG 90874
0058456	OPERACE NEOVAGINY DRG 90878
0058457	ASIS.VAG.HYST.NEBO TOT.HYST.A PÁN.LYMFAD.DRG 90882
0058458	ASIS.RADIK.VAG.HYSTER.A PÁNEV.LYMFADENECT DRG 90883
0058459	RADIK.HYSTER.WERTHEIM A PÁNEV LYMFADENECT DRG 90885
0058460	LYMFADENEKTOM.RADIK.PARAAORT.A PARAKAVÁL.DRG 90886

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

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

SKUPINA 84 – DALŠÍ OSTEOSYNTETICKÝ MATERIÁL

Skupina mj. obsahuje:

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

Systém pro rekonstrukci předního zkříženého vazu (ACL):

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

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

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

SKUPINA 85 – OXYGENÁTORY

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

Indikační kritéria pro speciální kanyly:

ProtekSolo transseptal – kód 0195113

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

Indikace

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

Protek Duo – kód 0195114

Tato kanyla umožňuje přemostit PK a tím umožnit její krátkodobou podporu.

Indikace

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

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

MECHANICKÁ SRDEČNÍ PODPORA DLOUHODOBÁ (MSP) HEARTMATE

Záruční doba

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

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

MECHANICKÁ SRDEČNÍ PODPORA KRÁTKODOBÁ

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

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

Indikační omezení:

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

MECHANICKÁ SRDEČNÍ PODPORA KRÁTKODOBÁ

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

SKUPINA 86 – KOMPONENTY PRO NÁHRADY KOLENNÍHO KLOUBU

Skupina obsahuje ZP pro náhradu kolenního kloubu.

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

Postup pro vykazování specifického kódu ve skupině 86 –komponenty endoprotéz na zakázku:

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

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

SKUPINA 87 – KOMPONENTY PRO NÁHRADY KYČELNÍHO KLOUBU

Skupina obsahuje ZP pro náhradu kyčelního kloubu.

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

Postup pro vykazování specifického kódu ve skupině 87 –komponenty endoprotéz na zakázku:
Při indikaci jednotlivých komponent totálních endoprotéz je zdravotnické zařízení povinno postupovat následujícím způsobem:

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

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

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

1) prokázání a zdokumentování nesnášenlivosti, resp. alergie na osteosyntetické materiály
2) uvedení důvodu vyloučení implantace náhrady z jiných materiálů s antialergickým povrchem, které jsou již v Číselníku SZP ČR-ZP zařazeny.

Zároveň je nastaven atribut Z v poli LIM1 – omezení pro schválení zdravotní pojišťovnou.

SKUPINA 88 – KOMPONENTY PRO NÁHRADY OSTATNÍCH KLOUBŮ

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

Kódy:

0079998 KOMPONENTA ENDOPROTÉZY OSTATNÍCH KLOUBŮ VČETNĚ DROBNÝCH – INDIVIDUÁLNĚ ZHOTOVENÁ

0079999 KOMPONENTA ENDOPROTÉZY RAMENNÍHO KLOUBU – INDIVIDUÁLNĚ ZHOTOVENÁ

<u>Postup pro vykazování specifických kódů ve skupině 88 –komponenty endoprotéz na zakázku:</u>

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

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

SKUPINA 89 – CEMENTY KOSTNÍ

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

SKUPINA 90 – ZP PRO ROBOTICKÉ VÝKONY

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

SKUPINA 91 – KOMPONENTY PRO OSTEOSYNTETICKOU ZEVNÍ FIXACI

Skupina mj. obsahuje zevní fixátory a jejich součástky, komponenty pro osteosyntetickou zevní fixaci.
Zevní fixátory jsou rozčleněny do níže uvedených skupin:

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

SKUPINA 92 – KARDIOSTEHY

Tato skupina obsahuje kardiostehy (používané v kardiochirurgii).