

## **Zoznam kategorizovaných zdravotníckych pomôcok**

## Limitové tabuľky, preskripčné obmedzenia a indikačné obmedzenia

### Limit skupiny A – Obväzový materiál, náplasti a zdravotnícke pomôcky, ktoré slúžia na aplikáciu liečiva

<i>PODSKUPINA NÁZOV DRUHU ZDRAVOTNÍCKEJ POMÔCKY</i>	<i>TRIEDA</i>	<i>INDIKAČNÉ OBMEDZENIA</i>	<i>MNOŽSTVOVÝ LIMIT</i>
<b>A1 OBVÄZ HYDROFILNÝ</b>	A1.1 Obväz hydrofilný, sterilný		10 kusov za mesiac
	A1.2 Obväz hydrofilný, nesterilný		10 kusov za mesiac
<b>A2 GÁZA HYDROFILNÁ</b>	A2.1 Gáza hydrofilná rolovaná		kus za dva mesiace
	A2.2 Gáza hydrofilná, zložky		10 kusov za mesiac
<b>A3 GÁZOVÉ TAMPÓNY</b>	A3 Gázové skrútené tampóny	pre deti do 18 rokov	100 kusov za mesiac
		pre dospelých:	
		intenzifikovaný režim	100 kusov za dva mesiace
		konvenčný režim	100 kusov za tri mesiace
<b>A4 GÁZOVÉ KOMPRESY</b>	A4.1 Gázové kompresy sterilné		100 kusov za mesiac
	A4.2 Gázové kompresy nesterilné		100 kusov za mesiac
<b>A5 VATA</b>	A5.1 Vata vinutá		1000 g za mesiac
	A5.2 Vata v rezoch		1000 g za mesiac
	A5.3 Vatový vankúšik		100 kusov za mesiac
<b>A6 OBVÄZ HADIČKOVÝ</b>	A6 Obväz hadičkový		tri metre za mesiac
<b>A7 OBVÄZ ELASTICKÝ</b>	A7 Obväz elastický		štyri kusy za mesiac
<b>A8 POMÔCKY NA VLHKÉ HOJENIE RÁN</b>	A8.1.1 Obväz hydrokoloidný, štandardný		Potrebné množstvo zdravotníckych pomôcok na vlhké hojenie rán musí lekár zdôvodniť v zdravotnej dokumentácii pri každom predpise (veľkosť rany, veľkosť a množstvo materiálu potrebného na jeden preväz, nevyhnutnú frekvenciu preväzov počas určeného obdobia do ďalšieho predpisu – spravidla mesiac).
	A8.1.2 Obväz hydrokoloidný, tenký		Potrebné množstvo zdravotníckych pomôcok na vlhké hojenie rán musí lekár zdôvodniť v zdravotnej dokumentácii pri každom predpise (veľkosť rany, veľkosť a množstvo materiálu, potrebného na jeden preväz, nevyhnutnú frekvenciu preväzov počas určeného obdobia do ďalšieho predpisu – spravidla mesiac).
	A8.2 Obväz s aktívnym uhlím		Potrebné množstvo zdravotníckych pomôcok na vlhké hojenie rán musí lekár zdôvodniť v zdravotnej dokumentácii pri každom predpise

			(veľkosť rany, veľkosť a množstvo materiálu, potrebného na jeden preväz, nevyhnutnú frekvenciu preväzov počas určeného obdobia do ďalšieho predpisu – spravidla mesiac).
	A8.3.1 Obväz s aktívnym jódom		Potrebné množstvo zdravotníckych pomôcok na vlhké hojenie rán musí lekár zdôvodniť v zdravotnej dokumentácii pri každom predpise (veľkosť rany, veľkosť a množstvo materiálu, potrebného na jeden preväz, nevyhnutnú frekvenciu preväzov počas určeného obdobia do ďalšieho predpisu – spravidla mesiac).
	A8.3.2 Masť s aktívnym jódom	Používa sa na ošetrovanie chronických exsudatívnych rán. Môže sa používať v kombinácii s kompresívnou terapiou a na infikované rany. Používa sa napríklad pri nasledovných typoch rán – preležaniny, vredy predkolenia, diabetické vredy, pooperačné rany, popáleniny prvého a druhého stupňa, miesta kožných štepov, vredy mykotickej etiológie.	Potrebné množstvo zdravotníckych pomôcok na vlhké hojenie rán musí lekár zdôvodniť v zdravotnej dokumentácii pri každom predpise (veľkosť rany, veľkosť a množstvo materiálu, potrebného na jeden preväz, nevyhnutnú frekvenciu preväzov počas určeného obdobia do ďalšieho predpisu – spravidla mesiac).
	A8.3.3 Prášok s aktívnym jódom	Používa sa na ošetrovanie chronických exsudatívnych rán. Môže sa používať v kombinácii s kompresívnou terapiou a na infikované rany.  Používa sa napríklad pri nasledovných typoch rán – preležaniny, vredy predkolenia, diabetické vredy, pooperačné rany, popáleniny prvého a druhého stupňa, miesta kožných štepov, vredy mykotickej etiológie.	Potrebné množstvo zdravotníckych pomôcok na vlhké hojenie rán musí lekár zdôvodniť v zdravotnej dokumentácii pri každom predpise (veľkosť rany, veľkosť a množstvo materiálu potrebného na jeden preväz, nevyhnutnú frekvenciu preväzov počas určeného obdobia do ďalšieho predpisu – maximálne mesiac).
	A8.4.1 Hydrogél tuba		Potrebné množstvo zdravotníckych pomôcok na vlhké hojenie rán musí lekár zdôvodniť v zdravotnej dokumentácii pri každom predpise (veľkosť rany, veľkosť a množstvo materiálu, potrebného na jeden preväz, nevyhnutnú frekvenciu preväzov počas určeného obdobia do ďalšieho predpisu – spravidla mesiac).

	A8.4.2 Obväz hydrogélový		Potrebné množstvo zdravotníckych pomôcok na vlhké hojenie rán musí lekár zdôvodniť v zdravotnej dokumentácii pri každom predpise (veľkosť rany, veľkosť a množstvo materiálu, potrebného na jeden preväz, nevyhnutnú frekvenciu preväzov počas určeného obdobia do ďalšieho predpisu – spravidla mesiac).
	A8.5.1 Obväz alginátový		Potrebné množstvo zdravotníckych pomôcok na vlhké hojenie rán musí lekár zdôvodniť v zdravotnej dokumentácii pri každom predpise (veľkosť rany, veľkosť a množstvo materiálu, potrebného na jeden preväz, nevyhnutnú frekvenciu preväzov počas určeného obdobia do ďalšieho predpisu – spravidla mesiac).
	A8.5.2 Výplň alginátová		Potrebné množstvo zdravotníckych pomôcok na vlhké hojenie rán musí lekár zdôvodniť v zdravotnej dokumentácii pri každom predpise (veľkosť rany, veľkosť a množstvo materiálu, potrebného na jeden preväz, nevyhnutnú frekvenciu preväzov počas určeného obdobia do ďalšieho predpisu – spravidla mesiac).
	A8.6.1 Obväz hydropolymérový		Potrebné množstvo zdravotníckych pomôcok na vlhké hojenie rán musí lekár zdôvodniť v zdravotnej dokumentácii pri každom predpise (veľkosť rany, veľkosť a množstvo materiálu, potrebného na jeden preväz, nevyhnutnú frekvenciu preväzov počas určeného obdobia do ďalšieho predpisu – spravidla mesiac).
	A8.6.2 Obväz polyuretánový		Potrebné množstvo zdravotníckych pomôcok na vlhké hojenie rán musí lekár zdôvodniť v zdravotnej dokumentácii pri každom predpise (veľkosť rany, veľkosť a množstvo materiálu, potrebného na jeden preväz, nevyhnutnú frekvenciu preväzov počas určeného obdobia do ďalšieho predpisu – spravidla mesiac).
	A8.7 Polyakrylátové krytie na autolytické čistenie rán		Potrebné množstvo zdravotníckych pomôcok na vlhké hojenie rán musí lekár zdôvodniť v zdravotnej dokumentácii pri každom predpise (veľkosť rany, veľkosť a množstvo materiálu, potrebného na jeden preväz, nevyhnutnú frekvenciu preväzov počas určeného obdobia do ďalšieho predpisu – spravidla mesiac).

	A8.8 Mastný tyl sterilný		Potrebné množstvo zdravotníckych pomôcok na vlhké hojenie rán musí lekár zdôvodniť v zdravotnej dokumentácii pri každom predpise (veľkosť rany, veľkosť a množstvo materiálu, potrebného na jeden preväz, nevyhnutnú frekvenciu preväzov počas určeného obdobia do ďalšieho predpisu – spravidla mesiac).
	A8.9 Obväz hydrovláknitý		Potrebné množstvo zdravotníckych pomôcok na vlhké hojenie rán musí lekár zdôvodniť v zdravotnej dokumentácii pri každom predpise (veľkosť rany, veľkosť a množstvo materiálu, potrebného na jeden preväz, nevyhnutnú frekvenciu preväzov počas určeného obdobia do ďalšieho predpisu – spravidla mesiac).
	A8.10.2 Remodelujúci materiál na patologické jazvy	hypertrofické a keloidné jazvy	15 g jednorazovo
	A8.12 Membránové krytie		Potrebné množstvo zdravotníckych pomôcok na vlhké hojenie rán musí lekár zdôvodniť v zdravotnej dokumentácii pri každom predpise (veľkosť rany, veľkosť a množstvo materiálu, potrebného na jeden preväz, nevyhnutnú frekvenciu preväzov počas určeného obdobia do ďalšieho predpisu – spravidla mesiac).
	A8.13.1 Superabsorbent vysoko savý	<p>Stredne a silno secernujúce rany, ktoré pri klasickom krytí vyžadujú výmenu viac ako 1 x denne, alebo nedostatočným uzamykaním exsudátu macerujú okolitú kožu. Pooperačné rany s dehiscenciou, hojace sa <i>per secundam</i>, silno secernujúce.</p> <p>Chronické silno secernujúce ulcerácie v teréne venostázy až lymfedému</p> <p>Mierne až silno supurujúce rany s vysokým stupňom secernácie.</p> <p>Superabsorbent vysokosavý sa nesmie použiť na: nesecernujúce a málo secernujúce rany a ako sekundárne krytie pri prekrytí iného savého primárneho krytia.</p>	Potrebné množstvo zdravotníckych pomôcok na vlhké hojenie rán musí lekár zdôvodniť v zdravotnej dokumentácii pri každom predpise (veľkosť rany, veľkosť a množstvo materiálu, potrebného na jeden preväz, nevyhnutnú frekvenciu preväzov počas určeného obdobia do ďalšieho predpisu – spravidla mesiac).
	A8.13.2 Roztoky na výplach rán		Potrebné množstvo zdravotníckych pomôcok na vlhké hojenie rán musí lekár zdôvodniť v zdravotnej dokumentácii pri každom predpise (veľkosť rany, veľkosť a množstvo materiálu, potrebného na jeden preväz, nevyhnutnú

			frekvenciu prevázov počas určeného obdobia do ďalšieho predpisu – spravidla mesiac).
	A8.13.3 Hydrobalančné obvazy		Potrebné množstvo zdravotníckych pomôcok na vlhké hojenie rán musí lekár zdôvodniť v zdravotnej dokumentácii pri každom predpise (veľkosť rany, veľkosť a množstvo materiálu, potrebného na jeden preváz, nevyhnutnú frekvenciu prevázov počas určeného obdobia do ďalšieho predpisu – spravidla mesiac).
	A8.13.4.1 Neadherentné obvazy do 50 cm <sup>2</sup> vrátane		Potrebné množstvo zdravotníckych pomôcok na vlhké hojenie rán musí lekár zdôvodniť v zdravotnej dokumentácii pri každom predpise (veľkosť rany, veľkosť a množstvo materiálu, potrebného na jeden preváz, nevyhnutnú frekvenciu prevázov počas určeného obdobia do ďalšieho predpisu – spravidla mesiac).
	A8.13.4.2 Neadherentné obvazy do 100 cm <sup>2</sup> vrátane		
	A8.13.4.3 Neadherentné obvazy nad 100 cm <sup>2</sup> vrátane		
	A8.13.4.4 Neadherentné krytie s nanokryštalickým striebrom do 100 cm <sup>2</sup> vrátane	Určené pre infikované, kontaminované a povlečené rany	Potrebné množstvo zdravotníckych pomôcok na vlhké hojenie rán musí lekár zdôvodniť v zdravotnej dokumentácii pri každom predpise (veľkosť rany, veľkosť a množstvo materiálu, potrebného na jeden preváz, nevyhnutnú frekvenciu prevázov počas určeného obdobia do ďalšieho predpisu – spravidla mesiac).
	A8.13.4.5 Neadherentné krytie s nanokryštalickým striebrom nad 100 cm <sup>2</sup> vrátane		
	A8.13.6 Mechanické čistenie rán	Chronické povlečené rany	Potrebné množstvo zdravotníckych pomôcok musí lekár zdôvodniť v zdravotnej dokumentácii pri každom predpise. Maximálne 1 ks na jeden preváz. Počet prevázov za mesiac poznačí lekár do dokumentácie.
	A8.14.1 Kolagénové krytie v spreji	Chronické nehojace sa rany napriek liečbe Vredy venózneho, arteriálneho pôvodu Rozpadnuté rany nemalígneho charakteru Remodelujúci materiál na kožné defekty sa nesmie použiť na: <ul style="list-style-type: none"> <li>– nekrotické, putridné rany,</li> <li>– malígne rany a rany,</li> <li>– nevyšetreného pôvodu,</li> <li>– silno secernujúce rany.</li> </ul>	Potrebné množstvo zdravotníckych pomôcok na vlhké hojenie rán musí lekár zdôvodniť v zdravotnej dokumentácii pri každom predpise (veľkosť rany, veľkosť a množstvo materiálu, potrebného na jeden preváz, nevyhnutnú frekvenciu prevázov počas určeného obdobia do ďalšieho predpisu – spravidla mesiac).
	A8.14.2 Kolagénové krytie plošné	Chronické nehojace sa rany napriek liečbe Vredy venózneho, arteriálneho pôvodu Rozpadnuté rany nemalígneho charakteru	Potrebné množstvo zdravotníckych pomôcok na vlhké hojenie rán musí lekár zdôvodniť v zdravotnej dokumentácii pri každom predpise (veľkosť rany, veľkosť a množstvo materiálu,

	Remodelujúci materiál na kožné defekty sa nesmie použiť na: <ul style="list-style-type: none"> <li>- nekrotické, putridné rany,</li> <li>- malígne rany a rany,</li> <li>- nevyšetreného pôvodu,</li> <li>- silno secernujúce rany.</li> </ul>	potrebného na jeden preváz, nevyhnutnú frekvenciu prevázov počas určeného obdobia do ďalšieho predpisu – spravidla mesiac).
A8.15.1 Pomôcky do ústnej dutiny gélové		podľa potreby na základe zdravotného stavu
A8.15.2 Pomôcky do ústnej dutiny so zmenou pH		podľa potreby na základe zdravotného stavu
A8.16 Celulóзовé krytie	neinfikované rany	podľa potreby na základe zdravotného stavu
A8.17 Biokeramické krytie	Stredne a silno secernujúce rany, ktoré pri klasickom krytí vyžadujú výmenu viac ako 1 x denne, alebo nedostatočným uzamykaním exsudátu macerujú okolitú kožu Pooperačné rany s dehiscenciou, hojace sa <i>per secundam</i> , silno secernujúce Chronické silno secernujúce ulcerácie v teréne venostázy až lymfedému. Mierne až silno supurujúce rany s vysokým stupňom secernácie Biokeramické krytie sa nesmie použiť na: nesecernujúce a málo secernujúce rany a ako sekundárne krytie pri prekrytí iného savého primárneho krytia	Potrebné množstvo zdravotníckych pomôcok na vlhké hojenie rán musí lekár zdôvodniť v zdravotnej dokumentácii pri každom predpise (veľkosť rany, veľkosť a množstvo materiálu, potrebného na jeden preváz, nevyhnutnú frekvenciu prevázov počas určeného obdobia do ďalšieho predpisu – spravidla mesiac).
A8.18.1 Krytia na báze medu s peroxidovou antibakteriálnou aktivitou; Krátkodobá peroxidová aktivita (do 5 dní) do 100 cm <sup>2</sup>	Povrchové granulujúce málo a stredne secernujúce rany potenciálne kolonizované Potenciálne kolonizované a čisté epitelizujúce rany Povrchové mierne a stredne povlečené rany Melové krytie na báze manuka medu, náplast' sa nesmie použiť na: <ul style="list-style-type: none"> <li>- silno hnisajúce rany,</li> <li>- suché neodstránené nekrózy.</li> </ul>	Potrebné množstvo zdravotníckych pomôcok na vlhké hojenie rán musí lekár zdôvodniť v zdravotnej dokumentácii pri každom predpise (veľkosť rany, veľkosť a množstvo materiálu, potrebného na jeden preváz, nevyhnutnú frekvenciu prevázov počas určeného obdobia do ďalšieho predpisu – spravidla mesiac)
A8.18.2.1 Krytia na báze medu s neperoxidovou antibakteriálnou aktivitou, krytia do 100 cm <sup>2</sup>	Výplňové médium do povlečených málo a stredne secernujúcich hlbších rán s kolonizáciou Výplňové médium do hlbších granulujúcich potenciálne kolonizovaných rán.	Potrebné množstvo zdravotníckych pomôcok na vlhké hojenie rán musí lekár zdôvodniť v zdravotnej dokumentácii pri každom predpise (veľkosť rany, veľkosť a množstvo materiálu, potrebného na jeden preváz, nevyhnutnú

	Medové krytie na báze manuka medu, tuba sa nesmie použiť na: <ul style="list-style-type: none"> <li>- silno hnisajúce rany,</li> <li>- suché neodstránené nekrózy</li> </ul>	frekvenciu prevázov počas určeného obdobia do ďalšieho predpisu – spravidla mesiac).
A8.18.2.2 Krytia na báze medu s neperoxidovou antibakteriálnou aktivitou, krytia nad 100 cm <sup>2</sup>	Čiastočne alebo úplne otvorené rany, povlečené rany, dekubity, vredy na nohách, chirurgické rany, odberové plochy, zápachajúce rany	Potrebné množstvo zdravotníckych pomôcok na vlhké hojenie rán musí lekár zdôvodniť v zdravotnej dokumentácii pri každom predpise (veľkosť rany, veľkosť a množstvo materiálu, potrebného na jeden preváz, nevyhnutnú frekvenciu prevázov počas určeného obdobia do ďalšieho predpisu – spravidla mesiac).
A8.18.3.1 Amorfné krytia na báze medu s peroxidovou antibakteriálnou aktivitou	Povrchové a akútne rany, napr. rezné rany, odreniny a miesta transplantácie. Povrchové a čiastočne zhrubnuté popáleniny (1. a 2. stupňa). Chronické rany, ako sú preležaniny, bercové, arteriálne a diabetické vredy. Rozširujúce sa rany (na podporu dezodorizácie a vyčistenia). Kolonizované akútne rany a (pooperačné) chirurgické rany.	Potrebné množstvo zdravotníckych pomôcok na vlhké hojenie rán musí lekár zdôvodniť v zdravotnej dokumentácii pri každom predpise (veľkosť rany, veľkosť a množstvo materiálu, potrebného na jeden preváz, nevyhnutnú frekvenciu prevázov počas určeného obdobia do ďalšieho predpisu – spravidla mesiac).
A8.18.3.2 Amorfné krytia na báze medu s neperoxidovou antibakteriálnou aktivitou	Čiastočne alebo úplne otvorené rany, rany s chrastami, dekubity a vredy, chirurgické rany, odberové plochy, zápachajúce rany.	Potrebné množstvo zdravotníckych pomôcok na vlhké hojenie rán musí lekár zdôvodniť v zdravotnej dokumentácii pri každom predpise (veľkosť rany, veľkosť a množstvo materiálu, potrebného na jeden preváz, nevyhnutnú frekvenciu prevázov počas určeného obdobia do ďalšieho predpisu – spravidla mesiac).
A8.19 Systém na podtlakové hojenie rán	Pooperačné rany po cievnych rekonštrukciách so vzniknutou dehiscenciou alebo manifestnou infekciou v teréne nízkej až strednej exsudácie. Liečba operačných rán, ktoré sa vo včasnom pooperačnom období hoja per secundam po revaskularizačných operáciách. Pooperačné rany po implantáciách TEP alebo osteosyntézach so vzniknutou dehiscenciou alebo manifestnou infekciou v teréne nízkej až strednej exsudácie. Pooperačné rany po plastikách brušnej steny s použitím sieťky onlay technikou so	Jeden set obsahujúci 1 pumpa + 2 krytia na 7 dní jednorazovo počas neprerušenej počiatkovej fázy liečby rany



		<p>vzniknutou dehiscenciou alebo manifestnou infekciou v teréne nízkej až strednej exsudácie.</p> <p>Aplikované kožné štepy a lalokové plastiky kože hradené na základe verejného zdravotného poistenia, kde retencia tekutiny pod štepom/lalokom ohrozuje jeho prihojenie.</p> <p>Systém podtlakového hojenia rán sa nesmie použiť pre silne secernujúce alebo hlboké respektíve chobotovité alebo kontaminované rany s aktívnym zápalom respektíve anaeróbnou infekciou.</p> <p>Rana musí byť maximálne tak hlboká, aby aktívna plocha krytia bola v celom rozsahu v kontakte so spodinou rany bez mŕtveho priestoru.</p> <p>Rany nesmú presahovať veľkosť aktívnej plochy príslušnej veľkosti krytia.</p> <p>Rozmery rany, tvar a hĺbka rany musia byť vyznačené v zdravotnej dokumentácii.</p>	
	<p>A8.19.1 Systém na podtlakové hojenie rán – podtlaková pumpa</p>	<p>Pooperačné rany po plastikách brušnej steny s použitím sieťky onlay technikou so vzniknutou dehiscenciou alebo manifestnou infekciou v teréne nízkej až strednej exsudácie.</p> <p>Aplikované kožné štepy a lalokové plastiky kože hradené na základe verejného zdravotného poistenia, kde retencia tekutiny pod štepom/lalokom ohrozuje jeho prihojenie.</p> <p>Systém podtlakového hojenia rán sa nesmie použiť pre silne secernujúce alebo hlboké respektíve chobotovité alebo kontaminované rany s aktívnym zápalom respektíve anaeróbnou infekciou.</p> <p>Rana musí byť maximálne tak hlboká, aby aktívna plocha krytia bola v celom rozsahu v kontakte so spodinou rany bez mŕtveho priestoru.</p>	<p>1 pumpa na 7 dní jednorazovo počas neprerušenej počiatkovej fázy liečby rany</p>

	<p>Rany nesmú presahovať veľkosť aktívnej plochy príslušnej veľkosti krytia.</p> <p>Rozmery rany, tvar a hĺbka rany musia byť vyznačené v zdravotnej dokumentácii.</p>	
A8.19.2 Systém na podtlakové hojenie rán – krytie na rany	<p>Pooperačné rany po plastikách brušnej steny s použitím sieťky onlay technikou so vzniknutou dehiscenciou alebo manifestnou infekciou v teréne nízkej až strednej exsudácie.</p> <p>Aplikované kožné štepy a lalokové plastiky kože hradené na základe verejného zdravotného poistenia, kde retencia tekutiny pod štepom/lalokom ohrozuje jeho prihojenie.</p> <p>Systém podtlakového hojenia rán sa nesmie použiť pre silne secernujúce alebo hlboké respektíve chobotovité alebo kontaminované rany s aktívnym zápalom respektíve anaeróbnou infekciou.</p> <p>Rana musí byť maximálne tak hlboká, aby aktívna plocha krytia bola v celom rozsahu v kontakte so spodinou rany bez mŕtveho priestoru.</p> <p>Rany nesmú presahovať veľkosť aktívnej plochy príslušnej veľkosti krytia.</p> <p>Rozmery rany, tvar a hĺbka rany musia byť vyznačené v zdravotnej dokumentácii.</p>	2 krytia na 7 dní jednorazovo počas neprerušenej počiatočnej fázy liečby rany.
A8.19.3 Systém na podtlakové hojenie rán – pena na podtlakovú terapiu	<p>Pooperačné rany po plastikách brušnej steny s použitím sieťky onlay technikou so vzniknutou dehiscenciou alebo manifestnou infekciou v teréne nízkej až strednej exsudácie.</p> <p>Aplikované kožné štepy a lalokové plastiky kože hradené na základe verejného zdravotného poistenia, kde retencia tekutiny pod štepom/lalokom ohrozuje jeho prihojenie.</p> <p>Systém podtlakového hojenia rán sa nesmie použiť pre silne secernujúce alebo hlboké respektíve chobotovité alebo kontaminované</p>	3 peny na 7 dní jednorazovo počas neprerušenej počiatočnej fázy liečby rany

		<p>rany s aktívnym zápalom respektíve anaeróbnou infekciou.</p> <p>Rana musí byť maximálne tak hlboká, aby aktívna plocha krytia bola v celom rozsahu v kontakte so spodinou rany bez mŕtveho priestoru.</p> <p>Rany nesmú presahovať veľkosť aktívnej plochy príslušnej veľkosti krytia.</p> <p>Rozmery rany, tvar a hĺbka rany musia byť vyznačené v zdravotnej dokumentácii.</p>	
<b>A9 OČNÝ OBVÄZ</b>	A9 Očný obvaz		podľa potreby na základe zdravotného stavu
<b>A11 PESARY</b>	A11.1 Pesar pre močovú inkontinenciu a descenzus pošvy	inkontinencia a descenzus pošvy	jeden kus za rok
	A11.2 Pesar pre liečbu isthmocervikálnej insuficiencie	isthmocervikálna insuficiencia v gravidite	raz za graviditu
<b>A12 POMÔCKY NA INHALÁCIU LIEČIVA</b>	A12 Pomôcky na inhaláciu liečiva		jeden kus za rok
<b>A13 POMÔCKY NA APLIKÁCIU LIEČIVA A VÝŽIVY</b>	A13.2 Zdravotnícke pomôcky na podanie infúzie	kolorektálny karcinóm, karcinóm hlavy a krku, karcinóm esofágu, karcinóm pankreasu, karcinóm žľazníka a žľazových ciest a karcinóm žalúdka, karcinóm prsníka	podľa potreby na základe zdravotného stavu
<b>A14 LIEČEBNÁ TKANINA</b>	A14 Liečebná tkanina	atopický ekzém	štyri kusy za rok
<b>A15 DIAGNOSTICKÉ NÁPLASTI</b>	A15 Diagnostické náplasti	diabetes mellitus	jeden kus jednorazovo
		v prípade negatívneho testu neuropatie	jeden kus za rok

Hradená liečba pre A8.19 Systém na podtlakové hojenie rán výhradne v špecializovaných ambulanciách ústavných zariadení, ktoré majú zmluvne dohodnuté so zdravotnou poisťovňou úhrady na systém podtlakového hojenia rán určeného pre hospitalizovaných pacientov.

Potrebné množstvo každej predpísanej pomôcky je nevyhnutné vyjadriť v počte MJD ( ks, bal., set ). MJD je stanovená pre každú pomôcku individuálne a je uvedená v rovnakom riadku kategorizačného zoznamu, v kolónke MJD.

**Limit skupiny B - Zdravotnicke pomôcky pre inkontinenciu, retenciu moču**

<i>PODSKUPINA NÁZOV DRUHU ZDRAVOTNÍCKEJ POMÔCKY</i>	<i>TRIEDA</i>	<i>INDIKAČNÉ OBMEDZENIA</i>	<i>MNOŽSTVOVÝ LIMIT</i>	<i>FINANČNÝ LIMIT</i>
				úhrnná suma 14,77 EUR za mesiac pre druhý stupeň inkontinencie, a to zdravotnicke pomôcky skupiny <b>B1.1, B2.1</b>
				úhrnná suma 59,73 EUR za mesiac pre tretí stupeň inkontinencie, a to zdravotnicke pomôcky skupiny <b>B1.2, B2.2, B3.1, B3.2, B4, B5</b>
<b>B1 VLOŽKY</b>	B1.1 Vložky pre druhý stupeň inkontinencie	vek od <b>troch rokov</b> <b>II. stupeň</b> inkontinencie		
	B1.2 Vložky pre tretí stupeň inkontinencie	vek od <b>troch rokov</b> <b>III. stupeň</b> inkontinencie		
<b>B2 VKLADACIE PLIENKY</b>	B2.1 Vkladacie plienky pre II. stupeň inkontinencie	vek od <b>troch rokov</b> <b>II. stupeň</b> inkontinencie		
	B2.2 Vkladacie plienky pre III. stupeň inkontinencie	vek od <b>troch rokov</b> <b>III. stupeň</b> inkontinencie		
<b>B3 PLIENKOVÉ NOHAVIČKY</b>	B3.1 Plienkové nohavičky detské	vek od <b>troch rokov</b> <b>III. stupeň</b> inkontinencie		
	B3.2 Plienkové nohavičky	vek od <b>troch rokov</b> <b>III. stupeň</b> inkontinencie		
<b>B4 FIXAČNÉ NOHAVIČKY</b>	B4 Fixačné nohavičky	vek od <b>troch rokov</b> <b>III. stupeň</b> inkontinencie		
<b>B5 PODLOŽKY POD CHORÝCH</b>	B5 Podložky pod chorých	vek od <b>troch rokov</b> <b>III. stupeň</b> inkontinencie	60 kusov za mesiac	
<b>B6 KONDÓMY</b>	B6.1 Kondómy nelepiace		30 kusov za mesiac	
	B6.2 Kondómy samolepiace			
<b>B7 URINÁLNE VRECKÁ</b>	B7 Urinálne vrecká		20 kusov za mesiac	
<b>B8 DRŽIAK</b>	B8 Držiak		2 kusy za rok	
<b>B9 PRIPEVNŮVACÍ PÁS</b>	B9 Pripevňovací pás		dva kusy za rok	
<b>B10 POMÔCKY PRE</b>		Deti do dovŕšenia 19. roku veku	maximálne 180 ks za mesiac	

<b>AUTOKATETRIZÁCIU</b>	B10.1 Pomôcky na autokatetrizáciu bez konektora	Dospelí s chronickou retenciou moču	maximálne 120 ks za mesiac	
	B10.1.1 Pomôcky na autokatetrizáciu bez konektora s použitím roztoku, lubrikované			
	B10.1.3 Pomôcky pre autokatetrizáciu bez konektora na priame použitie			
	B10.1.4 Pomôcky pre autokatetrizáciu bez konektora na priame použitie teleskopický mužský	Dospelí, ak počas urodynamického vyšetrenia v 2-ročných intervaloch presiahne tlak detruzora 40 cm vodného stĺpca pri objeme nižšom ako 400 ml	maximálne 180 ks za mesiac	
	B10.1.5 Pomôcky pre autokatetrizáciu bez konektora na priame použitie teleskopický ženský			
	B10.2 Pomôcky pre autokatetrizáciu s konektorom			
	B10.2.1 Pomôcky pre autokatetrizáciu jednorazové s konektorom a zberným vreckom			
<b>B11 PREPLACHOVÉ SYSTÉMY PERMANENTNÝCH MOČOVÝCH KATÉTROV</b>	B11 Preplachové systémy permanentných močových katétrov	U chorých s močovým katétrom, pri ktorých dochádza k zvýšenej tvorbe hlienu a k zvýšenému výskytu infekcií po náhradách močového mechúra	podľa potreby na základe zdravotného stavu	

**Stanovuje sa minimálna savosť nad 120 ml pre vložky absorpčné v podskupine B1.1 Vložky pre druhý stupeň inkontinencie**

**Stanovuje sa minimálna savosť 800 ml a viac pre vložky absorpčné v podskupine B1.2 Vložky pre tretí stupeň inkontinencie**

Vysvetlivky:

**Prvý stupeň inkontinencie moču** – občasný únik moču, t.j. únik po kvapkách alebo únik maximálne dva razy denne.

**Druhý stupeň inkontinencie moču** – častý únik moču, únik prúdom niekoľkokrát cez deň objektivizovaný dôslednou anamnézou, zhodnotením mikčného denníka, alebo plienkovým testom

- a) stresová inkontinencia moču – pri normálnej funkcii zvierača,
- b) hyperaktívny mechúr s inkontinenciou moču – príčina nonneurogénna,
- c) zmiešaná inkontinencia moču podľa písmen a) a b).

**Tretí stupeň inkontinencie moču** – trvalý únik moču, únik niekoľkokrát denne aj v noci v ľahu, tento stupeň predovšetkým u ležiacich poistencov môže byť spojený aj s inkontinenciou stolice

- a) fistuly,
- b) stresová inkontinencia moču – pri strate funkcie zvierača,
- c) hyperaktívny mechúr s inkontinenciou moču – príčina neurogénna,
- d) zmiešaná inkontinencia moču podľa písmen b) a c),
- e) inkontinencia stolice – izolovaná alebo kombinovaná s inkontinenciou moču.

Určený stupeň inkontinencie sa uvedie na lekársky poukaz diagnózou:

Dg. U99.01 – inkontinencia moču, II. stupeň,

Dg. U99.02 – inkontinencia moču a stolice, III. stupeň, trvalá,

Dg. U99.03 – Inkontinencia moču a stolice, III. stupeň, trvalá a nezvratná.

Pri trvalej a nezvratnej inkontinencii III. stupňa nie sú potrebné následné kontroly u indikujúceho odborného lekára.

**Limit skupiny D – Zdravotnícke pomôcky pre diabetikov**

<i>PODSKUPINA NÁZOV DRUHU ZDRAVOTNÍCKEJ POMÔCKY</i>	<i>CHARAKTERISTIKA</i>	<i>MNOŽSTVOVÝ LIMIT</i>	<i>INDIKAČNÉ OBMEDZENIE</i>
<b>D1 GLUKOMERY PRE INZULÍNOVÝ REŽIM</b>	D1.1 Glukomery pre inzulínový režim bez hlasového výstupu	kus za päť rokov	
	D1.2 Glukomery pre inzulínový režim s hlasovým výstupom	kus za päť rokov	nekvalifikovaná strata videnia na obe oči a neschopnosť manipulácie s glukomerom bez hlasového výstupu
<b>D3 TESTOVACIE PRŮŽKY NA STANOVENIE GLUKÓZY A INÝCH LÁTOK V KRVI GLUKOMEROM</b>	D3.1 Testovacie prúžky na stanovenie glukózy v krvi glukomerom	100 kusov na 1 mesiac	gravidné diabetičky
		75 kusov na 1 mesiac	pre diabetikov liečených intenzifikovaným inzulínovým režimom, LADA
		150 kusov na 1 mesiac	pre diabetikov do dovŕšenia 19. roku veku
		50 kusov na 2 mesiace	pre diabetikov liečených konvenčným inzulínovým režimom a MODY
	50 kusov na 4 mesiace	pre diabetikov liečených perorálnymi antidiabetikami, inkretínovými injekčnými mimetikami (GLP – 1) a diétou	
D3.2 Testovacie prúžky na stanovenie KETOLÁTOK z krvi	50 ks raz za 4 mesiace	Testovacie prúžky na stanovenie ketolátok z krvi u diabetikov 1. typu (intenzifikovaný režim a inzulínové pumpy)	
<b>D4 LANCETOVÉ PERÁ</b>	D4 Lacentové perá	kus za päť rokov	pre diabetikov liečených intenzifikovaným alebo konvenčným režimom
<b>D5 LANCETY PRE LANCETOVÉ PERÁ</b>	D5 Lacenty pre lacentové perá	200 kusov za rok	pre intenzifikovaný režim
		100 kusov za rok	pre konvenčný režim
		100 kusov za rok	pre diabetikov liečených perorálnymi antidiabetikami a diétou
<b>D6 INZULÍNOVÉ PERO S MOŽNOSŤOU DÁVKOVANIA 1 A VIAC IU</b>	D6 Inzulínové pero s možnosťou dvkovania 1 a viac IU	dva kusy za tri roky	u detí do 18 rokov veku a pre poistenca s intenzifikovaným inzulínovým režimom
<b>D8</b>	D8 Ihly k aplikácii liečiv u diabetikov pomocou pera	200 kusov za rok	pre konvenčný režim
		300 kusov za rok	u detí do 15 rokov veku
		300 kusov za rok	pre intenzifikovaný režim

<b>IHLY K APLIKÁCIÍ LIEČIV U DIABETIKOV POMOCO PERA</b>		200 kusov za rok	pre liečbu inkretínovými injekčnými mimetikami
<b>D9 STRIEKAČKY SO ZATAVENOU IHLOU</b>	D9 Striekačky so zatavenou ihlou	800 kusov za rok	konvenčný režim
		1200 kusov za rok	intenzifikovaný režim u dospelých a u detí do 18 rokov veku
<b>D10 INZULÍNOVÁ PUMPA S PRÍSLUŠENSTVOM</b>	D10.1.1 Inzulínové pumpy	kus za štyri roky	
	D10.2.1 Infúzny set	kus za tri dni, desať kusov za mesiac	
	D 10.2.1.2 Infúzny set bez obsahu teflónu	kus za dva dni, pätnásť kusov za mesiac	pacienti alergickí na teflón
	D10.2.2 Zásobník inzulínu	100 kusov za rok	
	D10.2.6 Puzdro	kus jednorazovo	
	D10.2.7 Pás	kus za dva roky	
<b>D11 TESTOVACIE PRŮŽKY NA TESTOVANIE MOČU</b>	D11.2 Testovacie prúžky na stanovenie glukózy a ketónov z moču	50 kusov za 1 mesiac	intenzifikovaný režim u dospelých
		50 kusov za 1 mesiac	intenzifikovaný režim u detí do dovršenja 19. roku veku
		50 kusov za 2 mesiace	konvenčný režim
		50 kusov za 3 mesiace	perorálnymi antidiabetikami a diétou
	D11.3 Testovacie prúžky na stanovenie glukózy, ketónov a iných látok z moču	50 kusov za 1 mesiac	intenzifikovaný režim u dospelých
		50 kusov za 1 mesiac	intenzifikovaný režim u detí do dovršenja 19. roku veku
		50 kusov za 2 mesiace	konvenčný režim
		50 kusov za 3 mesiace	perorálnymi antidiabetikami a diétou



Podskupiny CGM	Finančný limit	Indikačné obmedzenie
D12.1 CGM – Glukóзовé senzory s dobou snímania <b>6-7 dní</b> D12.2 CGM – Glukóзовé senzory s dobou snímania <b>10 dní</b> D12.3 CGM – Glukóзовé senzory s dobou snímania <b>14 dní</b> D13.1 CGM – Pomôcky na prenos dát	1 900,00 €/rok	Deti do dovŕšenia 19. roku veku s DM 1. typu, ktoré sú na inzulínovej pumpe alebo intenzifikovanej inzulínovej terapii; s potenciálom zlepšenia kompenzácie alebo jej udržania či iného medicínskeho benefítu deklarovaného navrhujúcim lekárom. Po každom roku hradenej liečby zhodnotí ošetrujúci lekáro opodstatnenosť pokračovania úhrady v zdravotnej dokumentácii pacienta (v rozsahu 90 % dokázateľného využítia senzorov uhradených v uplynulom roku a dosiahnutie/nedosiahnutie medicínskeho benefítu).
D12.1 CGM – Glukóзовé senzory s dobou snímania <b>6-7 dní</b> D12.2 CGM – Glukóзовé senzory s dobou snímania <b>10 dní</b> D12.3 CGM – Glukóзовé senzory s dobou snímania <b>14 dní</b> D13.1 CGM – Pomôcky na prenos dát	1 250,00 €/rok	DM 1. typu so syndrómom nevedomovania si hypo-glykémie, pacienti s veľmi vysokým kardiovaskulárnym rizikom, ktorí sú indikovaní na IP s funkciou LGS (low glucose suspend) alebo PLGM (predictive low glucose management). Prehodnotenie úhrady po každom roku liečby zdravotnou poisťovňou na základe žiadosti ošetrujúceho lekára a pri dokázateľnom využítí minimálne 90 % senzorov uhradených v uplynulom roku a dosiahnutom medicínskom benefíte.
D12.1 CGM – Glukóзовé senzory s dobou snímania <b>6-7 dní</b> D12.2 CGM – Glukóзовé senzory s dobou snímania <b>10 dní</b> D12.3 CGM – Glukóзовé senzory s dobou snímania <b>14 dní</b> D13.1 CGM – Pomôcky na prenos dát	850,00 €/rok	DM 1. typu na IP a ITT s potenciálom zlepšenia kompenzácie alebo jej udržania či iného medicínskeho benefítu deklarovaného navrhujúcim lekárom. Prehodnotenie úhrady po každom roku liečby zdravotnou poisťovňou na základe žiadosti ošetrujúceho lekára a pri dokázateľnom využítí minimálne 90 % senzorov uhradených v uplynulom roku a dosiahnutom medicínskom benefíte.
D12.1 CGM – Glukóзовé senzory s dobou snímania <b>6-7 dní</b> D12.2 CGM – Glukóзовé senzory s dobou snímania <b>10 dní</b> D12.3 CGM – Glukóзовé senzory s dobou snímania <b>14 dní</b> D13.1 CGM – Pomôcky na prenos dát	1 780,00 €/rok	Gravidné diabetičky 1. typu

<b>Podskupina FGM</b>	<b>Finančný limit</b>	<b>Indikačné obmedzenie</b>
D12.4 FGM – Glukózové senzory s dobou snímania <b>14 dní</b> D13.2 FGM – Pomôcky na prenos dát	1 635,00 €/rok	Deti do dovŕšenia 19. roku veku s DM 1. typu, ktoré sú na inzulínovej pumpe alebo intenzifikovanej inzulínovej terapii; s potenciálom zlepšenia kompenzácie alebo jej udržania či iného medicínskeho benefitu deklarovaného navrhujúcim lekárom. Po každom roku hradenej liečby zhodnotí ošetrujúci lekár opodstatnenosť pokračovania úhrady v zdravotnej dokumentácii pacienta (v rozsahu 90 % dokázateľného využitia senzorov uhradených v uplynulom roku a dosiahnutie/nedosiahnutie medicínskeho benefitu).
D12.4 FGM – Glukózové senzory s dobou snímania <b>14 dní</b> D13.2 FGM – Pomôcky na prenos dát	650,00 €/rok	DM 1. typu na IP a ITT s potenciálom zlepšenia kompenzácie alebo jej udržania či iného medicínskeho benefitu deklarovaného navrhujúcim lekárom. Prehodnotenie úhrady po každom roku liečby zdravotnou poisťovňou na základe žiadosti ošetrujúceho lekára a pri dokázateľnom využití minimálne 90 % senzorov uhradených v uplynulom roku a dosiahnutom medicínskom benefite.
D12.4 FGM – Glukózové senzory s dobou snímania <b>14 dní</b> D13.2 FGM – Pomôcky na prenos dát	1 450,00 €/rok	Gravidné diabetičky 1 typu

<i>PODSKUPINA NÁZOV DRUHU ZDRAVOTNÍCKEJ POMÔCKY</i>	<i>TRIEDA</i>	<i>INDIKAČNÉ OBMEDZENIA</i>	<i>MNOŽSTVOVÝ LIMIT</i>
<b>D14 SUBKUTÁNNY KATÉTER</b>		Deti s DM 1. typu do dovŕšenia 10 rokov	10 kusov za mesiac

**Zoznam zdravotníckych pomôcok s určením životnosti zaradených v podskupine D13 Pomôcky na prenos dát:**

<b>Kód ŠÚKL, názov zdravotníckej pomôcky</b>	<b>Životnosť zdravotníckej pomôcky</b>
D99352 Vysielač Dexcom G6, súčasť systému na kontinuálne meranie glykémie	3 mesiace
D4497A Súprava vysielača Guardian 4, k mobilnému zariadeniu, na kontinuálne monitorovanie hladiny glukózy v krvi, MMT – 7920Q	12 mesiacov
D99531 Vysielač Guardian Link 3, na kontinuálne monitorovanie glukózy	24 mesiacov
D93911 Systém Guardian Link k inzulínovej pumpe Minimed 640G, funkcia prenosu dát zo senzora a automatickej odozvy inzulínovej pumpy	24 mesiacov
D96995 Súprava vysielača Guardian Connect MMT-7820 s aplikáciou Guardian Connect CSS7200, kontinuálne monitorovanie hladiny glukózy v medzibunkovej tekutine	24 mesiacov
D3266A Súprava vysielača Guardian 4 k inzulínovej pumpe, na kontinuálne monitorovanie hladiny glukózy v krvi, rôzne modely	24 mesiacov
D0632A Vysielač (snímač) GLUNOVO, na kontinuálne skenovanie glykémie	36 mesiacov
D1516A Vysielač GlucoMen Day, na kontinuálne monitorovanie glukózy	48 mesiacov

D5418A Vysielač Wellion sensor, na kontinuálne monitorovanie hladiny glukózy, G7 – T01A	48 mesiacov
D3252A Vysielač AiDex G7, na kontinuálne monitorovanie glykémie	48 mesiacov
D5873A Súprava s čítačkou FreeStyle Libre 2, na sledovanie glykémie v intersticiálnej tekutine	48 mesiacov

Vysvetlivky:

**Ročné limity uvedené v Limitnej tabuľke sa sledujú v periodicite kalendárneho roku. Pri vstupe do systému v priebehu kalendárneho roka má diabetik nárok na pomernú časť sebe prislúchajúceho limitu.**

**Konvenčný režim** – podávanie inzulínu jedenkrát až dvakrát denne.

**Intenzifikovaný režim** – podávanie inzulínu tri a viackrát denne.

## I. Preskripčné obmedzenia a indikačné obmedzenia skupiny D

### D3 – TESTOVACIE PRŮŽKY NA STANOVENIE GLUKÓZY A INÝCH LÁTOK V KRVI GLUKOMEROM

Množstvom limit je určený pre diabetikov bez CGM (kontinuálny glukózový monitoring). Ak má diabetik nárok na úhradu CGM, vzťahuje sa na neho počas doby používania CGM limit maximálne 2 prúžky na deň pre potreby kalibrácie senzora.

#### D10.1.1 – INZULÍNOVÉ PUMPY

V prípade, že pacient má hradenú liečbu inzulínovou pumpou, lekár mu môže predpisovať iba senzory kompatibilné s používanou pumpou.

#### Kritériá pre inzulínové pumpy (D10.1.1) indikované a preskribované v Dia centrách a ambulanciách:

- Nedostatočne kompenzovaný DM (diabetes mellitus) na IIT (intenzifikovanom inzulínovom režime) v kombinácii s bazálnym analógom,
- edukácia pacienta,
- adherencia pacienta, spolupracujúci pacient „compliance“,
- dokumentovaný selfmonitoring glykémii,
- minimálne 6 mesiacov sledovaný v centre alebo ambulancii.

#### **Indikačné obmedzenia:**

Inzulínové pumpy (D10.1.1) sa poskytujú pre poistenca na intenzifikovanom inzulínovom režime s DM pri:

##### 1) Hypoglykémii

s najmenej tromi dokumentovanými (denník pacienta/glukomer) hypoglykémiami < 2,8 mmol/l za mesiac alebo viac ako jednou ťažkou hypoglykémiou v priebehu posledných troch mesiacov alebo so syndrómom nevedomovania si hypoglykémie, alebo nespoznané, nedokumentované asymptomatické hypoglykémie odhalené pomocou CGMS resp. iPro.

Situácie ktoré akcentujú vhodnosť indikácie IP sú:

- nočné hypoglykémie;
- nespoznané, asymptomatické, hypoglykémie;
- hypoglykémie, ktoré vedú k výrazným kontraregulačným osciláciám a labilitě;
- syndróm nevedomovania si hypoglykémii;
- hypoglykémie pri vysokej citlivosti organizmu na zmeny dávok inzulínu, čo významne sťažuje titráciu dávok inzulínu (pri vysokej citlivosti organizmu na fyzickú aktivitu, pri chronických poruchách trávenia);

- pri poruchách kontraregulačných mechanizmov (endokrinné poruchy).

## 2) **Hyperglykémie s HbA1c > 8,0 % (podľa DCCT metodiky)**

- Napriek použitiu inzulínového analógu po dobu minimálne 6 mesiacov,
- definované ako opakovaný (minimálne 2 x v týždni) významný vzostup glykémie ráno pred raňajkami alebo pred večerou alebo počas noci > 10 mmol/l (dokumentované denníkom pacienta/glukomerom).

## 3) **Variabilita glykémii**

- Napriek použitiu inzulínového analógu po dobu minimálne 6 mesiacov,
- opakované (minimálne 1 x v týždni dva týždne po sebe, alebo 3 x za mesiac) výrazné vnútrodenne oscilácie glykémii presahujúce rozmedzie 3,5-13,0 mmol/l alebo variabilita bazálnych glykémii (medzidenne variácie glykémie nalačno alebo pred večerou presahujúce rozmedzie 4-9 mmol/l) (dokumentované denníkom pacienta/glukomerom).

## 4) **Potreba dosiahnutia veľmi tesnej glykemickej kontroly bez rizika hypoglykémie a oscilácií glykémie**

Situácie, ktoré akcentujú vhodnosť indikácie IP sú:

- tehotenstvo, príprava na otehotnenie, po transplantácii orgánov, pacienti so zvýšeným mortalitným rizikom (pacienti, ktorí prekonali kardiovaskulárnu príhodu alebo cievnu mozgovú príhodu), predčasný výskyt diabetickej retinopatie alebo nefropatie alebo ťažkej neuropatie s klinickými prejavmi (bolest') alebo následkami (diabetická noha) po menej ako 5 rokoch trvania diabetes mellitus alebo rýchlej progresie komplikácií.

**Kritériá pre pokračovanie v liečbe (opakované schválenie po 4 rokoch): Preukázaný medicínsky benefit a compliance pacienta k liečbe (pravidelná návšteva odbornej ambulancie).**

### **Medicínsky benefit pre liečbu inzulínovou pumpou:**

- pokles hladiny HbA1c o 10 % v porovnaní s obdobím bez IP, alebo
- pokles výskytu dokumentovaných hypoglykémii o 30 %, alebo
- pokles BMI o 10 % v porovnaní s obdobím bez IP, alebo
- stabilizácia dobrej kompenzácie (HbA1c < 7,5 % DCCT) z obdobia pred IP, alebo
- zlepšenie variability.

### **Preskripcia pre skupinu D10.1.1**

#### **Centrá pre detských diabetikov:**

Detské diabetologické centrum SR pri I. detskej klinike NÚDCh Bratislava.

Klinika detí a dorastu, Regionálne detské diabetologické centrum DFNSP Košice.

Klinika detí a dorastu, Regionálne detské diabetologické centrum UN Martin.

Národný endokrinologický a diabetologický ústav – detské oddelenie Ľubochňa.

#### **Centrá pre dospelých diabetikov**

I. a II. interná klinika UN Bratislava – Staré mesto.

V. interná klinika UN Bratislava – Ružinov.

I. interná klinika – UN Martin.

II. interná klinika UNLP Košice.

Národný endokrinologický a diabetologický ústav – diabetologické oddelenie Ľubochňa.

### **Diabetologické ambulancie pre dospelých diabetikov (050)**

S príslušným materiálno-technickým a personálnym vybavením.

Hradená liečba v skupine D10.1.1 podlieha predchádzajúcemu súhlasu zdravotnej poisťovne.

## **D12 – GLUKÓZOVÝ SENZOR**

V prípade, že pacient má hradenú liečbu inzulínovou pumpou, lekár mu môže predpisovať iba senzor kompatibilný s používanou pumpou.

### **Preskripcia pre skupiny D12.1, D12.2, D12.3, D12.4:**

#### **Kritériá pre glukózový senzor (D12.1, D12.2, D12.3, D12.4) indikované a preskribované v Dia centrách a ambulanciách:**

Požiadavky pre dospelých DM1:

- minimálne 6 mesiacov sledovaný v centre/ambulancii.

#### **Centrá pre detských diabetikov:**

Detské diabetologické centrum SR pri I. detskej klinike NÚDCh Bratislava Klinika detí a dorastu.

Klinika detí a dorastu, Regionálne detské diabetologické centrum DFNSP Košice.

Klinika detí a dorastu, Regionálne detské diabetologické centrum UN Martin.

Národný endokrinologický a diabetologický ústav – detské oddelenie Ľubochňa.

#### **Centrá pre dospelých diabetikov:**

I. a II. interná klinika UN Bratislava – Staré mesto.

V. interná klinika UN Bratislava – Ružinov.

I. interná klinika – UN Martin.

II. interná klinika UNLP Košice.

Národný endokrinologický a diabetologický ústav – diabetologické oddelenie Ľubochňa.

### **Špecializované diabetologické ambulancie pre detských (153) a dospelých (050) diabetikov.**

#### **Pomôcky pre CGM (kontinuálny monitoring) D12.1, D12.2, D12.3:**

- V prvom roku liečby je hradená pomerná časť z celkového ročného finančného limitu od prvej preskripcie do konca kalendárneho roka.
- Preskripcia v prvom roku hradenej liečby sa realizuje s nasledovnými diagnózami:
  - **Dg. E10.92** – diabetes mellitus 1. typu: s nárokom na CGM/FGM – začiatok liečby,
  - **Dg. E10.94** – diabetes mellitus 1. typu: s nárokom na CGM/FGM – začiatok liečby rizikový dospelý,
  - **Dg. O24.0** – diabetes mellitus v gravidite.
- Preskripcia v druhom a ďalšom roku hradenej liečby sa realizuje s nasledovnými diagnózami:
  - **Dg. E10.93** – diabetes mellitus 1. typu: s nárokom na CGM/FGM – pokračovanie liečby,
  - **Dg. E10.95** – diabetes mellitus 1. typu: s nárokom na CGM/FGM – pokračovanie liečby rizikový dospelý.
- Nie je možná preskripcia pomôcok CGM a FGM súčasne.
- Zmena z CGM na FGM (alebo naopak) je možná až po uplynutí ročného finančného limitu, v ďalšom kalendárnom roku.

#### **Kritériá pre pokračovanie v liečbe pomôckami pre CGM (kontinuálny monitoring) D12.1, D12.2, D12.3 po prvom roku a každom ďalšom:**

- Compliance pacienta k liečbe:

- využití minimálne 90 % senzorov uhradených v uplynulom roku,
- pravidelná návšteva odbornej ambulancie,
- adherencia pacienta, spolupracujúci pacient.
- Preukázaný medicínsky benefit:
  - pokles hladiny HbA1c o 10 % v porovnaní s predchádzajúcim rokom (za predpokladu porovnania výsledku tou istou metódou); alebo
  - pokles výskytu dokumentovaných hypoglykémii o 30 %, alebo
  - stabilizácia dobrej kompenzácie (HbA1c < 7,5 % DCCT) alebo
  - zlepšenie variability.

**Preskripcia pre skupinu D12.4:**

**Kritériá pre glukózový senzor (D12.4) indikované a preskribované v Dia centrách a ambulanciách:**

Požiadavky pre dospelých DM1:

- minimálne 6 mesiacov sledovaný v centre/ambulancii.

**Centrá pre detských diabetikov:**

Detské diabetologické centrum SR pri I. detskej klinike NÚDCh Bratislava Klinika detí a dorastu.  
 Klinika detí a dorastu, Regionálne detské diabetologické centrum DFNSP Košice.  
 Klinika detí a dorastu, Regionálne detské diabetologické centrum UN Martin.  
 Národný endokrinologický a diabetologický ústav – detské oddelenie Ľubochňa.

**Centrá pre dospelých diabetikov:**

I. a II. interná klinika UN Bratislava – Staré mesto.  
 V. interná klinika UN Bratislava – Ružinov.  
 I. interná klinika – UN Martin.  
 II. interná klinika UNLP Košice.  
 Národný endokrinologický a diabetologický ústav – diabetologické oddelenie Ľubochňa.

## **Špecializované diabetologické ambulancie pre detských (153) a dospelých (050) diabetikov.**

### **Pomôcky pre FGM (flash monitoring) D12.4:**

- V prvom roku liečby je hradená pomerná časť z celkového ročného finančného limitu od prvej preskripcie do konca kalendárneho roka.
- Preskripcia v prvom roku hradenej liečby sa realizuje s nasledovnými diagnózami:
  - **Dg. E10.92** – Diabetes mellitus 1. typu: s nárokom na CGM/FGM – začiatok liečby,
  - **Dg. O24.0** – Diabetes mellitus v gravidite.
- Preskripcia v druhom a ďalšom roku hradenej liečby sa realizuje s nasledovnými diagnózami:
  - Dg. E10.93 – Diabetes mellitus 1. typu: s nárokom na CGM/FGM – pokračovanie liečby.
- Nie je možná preskripcia pomôcok CGM a FGM súčasne.
- Zmena z CGM na FGM (alebo naopak) je možná až po uplynutí ročného finančného limitu v ďalšom kalendárnom roku.

### **Kritériá pre pokračovanie v liečbe pomôckami pre FGM (flash monitoring) D12.4 po prvom roku a každom ďalšom:**

- Compliance pacienta k liečbe
  - 8 skenov za deň,
  - pravidelná návšteva odbornej ambulancie,
  - adherencia pacienta, spolupracujúci pacient.
- Preukázaný medicínsky benefit:
  - pokles hladiny HbA1c o 10 % v porovnaní s predchádzajúcim rokom (za predpokladu porovnania výsledku tou istou metódou), alebo
  - pokles výskytu dokumentovaných hypoglykémii o 30 %, alebo
  - stabilizácia dobrej kompenzácie (HbA1c < 7,5 % DCCT), alebo
  - zlepšenie variability.

## **D13 – POMÔCKY NA PRENOS DÁT**

### **Preskripcia pre skupiny D13.1, D13.2:**

#### **Centrá pre detských diabetikov:**

Detské diabetologické centrum SR pri I. detskej klinike NÚDCh Bratislava Klinika detí a dorastu.

Klinika detí a dorastu, Regionálne detské diabetologické centrum DFNSP Košice.

Klinika detí a dorastu, Regionálne detské diabetologické centrum UN Martin.

Národný endokrinologický a diabetologický ústav – detské oddelenie Ľubochňa.

#### **Centrá pre dospelých diabetikov:**

I. a II. interná klinika UN Bratislava – Staré mesto.

V. interná klinika UN Bratislava – Ružinov.

I. interná klinika – UN Martin.

I. interná klinika LF UPJŠ a UNLP Košice.

Národný endokrinologický a diabetologický ústav – diabetologické oddelenie Ľubochňa.

## **Špecializované diabetologické ambulancie pre detských (153) a dospelých (050) diabetikov.**

### **Pomôcky pre CGM (kontinuálny monitoring) D13.1:**

- V prvom roku liečby je hradená pomerná časť z celkového ročného finančného limitu od prvej preskripcie do konca kalendárneho roka.

- Preskripcia v prvom roku hradenej liečby sa realizuje s nasledovnými diagnózami:
  - Dg. E10.92 – Diabetes mellitus 1. typu: s nárokom na CGM/FGM – začiatok liečby,
  - Dg. E10.94 – Diabetes mellitus 1. typu: s nárokom na CGM/FGM – začiatok liečby rizikový dospelý,
  - Dg. O24.0 – Diabetes mellitus v gravidite.
- Preskripcia v druhom a ďalšom roku hradenej liečby sa realizuje s nasledovnými diagnózami:
  - Dg. E10.93 – Diabetes mellitus 1. typu: s nárokom na CGM/FGM – pokračovanie liečby,
  - Dg. E10.95 – Diabetes mellitus 1. typu: s nárokom na CGM/FGM – pokračovanie liečby rizikový dospelý.
- Nie je možná preskripcia pomôcok CGM a FGM súčasne.
- Zmena z CGM na FGM (alebo naopak) je možná až po uplynutí ročného finančného limitu, v ďalšom kalendárnom roku.

**Kritériá pre pokračovanie v liečbe pomôckami pre CGM (kontinuálny monitoring) D13.1 po prvom a každom ďalšom roku:**

- Compliance pacienta k liečbe:
  - využití minimálne 90 % senzorov uhradených v uplynulom roku,
  - pravidelná návšteva odbornej ambulancie,
  - adherencia pacienta, spolupracujúci pacient.
- Preukázaný medicínsky benefit:
  - pokles hladiny HbA1c o 10 % v porovnaní s predchádzajúcim rokom (za predpokladu porovnania výsledku tou istou metódou), alebo
  - pokles výskytu dokumentovaných hypoglykémii o 30 %, alebo
  - stabilizácia dobrej kompenzácie (HbA1c < 7,5 % DCCT), alebo
  - zlepšenie variability.

**Pomôcky pre FGM (flash monitoring) D13.2:**

- V prvom roku liečby je hradená pomerná časť z celkového ročného finančného limitu od prvej preskripcie do konca kalendárneho roka.
- Preskripcia v prvom roku hradenej liečby sa realizuje s nasledovnými diagnózami:
  - Dg. E10.92 – Diabetes mellitus 1. typu: s nárokom na CGM/FGM – začiatok liečby,
  - Dg. O24.0 - Diabetes mellitus v gravidite.
- Preskripcia v druhom a ďalšom roku hradenej liečby sa realizuje s nasledovnými diagnózami:
  - Dg. E10.93 – Diabetes mellitus 1. typu: s nárokom na CGM/FGM – pokračovanie liečby.
- Nie je možná preskripcia pomôcok CGM a FGM súčasne.
- Zmena z CGM na FGM (alebo naopak) je možná až po uplynutí ročného finančného limitu, v ďalšom kalendárnom roku.

**Kritériá pre pokračovanie v liečbe pomôckami pre FGM (flash monitoring) D13.2 po prvom roku a každom ďalšom:**

- Compliance pacienta k liečbe
  - 8 skenov za deň,
  - pravidelná návšteva odbornej ambulancie,
  - adherencia pacienta, spolupracujúci pacient.
- Preukázaný medicínsky benefit:



- pokles hladiny HbA1c o 10 % v porovnaní s predchádzajúcim rokom (za predpokladu porovnania výsledku tou istou metódou), alebo
  - pokles výskytu dokumentovaných hypoglykémii o 30 %, alebo
  - stabilizácia dobrej kompenzácie ( $\text{HbA1c} < 7,5\%$  DCCT), alebo
- zlepšenie variability.

**Limit skupiny F – Zdravotnicke pomôcky pre stomikov**

<i>PODSKUPINA NÁZOV DRUHU ZDRAVOTNÍCKEJ POMÔCKY</i>	<i>TRIEDA</i>	<i>INDIKAČNÉ OBMEDZENIA</i>	<i>MNOŽSTVOVÝ LIMIT</i>
<b>F1 JEDNODIELNY SYSTÉM</b>	F1.1.1 Jednodielne uzavreté vrečko	kolostómia a ileostómia	90 kusov za mesiac
	F1.1.2 Jednodielne uzavreté vrečko s elastickým adhezívom		60 kusov za mesiac
	F1.1.3 Jednodielne uzavreté vrečko konvexné a konkávne		90 kusov za mesiac
	F1.2.1 Jednodielne výpustné vrečko		90 kusov za mesiac
	F1.2.2 Jednodielne výpustné vrečko konvexné a konkávne		90 kusov za mesiac
	F1.2.3 Jednodielne výpustné vrečko s elastickým adhezívom		90 kusov za mesiac
	F1.3 Jednodielne urostomické vrečko	urostómia	30 kusov za mesiac
<b>F2 DVOJDIELNY SYSTÉM</b>	F2.1.1 Dvojdielny systém – podložka, netvarovateľná	kolostómia	10 kusov za mesiac
		ileostómia a urostómia	15 kusov za mesiac
	F2.1.2 Dvojdielny systém – podložka, tvarovateľná	kolostómia	10 kusov za mesiac
		ileostómia a urostómia	15 kusov za mesiac
	F2.1.3 Dvojdielny systém – podložka s elastickým adhezívom	kolostómia	10 kusov za mesiac
		ileostómia a urostómia	15 kusov za mesiac
	F2.2.1 Dvojdielny systém – uzavreté vrečko	kolostómia a ileostómia	60 kusov za mesiac
	F2.2.2 Dvojdielny systém – uzavreté vrečko s elastickým adhezívom	kolostómia a ileostómia	60 kusov za mesiac
	F2.3.1 Dvojdielny systém – výpustné vrečko	kolostómia a ileostómia	90 kusov za mesiac
F2.3.2 Dvojdielny systém – výpustné vrečko s elastickým adhezívom	kolostómia a ileostómia	90 kusov za mesiac	
F2.4.1 Dvojdielny systém – urostomické vrečko	urostómia	30 kusov za mesiac	
F2.4.2 Dvojdielny systém – urostomické vrečko s elastickým adhezívom		30 kusov za mesiac	
<b>F3 ČISTIACE PROSTRIEDKY PRE STOMIKOV</b>	F3.1 Čistiaci roztok a telová voda		150 ml za mesiac
	F3.2 Čistiace rúško		90 kusov za mesiac
	F3.3 Odstraňovač náplasti tekutý		jeden kus za mesiac (nie je možná súčasná preskripcia zo skupiny F3.4)
	F3.4 Odstraňovač náplasti obrúsky		90 kusov za mesiac (nie je možná súčasná preskripcia zo skupiny F3.3)
<b>F4 OCHRANNÉ PROSTRIEDKY PRE STOMIKOV</b>	F4.1 Pasta alebo zásyp		360 g za rok
	F4.2 Ochranný krém		jeden kus za mesiac
	F4.3 Ochranný sprej		jeden kus za mesiac (nie je možná súčasná preskripcia zo skupiny F4.4)
	F4.4 Ochranný film		90 kusov za mesiac (nie je možná súčasná preskripcia zo skupiny F4.3)

	F4.5 Ochranné rúško		120 kusov za rok
	F4.6 Pohlcovač pachu		jeden kus za mesiac
	F4.7 Uhlíkový filter		50 kusov za mesiac
<b>F5 PÁSY A PRÍDRŽNÉ PROSTRIEDKY PRE STOMIKOV</b>	F5 Pásky a prídržné prostriedky pre somikov		dva kusy za rok
<b>F6 RÔZNE STOMICKÉ PRÍSLUŠENSTVO</b>	F6.1 Vkladačí krúžok		10 kusov za mesiac
<b>F7 IRIGAČNÁ SÚPRAVA A PRÍSLUŠENSTVO</b>	F7.1 Irigačná súprava		jeden kus za tri roky
	F7.2.1 Odvodné vrečko		15 kusov za mesiac
	F7.2.2 Nádržka		jeden kus za rok
	F7.2.3 Zavádzací kónus		jeden kus za rok
	F7.2.4 Krúžok prítlačný		jeden kus za rok
<b>F8 KRYTKA STÓMIE</b>	F8 Krytka stómie		30 kusov za mesiac
<b>F9 STOMICKÁ ZÁTKA</b>	F9 Jednodielná stomická zátka	Kolostómia	20 kusov za mesiac
<b>F10 NOČNÁ DRENÁŽNA SÚPRAVA</b>			10 kusov za mesiac
<b>F11 DETSKÉ STOMICKÉ POMÔCKY</b>	F11.1 Detský jednodielny systém	kolostómia a ileostómia a urostómia	podľa potreby
	F11.2 Detský dvojdielny systém – podložka	kolostómia, ileostómia a urostómia	podľa potreby
	F11.3 Detský dvojdielny systém – uzavreté vrečko	kolostómia a ileostómia	podľa potreby
	F11.4 Detský dvojdielny systém – výpustné vrečko	kolostómia a ileostómia	podľa potreby
	F11.5 Detský dvojdielny systém – urostomické vrečko	urostómia	podľa potreby

**Odporúčanie indikujúceho odborného lekára pre predpis zdravotníckych pomôcok skupiny F je možno použiť najviac dvanásť mesiacov okrem diagnostikovanej trvalej a nezvratnej stómie, kedy sa ďalšie odporúčanie odborného lekára už nevyžaduje.**

**Limit skupiny G – Zdravotné pančuchy, pančuchové nohavice, návleky a iné pomôcky pre kompresívnu liečbu**

<i>PODSKUPINA NÁZOV TYPU ZDRAVOTNÍCKEJ POMÔCKY</i>	<i>TRIEDA</i>	<i>INDIKAČNÉ OBMEDZENIE</i>	<i>MNOŽSTVOVÝ LIMIT</i>
<b>G1 KOMPRESÍVNE ELASTICKÉ PANČUCHY LÝTKOVÉ</b>	G1.1 Kompresná trieda II. stupeň		dva páry za rok
	G1.2.1 Kompresná trieda III. stupeň		dva páry za rok
	G1.2.2 Kompresná trieda III. stupeň set na liečbu vredu predkolenia		set za rok
	G1.3 Kompresná trieda IV. stupeň		dva páry za rok
<b>G2 KOMPRESÍVNE ELASTICKÉ PANČUCHY POLOSTEHENNÉ</b>	G2.1 Kompresná trieda II. stupeň		dva páry za rok
	G2.2 Kompresná trieda III. stupeň		dva páry za rok
<b>G3 KOMPRESÍVNE ELASTICKÉ PANČUCHY STEHENNÉ</b>	G3.1.1 Kompresná trieda II. stupeň		dva páry za rok
	G3.1.2 Kompresívne elastické pančuchy stehenné kompresná trieda II. stupeň špeciálne		pár za dva roky
	G3.2 Kompresná trieda III. stupeň		dva ks/jedna končatina za rok
	G3.3 Kompresná trieda IV. stupeň		dva páry za rok
<b>G4 KOMPRESÍVNE ELASTICKÉ PANČUCHY STEHENNÉ S UCHYTENÍM V PÁSE</b>	G4.1 Kompresná trieda II. stupeň		dva kusy za rok
	G4.2 Kompresná trieda III. stupeň		dva kusy za rok
<b>G5 KOMPRESÍVNE ELASTICKÉ PANČUCHOVÉ NOHAVICE</b>	G5.1 Kompresná trieda II. stupeň dámske		dva kusy za rok
	G5.2 Kompresná trieda II. stupeň tehotenské		dva kusy za 9 mesiacov
	G5.3 Kompresná trieda II. stupeň pánske		dva kusy za rok
<b>G6 KOMPRESÍVNY RAMENNÝ NÁVLEK A KOMPRESÍVNA RUKAVICA</b>	G6.1 Kompresívny ramenný návlek a kompresívna rukavica, kompresná trieda II. stupeň		dva kusy za rok
	G6.2 Kompresívna rukavica, kompresná trieda II. stupeň		dva kusy za rok
	G6.3 Kompresívny ramenný návlek a kompresívna rukavica, kompresná trieda III. stupeň		dva kusy za rok
<b>G8 INÉ POMÔCKY PRE KOMPRESÍVNU LIEČBU</b>	G8.1 Prístroj na kompresívnu liečbu	lymfedém	jeden kus za päť rokov
	G8.2 Príslušenstvo k prístroju na kompresívnu liečbu		jeden kus za dva roky
	G8.3.1 Podložka pod kompresívny obvaz	lymfedém	dva kusy na každú končatinu za rok
	G8.3.2 Návlek ramenný na liečbu lymfedému	lymfedém	dva kusy za rok
	G8.3.3 Rukavica na liečbu lymfedému bez prstov	lymfedém	dva kusy za rok
	G8.3.4 Rukavica na liečbu lymfedému s prstami	lymfedém	dva kusy za rok

	G8.3.5 Návlek na hornú končatinu s nastaviteľnou kompresiou	lymfedém	jeden kus za rok (nie je možná súčasná preskripcia zo skupiny G8.3.2, G8.3.3, G8.3.4)
	G8.3.6 Mobilizačný stehenný návlek s chodidlom na liečbu lymfedému	lymfedém	jeden kus za rok

Vysvetlivky:

Zdravotné pančuchy, pančuchové nohavice, návleky a iné pomôcky pre kompresívnu terapiu (tlaková terapia) sa líšia podľa stupňa kompresívneho účinku:

- a. **II. stupeň 23 – 32 mm Hg** – indikácia – kompresná kategória – varixy s prejavmi chronickej venóznejsuficiencie, po prekonaní povrchovej tromboflebitídy, hlbokjej flebotrombózy, pri tehotenských varixoch, počiatočné formy lymfedému,
- b. **III. stupeň 34 – 46 mm Hg** – indikácia – kompresná kategória – varixy s prejavmi závažnej chronickej venóznejsuficiencie, všetky ostatné typy chronickej venóznejsuficiencie, lymfedém,
- c. **IV. stupeň 49 – viac mm Hg** – indikácia – kompresná kategória – závažný lymfedém a extrémny potrombotický syndróm.

**Limit skupiny H - Sériovo vyrábané prsné epitézy**

<i>PODSKUPINA NÁZOV DRUHU ZDRAVOTNÍCKEJ POMÔCKY</i>	<i>TRIEDA</i>	<i>INDIKAČNÉ OBMEDZENIE</i>	<i>MNOŽSTVOVÝ LIMIT</i>
<b>H1 SÉRIOVO VYRÁBANÉ PRSNÉ EPITÉZY – POOPERAČNÉ</b>	H1 Sériovo vyrábané prsné epitézy- pooperačné		raz v rámci jednej operácie
<b>H2 SÉRIOVO VYRÁBANÉ PRSNÉ EPITÉZY – SILIKÓNOVÉ</b>	H2 Sériovo vyrábané prsné epitézy- silikónové		dva razy za dva roky

**Limit skupiny J - Hromadne vyrábané ortopedicko-protetické pomôcky a príslušenstvo k nim**

<i>PODSKUPINA NÁZOV DRUHU ZDRAVOTNÍCKEJ POMÔCKY</i>	<i>TRIEDA</i>	<i>INDIKAČNÉ OBMEDZENIE</i>	<i>MNOŽSTVOVÝ LIMIT</i>
<b>J1 OBUV ORTOPEDICKÁ SÉRIOVO VYRÁBANÁ</b>	J1.2 Obuv ortopedická s diabetickou úpravou	Diabetes mellitus 1/2 typu s diabetickou polyneuropatiou, alebo ischemickou chorobou dolných končatín, alebo anamnézou diabetických vredov predkolení, alebo s prítomnosťou deformít nôh vedúcich k lokálne zvýšeným tlakom ako rizika syndrómu diabetickej nohy. Potvrdené objektívnym vyšetrením diabetológom alebo neurológom alebo pediatrickým endokrinológom a diabetológom.	jeden pár za 2 roky
<b>J2 VLOŽKY ORTOPEDICKÉ SÉRIOVO VYRÁBANÉ</b>	J2 Vložky ortopedické korekčné, absorpčné		pár za rok
<b>J3 DROBNÉ POMÔCKY NA NOHU</b>	J3 drobné pomôcky na nohu		jeden kus za rok
<b>J4 ORTÉZY DOLNEJ KONČATINY</b>	J4.1.1 ortézy členka bez výstuže		jeden kus za rok
	J4.1.2 Ortézy členka s výstužou		jeden kus za rok
	J4.2 Ortézy proti prepadávaniu chodidla		jeden kus za rok
	J4.3.1 Ortézy kolenného kĺbu bez výstuže		jeden kus za rok
	J4.3.2 Ortézy kolenného kĺbu s bočnou výstužou, dlahami bez kĺbu		jeden kus za rok
	J4.3.3 Ortézy kolenného kĺbu s bočnou výstužou, dlahami s kĺbom		jeden kus za rok
	J4.3.4 Ortézy kolenného kĺbu statické, imobilizačné, bez aretácie pohybu		jeden kus za rok
	J4.3.5 Ortézy kolenného kĺbu s aretáciu pohybu		jeden kus za rok
	J4.3.6 Ortézy kolenného kĺbu na stabilizáciu pately		jeden kus za rok
J4.5 Ostatné ortézy dolných končatín		jeden kus za rok	
<b>J5 ORTÉZY HORNEJ KONČATINY</b>	J5.1.1 Ortézy zápästia a ruky bez výstuže		jeden kus za rok
	J5.1.2 Ortézy zápästia a ruky s výstužou		jeden kus za rok
	J5.2 Ortézy prstov		jeden kus za rok
	J5.3.1 Ortézy lakťa bez výstuže		jeden kus za rok
	J5.3.2 Ortézy lakťa s bočnou výstužou dlahami		jeden kus za rok

	J5.3.3 Ortézy lakt'a s nastaviteľným rozsahom pohybu		jeden kus za rok
	J5.4 Epikondylické pásky		jeden kus za rok
	J5.5 Ortézy pleca		jeden kus za rok
	J5.6 Závesné a fixačné bandáže		jeden za rok
<b>J6 ORTEZY TRUPU, KRČNEJ CHRBTICE</b>	J6.1.1 Ortézy krčnej chrbtice nevystužené mäkké		jeden kus za rok
	J6.1.2 Ortézy krčnej chrbtice vystužené		jeden kus za rok
	J6.1.3 Ortézy krčnej chrbtice vystužené s otvorom na tracheostómiu		jeden kus za rok
	J6.2.1.1 Pásky bedrové neoprénové nevystužené		jeden kus za rok
	J6.2.1.2 Pásky bedrové neoprénové vystužené		jeden kus za rok
	J6.2.2.1 Pásky bedrové textilné pružné bez výstuže		jeden kus za rok
	J6.2.2.2 Pásky bedrové textilné pružné vystužené		jeden kus za rok
	J6.2.3. Pásky bedrové textilné nepružné, pevné		jeden kus za rok
	J6.3.1 Pásky brušné bez chrbtovej výstuže a podpinky		jeden kus za rok
	J6.3.2 Pásky brušné bez chrbtovej výstuže s podpinkou		jeden kus za rok
	J6.3.3 Pásky brušno-bedrové/s bedrovou výstužou		jeden kus za rok
	J6.4.1 Pásky prietržové slabínové		jeden kus za rok
	J6.4.2 Pásky prietržové brušné		jeden kus za rok
	J6.5 Suspenzory		jeden kus za rok
	J6.6 Napomínacie bandáže		jeden kus za rok
	J6.7 Ortézy trupu a panvy		jeden kus za rok
J6.8 Ostatné ortézy trupu a panvy		jeden kus za rok	
<b>J7 OSTATNÉ POMÔCKY VYŠŠIE NEZARADENÉ</b>	J7.1 abdukčné pomôcky I		jeden kus za rok
	J7.2 abdukčné pomôcky II		jeden kus za rok
<b>J8 PRÍSLUŠENSTVO K PROTÉZAM KONČATÍN</b>	J8.1 návleky kýpťové		osem kusov za rok



<b>J11 LÁTKY INVAZÍVNE APLIKOVANÉ</b>	J11.1.1 Látky invazívne aplikované intraartikulárne pre malé kĺby (od členka k prstom, včítane členka a od zápästia k prstom včítane zápästia, čeľusť/TMK)	jedna liečebná kúra tri injekcie za šesť mesiacov, poškodenie kostnej chrupavky (chondropatia I-III) verifikovaná klinicky, röntgenologicky
	J11.1.2.1 Látky invazívne aplikované intraartikulárne liečebná kúra 3 injekcie za 6 mesiacov pre veľké kĺby (rameno, lakeť, bedro a koleno)	jedna liečebná kúra tri injekcie do 2,5 ml za šesť mesiacov, poškodenie kostnej chrupavky (chondropatia I-III) verifikovaná klinicky, röntgenologicky alebo artroskopicky
	J11.1.2.2 Látky invazívne aplikované intraartikulárne – liečebná kúra jedna injekcia za 6 mesiacov pre veľké kĺby (rameno, lakeť, bedro a koleno)	jedna liečebná kúra jedna injekcia do 6 ml za šesť mesiacov, poškodenie kostnej chrupavky (chondropatia I-III) verifikovaná klinicky, röntgenologicky alebo artroskopicky
	J11.1.2.3 Látky invazívne aplikované intraartikulárne – liečebná kúra na 12 mesiacov pre veľké kĺby (rameno, lakeť, bedro a koleno)	jedna liečebná kúra za dvanásť mesiacov, poškodenie kostnej chrupavky (chondropatia I-III) verifikovaná klinicky, röntgenologicky alebo artroskopicky
	J11.2 Látky invazívne aplikované intravezikálne	jedna liečebná kúra (šesť injekcií) za tri mesiace
<b>J13.1 HROMADNE VYRÁBANÉ ORTOPEDICKO- PROTETICKÉ POMÔCKY A PRÍSLUŠENSTVO K NIM</b>	J13.1 Hromadne vyrábané ortopedicko-protetické pomôcky a príslušenstvo k nim	2 páry za rok u diabetikov so známami diabetickej nohy

**Limit skupiny K - Rehabilitačné a kompenzačné pomôcky**

<i>PODSKUPINA NÁZOV DRUHU ZDRAVOTNÍCKEJ POMÔCKY</i>	<i>TRIEDA</i>	<i>INDIKAČNÉ OBMEDZENIE</i>	<i>MNOŽSTVOVÝ LIMIT</i>
<b>K1 PALICE PODPORNÉ S PRÍSLUŠENSTVOM</b>	K1.1 Palice jednoduché		jeden kus za dva roky
	K1.2 Palice s trojbodovou a viacbodovou oporou		jeden kus za dva roky gumy, na palice štyri kusy za rok
	K1.3 Palice pre nevidiacich, orientačné		dva kusy za rok
	K1.4 Palice pre nevidiacich, signalizačné		dva kusy za rok
	K1.5 Palice pre nevidiacich, oporné		jeden kus za dva roky
<b>K2 BARLY PODPORNÉ, ŠTVORNOŽKY PRÍSLUŠENSTVO</b>	K2.1 Barly predlakt'ové pre dospelých		pár alebo kus za dva roky
	K2.2 Barly predlakt'ové detské		
	K2.3 Barly podpazušné pre dospelých		
	K2.4 Barly podpazušné pre dospelých malá		
	K2.5 Barly podpazušné pre dospelých stredná		
	K2.6 Príslušenstvo a doplnky		

<b>K3 ANTIDEKUBITNÉ A POLOHOVACIE POMÔCKY</b>	K3.1.1 Podušky, podložky a vankúše antidekubitné, polohovacie – malé jednoduché dĺžka strany 60 cm		dva kusy za ro
	K3.1.2 Podušky, podložky a vankúše antidekubitné, polohovacie – malé dĺžka strany 60 cm		dva kusy za rok
	K3.1.3 Podušky, podložky a vankúše antidekubitné, polohovacie – stredné dĺžka strany 60-120 cm		dva kusy za rok
	K3.1.4 Podložky celotelové antidekubitné dĺžka strany nad 120 cm		jeden kus za rok
	K3.1.5 Podložky AD hlavy a krku		jeden kus za dva roky
	K3.1.6 Podložky hlavy a krku		jeden kus za dva roky
	K3.1.7 Podložky antidekubitné pre končatiny		jeden kus za dva roky
	K3.2.1 Matrace AD polohovacie bez kompresoru		jeden kus za dva roky
	K3.2.2 Matrace AD polohovacie s kompresorom		jeden kus za päť rokov
	K3.2.3 Matrace AD polohovacie s tvarovou pamäťou	odkázanosť na trvalé používanie lôžka pri imobilite, nesebestačnosti, stave vyžadujúcom ošetrovateľskú starostlivosť	jeden kus za päť rokov
	K3.3 Valce rehabilitačné polohovacie		dva kusy za dva roky
	K3.4 Polvalce rehabilitačné polohovacie		dva kusy za dva roky
	K3.5 Klíny rehabilitačné polohovacie		dva kusy za dva roky
	K3.6 Podložky podhlavníky rehabilitačné na polohovanie hlavy a krku		dva kusy za dva roky
	K3.7 Podložky rehabilitačné na polohovanie končatín alebo trupu I		dva kusy za dva roky
K3.8 Podložky rehabilitačné na polohovanie končatín alebo trupu II		dva kusy za dva roky	
K3.9 Polohovacie pomôcky rehabilitačné ostatné		dva kusy za dva roky	
<b>K4 POMÔCKY NA REHABILITÁCIU HORNEJ KONČATINY A DOLNEJ KONČATINY</b>	K4.1 Závesy, dlahy statické a dynamické a pod.	kus za tri roky	jeden kus za tri roky
	K4.2 Rehabilitačné pomôcky dynamické	funkčné poruchy pohybového systému, hypermobilita	jeden kus za tri roky
<b>K5 POMÔCKY ULAHČUJÚCE OSOBNÚ HYGIENU – VAŇOVÉ, SPRCHOVACIE</b>	K5.1 Držadlá/madlá/pevné		tri kusy jednorazovo
	K5.2 Držadlá/madlá/sklpné		tri kusy jednorazovo
	K5.3 Dosky, sedadlá a stolčeky vaňové		jeden kus jednorazovo
	K5.4 Stolčeky, sedadlá a stoličky sprchovacie		jeden kus jednorazovo

<b>K6</b> <b>POMÔCKY UEAHČUJÚCE OSOBNÚ</b> <b>HYGIENU NA TOALETY</b>	K6.1 Zvyšovače WC, podstavce a sedadlá toaletné	<ul style="list-style-type: none"> <li>• stavy po zlomeninách krčku stehrovej kosti, stavy po náhrade (TEP) bedrového kĺbu</li> <li>• stavy po náhrade (TEP) kolenného kĺbu</li> <li>• stavy po operáciách driekovo krížovej chrbtice</li> <li>• nervovosvalové ochorenia (NSO)</li> </ul>	jeden kus jednorazovo
	K6.2 Ležadlá toaletné detské s oporou trupu		jeden kus jednorazovo
	K6.3 Stoličky a kreslá toaletné so zbernou nádobou		jeden kus jednorazovo
	K6.5 Ostatné hygienické, kompenzačné a ošetrovacie pomôcky vyššie nezaradené		jeden kus jednorazovo
<b>K7</b> <b>POMÔCKY UEAHČUJÚCE PRÍJEM</b> <b>A PRÍPRAVU POTRAVÍN</b>	K7 Držadlá na nádoby, príbor a pod.		tri kusy za tri roky
<b>K8</b> <b>POMÔCKY UEAHČUJÚCE OBLIEKANIE</b> <b>A VYZLIEKANIE</b>	K8 Navliekače pančúch a pod.		jeden kus jednorazovo
<b>K9</b> <b>KOMPENZAČNÉ A REHABILITAČNÉ</b> <b>POMÔCKY VYŠŠIE NEZARADENÉ</b> <b>A PRÍSLUŠENSTVO</b>	K9.2 Prístroje inhalačné dýzové a kompresové		jeden kus za 10 rokov
	K9.3 Prístroje inhalačné ultrazvukové		jeden kus jednorazovo
	K9.5.2 Výdychomery štandardné pre dospelých		jeden kus jednorazovo
	K9.6.1 Prístroje na oxygenoterapiu k lôžku poistenca		jeden kus jednorazovo
	K9.6.2 Prístroje na oxygenoterapiu s možnosťou obmedzeného pohybu poistenca		jeden kus jednorazovo
	K9.6.3 Prístroje na oxygenoterapiu bez obmedzenia pohybu poistenca		jeden kus jednorazovo
	K9.7 Fyzioterapeutické pomôcky		jeden kus jednorazovo
	K9.8.1 Fyzioterapeutické prístroje		jeden kus jednorazovo
	K9.8.2 Filtre k fyzioterapeutickým prístrojom		dva kusy za mesiac
	K9.8.3 Katétre k fyzioterapeutickým prístrojom		60 kusov za mesiac
	K9.9.1 Protézy hlasové		jeden kus za 6 mesiacov, alebo 2 kusy za rok
	K9.9.3 Príslušenstvo		jedno balenie na 2 mesiace
	K9.9.4 Tracheostomický filter		30 kusov za mesiac
K9.9.5 Tracheostomické kanyly, kovové		raz za päť rokov	
K9.9.6 Tracheostomické kanyly, plastové		jeden kus za dva mesiace	
K9.10.1 Ventiláčny prístroj BiPAP		jeden kus za 10 rokov	

	K9.10.2 Ventilačné prístroje BiPAP neinvazívne s objemovou podporou	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Hypoventilačný syndróm</li> <li>2. Obezita s alveolárnou hypoventiláciou</li> <li>3. Syndróm spánkového apnoe závažného stupňa s nutnosťou objemovej podpory</li> <li>4. Chronická hyperkapnicko-hypoxemická respiračná insuficiencia pri nasledovných dg: <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Stabilizovaná CHOCHP ťažkého stupňa,</li> <li>b) Neuromuskulárne ochorenia</li> <li>c) Muskuloskeletálne choroby hrudníka spojené s reštrikčnou ventilačnou poruchou</li> <li>d) Idiopatická alveolárna hypoventilácia</li> </ol> </li> </ol>	jeden kus za 10 rokov
	K9.10.3 Ventilačné prístroje BiPAP s adaptívnou servoventiláciou	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Centrálne spánkové apnoe</li> <li>2. Centrálne spánkové apnoe navodené CPAP/BiPAP liečbou /pôvodne tzv. komplexný typ syndrómu spánkového apnoe/</li> <li>3. Periodické dýchanie</li> </ol>	jeden kus za 10 rokov
	K9.10.4 Ventilačné prístroje BiPAP invazívne a neinvazívne	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Chronická hyperkapnicko-hypoxemická respiračná insuficiencia pri nasledovných dg: <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Stabilizovaná CHOCHP ťažkého st. – skupiny D podľa GOLDu</li> <li>b) Neuromuskulárne choroby</li> <li>c) Muskuloskeletálne choroby hrudníka s reštrikčnou ventilačnou poruchou</li> <li>d) Idiopatická alveolárna hypoventilácia</li> <li>e) Hypoventilačný syndróm</li> </ol> </li> </ol>	jeden kus za 10 rokov
	K9.11.1 Ventilačné prístroje CPAP na terapiu spánkového apnoe s príslušenstvom bez zvlhčovača		raz za 10 rokov
	K9.11.2 Ventilačné prístroje CPAP na terapiu spánkového apnoe s príslušenstvom a zvlhčovačom		raz za 10 rokov
	K9.11.3 Systém respiračný na čistenie sekrétov pri neefektívnom kašli	*	raz za 10 rokov

	K9.11.4 Systém respiračný na odstraňovanie sekrétov pomocou dekompresných rázov, pre pacientov s respiračným ochorením	Prístroj je indikovaný na liečbu dospelých pacientov a detí od 8 rokov veku podľa indikačných kritérií. Použitie v domácom prostredí po zaučení pacienta a po schválení lekárom o tolerancii a efektívnosti liečby.	jeden kus za 10 rokov
	K9.12.1 Ostatné príslušenstvo		raz za rok
	K9.12.3 Ostatné príslušenstvo, výdychová súprava	Príslušenstvo je indikované na liečbu dospelých pacientov a detí od 8 rokov veku. Použitie v domácom prostredí po zaučení pacienta a po schválení lekárom o tolerancii a efektívnosti liečby.	1 balenia (10x25) za 1 rok
	K9.13.1 Prístroj na meranie zrážanlivosti krvi		raz za 10 rokov
	K9.13.2 Prúžky k prístroju na meranie zrážanlivosti krvi	- rizikový pacient s ťažko nastaviteľnou terapeutickou hodnotou INR s výskytom závažných komplikácií pri celoživotnej antikoagulačnej liečbe pre pacientov s implantovanou mechanickou komorovou podporou	24 kusov za rok
	K9.14 Diagnostická pomôcka		jeden kus jednorazovo
<b>K10 OPRAVA POMÔCOK SKUPINY K</b>	K10 Oprava pomôcok skupiny K	podľa cenovej kalkulácie doloženej k lekárskeму poukazu	podľa potreby užívateľa

#### Úhrada pre podskupiny K9.10.1, K9.10.2, K9.10.3, K9.10.4 pre špecializáciu NEU – neurológ pre poskytovateľov zdravotnej starostlivosti:

I. neurologická klinika LFUK a UNB – Bratislava, Mickiewiczova 13, Nemocnica Staré mesto.

Neurologická klinika UN LP a LF UPJŠ – Košice, Trieda SNP 1.

#### K9.6 Prístroje na oxygenoterapiu pri respiračnej insuficiencii

Dlhodobá domáca oxygenoterapia (ďalej len „DDOT“) je indikovaná pacientom, u ktorých pretrváva hypoxemická respiračná insuficiencia alebo chronická respiračná insuficiencia s pretrvávajúcou hypoxémiou napriek optimálnej liečbe základného ochorenia. Indikáciou pre DDOT sú nozologické jednotky s prejavmi chronickej respiračnej insuficiencie:

- chronická obštrukčná choroba pľúc,
- chronická obštrukčná choroba pľúc s obštrukčným spánkovým apnoe (overlap syndróm),
- difúzne intersticiálne pľúcne choroby,
- primárna pľúcna hypertenzia,
- alveolárna hypoventilácia – pickwickovský syndróm,

- f. chronická tromboembolická choroba pľúc,
- g. deformity hrudníka s cor kyphoscolioticum,
- h. emfyzém pľúc,
- i. cystická fibróza,
- j. chronická rejekcia pľúcneho transplantátu,
- k. neuromuskulárne ochorenia,
- l. malignity s postihnutím pľúc vedúce k respiračnej insuficiencii.

### **Indikácie DDOT u pediatrických pacientov**

Indikáciami pre DDOT sú nižšie uvedené nozologické jednotky, ak sa s nimi spája chronická hypoxémia.

#### 1. Skupina dojčiat (do 1 roku veku života):

- a. Bronchopulmonálna dysplázia a chronická novorodenecká pneumopatia (s prematuritou asociované poškodenie pľúc),
- b. vrodené chyby pľúc (jednostranná agenéza pľúc, hypoplázia pľúc, kongenitálny lobárny emfyzém),
- c. ochorenia bránice – hernia bránice, paréza bránice jedno/obojsstranná,
- d. difúzne intersticiálne pľúcne choroby,
- e. alveolárna hypoventilácia,
- f. ostatné stavy spojené s chronickou hypoxémiou.

#### 2. Skupina malých detí, starších detí a adolescentov (od 1. do dovŕšenia 19. roku veku života):

- a. Cystická fibróza,
- b. difúzne intersticiálne pľúcne choroby,
- c. chronická respiračná insuficiencia ako pooperačný následok rozsiahlych chirurgických zákrokov na pľúcach,
- d. difúzne bronchiektázie,
- e. deformity hrudného koša a chrbtice,
- f. paréza bránice,
- g. poškodenie nervového a/alebo svalového systému s alveolárnou hypoventiláciou,
- h. symptomatická paliatívna starostlivosť,
- i. sekundárna pľúcna hypertenzia u detí bez vrodenej chyby srdca,
- j. alveolárna hypoventilácia,
- k. indikácie vznikajúce v dojčenskom veku, pokiaľ pretrváva dôvod na pokračovanie DDOT, a to aj pri prípadnej reklasifikácii základného ochorenia,
- l. ostatné stavy spojené s chronickou hypoxémiou.

#### 3. Kardiologické indikácie na DDOT v detskom veku:

- a. Pľúcna hypertenzia bez vrodenej chyby srdca,
- b. pľúcna hypertenzia u detí s vrodenou chybou srdca, kde nie je indikovaná kardiochirurgická alebo katetrizačná intervencia,
- c. cyanotické vrodené chyby srdca, u ktorých nie je možné zvládnuť chronickú hypoxémiu intervenciou.

### **Indikačné kritériá**

Pri indikácii DDOT je potrebné vždy vykonať kyslíkový test, kde vzostup PaO<sub>2</sub> musí byť najmenej o 1 kPa a/alebo na 8 kPa a

- 1) Parciálny tlak kyslíka v kapilárnej krvi arterializovanej teplom (PaO<sub>2</sub>) je menej ako 7,3 kPa, resp. 55 torr; odber sa vykoná v pokoji od sediaceho pacienta z artériovej alebo arterializovanej kapilárnej krvi alebo
- 2) PaO<sub>2</sub> je 7,3 – 8,0 kPa, resp. 55 – 60 torr pri platnosti aspoň jedného z ďalších kritérií:
  - a. prekapilárna pľúcna hypertenzia zistená echokardiografickým vyšetrením, katetrizačne alebo pomocou počítačovej tomografie,
  - b. EKG známky hypertrofie pravej srdcovej komory; alebo rádiologické známky pľúcnej hypertenzie (potvrdené CT alebo CT pulmoangiografiou),
  - c. hematokrit je viac ako 55 % alebo parciálny tlak oxidu uhličitého v kapilárnej krvi arterializovanej teplom (PaCO<sub>2</sub>) je vyšší ako 6,1 kPa (46 torr);
  - d. vitálna kapacita (VC) je menej ako 2 l alebo objem vzduchu vydýchnutý za prvú sekundu úsilného výdychu (FEV<sub>1</sub>) je menej ako 1,5 l alebo
  - e. PaO<sub>2</sub> je vyšší ako 8,0 kPa, resp. 60 torr pri pľúcnej hypertenzii potvrdenej katetrizačne.

### Indikačné kritéria pre detský vek

1. Skupina dojčiat (do 1 roku veku života): podmienkou je splnenie všetkých 3 kritérií:
  - a) Chronická hypoxémia. Chronickú hypoxémiu u detí do 1 roku veku definujeme ako nameranie saturácie (SpO<sub>2</sub>) menej ako 90 % po dobu viac ako 5 % záznamu, ktorého trvanie bolo minimálne 6 hodín pri kontinuálnom meraní saturácie pulzným oxymetrom počas hospitalizácie pacienta. Z hľadiska časového sa pod pojmom chronická hypoxémia rozumie stav presahujúci 14 dní,
  - b) postkoncepčný vek aspoň 40 týždňov (do tohto veku by mali byť pacienti liečení prednostne v nemocničnom zariadení),
  - c) hmotnosť aspoň 2500 g pri klinicky stabilizovanom stave. Závislosť na dodávke kyslíka nazálnou kanylou (prívod kyslíka s prietokom 0,25 – 3,0 l/min) aby sa udržala SatO<sub>2</sub> > 90 % pri všetkých aktivitách (vrátane spánku, kojenia alebo kŕmenia z fľaše). U detí do 1 roku veku života považujeme tento test za ekvivalent pozitívneho kyslíkového testu. Indikácia DDOT sa realizuje v regionálnom centre pre DDOT pri stabilizovanom stave dieťaťa a po vyliečení prípadnej akútnej exacerbácie základného ochorenia, a to formou hospitalizácie, aby sa správne posúdili diagnózy, reálnosť indikácie, eventuálne potreba doliečenia relapsu ochorenia alebo infekcie, rovnako realizácia potrebných vyšetrení a zaučenie rodičov. Vyšetrenie sa opakuje s 1-3-týždňovým odstupom za podobne štandardizovaných podmienok.
2. Skupina malých detí, starších detí a adolescentov (od 1 do dovŕšenia 19. roku veku života):
  - a) Dokázaná chronická hypoxémia pri chronickej pľúcnej chorobe alebo kardiologickej indikácii. Chronickú hypoxémiu u detí nad 1 rok veku definujeme ako nameranie saturácie (SpO<sub>2</sub>) menej ako 93 % po dobu viac ako 5 % záznamu, ktorého trvanie bolo minimálne 6 hodín pri kontinuálnom meraní saturácie pulzným oxymetrom počas hospitalizácie pacienta. Rutinné hodnotenie PaO<sub>2</sub> v arteriálnej krvi dnes nie je nevyhnutnosťou na stanovenie diagnózy chronickej hypoxémie u detských pacientov. Z hľadiska časového sa pod pojmom chronická hypoxémia rozumie stav presahujúci 14 dní.
  - b) A súčasne je nevyhnutný pozitívny kyslíkový test. Závislosť na dodávke kyslíka nazálnou kanylou (prívod kyslíka s prietokom 0,25 – 3,0 l/min), aby sa udržala SatO<sub>2</sub> > 90 % pri všetkých aktivitách. Indikácia DDOT sa realizuje v regionálnom centre pre DDOT pri stabilizovanom stave dieťaťa a po vyliečení prípadnej akútnej exacerbácie základného ochorenia, a to formou hospitalizácie, aby sa správne posúdili diagnózy, reálnosť indikácie, eventuálne potreba doliečenia relapsu ochorenia alebo infekcie, rovnako realizácia potrebných vyšetrení a zaučenie rodičov. Vyšetrenie je potrebné opakovať s 1-3-týždňovým odstupom v podobne štandardizovaných podmienkach.

### Nevyhnutné podmienky

1. Pacient nesmie fajčiť, respektíve ukončil fajčenie pred indikáciou DDOT.
2. Pacient resp. zákonný zástupca svojim podpisom v žiadosti potvrdí, že bol poučený o používaní koncentrátora kyslíka.



3. Prírodné prostredie pacienta s respiračnou insuficienciou splňa prevádzkovo-technické podmienky na prevádzku koncentrátora kyslíka uvedené v návode na obsluhu prístroja.
4. Akceptácia DDOT zo strany pacienta resp. zákonného zástupcu dieťaťa a schopnosť poskytovať DDOT po príslušnom zaškolení.

#### **Indikácia DDOT u dospelých pacientov je možná iba v nasledujúcich centrách:**

1. Klinika pneumológie, ftizeológie a funkčnej diagnostiky LF SZU a Univerzitetnej nemocnice Bratislava, Ružinovská 6, Bratislava.
2. Klinika tuberkulózy a pľúcnych chorôb – Univerzita Komenského v Bratislave, Jesséniova lekárska fakulta v Martine a Martinská fakultná nemocnica, Kollárova 2, Martin.
3. Klinika pneumológie a ftizeológie – Lekárska fakulta Univerzity Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach a Fakultná nemocnica L. Pasteura, Rastislavova 43, Košice.
4. Špecializovaná nemocnica sv. Svorada, n.o., Kláštorská 134, Nitra-Zobor.
5. Fakultná nemocnica s poliklinikou F.D. Roosevelta, Oddelenie pneumológie a ftizeológie, Námestie Ludvíka Svobodu 1, 975 17 Banská Bystrica.
6. Národný ústav tuberkulózy, pľúcnych chorôb a hrudníkovej chirurgie, Vyšné Hágy 1, 059 84 Vyšné Hágy.
7. Oddelenie pneumológie a ftizeológie, Nemocnica s poliklinikou Štefana Kukuru Michalovce, a. s., Špitálska ul.č.2, 071 01 Michalovce.
8. Fakultná nemocnica Trnava, Oddelenie pneumológie a ftizeológie, Andreja Žarnova 11, 917 75 Trnava.

#### **Indikácia DDOT u detských pacientov je možná iba v nasledujúcich centrách:**

1. Klinika detskej pneumológie a ftizeológie LF SZU a NÚDCh Bratislava, Limbová 1, 83340 Bratislava.
2. Klinika detí a dorastu JLF UK a UNM Martin, Kollárova 2, 03601 Martin.
3. Detská klinika LFUK a NÚDCh Bratislava, Limbová 1, 83340 Bratislava.
4. Detské Kardiocentrum NÚSCh Bratislava, Pod Krásnou hôrkou 1, 833 48 Bratislava 37.
5. Klinika detí a dorastu Fakultná nemocnica Nitra, Špitálska 6, 950 01 Nitra.
6. II. Detská Klinika SZU DFN Banská Bystrica, Námestie Ludvíka Svobodu 4, 974 09 Banská Bystrica.
7. Klinika detskej tuberkulózy a respiračných chorôb JLF UK, NÚDTaRCh, n.o. Dolný Smokovec, Dolný Smokovec 70, 059 81 Vysoké Tatry.
8. Klinika pediatrie FNŠP J. A. Reimana Prešov, Jána Hollého 5898/14, 081 81, Prešov.
9. Klinika detí a dorastu LF UPJŠ a DFN Košice, Trieda SNP 1, 040 11 Košice.

**Celkový denný čas oxygenoterapie je najmenej 15 hodín** v závislosti od základnej diagnózy a klinického stavu pacienta. Aplikácia kyslíka okrem potrebných prestávok by nemala byť zbytočne prerušovaná.

#### **Zodpovednosť a sledovanie dospelých pacientov s DDOT**

Ambulantný pneumológ vykonáva kontrolu 1 x za 6 mesiacov, súčasťou kontroly je meranie SpO<sub>2</sub>. Súčasne lekár sleduje dodržiavanie pokynov DDOT (dennú dĺžku aplikácie kyslíka, techniku aplikácie DDOT, eventuálne krvné plyny, celkovú spoluprácu pacienta a okolia vrátane dodržiavania zákazu fajčenia) a tieto uvedie v zdravotnej dokumentácii.

#### **Zodpovednosť a sledovanie pacientov do dovŕšenia 19. roku veku života s DDOT**

U detských pacientov vykonáva kontrolu ambulantný pediatrický pneumológ a ftizeológ. Prvá kontrola sa realizuje mesiac po začatí DDOT a následne každých 3-6 mesiacov lekárom, ktorý liečbu indikoval. Súčasťou kontroly je meranie SpO<sub>2</sub> a sledovanie dodržiavania pokynov DDOT (dennú dĺžku aplikácie kyslíka, techniku aplikácie DDOT, eventuálne krvné plyny, celkovú spoluprácu pacienta a okolia vrátane dodržiavania zákazu fajčenia) a tieto sú uvedené v zdravotnej dokumentácii.

### **Kontraindikácie DDOT**

1. Pacient je aktívny fajčiar v čase indikácie DDOT.
2. Ak sa po 30 minútovej inhalácii kyslíka hodnota PaCO<sub>2</sub> zvýši o viac ako 1 kPa.
3. Prírodné prostredie pacienta indikovaného na DDOT nespĺňa všetky prevádzkovotechnické podmienky uvedené v návode na obsluhu prístroja.
4. Akútna exacerbácia CHOCHP.
5. Akútna kardiálna dekompenzácia.
6. Nespolupracujúci pacient/zákonný zástupca.

### **Podmienky ukončenia hradenia liečby DDOT**

1. Pacient prestal spĺňať indikačné kritéria DDOT.
2. Pacient začal opäť fajčiť.
3. Pacient nedodržiava určený celkový denný čas oxygenoterapie.
4. Technicko-prevádzkové podmienky prirodzeného prostredia pacienta nespĺňajú podmienky na prevádzku prístroja.

### **Zdravotnícke pomôcky z podskupiny K9.6.2 Prístroje na oxygenoterapiu s možnosťou obmedzeného pohybu pacienta a K9.6.3 Prístroje na oxygenoterapiu bez obmedzenia pohybu**

#### **Indikácia a preskripcia vo vyššie uvedených centrách na DDOT.**

##### **Kontraindikácia**

1. Pacient je aktívny fajčiar v čase indikácie DDOT.

##### **Podmienkou schválenia liečby je:**

1. Prenosný koncentrátor kyslíka je možné indikovať u pacientov, ktorí spĺňajú indikačné kritériá na stacionárne DDOT (a majú ho hradený z verejného zdravotného poistenia) a zároveň:
  - oxygenoterapia stacionárnym kyslíkovým koncentrátorom bola indikovaná na viac ako 20 hod/deň a zároveň
  - aj po trojmesačnom užívaní liečby stacionárnym kyslíkovým koncentrátorom pretrváva potreba suplementácie kyslíka viac ako 20 hod/deň a zároveň
  - je medicínsky odôvodnený.

V správe revíznemu lekárovi je potrebné uviesť hodnotenie trojmesačného používania stacionárneho koncentrátora kyslíka. Pacient zaradený na čakaciu listinu na transplantáciu pľúc, ktorý má z verejného zdravotného poistenia hradené stacionárne DDOT.

#### **Indikačné kritériá pre schválenie liečby CPAP:**

##### **K9.11.1 Ventilačné prístroje CPAP na terapiu spánkového apnoe s príslušenstvom bez zvlhčovača**

##### **K9.11.2 Ventilačné prístroje CPAP na terapiu spánkového apnoe s príslušenstvom a zvlhčovačom**

##### **K9.12.1 Ostatné príslušenstvo**

Indikácie na liečbu pomocou CPAP prístroja, nastavenie tlaku – titráciu terapeutického tlaku, poučenie pacienta o podpornej ventilácii a kontroly pacienta je nutné realizovať po komplexnom zhodnotení anamnézy, klinického nálezu a závažnosti spánkovej poruchy dýchania na špecializovaných pracoviskách pre diagnostiku a liečbu porúch spánku a bdenia (spánkové laboratóriá) a/alebo v špecializovaných ambulanciách. Pričom za špecialistu oprávneného indikovať

uvedenú liečbu a vyšetrenie sa považuje držiteľ certifikátu Certifikovanej pracovnej činnosti (CPC) Somnológia, ktorý je zároveň špecialistom v špecializačných odboroch uvedených v akreditačnom spise akreditovaného vzdelávacieho programu CPC Somnológia. Podľa akreditačného spisu CPC Somnológia nadväzuje na špecializáciu v špecializačnom odbore: pneumológia a ftizeológia, vnútorné lekárstvo, neurológia, ORL, pediatria, psychiatria alebo anestéziológia a intenzívna medicína.

Základným diagnostickým vyšetrením je kompletná polysomnografia alebo videopolysomnografia.

V prípade, ak je vysoká pravdepodobnosť prítomnosti syndrómu spánkového apnoe obštrukčného typu (pozitívna spánková anamnéza alebo pozitívny spánkový dotazník, somatický lokálny nález potvrdzujúci zúženie HDC – Mallampati st. II-IV, BMI nad 30,0 kg/m<sup>2</sup>) je možné indikovať CPAP liečbu u dospelých na špecializovanom pracovisku pre diagnostiku a liečbu porúch spánku a bdenia (spánkové laboratórium) na podklade celonočného polygrafického vyšetrenia pacientov. Ak je výsledok polygrafického vyšetrenia nejednoznačný alebo jeho kvalita znemožňuje jednoznačnú interpretáciu, odporúčané je doplniť kompletne polysomnografické vyšetrenie. Polysomnografiu alebo videopolysomnografiu je odporúčané použiť preferovane u pacientov s komorbiditami – so závažným kardiorespiračným alebo neurologickým ochorením, slabosťou dýchacích svalov pri neuromuskulárnych ochoreniach, pri podozrení na hypoventilačný syndróm, u pacientov s chronickým užívaním opioidov alebo anamnézou insomnie.

Pod celonočnou polysomnografiou sa rozumie súčasné kontinuálne snímanie a následné hodnotenie minimálne nasledovných biologických signálov počas celonočného spánku (minimálne 4 hodiny): EEG (minimálne 2 zvody), EOG, EMG, zvuku chrápania, oronazálnej ventilácie, respiračných pohybov hrudníka a brucha, polohy tela, sýtenia hemoglobínu kyslíkom a pohybu dolných končatín (Príloha č. 1: Metodické odporúčanie hlavného odborníka MZ SR pre odbor PaF “Polysomnografia a videopolysomnografia”).

Pod polygrafiou sa rozumie súčasné snímanie minimálne nasledovných biologických signálov počas celonočného spánku (minimálne 4 hodiny): respiračných pohybov hrudníka, oronazálnej ventilácie, pulzovej frekvencie, saturácie hemoglobínu kyslíkom a polohy tela s následným vyhodnotením odborným personálom.

Realizácia a vyhodnotenie polygrafického vyšetrenia je v kompetencii lekára špecialistu v špecializovanom pracovisku pre diagnostiku a liečbu porúch spánku a bdenia. Nutné je manuálne skórovanie polygrafického záznamu.

K indikácii CPAP liečby je nutné zo strany pacienta splnenie nasledovných podmienok: dobrá spolupráca, adekvátne sociálne zázemie, deklarovanie ochoty a schopnosti dlhodobo používať predmetnú liečbu.

Liečba CPAP sa indikuje na základe splnenia nižšie uvedených indikačných kritérií:

Na indikáciu liečby je nevyhnutné vykonať manuálne alebo automatické nastavenie (titráciu) jej optimálneho tlaku. Ďalším predpokladom indikácie je overenie efektívnosti liečby počas minimálne jednej noci pomocou kompletnej celonočnej polysomnografie alebo polygrafie, prípadne pulznej oxymetrie. Titrácia tlaku a overenie efektívnosti liečby môžu byť realizované počas pobytu v spánkovom laboratóriu, je možné ich realizovať aj v domácom prostredí. Overenie efektívnosti spočíva v kontrolnom spánkovom polysomnografickom, polygrafickom, pulzoxymetrickom monitorovaní, alebo vyhodnotení efektivity liečby z pamäťového média (SD karty), resp. telemetricky (Mucska, 2015), pričom musia byť splnené nasledovné kritériá:

A. Pri polysomnografickom alebo polygrafickom vyšetrení:

1. Došlo k poklesu indexu respiračných udalostí (AHI) pod 14/hod a súčasne,
2. vymizli nočné desaturácie pod 90 % a súčasne,
3. došlo k subjektívnemu zlepšeniu kvality spánku a k zníženiu prípadne až k eliminácii dennej spavosti.

V prípade polysomnografickej kontroly efektívnosti liečby sa vyžaduje aj objektívna úprava hypnogramu.

B. V prípade pulzoxymetrickej kontroly efektívnosti:

1. Vymizli nočné desaturácie pod 90 % a súčasne,
2. došlo k subjektívnemu zlepšeniu kvality spánku a k zníženiu prípadne až k eliminácii dennej spavosti.

C. V prípade vyhodnotenia z pamäťového média:

1. Efektivita liečby, t. j. používanie nad 4 h/noc za sledované obdobie je nad 70 %,
2. došlo k poklesu indexu respiračných nepravidlostí (AHI) pod 14/hod a súčasne,
3. došlo k subjektívnemu zlepšeniu kvality spánku a k zníženiu prípadne až k eliminácii dennej spavosti.

Podozrenie z neefektívnosti liečby vzniká ak:

1. Priemerné denné použitie prístroja klesne pod 4 hod/deň a pod 70 % z celkovej sledovanej doby,
2. pretrvávajú denné alebo nočné symptómy choroby.

Pri podozrení z neefektívnosti liečby alebo z výskytu jej komplikácií kontrolujúci lekár vykoná podľa možnosti opatrenia na nápravu (úprava režimu liečby a pod.) a môže indikovať kontrolnú hospitalizáciu s prevereníím splnenia indikačných kritérií.

V prípade poklesu priemerného denného používania prístroja pod 4 hodiny spánku, pri potvrdení neefektívnosti liečby na základe vykonaných vyšetrení, alebo pri zistení zámerného nesprávneho používania prístroja je kontrolujúci lekár povinný upovedomiť bezodkladne zdravotnú poisťovňu pacienta o zistených skutočnostiach. Rozhodnutie o odňatí prístroja a jeho realizácia je v kompetencii zdravotnej poisťovne so súhlasom lekára SL, kde je pacient sledovaný.

Pri objavení sa kontraindikácií liečby (uvedené nižšie) je kontrolujúci lekár oprávnený indikovať ukončenie liečby, pričom postupuje rovnako ako pri potvrdení neefektívnosti liečby.

Pacient s OSAS indikovaný na liečbu **nCPAP** musí spĺňať nasledovné kritériá:

1. apnoicko-hypopnoický index (AHI)  $\geq 15/h$  TST, je objektívne porušená architektúra spánku, desaturačný index (ODI)  $\geq 10/h$  alebo,
2.  $5 < AHI < 15/h$  TST, je objektívne porušená architektúra spánku, sú prítomné desaturácie pod 85 % s ODI  $\geq 10/h$ , alebo,
3.  $5 < AHI < 15/h$  TST, je objektívne porušená architektúra spánku a je prítomná výrazná denná spavosť overená pomocou MSLT alebo MWT, ohrozujúca pacienta alebo jeho okolie zvýšeným rizikom úrazu, alebo dopravnej nehody,
4. apnoicko-hypopnoický index  $5 < AHI < 15/h$  TST, je objektívne porušená architektúra spánku a je koincidencia niektorého s nasledovných ochorení, zvyšujúcich riziko komplikácií či smrti: CHOCHP, bronchiálna astma, artériová hypertenzia WHO II-III, ICHS, choroby a poruchy činnosti srdca s príznakmi srdcovej nedostatočnosti, nokturálna arytmia, stav po náhlejšej cievnej príhode mozgovej, nokturálna (Mucska, 2015).

Kontroly efektívnosti liečby sa vykonáva ambulantným spôsobom v nasledovných intervaloch:

1. Do 4 – 12 mesiacov od zahájenia liečby, u špecialistu držiteľa certifikátu CPC Somnológia, ktorý je zároveň špecialistom v špecializačných odboroch uvedených v akreditačnom spise schválenej Certifikovanej pracovnej činnosti Somnológia.
2. V prípade stabilizovaného stavu pacienta, absencie nežiadúcich účinkov a komplikácií a súčasne pri dobrej účinnosti liečby je možné realizovať ambulantnú kontrolu s prístrojom alebo s SD kartou u špecialistu držiteľa certifikátu CPC Somnológia, ktorý je zároveň špecialistom v špecializačných odboroch uvedených v akreditačnom spise schválenej Certifikovanej pracovnej činnosti Somnológia a/alebo u lekára špecialistu pneumológ, neurológ.

V trojročných intervaloch, v prípade vodičov profesionálov v ročných intervaloch, inak skôr podľa potreby pacienta. Je v kompetencii kontrolujúceho lekára skrátiť interval kontrol, či realizovať objektivizáciu efektívnosti liečby polysomnografiou/videopolysomnografiou alebo respiračnou polygrafiou či pulznou oxymetriou.

Kontraindikácie CPAP liečby u OSAS pacientov (Rochweg B., 2017):

1. akútne infarkt myokardu,
2. závažná ľavokomorová kardiálna dekompenzácia,
3. závažné dysrytmie (komorová tachykardia, komorová fibrilácia),
4. bulbárny a pseudobulbárny syndróm,

5. neschopnosť pacienta adaptovať sa na CPAP liečbu,
6. nespolupráca pacienta,
7. psychiatrické ochorenia negatívne ovplyvňujúce spoluprácu.

Ak nie je dostatočný efekt CPAP liečby (nebola dosiahnutá redukcia AHI pod 10/hod. pri adekvátnych únikoch vzduchu masky) a nedošlo k subjektívnemu zlepšeniu kvality spánku a k zníženiu prípadne až k eliminácii je indikovaná liečba CPAP s automatickou reguláciou tlaku počas spánku v závislosti od výskytu respiračných udalostí (Kuschida, Chediak a kol., 2008).

Kontrolné polysomnografické/videopolysomnografické vyšetrenie u pacientov liečených CPAP je indikované ošetrovujúcim lekárom v nasledovných prípadoch:

- ak pretrváva dlhodobejšie vyššie reziduálne AHI ( $\geq 10/h$ ),
- ak pretrváva denná spavosť pri CPAP liečbe,
- ak perzistujú centrálné respiračné epizódy s vývojom CSA navodeného CPAP liečbou,
- ak je nutná retitrácia na autoSV BiPAP/AVAPS BiPAP liečbu,
- ak je nutné overiť efekt neventilačnej liečby **OSA**,
- pre posúdenie zdravotnej spôsobilosti na riadenie motorových vozidiel.

### **Podskupina: K9.11.3 Systém respiračný na odstraňovanie sekrétov pri neefektívnom kašli**

Použitie mechanickej insuflácie/exsuflácie u pacienta je vždy podmienené v schválených centrách pre indikáciu (požiadať SLS – jej organizačnú zložku Slovenskú pneumologickú a ftizeologickú spoločnosťou a Slovenskú spoločnosť detskej pneumológie).

#### Indikácie

Základné kritérium: Neefektívny kašeľ, ktorý je spojený so stagnáciou bronchiálneho sekrétu s nedostatočnou schopnosťou vytvoriť efektívny vrcholový prietok vzduchu v priebehu kašľa a s oslabením alebo únavou dýchacích svalov v jednej z troch z nasledujúcich situácií:

- Spolupracujúci dospelí s neefektívnou expektoráciou, pri splnení aspoň štyroch z uvedených kritérií súčasne:
- poklesom vitálnej kapacity pod 50 % náležitej hodnoty normy,
- znížením vrcholového výdychového prietoku pod 2,7 l/s,
- znížením vrcholového prietoku vzduchu pri kašli pod 160 l/min,
- znížením hodnôt maximálneho nádychového ústneho (nosného) tlaku pod 80 % náležitej hodnoty normy,
- znížením hodnôt maximálneho výdychového ústneho tlaku pod 80 % náležitej hodnoty normy,
- zníženou saturáciou hemoglobínu kyslíkom pod 90 %,
- opakovanými aspiráciami potravy,
- výskytom svalovej únavy dýchacích svalov znemožňujúcich vykonať efektívne zakašľanie.

1. Spolupracujúce dieťa s neefektívnou expektoráciou – zároveň je nutná spolupracujúca rodina alebo iný opatrovník, aby bola zabezpečená terapia pri splnení aspoň štyroch z uvedených kritérií súčasne:

- poklesom vitálnej kapacity pod 60 % náležitej hodnoty normy,
- znížením vrcholového výdychového prietoku pod 70 % náležitej hodnoty normy,
- znížením hodnôt maximálneho nádychového ústneho (nosného) tlaku pod 80 % náležitej hodnoty normy,
- znížením hodnôt maximálneho výdychového ústneho tlaku pod 80 % náležitej hodnoty normy,

- zníženou saturáciou hemoglobínu kyslíkom pod 90 %,
- opakovanými aspiráciami potravy,
- výskytom svalovej únavy dýchacích svalov znemožňujúcich vykonať efektívne zakašľanie.

2. Nespolupracujúci pacienti (deti/dospelí), u ktorých nie je možné vykonať z dôvodu závažnosti ich zdravotného stavu, alebo nízkeho veku, či nedostatočnej spolupráce vykonať spirometrické vyšetrenie a vyšetrenie maximálneho nádychového a výdychového ústneho tlaku, je možná indikácia na podklade klinických prejavov neefektívnej expektorácie. Zároveň je nutná spolupracujúca rodina alebo iný opatrovník, aby bola zabezpečená terapia.

#### **Indikácie:**

- Spinálna svalová atrofia,
- svalová dystrofia,
- myopatia,
- detská mozgová obrna,
- ransverzálna lézia miechy,
- amyotrofická laterálna skleróza,
- iné zriedkavé choroby spojené s poruchou expektorácie (napr. poruchy metabolizmu, Charcot Marie Tooth, Huntingtonova choroba).

#### **Kontraindikácie:**

- Pneumotorax,
- barotrauma,
- pneumomediastinum,
- rozsiahle bulózne postihnutie pľúc,
- akútny pľúcny edém,
- syndróm akútnej respiračnej tiesne,
- hemoptýza,
- stav po recentnej operácii pľúc (lobektómia, pneumonectómia),
- drenáž mozgových komôr.

Indikácia je viazaná na uvedené diagnózy pri splnení vyššie uvedených kritérií alebo pri splnení vyššie uvedených kritérií s klinicky potvrdenou neefektívnou expektoráciou so stagnáciou bronchiálneho sekrétu.

#### **Skríning pacienta:**

Ošetrojúci lekár (pneumológ, detský pneumológ, neurológ) pracujúci v zmluvnom centre kontroluje týchto pacientov v pravidelných intervaloch (najmenej 1 x ročne) z dôvodu zhodnotenia, či sa u pacienta objavila nutnosť zmeny nastavenia prístroja, alebo či pacient prestal spĺňať kritériá pre indikáciu prístroja. Pri zhoršení zdravotného stavu je pacient (v prípade detí zákonný zástupca) povinný i mimo pravidelnú plánovanú kontrolu konzultovať nastavenie prístroja s indikujúcim lekárom z dôvodu upravenia hodnôt nádychovej a výdychovej tlakovej podpory a zhodnotenia, či zmena zdravotného stavu nie je spojená s kontraindikáciou použitia prístroja. V prípade, že pacient nesplňa kritériá pre indikáciu prístroja, lekár navrhne odobratie prístroja.

V prípade hospitalizácie chorého je ďalšie používanie prístroja behom hospitalizácie konzultované s ošetrojúcim lekárom, ktorý má v nemocnici pacienta v starostlivosti.

Spoločnosť zaisťujúca distribúciu – autorizovaný servis – musí vykonať pravidelné technické prehliadky prístroja v intervale minimálne 1 x/2 roky.

#### **Podskupina K9.11.4 Systém respiračný na odstraňovanie sekrétov pomocou dekompresných rázov, pre pacientov s respiračným ochorením**

Schválenie použitia respiračného systému na odstraňovanie sekrétov pomocou dekompresných rázov u pacienta je vždy podmienené predchádzajúcim súhlasom zdravotnej poisťovne.

##### **Indikácie:**

- cystická fibróza (E84.0) – s pľúcnymi prejavmi,
- primárna ciliárna dyskinéza (J98.0),
- bronchiektázie – s opakovanými stredne ťažkými alebo ťažkými infekčnými exacerbáciami  $\geq 2$  alebo  $\geq 1$  s potrebou hospitalizácie,
- po zlyhaní efektu štandardnej respiračnej fyzioterapie.

##### **Kontraindikácie:**

- Pneumothorax,
- pneumomediastinum,
- barotrauma,
- hemoptýza,
- stav po recentnej operácii pľúc (lobektómia, pneumonektómia),
- stav po transplantácii pľúc,
- nestabilné kardiovaskulárne ochorenie,
- fajčenie.

Pred zaslaním žiadosti o schválenie prístroja na poisťovňu je pacient na základe indikácie ošetrojúceho lekára-pneumoftizeológa najprv zaškolený certifikovaným pracovníkom, ktorý sa podieľa na nastavení pacienta liečeného pomocou tohto prístroja. Pacient pred podaním žiadosti absolvuje 5 sedení s fyzioterapeutom a výsledok terapie bude súčasťou žiadosti o schválenie prístroja.

Ošetrojúci lekár (pneumológ, detský pneumológ) kontroluje týchto pacientov v pravidelných intervaloch (najmenej 1 x za 3 mesiace u detí a minimálne 1 x za 6 mesiacov u dospelých pacientov) z dôvodu zhodnotenia, či zdravotný stav pacienta nevyžaduje zmenu nastavenia prístroja. Pri zhoršení zdravotného stavu je pacient (v prípade detí zákonný zástupca) povinný i mimo pravidelnú plánovanú kontrolu konzultovať nastavenie prístroja s indikujúcim lekárom alebo u lekára, u ktorého je dispenzarizovaný z dôvodu upravenia nastavenia prístroja a zhodnotenia, či zmena zdravotného stavu nie je spojená s kontraindikáciou použitia prístroja.

#### **Podskupina K9.12.3 Ostatné príslušenstvo, výdychová súprava**

Schválenie použitia ostatného príslušenstva, výdychovej súpravy pre systém na odstraňovanie sekrétov pomocou dekompresných rázov u pacienta je vždy podmienené predchádzajúcim súhlasom zdravotnej poisťovne.

Pri opätovnom predpísaní príslušenstva po roku liečby prístrojmi na odstraňovanie sekrétov pomocou dekompresných rázov je ošetrojúci lekár povinný uviesť v žiadosti nasledujúce informácie:

- zhodnotenie efektu domácej liečby,
- počet (frekvenciu) terapeutických použití prístroja za hodnotené obdobie (doložené z pamäťového média alebo pamäte prístroja),
- pretrvávania indikácie domácej liečby (pacient naďalej spĺňa kritériá pre používanie prístroja).

**Limit skupiny L – Vozíky a kočíky, mobilné chodúľky, zdviháky chorých, špeciálne postele a príslušenstvo k nim**

<b>PODSKUPINA NÁZOV DRUHU ZDRAVOTNÍCKEJ POMÔCKY</b>	<b>TRIEDA</b>	<b>INDIKAČNÉ OBMEDZENIA</b>	<b>MNOŽSTVOVÝ LIMIT</b>
<b>L1 VOZÍK MECHANICKÝ</b>	L1.1 Vozík mechanický, skladací, oceľový		jeden kus za päť rokov
	L1.2 Vozík mechanický, skladací, odľahčený		jeden kus za päť rokov
<b>L2 VOZÍK MECHANICKÝ ŠPECIÁLNE UPRAVENÝ</b>	L2.1 Vozík mechanický špeciálne upravený, polohovateľný		jeden kus za päť rokov
	L2.1.1 Vozík mechanický špeciálne upravený, polohovateľný čiastočne		jeden kus za päť rokov
	L2.1.2 Vozík mechanický špeciálne upravený, polohovateľný v celosti		jeden kus za päť rokov
	L2.2 Vozík mechanický špeciálne upraviteľný na mieru, poloaktívny		jeden kus za päť rokov
	L2.3 Vozík mechanický špeciálne upravený, aktívny, ultraľahký		jeden kus za päť rokov
<b>L3 VOZÍK ELEKTRICKÝ</b>	L3.1 Určený prevažne pre interiér		jeden kus za sedem rokov
	L3.2 Určený prevažne pre exteriér, mimo cestnej premávky		jeden kus za sedem rokov
<b>L4 PRÍSLUŠENSTVO K VOZÍKU</b>	L 4.1.1 Sedačky antidekubitné penové		jeden kus za rok
	L 4.1.2 Sedačky antidekubitné gélové		jeden kus za 2 roky
	L4.1.3 Sedačky antidekubitné pneumatické		jeden kus za 2 roky
	L 4.2 Ostatné príslušenstvo		jeden kus za päť rokov
<b>L5 KOČÍK, INTERIÉROVÁ SEDAČKA</b>	L5.1 Kočík, skladací z boku		jeden kus za tri roky
	L5.2 Kočík, polohovateľný, skladací s preklopením chrbtovej opierky		jeden kus za tri roky
	L5.3 Interiérová sedačka		jeden kus za tri roky
<b>L6 PRÍSLUŠENSTVO KU KOČÍKU, VOZÍKU</b>	L6 Príslušenstvo ku kočíku, vozíku		jeden kus za tri roky
<b>L7 CHODÚĽKY POHYBLIVÁ, DVOJ- , TROJ-A ŠTVORKOLESOVÁ, G- APARÁT, DYNAMICKE A STATICKE VERTIKALIZÁTORY</b>	L7.1 Chodúľa pohyblivá pevná a dvojkolesová	Dynamické a statické vertikalizátory sú zariadenia určené pre dynamickú alebo statickú stabilizáciu a vertikalizáciu pacientov so závažným postihnutím pohybového aparátu ako dôsledok centrálnej poruchy riadenia pohybu so závažnými deformitami charakteru flekčnej alebo extenčnej spasticity až rigidity končatín	jeden kus za päť rokov
	L7.2 Chodúľa troj- a štvorkolesová		jeden kus za päť rokov
	L7.3 G-aparát		jeden kus za päť rokov
	L7.4 Dynamické a statické vertikalizátory		jeden kus za desať rokov



		a chrbtice alebo s úplnou plégiou končatín	
<b>L8 ZDVIHÁK</b>	L8.1 Zdvihák, vaňový		jeden kus za desať rokov
	L8.2 Zdvihák, univerzálny		jeden kus za desať rokov
<b>L9 POSTEĽ POLOHOVACIA</b>	L9.1 Posteľ polohovacia, detská	odkázanosť na trvalé používanie lôžka pri imobilite, nesebestačnosti, stave vyžadujúcom ošetrovateľskú starostlivosť	jeden kus za desať rokov
	L9.2 Posteľ polohovacia		jeden kus za desať rokov
<b>L10 STOLIČKA TOALETNÁ, VOZÍK TOALETNÝ A PRÍSLUŠENSTVO</b>	L10 Stolička toaletná, vozík toaletný a príslušenstvo		jeden kus jednorazovo
<b>L11 TROJKOLESOVÝ VOZÍK</b>	L11 Trojkolesový vozík, príslušenstvo	degeneratívne a reumatické ochorenia s postihom váhonosných kĺbov charakteru minimálne 3 stupňa artrózy, deti s diagnózou detská mozgová obrna;	kus jednorazovo, na základe zásadných antropometrických zmien u detí je možné predpísať druhý trojkolesový vozík

**Indikačné obmedzenia zdravotníckych pomôcok skupiny L – Vozíky a kočíky, mobilné chodúľky, zdviháky chorých, špeciálne postele a príslušenstvo k nim**

**Základný funkčný typ** zdravotníckej pomôcky poskytuje poistencovi s určitým zdravotným postihnutím alebo určenou chorobou veku primeraný funkčný efekt a maximálnu funkčnú kompenzáciu zodpovedajúcu jeho postihnutiu. Predstavuje základnú funkčnú štandardu kompenzácie poruchy v danej skupine pomôcok. Je plne hrađený zdravotnou poisťovňou.

**Rozšírený funkčný typ** zdravotníckej pomôcky poskytuje poistencovi s určitým zdravotným postihnutím, alebo určenou chorobou lepšiu estetickú vzhľad, väčší komfort a ďalšie pozitívne vlastnosti ako základný funkčný typ, ktoré ale nie sú pre daný stav postihnutia pacienta nevyhnutné. Pomôcka je na základe verejného zdravotného poistenia uhrádzaná len do výšky úhrady základného funkčného typu v danej skupine.

**L1.1 Mechanický vozík skladací, oceľový je indikovaný pri**

- postihnutí alebo chorobnom stave dolných končatín, ktoré výrazne obmedzujú alebo znemožňujú poistencovi samostatnú lokomóciu, bez súčasného postihnutia horných končatín, ktorými je poistenec schopný ovládať mechanický vozík na kratšie vzdialenosti,
- potrebe transportu poistenca inou osobou za predpokladu zvládnutia samostatného sedu, ak poistencovi bol v predchádzajúcich siedmich rokoch uhradený na základe verejného zdravotného poistenia elektrický vozík.

**L1.2 Mechanický vozík skladací odľahčený je indikovaný pri**

- postihnutí alebo chorobnom stave dolných končatín, ktoré výrazne obmedzujú alebo znemožňujú poistencovi samostatnú lokomóciu, bez súčasného postihnutia horných končatín, ktorými je poistenec schopný ovládať mechanický vozík v interiéri a na kratšie vzdialenosti v exteriéri,
- potrebe transportu poistenca inou osobou za predpokladu zvládnutia samostatného sedu, ak poistencovi bol v predchádzajúcich siedmich rokoch uhradený na základe verejného zdravotného poistenia elektrický vozík.

**L2.1.1 Vozík mechanický špeciálne upravený, polohovateľný čiastočne je indikovaný pri**

- chorobnom stave a pri závažnom postihnutí dolných končatín, ktoré výrazne obmedzuje alebo znemožňuje poistencovi samostatnú lokomóciu, a kde zdravotný stav poistenca vyžaduje polohovanie končatiny vo vynútenej, aj nefyziologickej polohe, úpravu sklonu chrbtovej opierky. Je indikovaný aj na transport inou osobou.

- b) potrebe transportu poistenca inou osobou za predpokladu zvládnutia samostatného sedu, ak poistencovi bol v predchádzajúcich siedmich rokoch uhradený na základe verejného zdravotného poistenia elektrický vozík.

**L2.1.1 Vozík mechanický špeciálne upravený, polohovateľný čiastočne je indikovaný pri** chorobnom stave a pri závažnom postihnutí dolných končatín, ktoré výrazne obmedzuje alebo znemožňuje poistencovi samostatnú lokomóciu, a kde zdravotný stav poistenca vyžaduje polohovanie končatiny vo vynútenej, aj nefyziologickej polohe, úpravu sklonu chrbtovej opierky. Je indikovaný aj na transport inou osobou.

**L2.1.2 Vozík mechanický špeciálne upravený, polohovateľný v celosti je indikovaný pri** chorobnom stave a pri závažnom postihnutí dolných končatín, ktoré znemožňuje poistencovi samostatnú lokomóciu, pri súčasnom postihnutí horných končatín, ktorými nie je schopný ovládať mechanický vozík, ani vozík elektrický, keď nie je poisteneц schopný fyziologického sedu a je potrebný častý transport, ktorý vyžaduje ovládanie vozíka inou osobou.

**L2.2 Vozík mechanický špeciálne upraviteľný na mieru poloaktívny, s možnosťou úpravy ťažiska, výšky a sklonu sedačky, alebo možnosťou ovládania jednou rukou je indikovaný** fyzicky menej aktívnemu poistencovi pri postihnutí dolných končatín, ktoré znemožňuje poistencovi samostatnú lokomóciu, so súčasným čiastočným postihnutím aj drieku, za predpokladu zvládnutia samostatného sedu a čiastočného postihnutia horných končatín, ktorými je však schopný ovládať mechanický vozík prevažne v interiéri a obmedzene aj v exteriéri (potrebná opierka chrbta).

**L2.3 Vozík mechanický špeciálne upravený na mieru aktívny, ultraľahký je indikovaný** fyzicky aktívnemu poistencovi, za predpokladu samostatného zvládnutia fyziologického sedu, pri chorobnom stave, alebo postihnutí dolných končatín, ktoré znemožňuje poistencovi samostatnú lokomóciu, bez postihnutia horných končatín, ktorými je schopný ovládať aktívne mechanický vozík v interiéri aj exteriéri (opierka chrbta minimálna).

**L3.1 Vozík elektrický určený prevažne pre interiér je indikovaný pri** chorobnom stave a pri závažnom postihnutí dolných končatín, ktoré znemožňuje poistencovi samostatnú lokomóciu a súčasne závažné postihnutie horných končatín mu neumožňuje ovládanie mechanického vozíka, a to ani mechanizmom pre ovládanie vozíka jednou rukou. Je určený na obmedzenú lokomóciu v rámci zúženého bezbariérového interiéru hlavne po rovine za predpokladu zvládnutia fyziologického sedu. Indikácia je podmienená splnením predpokladu zvládnutia ovládania a riadenia elektrického vozíka poistencom na základe jeho fyzickej a mentálnej spôsobilosti potvrdenej lekárom FBLR, očným lekárom a psychológom.

**L3.2 Vozík elektrický určený pre interiér a exteriér mimo cestnej premávky je indikovaný pri** chorobnom stave a pri závažnom postihnutí dolných končatín, ktoré znemožňuje poistencovi lokomóciu, v kombinácii so závažným chronickým ochorením, ktoré nedovoľuje poistencovi zvýšiť záťaž, a súčasne závažné postihnutie horných končatín mu neumožňuje ovládanie mechanického vozíka. Je určený na lokomóciu v rámci interiéru a exteriéru mimo cestnej premávky za predpokladu zvládnutia fyziologického sedu. Nespôsobilosť poistenca zvládnuť zvýšenú záťaž sa verifikuje záťažovým testom z odborného pracoviska, alebo stanoviskom príslušného odborného lekára pre dané chronické ochorenie. Indikácia je podmienená splnením predpokladu zvládnutia ovládania a riadenia elektrického vozíka poistencom na základe jeho fyzickej a mentálnej spôsobilosti potvrdenej lekárom FBLR, očným lekárom a psychológom.

**L3.3 Vozík elektrický určený pre exteriér a cestnú premávku je indikovaný pri** chorobnom stave a pri závažnom postihnutí dolných končatín, ktoré znemožňuje poistencovi lokomóciu, v kombinácii so závažným chronickým ochorením, ktoré nedovoľuje poistencovi zvýšiť fyzickú záťaž, a súčasne závažné postihnutie horných končatín mu neumožňuje ovládanie mechanického vozíka. Je určený na lokomóciu v rámci exteriéru a dopravnej komunikácie za predpokladu samostatného zvládnutia fyziologického sedu. Indikácia je podmienená splnením predpokladu zvládnutia ovládania a riadenia elektrického vozíka poistencom na základe jeho fyzickej a mentálnej spôsobilosti potvrdenej lekárom FBLR, očným lekárom, psychológom. Zdravotnícka pomôcka je na základe verejného zdravotného poistenia hradená len čiastočne, do výšky ZFT skupiny L3.2.

**Mechanické vozíky a elektrické vozíky je možné indikovať od troch rokov veku dieťaťa. V osobitných prípadoch na návrh predpisujúceho lekára mimo vekový limit.**

#### **L4 Príslušenstvo k vozíku**

**L4.1 Sedačky antidekubitné sú indikované** u poistencov s odkázanosťou na trvalé používanie mechanického, alebo elektrického vozíka,

**L4.1.1 Sedačky antidekubitné penové sú indikované** u poistencov s odkázanosťou na trvalé používanie mechanického, alebo elektrického vozíka s rizikom vzniku dekubitov od 28 do 27 bodov Nortonovej škály.

**L4.1.2 Sedačky antidekubitné gélové sú indikované** u poistencov s odkázanosťou na trvalé používanie mechanického, alebo elektrického vozíka s rizikom vzniku dekubitov od 26 do 25 bodov Nortonovej škály.

**L4.1.3 Sedačky antidekubitné pneumatické sú indikované** u pacientov s diagnózou tetraplégia a u diagnózy paraplégia s mimoriadne vysokým rizikom tvorby dekubitu, pod 24 bodov Nortonovej škály.

**L4.2 Ostatné príslušenstvo k vozíku** je plne hradené z verejného zdravotného poistenia len po dôkladnom zdôvodnení predpisujúcim lekárom a prechádzajúcim súhlase zdravotnej poisťovne s úhradou zdravotníckej pomôcky.

## **L5 Kočík a interiérová sedačka sú indikované od troch rokov veku dieťaťa**

**L5.1, L5.2 Kočík je indikovaný** pri chorobnom stave a pri závažnom postihnutí dolných končatín, ktoré výrazne obmedzuje alebo znemožňuje poistencovi samostatnú lokomóciu, pri postihnutí horných končatín, ktorými nie je schopný ovládať vozík; prípadne, keď nie je poistenec schopný fyziologického sedu a kde zdravotný stav poistenca vyžaduje úpravu sklonu chrbtovej opierky. Je určený na transport dieťaťa, ktorý vyžaduje ovládanie kočíka inou osobou.

**L5.3 Interiérová sedačka je indikovaná** pri chorobnom stave a pri závažnom postihnutí celého pohybového aparátu, ktoré výrazne obmedzuje alebo znemožňuje poistencovi samostatný fyziologický sed a kde zdravotný stav poistenca vyžaduje úpravu sklonu chrbtovej opierky a tiež zabezpečenie polohovania alebo stabilizovania končatín.

**L6 Príslušenstvo ku kočíku, vozíku** je plne hradené z verejného zdravotného poistenia len po dôkladnom zdôvodnení predpisujúcim lekárom a prechádzajúcim súhlase zdravotnej poisťovne s úhradou zdravotníckej pomôcky.

**L7 Chodúľky pohyblivé, dvoj-, troj- a štvorkolesové, G-aparát sú indikované** pri postihnutí alebo chorobnom stave, ktoré výrazne obmedzuje poistencovi samostatnú lokomóciu alebo výrazne znižuje perimenter a stabilitu samostatnej chôdze bez súčasného závažného postihnutia horných končatín, ktorými je schopný ovládať zdravotnícku pomôcku.

**L7.4 Dynamické a statické vertikalizátory** sú zariadenia určené pre dynamickú alebo statickú stabilizáciu a vertikalizáciu pacientov so závažným postihnutím pohybového aparátu ako dôsledok centrálnej poruchy riadenia pohybu so závažnými deformitami charakteru flekčnej alebo extenznej spasticity až rigidity končatín a chrbtice alebo s úplnou plégiou končatín.

**L8 Zdviháky** sú zdravotnícke pomôcky slúžiace na presuny pacienta, sú indikované pri závažnom zdravotnom postihnutí, ktoré spôsobuje nesebestačnosť, imobilitu, prevažnú alebo trvalú odkázanosť na lôžko, alebo stav vyžadujúci sústavnú ošetrovateľskú starostlivosť.

**L9 Posteľ polohovacia elektrická je indikovaná** pri závažnom zdravotnom postihnutí, u pacientov ktorí sú odkázaní na trvalé používanie lôžka pri imobilite, nesebestačnosti a stave vyžadujúcom ošetrovateľskú starostlivosť. Detská polohovacia posteľ je indikovaná od troch rokov veku dieťaťa.

**L10 Stolička toaletná, vozík toaletný a príslušenstvo sú indikované** po dôkladnom zdôvodnení predpisujúcim lekárom a prechádzajúcim súhlase zdravotnej poisťovne s úhradou zdravotníckej pomôcky.

**L11 Trojkolesový vozík je indikovaný** pri postihnutí alebo chorobnom stave, ktoré výrazne obmedzuje poistencovi samostatnú lokomóciu, alebo výrazne znižuje perimenter a stabilitu samostatnej chôdze bez súčasného závažného postihnutia horných alebo dolných končatín, ktorými je schopný ovládať zdravotnícku pomôcku, len po dôkladnom zdôvodnení predpisujúcim lekárom, psychológom a prechádzajúcim súhlase zdravotnej poisťovne s úhradou zdravotníckej pomôcky.

**Limit skupiny N – Pomôcky pre sluchovo postihnutých, načúvacie prístroje a príslušenstvo k nim**

<i>PODSKUPINA NÁZOV DRUHU ZDRAVOTNÍCKEJ POMÔCKY</i>	<i>TRIEDA</i>	<i>INDIKAČNÉ OBMEDZENIE</i>	<i>MNOŽSTVOVÝ LIMIT</i>
<b>N1 NAČÚVACIE PRÍSTROJE S PRÍSLUŠENSTVOM</b>	N1.2 Závesný načúvací prístroj pre dospelých		pri jednostrannej nedoslýchavosti u dospelých <b>kus za päť rokov</b> pri obojstrannej nedoslýchavosti u dospelých <b>dva kusy za päť rokov</b>
	N1.3 Zvukovodové načúvacie prístroje pre dospelých a načúvacie prístroje typu RIC, RITE		pri jednostrannej nedoslýchavosti u dospelých <b>kus za päť rokov</b> pri obojstrannej nedoslýchavosti u dospelých <b>dva kusy za päť rokov</b>
	N1.4 Detský načúvací prístroj závesný, zvukovodový, RIC, RITE		pri jednostrannej nedoslýchavosti u detí do 18 rokov veku <b>kus za päť rokov</b> pri obojstrannej nedoslýchavosti u detí do 18 rokov veku <b>dva kusy za päť rokov</b>
<b>N4 TINITUS MASKÉR</b>	N4.1 Tinnitus maskér základný	tinnitus	pri jednostrannom tinnite <b>1 kus za 5 rokov</b> pri obojstrannom tinnite <b>2 kusy za 5 rokov</b>
	N4.2 Tinnitus maskér kombinovaný	ťažký celodenný tinnitus s obojstrannou stredne ťažkou až ťažkou poruchou sluchu perцепčnou alebo zmiešanou, trvajúcou najmenej 1/2 roka po neúspešnej farmakologickej a rehabilitačnej liečbe, predpisuje špecializované pracovisko	pri jednostrannom tinnite <b>1 kus za 5 rokov</b> pri obojstrannom tinnite <b>2 kusy za 5 rokov</b>
<b>N5 ELEKTROLARYNX</b>	N5.1 Elektrolarynx		raz za päť rokov

<b>Porucha sluchu</b>	<b>Charakteristika</b>
<b>Stredne ťažká nedoslýchavosť</b>	percepčná alebo prevodová porucha, strata sluchu od 40-59 dB hladiny zrozumiteľnosti reči vo voľnom poli (SRT)
<b>Ťažká nedoslýchavosť</b>	percepčná alebo prevodová porucha, strata od 60-79 dB hladiny zrozumiteľnosti reči vo voľnom poli (SRT)
<b>Veľmi ťažká nedoslýchavosť</b>	percepčná alebo prevodová porucha, strata nad 80 dB hladiny zrozumiteľnosti reči vo voľnom poli (SRT), zvyšky sluchu až praktická hluchota

**Limit skupiny O – Okuliare a pomôcky pre zrakovo postihnutých a príslušenstvo k nim**

<i>PODSKUPINA NÁZOV DRUHU ZDRAVOTNÍCKEJ POMÔCKY</i>	<i>TRIEDA</i>	<i>INDIKAČNÉ OBMEDZENIE</i>	<i>MNOŽSTVOVÝ LIMIT</i>
<b>O5 LUPA OPTICKÁ</b>	O5.1.1 Lupa optická ručná bez osvetlenia	jeden kus za 3 roky	NKCZO pod 0,3
	O5.1.2 Lupa optická ručná s osvetlením	jeden kus za 3 roky	NKCZO pod 0,3
	O5.2.1 Lupa optická príložná bez osvetlenia	jeden kus za 3 roky	NKCZO pod 0,3 dyslexia
	O5.2.2 Lupa optická príložná s osvetlením	jeden kus za 3 roky	NKCZO pod 0,3
	O5.3 Lupa optická, príslušenstvo	jeden kus za 3 roky	NKCZO pod 0,3
<b>O6 OPTICKÝ SYSTÉM</b>	O6.1 Optický systém ďalekohľadový s príslušenstvom, monokulárny	jeden kus za 5 rokov	NKCZO pod 0,3
	O6.2 Optický systém ďalekohľadový, binokulárny	jeden kus za 5 rokov	NKCZO pod 0,3