

KLASA: 500-01/23-01/01
UR.BROJ: 338-01-10-01-23- 649
Zagreb, 3. listopad 2023.

UGOVORNE BOLNIČKE ZDRAVSTVENE USTANOVE

n/p ravnatelja bolnica:

- 1) KBC Zagreb
- 2) KBC Split
- 3) KBC Rijeka
- 4) KBC Osijek
- 5) KBC Sestre milosrdnice
- 6) KB Merkur
- 7) Klinika za dječje bolesti Zagreb

Izabrani doktori u primarnoj zdravstvenoj zaštiti
- svima -

PREDMET: INZULINSKE PUMPE i drugi uređaji za isporuku inzulina
- način ostvarivanja prava osiguranih osoba na pomagalo

- nova uputa, daje se

Poštovana/-i,

nastavno na raniju uputu o načinu ostvarivanja prava osiguranih osoba na predmetno pomagalo (veza: naš dopis KLASA: 500-01/22-01/01, URBROJ: 338-01-10-01-22-58), koju smo Vam dana 08. ožujka 2022. godine poslali iz Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje (u dalnjem tekstu: HZZO), a obzirom na izmjene i dopune u važećim listama ortopedskih i drugih pomagala, obavještavamo Vas o promjenama i dajemo nove upute.

U Osnovnoj listi ortopedskih i drugih pomagala i u Dodatnoj listi ortopedskih i drugih pomagala (zajedno dalje u tekstu: Liste pomagala), koje su u primjeni od 05. listopada 2023. godine, sukladno izmijenjenoj indikaciji broj 364 s utvrđenim kriterijima za ostvarivanje prava osiguranih osoba na predmetna pomagala (inzulinske pumpe i drugi uređaji za isporuku inzulina, kojima je u Listi pomagala pridružena indikacija 364), predmetna pomagala i dalje odobrava Liječničko povjerenstvo za pomagala Direkcije, ali za odobrenje pomagala više nije potrebno prethodno mišljenje stručnog povjerenstva i uz ustanove koje su ranije imale mogućnost propisivanja pomagala dodana je i Klinika za dječje bolesti Zagreb.

Slijedom navedenog, ove upute dostavljamo na ravnatelje svih bolničkih zdravstvenih ustanova u kojima je u tekstu indikacije 364 iz Lista pomagala HZZO-a omogućeno propisivanje predmetnih pomagala te **molimo da odgovarajućim specijalistima iz Vaše ustanove ove upute, zajedno sa svim prilozima, date na znanje i daljnje postupanje.**

Kratke upute:

PROPISTVANJE POMAGALA

Sub/specijalist endokrinologije i dijabetologije, koji se bavi liječenjem šećerne bolesti i ima mogućnost provesti edukaciju za primjenu inzulinskih pumpi, postavlja indikaciju za primjenu pomagala i propisuje pomagalo na Potvrdu o pomagalima za šećernu bolest, pri čemu u nalazu mora obrazložiti razlog za postavljanje indikacije za primjenu pomagala.

Uz ispunjenu Potvrdu potrebno je priložiti sljedeću dokumentaciju:

1. Obrazac za inzulinske pumpe i druge uređaje za isporuku inzulina
2. Medicinsku i drugu dokumentaciju sukladno Obrascu za inzulinske pumpe i druge uređaje za isporuku inzulina (ovisno o tome radi li se o odrasloj osobi ili djetetu)
3. Izjavu osigurane osobe ili roditelja/skrbničnika za maloljetnu osobu

(napomena: Prilikom predlaganja i propisivanja pomagala nadležni specijalist je dužan upoznati osiguranu osobu s vrstom i načinom korištenja preporučenog pomagala. U slučaju da osiguranoj osobi preporuča pomagalo s Dodatne liste specijalist mora upoznati osobu koja potpisuje izjavu s obvezom plaćanja razlike u cijeni pomagala u odnosu na cijenu pomagala s Osnovne liste, a u slučaju da osiguranoj osobi preporuča pomagalo koje za svoj rad koristi mobilnu aplikaciju za pametni uređaj, koja prikuplja podatke korisnika, specijalist ju mora upoznati s time da je za korištenje pomagala potrebno posjedovati vlastiti pametni uređaj te da Zavod nije taj koji prikuplja podatke niti je voditelj obrade osobnih podataka, obzirom da Zavod ne utječe na podatke koje korisnik odlučuje unijeti u aplikaciju niti je aplikacija spojena na informacijski sustav Zavoda.)

Sve navedene tiskanice nalaze se u prilogu ovog dopisa, dok se Potvrđi o pomagalima može pristupiti na mrežnim stranicama HZZO-a, putem linka: [PotSecBol_09122022.cdr \(hzzo.hr\)](#)

ODOBRAVANJE POMAGALA

Bolnička zdravstvena ustanova dostavlja HZZO-u ispunjenu Potvrdu o pomagalima, zajedno s propisanom dokumentacijom, na adresu: Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje, Direkcija, Margaretska 3, 10002 Zagreb, s naznakom: za Liječničko povjerenstvo za pomagala Direkcije.

O tome zadovoljavaju li osigurane osobe uvjete temeljem kojih se može ostvariti pravo na pomagalo, vodeći računa o kriterijima raspisanim u tekstu indikacije broj 364 u Listama pomagala i stručnim smjernicama Referentnog centra za šećernu bolest (za odrasle) odnosno Referentnog centra za pedijatrijsku endokrinologiju i dijabetes Ministarstva zdravstva, o propisanom pomagalu stručni Nalaz, mišljenje i ocjenu donosi Liječničko povjerenstvo za pomagala Direkcije HZZO-a.

Ako Liječničko povjerenstvo za pomagala Direkcije utvrdi potrebu za dopunom dostavljene dokumentacije, HZZO će u bolničku zdravstvenu ustanovu uputiti dopis sa zahtjevom za potrebnu dopunu dokumentacije.

Nakon provedenog postupka i utvrđivanja opravdanosti primjene propisanog pomagala HZZO će ovjerenu Potvrdu o pomagalima vratiti u bolničku zdravstvenu ustanovu.

U slučaju da se provedenim postupkom utvrdi da osigurana osoba ne ostvaruje pravo na propisano pomagalo, Liječničko povjerenstvo za pomagala Direkcije dostavlja svoj Nalaz, mišljenje i ocjenu nadležnom regionalnom uredu Zavoda, a koji o navedenom mora obavijestiti osigurana osobu.

OPSKRBA S POMAGALOM I POTROŠNIM MATERIJALOM

U slučaju kad je pomagalo odobreno od strane HZZO-a i ovjerena Potvrda o pomagalu je stigla u bolničku zdravstvenu ustanovu, bolnica je obvezna istu žurno dostaviti do specijaliste koji je pomagalo inicijalno propisao.

Nadležni dijabetolog iz bolničke zdravstvene ustanove je obvezan kontaktirati osiguranu osobu i ugovornog isporučitelja radi edukacije i opskrbe osigurane osobe odobrenim pomagalom. Nakon obavljene isporuke i edukacije osigurane osobe HZZO-u je potrebno dostaviti podatke o dodijeljenoj pumpi (tip/model pumpe, serijski broj pumpe, datum opskrbe) na e-mail adresu: inzulinske.pumpe@hzzo.hr.

Kako bi u nastavku korištenja inzulinske pumpe ili drugog uređaja za isporuku inzulina osigurana osoba mogla ostvariti svoje pravo i na potrošni materijal s Lista pomagala, a koji je neophodan za rad i funkcionalnost odobrenog i isporučenog pomagala, u Povijesti bolesti je nužno navesti podatak o tome kada je (datum) i koje je pomagalo (zaštićeni naziv) isporučeno i koji potrošni materijal s Lista pomagala je potrebno dodatno osigurati jer će samo temeljem tih podataka nakon isporuke pomagala izabrani doktor medicine u primarnoj zdravstvenoj zaštiti može propisivati i potreban potrošni materijal za isporučeno pomagalo.

REEVALUACIJA ISHODA PRIMJENE I NASTAVNO KORIŠTENJE POMAGALA

Sukladno propisanoj indikaciji za primjenu pomagala, obveznu reevaluaciju ishoda primjene pomagala provodi najmanje jedanput svakih 6 mjeseci bolnički doktor sub/specijalist endokrinologije i dijabetologije koji je dao preporuku za pomagalo ili bolnički doktor sub/specijalist endokrinologije i dijabetologije iz druge ugovorne bolničke zdravstvene ustanove, koji se bavi liječenjem šećerne bolesti.

Kod preporuke za nastavno korištenje pomagala, a prije propisivanja novog pomagala, specijalist obvezno provodi provjeru funkcionalnosti postojećeg pomagala (provjeri funkcionalnosti ne podliježu postojeće jednokratne „patch“ inzulinske pumpe).

Slijedom navedenog, molimo Vas da o svemu obavijestite specijaliste iz Vaše ustanove u čijoj je nadležnosti predlaganje i propisivanje predmetnih pomagala te im proslijedite dokumentaciju iz priloga ovog dopisa.

Zahvaljujemo na suradnji.
S poštovanjem,

Ravnatelj



Na znanje:

- 1) HZZO – Regionalni uredi/Područne službe, n/p voditelja/-ice – svima
- 2) HZZO – Direkcija, Služba za medicinska vještačenja, LPD

U prilogu:

Za odobravanje pomagala kod djece

- Obrazac za inzulinske pumpe i druge uređaje za isporuku inzulina - djeca
- Izjava osigurane osobe /roditelj/skrbnik/ – djeca
- Stručne smjernice Referentnog centra za pedijatrijsku endokrinologiju i dijabetes

Za odobravanje pomagala kod odraslih

- Obrazac za inzulinske pumpe i druge uređaje za isporuku inzulina – odrasli
- Izjava osigurane osobe – odrasli
- Stručne smjernice Referentnog centra za šećernu bolest (za odrasle)

Način otpreme:

- Pismeno – Preporučeno
- Elektronski na adresu e-pošte ravnatelja bolničkih zdravstvenih ustanova
- Elektronski na voditelje RU/PS HZZO-a i LPD-a
- Objava na zaštićenom portalu za PZZ (CEZIH)

OBRAZAC za inzulinske pumpe i druge uređaje za isporuku inzulina – DJECA

Šifra pomagala	Zaštićeni naziv pomagala	
PRVA PRIMJENA	Označiti (x)	
NASTAVNA PRIMJENA		
Podaci o osiguranoj osobi		
Ime i prezime		
MBO ili OIB		
Datum rođenja		
Podaci o liječniku koji je propisao pomagalo		
Ime i prezime		
Šifra liječnika		
Zdravstvena ustanova		
PRVA PRIMJENA – minimalno potrebna dokumentacija:		Označiti (x)
<input type="checkbox"/> Prethodne dvije Povijesti bolesti nadležnog dijabetologa, s podacima: - laboratorijski nalazi na osnovu kojih je postavljena dijagnoza šećerne bolesti tip 1 - duljina trajanja bolesti - vrsta inzulinske terapije - vrijednosti prethodna dva mjerjenja HbA1c i/ili TIR, TBR i TAR prema uređaju za intermitentno skeniranje glikemije ili kontinuirano mjerjenje glikemije U povijesti bolesti potrebno je navesti planira li bolesnik koristiti uređaj za kontinuirano mjerjenje glikemije.		
<input type="checkbox"/> Ispis AGP izvješća (s podacima od najmanje 14 dana) ili podaci iz dnevnika samokontrole bolesnika (s podacima o mjerenjima glikemije glukometrom i dozama inzulina od najmanje 14 dana)		
<input type="checkbox"/> Izjava roditelja/skrbnika osigurane osobe		
NASTAVNA PRIMJENA – minimalno potrebna dokumentacija:		
Tip/model postojeće pumpe		
Datum postavljanja postojeće pumpe		
Ocjena funkcionalnosti		
		Označiti (x)
<input type="checkbox"/> Prethodne dvije Povijesti bolesti nadležnog dijabetologa, s vidljivim redovitim kontrolama unazad 6 mjeseci od postavljanja indikacije iz kojih je vidljivo kako bolesnik koristi pumpu prema uputama		
<input type="checkbox"/> Izjava roditelja/skrbnika osigurane osobe		

I Z J A V A

kojom potvrđujem da sam za dijete _____,
(ime i prezime osigurane osobe – djeteta)

ja, _____, _____,
(ime i prezime roditelja / skrbitnika) (OIB ili MBO)

prilikom propisivanja pomagala upoznat/-a od strane bolničkog doktora specijaliste s vrstom i načinom korištenja predloženog pomagala:

_____ iz _____
(upisati zaštićeni naziv pomagala) (upisati Osnovne ili Dodatne)

liste pomagala Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje

izjava uz pomagala sa Dodatne liste pomagala

Ovom izjavom izjavljujem da pristajem na isporuku pomagala s Dodatne liste pomagala te da sam upoznat o svojoj obvezi osobnog plaćanja razlike u cijeni pomagala u odnosu na cijenu pomagala s Osnovne liste pomagala.

izjava uz pomagala koja za svoj rad koriste mobilne aplikacije za pametne uređaje

- Upoznat/-a sam da je za korištenje preporučenog pomagala potrebno posjedovati vlastiti pametni mobilni uređaj te ovom izjavom potvrđujem kako posjedujem odgovarajuću napravu, odnosno da pristajem na vlastiti trošak osigurati električko – komunikacijski uređaj, sustav i opremu koji podržavaju rad ovog pomagala.
- Upoznat/-a sam s time da pomagalo radi pomoću mobilne aplikacije koja prikuplja podatke korisnika, kao i s time da HZZO nema uvid, ne prikuplja i ne obrađuje podatke, niti je voditelj obrade podataka prikupljenih putem sustava i opreme koji podržavaju rad ovog pomagala.
- Upoznat/-a sam s time da obradu pojedinih mojih podataka pomoću sustava i opreme koji podržavaju rad pomagala mogu provoditi isporučitelj odnosno predstavnik i/ili distributer ili proizvođač pomagala, sukladno svrsi i pravnom temelju obrade osobnih podataka. O istome će me isporučitelj pomagala odnosno predstavnik i/ili distributer ili proizvođač upoznati kod prvog preuzimanja predmetnih pomagala, a kada ču s njima sklopiti Sporazum o uvjetima i načinu korištenja pomagala i naprava koje podržavaju rad pomagala.

Izjavljujem da, nakon što sam upoznat/-a sa svime što je gore navedeno, želim da dijete koristi predloženo pomagalo, što potvrđujem vlastoručnim potpisom.

U _____
(mjesto i datum)

_____ (potpis roditelja / skrbitnika)



Klinički bolnički centar Zagreb
Klinika za pedijatriju
Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu
Rebro, Kišpatičeva 12, 10000 Zagreb
Predstojnik: prof.dr.sc. Jurica Vuković
Tel: + 385 1 23 67 594
Fax: + 385 1 23 67 442
E-mail: predstojnik.dkr@kbc-zagreb.hr



Zavod za endokrinologiju i dijabetes

Referentni centar za pedijatrijsku endokrinologiju i dijabetes
Ministarstva zdravstva Republike Hrvatske

Tel: 01-2388-532

U Zagrebu, 1.09.2023.

Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje

Direkcija

Margaretska 3, 10000 Zagreb

PREDMET: Stručno mišljenje Referentnog centra ministarstva zdravstva Republike Hrvatske o indikacijama za liječenje djece i adolescenata oboljelih od šećerne bolesti tip 1 inzulinskom pumpom

Poštovani,

u ime Referentnog centra za pedijatrijsku endokrinologiju i dijabetes dostavljamo Vam stručno mišljenje vezano za indikacije za liječenje djece i adolescenata oboljelih od šećerne bolesti tip 1 inzulinskom pumpom:

Indikacija za liječenje djece i adolescenata oboljelih od šećerne bolesti tip 1 (u dobi od 0 do 18 godina) inzulinskom pumpom

1. Loša regulacija šećerne bolesti, nemogućnost normaliziranja glikemije intenziviranim terapijom u više inzulinskih injekcija dnevno, velike oscilacije glikemije
2. „Fenomen zore“;
3. Česte i/ili neprepoznate hipoglikemije, naročito noću;
4. Djeca kod kojih su potrebne višekratne dnevne i noćne inzulinske injekcije;
5. Pubertet i adolescencija kada potreba za inzulinom naglo raste zbog hormonskih promjena i ubrzanog rasta;
6. Dob malog djeteta kada teške hipoglikemije mogu dovesti do trajnog oštećenja mozga
7. Komorbiditet (dijabetička gastroenteropatija, celijakija, cistična fibroza)
8. Rana pojava kasnih komplikacija bolesti

Ukoliko se radi o djetetu mlađe životne dobi (do razdoblja puberteta) dolazi u obzir primjena isključivo modela inzulinske pumpe koja ne zahtijeva korištenje mobilnog telefona za izračunavanje doze inzulina i prijenos podataka. Ukoliko dijete nije zainteresirano za praćenje glikemije uređajem za kontinuirano mjerjenje glukoze, a zadovoljava kriterije za liječenje inzulinskom pumpom, može mu se odobriti najjeftinija pumpa s osnovne liste HZZO-a.

Indikacije za nastavak liječenja inzulinskom pumpom, odnosno zamjenska inz. Pumpa

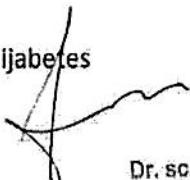
Prestanak rada pumpe izvan jamstvenog roka iste u bolesnika koji redovito obavlja subspecijalističke kontrole te koristi inzulinsku pumpu prema uputama.

S poštovanjem,

Voditeljica Referentnog centra

za pedijatrijsku endokrinologiju i dijabetes

doc.dr.sc. Nevena Krnić, dr.med.



Dr. sc. Nevena Krnić, dr.med.
specijalist-pedijatar
subspecijalist pedijat. endokrin.
dijabeleša i bol. metabolizma
171845

OBRAZAC za inzulinske pumpe i druge uređaje za isporuku inzulina – ODRASLI

Šifra pomagala	Zaštićeni naziv pomagala	
PRVA PRIMJENA NASTAVNA PRIMJENA		Označiti (x)
Podaci o osiguranoj osobi		
Ime i prezime		
MBO ili OIB		
Datum rođenja		
Podaci o liječniku koji je propisao pomagalo		
Ime i prezime		
Šifra liječnika		
Zdravstvena ustanova		
PRVA PRIMJENA – minimalno potrebna dokumentacija:		Označiti (x)
<input type="checkbox"/> Prethodne dvije Povijesti bolesti nadležnog dijabetologa, s podacima: - laboratorijski nalazi na osnovu kojih je postavljena dijagnoza šećerne bolesti tip 1 - duljina trajanja bolesti - vrsta inzulinske terapije - vrijednosti TIR, TBR i TAR prema uređaju za intermitentno skeniranje glikemije ili kontinuirano mjerjenje glikemije koje obuhvaćaju najmanje prethodna 3 mjeseca od postavljanja indikacije - eventualno prisutne kronične komplikacije bolesti		
<input type="checkbox"/> Ispis AGP izvješća (s podacima od najmanje 14 dana) sa kontrolnog pregleda nadležnog dijabetologa na kojem je postavljena indikacija za primjenu pomagala		
<input type="checkbox"/> Ispis memorije glukometra, ukoliko se radi o osobi koja ne koristi uređaj za intermitentno skeniranje glikemije ili kontinuirano mjerjenje glikemije		
<input type="checkbox"/> Izjava osigurane osobe		
NASTAVNA PRIMJENA – minimalno potrebna dokumentacija:		
Tip/model postojeće pumpe		
Datum postavljanja postojeće pumpe		
Ocjena funkcionalnosti		
<input type="checkbox"/> Prethodne dvije Povijesti bolesti nadležnog dijabetologa, s vidljivim redovitim kontrolama unazad 6 mjeseci od postavljanja indikacije iz kojih je vidljivo kako bolesnik koristi pumpu prema uputama		Označiti (x)
<input type="checkbox"/> Izjava osigurane osobe		

I Z J A V A

kojom potvrđujem da sam ja, _____,
(ime i prezime osigurane osobe)

prilikom propisivanja pomagala upoznat/-a od strane bolničkog doktora specijaliste s vrstom i načinom korištenja predloženog pomagala:

_____ iz _____
(upisati zaštićeni naziv pomagala) (upisati Osnovne ili Dodatne)

liste pomagala Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje

izjava uz pomagala sa Dodatne liste pomagala

Ovom izjavom izjavljujem da pristajem na isporuku pomagala s Dodatne liste pomagala te da sam upoznat o svojoj obvezi osobnog plaćanja razlike u cijeni pomagala u odnosu na cijenu pomagala s Osnovne liste pomagala.

izjava uz pomagala koja za svoj rad koriste mobilne aplikacije za pametne uređaje

- Upoznat/-a sam da je za korištenje preporučenog pomagala potrebno posjedovati vlastiti pametni mobilni uređaj te ovom izjavom potvrđujem kako posjedujem odgovarajuću napravu, odnosno da pristajem na vlastiti trošak osigurati električko – komunikacijski uređaj, sustav i opremu koji podržavaju rad ovog pomagala.
- Upoznat/-a sam s time da pomagalo radi pomoću mobilne aplikacije koja prikuplja podatke korisnika, kao i s time da HZZO nema uvid, ne prikuplja i ne obrađuje podatke, niti je voditelj obrade podataka prikupljenih putem sustava i opreme koji podržavaju rad ovog pomagala.
- Upoznat/-a sam s time da obradu pojedinih mojih podataka pomoći sustava i opreme koji podržavaju rad pomagala mogu provoditi isporučitelj odnosno predstavnik i/ili distributer ili proizvođač pomagala, sukladno svrsi i pravnom temelju obrade osobnih podataka. O istome će me isporučitelj pomagala odnosno predstavnik i/ili distributer ili proizvođač upoznati kod prvog preuzimanja predmetnih pomagala, a kada ću s njima sklopiti Sporazum o uvjetima i načinu korištenja pomagala i naprava koje podržavaju rad pomagala.

Izjavljujem da, nakon što sam upoznat/-a sa svime što je gore navedeno, želim koristiti predloženo pomagalo, što potvrđujem vlastoručnim potpisom.

U _____
(mjesto i datum)

_____ (potpis osigurane osobe)



KLINIČKA BOLNICA "MERKUR"

10000 ZAGREB, Zajčeva 19
Telefon: (01) 24 31 390, fax: (01) 24 31 394

Sveučilišna klinika za dijabetes, endokrinologiju i bolesti metabolizma Vuk Vrhovac
Telefon: (01) 23 53 800, fax: (01) 23 31 515, e-mail: SKVV@idb.hr

Indikacija za liječenje odraslih osoba sa ŠBT1 inzulinskom pumpom

- nezadovoljavajuća metabolička regulacija na intenziviranoj inzulinskoj terapiji u prethodna 3 mjeseca uz korištenje CGM-a te nepostizanje HbA1c-a manjeg od 7% i TIR-a većeg od 70%
 - ili
- učestale, neprepoznate i noćne hipoglikemije uz TBR veći od 4%
 - ili
- prekoncepcijsko razdoblje, trudnoća i dojenje uz nezadovoljavajuću met. regulaciju uz HbA1c veći od 6,5%, TIR manji od 70% te TBR veći od 4%

ukoliko bolesnik ne koristi CGM i nije voljan isti koristiti, a zadovoljava kriterije vezane uz HbA1c i učestalost hipoglikemija (uočljive u glukometru) može mu se odobriti najjeftinija pumpa s osnovne liste HZZO-a.

Indikacije za nastavak liječenja inzulinskom pumpom, odnosno zamjenska inz. Puma

- prestanak rada pumpe izvan jamstvenog roka iste u bolesnika koji redovito obavlja subpsecijalističke kontrole te koristi inz. pumpu prema uputama.

Dokumentacija potrebna za odobrenje liječenja putem inzulinske pumpe

- prethodne 2 Povijesti bolesti nadležnog dijabetologa, s vidljivim laboratorijskim nalazima trajanjem ŠBT1, vrstom inzulinske terapije, vrijednostima TIR, TBR i TAR i ev. prisutnim kroničnim komplikacijama, koje obuhvaćaju najmanje prethodna 3 mjeseca od postavljenja indikacije
- ispis AGP izvješća (s podacima od najmanje 14 dana) s kontrole nadležnog dijabetologa na kojemu je postavljena indikacija za liječenje inz. pumpom
- ukoliko se radi o bolesniku koji ne koristi CGM dostaviti ispis memorije glukometra

Voditelj Referentnog centra Ministarstva zdravstva za dijabetes
izv. prof. dr. sc. Dario Rahelić, dr.med.

Zamjenik voditelja Referentnog centra Ministarstva zdravstva za dijabetes
prim. dr. sc. Jozo Boras, dr. med.