



KLASA: 500-01/20-01/01
UR.BROJ: 338-01-10-01-20-137
Zagreb, 17. srpnja 2020.

Ugovorne bolničke zdravstvene ustanove:
- KBC Zagreb; KBC Sestre milosrdnice; KB Dubrava;
Sveučilišna klinika za dijabetes i endokrinologiju u KB Merkur;
KBC Split; KBC Osijek; KBC Rijeka-

n/p ravnatelja

n/p bolničkih specijalista pedijatar, endokrinologa dijabetologa,
bolničkih specijalista endokrinologije i dijabetologije i
bolničkih specijalista interne medicine, endokrinologa dijabetologa

n/p ugovornim liječnicima primarne zdravstvene zaštite
- svima -

PREDMET: Postupak predlaganja i propisivanja pomagala kod šećerne bolesti
-uputa, daje se

Poštovana/-i,
na Osnovnu listu ortopedskih i drugih pomagala Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje (u daljnjem tekstu: Osnovna lista pomagala) stavljena su sljedeća pomagala u skupini "Pomagala kod šećerne bolesti":

1. Uređaj za neograničeno skeniranje razine glukoze u međustaničnoj tekućini uz dodatnu mogućnost mjerenja glukoze i ketona u krvi, zaštićenog naziva „FreeStyle Libre Flash Glucose Monitoring System-Reader“ i pripadajući senzor za mjerenje glukoze u međustaničnoj tekućini zaštićenog naziva „FreeStyle Libre Flash Glucose Monitoring System-Senzor“ (u daljnjem tekstu: Libre) s indikacijom broj 306

2. Odašiljač za kontinuirano mjerenje glukoze, samostalan (standalone), bežičnom tehnologijom, poveziv s aplikacijom pametnih uređaja, zaštićenog naziva „Medtrum EasySense S7 Real time transmitter“ i pripadajući senzor za kontinuirano mjerenje glukoze, zaštićenog naziva „Medtrum EasySense S7 senzor“ (u daljnjem tekstu: Medtrum EasySense) s indikacijom broj 349

3. te kao potrošni materijal za inzulinsku pumpu: Odašiljač za kontinuirano mjerenje glukoze, zaštićenog naziva „Medtronic MiniMed MiniLink Real time transmitter; Medtronic MiniMed Guardian 2 link transmitter“ i pripadajući senzor za kontinuirano mjerenje glukoze, zaštićenog naziva „Medtronic MiniMed Enlite sensor“ (u daljnjem tekstu: Medtronic MiniMed) s indikacijama broj 305 i 343.

Osigurana osoba koja je ostvarila pravo na pomagala Libre i Medtrum EasySense ne ostvaruje pravo putem propisane potvrde o pomaganju za šećernu bolest (odnosi se i na elektroničku E-potvrdu; u daljnjem tekstu: potvrda) na sljedeća pomagala s Osnovne liste pomagala:

1. set za brzo očitavanje koncentracije šećera u krvi (sadržan u startnom setu za Libre i početnom setu za Medtrum EasySense),

2. dijagnostičke trakice za mjerenje glukoze u krvi uređajem (u daljnjem tekstu: dijagnostičke trakice) (iste su sadržane u startnom i kvartalnom setu za Libre i početnom i tromjesečnom setu za Medtrum EasySense)

3. lancete za vađenje krvi iz prsta za kontrolu glukoze u krvi (u daljnjem tekstu: lancete) (iste su sadržane u startnom i kvartalnom setu za Libre i početnom i tromjesečnom setu za Medtrum EasySense).

Stoga se na potvrdu, propisuje samo šifra za Libre ili Medtrum EasySense, ali ne i šifre za set za brzo očitavanje koncentracije šećera u krvi niti šifre za dijagnostičke trakice niti za lancete, jer pravo na njih osigurana osoba već ostvaruje u sklopu propisane šifre za Libre ili Medtrum EasySense.

Osigurana osoba koja je ostvarila pravo na pomagalo Medtronic MiniMed ostvaruje putem potvrde pravo na najviše do 1475 komada dijagnostičkih trakica i na najviše do 1475 komada lanceta godišnje.

Stoga je na potvrdu kojom se propisuje Medtronic MiniMed moguće propisati i šifre za dijagnostičke trakice i za lancete, uzimajući u obzir najveću godišnju količinu istih od do 1475 komada.

Osigurana osoba ostvaruje pravo na do 7 senzora Libre ili Medtrum EasySense, na rok uporabe od 3 mjeseca, uz uvjet da ukupna godišnja količina ne prelazi 26 senzora.

Osigurana osoba ostvaruje pravo na 10 komada senzora Medtronic MiniMed, na rok uporabe od 3 mjeseca te ne ostvaruje pravo na povećanu količinu istih, na teret sredstava Zavoda.

Također osigurana osoba, koja je ostvarila pravo na jedno od pomagala (Libre, Medtrum EasySense ili Medtronic MiniMed) u isto vrijeme, odnosno paralelno ne ostvaruje pravo na njihovu međusobnu kombinaciju, već je potrebno uzeti u obzir propisani rok uporabe pomagala na Osnovnoj listi pomagala.

Kod postavljanja indikacije i predlaganja korištenja Medtrum EasySense, bolnički specijalist ima obvezu upoznati osiguranu osobu s načinom rada i svim aspektima korištenja navedenoga pomagala kao i potrebu posjedovanja vlastitog pametnog mobilnog uređaja te obavijestiti ga da Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje (u daljnjem tekstu: Zavod) nije taj koji prikuplja podatke niti je voditelj obrade osobnih podataka. Zavod ne utječe na podatke koje korisnik odlučuje unijeti u aplikaciju niti je aplikacija spojena na informacijski sustav Zavoda.

Osigurana osoba zatim potpisuje Izjavu, koja je u prilogu ove upute, a čime potvrđuje da je upoznata s načinom i aspektima rada Medtrum EasySense te da pristaje na njegovo korištenje.

Bolnički specijalist obavezno u svoj nalaz i preporuku navodi kako je bolesnik upoznat s ranije navedenim te da je isti potpisao Izjavu odnosno bolnički specijalist svojem nalazu može priložiti i kopiju Izjave, dok je sam obavezan pohraniti njezin original.

S poštovanjem,

Ravnatelj
Lucian Vukelić, dr. med. spec.

U prilogu: Izjava osigurane osobe kod predlagana pomagala



Dostaviti na:

1. KBC Zagreb, Kišpatičeva 12, 10 000 Zagreb
2. KBC Sestre milosrdnice, Vinogradska cesta 29, 10 000 Zagreb
3. KB Dubrava, Avenija Gojka Šuška 6, 10 000 Zagreb
4. KB Merkur, Sveučilišna klinika za dijabetes i endokrinologiju, Zajčeva 19, 10 000 Zagreb
5. KBC Split, Spinčićeva 1, 21 000 Split
6. KBC Osijek, J. Huttlera 4, 31 000 Osijek
7. KBC Rijeka, Krešimirova 42, 51 000 Rijeka

IZJAVA

kojom potvrđujem da sam danas, _____ (dan, mjesec, godina),
ja, _____ (ime i prezime osigurane osobe),

prilikom predlaganja pomagala s Liste pomagala Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje (u daljnjem tekstu: HZZO) naziva

Odašiljač za kontinuirano mjerenje glukoze, samostalan (standalone), bežičnom tehnologijom, poveziv s aplikacijom pametnih uređaja i pripadajućeg senzora za kontinuirano mjerenje glukoze „Medtrum EasySense S7“

od strane bolničkog doktora specijaliste

_____ (ime i prezime specijaliste, šifra doktora medicine),

upoznat/-a s načinom rada i sa svim aspektima korištenja predloženog pomagala:

- 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 elektroničko – 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 ću s njima sklopiti Sporazum o uvjetima i načinu korištenja pomagala i naprava koje podržavaju rad pomagala.
- Upoznat/-a sam s time da HZZO nije posrednik u prijenosu osobnih podataka prikupljenih putem sustava i opreme koji podržavaju rad pomagala, te ne utječe na podatke koje ja kao korisnik pomagala i aplikacije odlučim unijeti u sustav i opremu koji podržavaju rad pomagala te da sustav i oprema koji podržavaju rad pomagala nije spojen ni na jedan informacijski sustav HZZO-a.
- Upoznat/-a sam s time da predloženo pomagalo služi isključivo mojoj osobnoj upotrebi.

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

Potpis osigurane osobe

