



KLASA: 500-01/22-01/01
UR.BROJ: 338-01-10-01-22-88
Zagreb, 31. ožujka 2022.

**UGOVORNE BOLNIČKE
ZDRAVSTVENE USTANOVE**

**n/p ravnatelja
- svima-**

PREDMET: Uputa o potrebi potpisivanja Izjave osigurane osobe kod predlaganja pomagala odašiljač za kontinuirano mjerenje glukoze, samostalan (standalone), bežičnom tehnologijom, poveziv s aplikacijom pametnih uređaja i pripadajućeg senzora s Osnovne liste ortopedskih i drugih pomagala

- obavijest, daje se

Poštovana/-i,

od 15. travnja 2022. godine stupa na snagu nova Osnovna lista ortopedskih i drugih pomagala Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje (u daljnjem tekstu: Zavod), objavljena u „Narodnim novinama“, broj 39/2022, kojom su izmijenjene indikacije br. 349 i 360 iz Osnovne liste pomagala Zavoda, a koje su pridružene pomagalima odašiljač za kontinuirano mjerenje glukoze, samostalan (standalone), bežičnom tehnologijom poveziv s aplikacijom pametnih uređaja i pripadajućem senzoru.

Obzirom da je sukladno izmijenjenim indikacijama predlaganje predmetnih pomagala u nadležnosti bolničkog sub/specijalista endokrinologije i dijabetologije iz ugovornih bolničkih zdravstvenih ustanova, koji se bave liječenjem šećerne bolesti, dostavljamo Vam pojašnjenja i upute o postupanju u svezi predlaganja navedenih pomagala.

Bolnički specijalist, koji postavlja indikaciju i predlaže korištenje ovog pomagala, obavezan je osiguranu osobu upoznati s načinom rada i svim aspektima korištenja pomagala te time da je za korištenje pomagala potrebno posjedovati vlastiti pametni mobilni uređaj. Naime, predmetno pomagalo radi pomoću mobilne aplikacije koja se instalira na pametni mobilni uređaj, a koja prikuplja podatke korisnika, uz napomenu da osigurana osoba osigurava pametni mobilni uređaj na vlastiti trošak.

Također, bolnički specijalist je dužan osiguranu osobu obavijestiti 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.

Osigurana osoba potpisivanjem Izjave, koju Vam dostavljamo u prilogu ovoga dopisa, potvrđuje da pristaje na korištenje predloženog pomagala.

Pri tome bolnički specijalist pohranjuje potpisanu Izjavu te u specijalistički nalaz obavezno navodi da je bolesnik upoznat s korištenjem pomagala.

Dodatno napominjemo kako se evaluacija ishoda primjene pomagala sukladno indikaciji obavezno provodi najmanje jedanput u prva tri mjeseca, a zatim nakon 6 i 12 mjeseci od početka korištenja pomagala te u daljnjem praćenju jedanput godišnje.

Slijedom navedenog, molimo Vas da o istome obavijestite specijaliste Vaše zdravstvene ustanove u čijoj nadležnosti je predlaganje predmetnog pomagala (bolnički specijalist pedijatar, endokrinolog dijabetolog, bolnički specijalist interne medicine, endokrinolog dijabetolog ili bolnički specijalist endokrinologije i dijabetologije) te im prosljedite Izjavu kako bi je prilikom predlaganja predmetnog pomagala dali osiguranoj osobi na čitanje, suglasnost i potpis.

Zahvaljujemo na suradnji.

S poštovanjem,

Ravnatelj
Lucian Vukelić, dr. med. spec.

U prilogu: Izjava osigurane osobe kod predlaganja pomagala

