

Komunikat

w sprawie zasad finansowania transportu sanitarnego

Art. 41 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych określa:

- po pierwsze – w jakim przypadku świadczeniobiorca może korzystać z transportu sanitarnego – „w przypadku dysfunkcji narządu ruchu uniemożliwiającej korzystanie ze środków transportu publicznego”
- po drugie – kto może zlecać transport sanitarny- „na podstawie zlecenia lekarza ubezpieczenia zdrowotnego”
- po trzecie – oznaczenie miejsca tj. “do najbliższego zakładu opieki zdrowotnej udzielającego świadczeń we właściwym zakresie i z powrotem”.

Przepis ten należy czytać łącznie z ust. 1 wyżej wskazanego artykułu ustawy, w którym zastały określone w pkt. 1 i 2 przypadki, w jakich bezpłatny transport sanitarny przysługuje pacjentowi tj.

- konieczności podjęcia natychmiastowego leczenia w zakładzie opieki zdrowotnej,
- potrzeby zachowania ciągłości leczenia .

Zasady finansowania transportu sanitarnego pacjentów są jednakowe w przypadku wszystkich rodzajów świadczeń.

ZACHOWANIE CIĄGŁOŚCI LECZENIA w trakcie hospitalizacji polegające na przewiezieniu pacjenta do innego zakładu powinno odbywać się bez względu na dysfunkcję narządu ruchu. Decyzja o konieczności kontynuowania takiego leczenia jest równoznaczna z zapewnieniem możliwości bezpłatnego dla pacjenta transportu sanitarnego.

ZACHOWANIE CIĄGŁOŚCI LECZENIA PRZEZ LEKARZA POZ, kierującego pacjenta do lekarza specjalisty na pierwszą wizytę w poradni specjalistycznej powinno być związane z wystawieniem skierowania na transport sanitarny przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej. W takiej sytuacji kwalifikacja do transportu musi uwzględniać dysfunkcję narządu ruchu.

ZAPEWNIENIA TRANSPORTU SANITARNEGO DO PORADNI, DO KTÓREJ NIE JEST WYMAGANE SKIEROWANIE LEKARZA UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO, w tym lekarza dentysty – zlecenie na transport na pierwszą poradę - wystawia lekarz podstawowej opieki zdrowotnej.

ZACHOWANIE CIĄGŁOŚCI LECZENIA PRZEZ LEKARZA SPECJALISTĘ (w tym lekarza stomatologa) - po objęciu opieką pacjenta przez poradnię specjalistyczną skierowanie na transport sanitarny wydaje świadczeniodawca, który kontynuuje dalsze leczenie specjalistyczne (w tym również lekarz dentysta). W takiej sytuacji kwalifikacja do transportu musi uwzględniać dysfunkcję narządu ruchu.

ZLECENIE TRANSPORTU SANITARNEGO W SYTUACJI, GDY PACJENT BYŁ HOSPITALIZOWANY I MA ZALECENIE DALSZEGO LECZENIA W PORADNI SPECJALISTYCZNEJ LUB REHABILITACJI –

1. W sytuacji gdy pacjent zostaje przekazany bezpośrednio po wypisie ze szpitala – celem dalszego leczenia do oddziału rehabilitacji lub jest kierowany do innego zakładu, zlecenie na transport sanitarny wystawia lekarz wypisujący pacjenta ze szpitala. W takiej sytuacji koszty transportu ponosi szpital kierujący, a kwalifikacja do transportu musi uwzględniać dysfunkcję narządu ruchu.

2. Jeżeli wizyta pacjenta w poradni specjalistycznej wynika z kontynuacji procesu leczenia, to koszty takiego transportu leżą po stronie świadczeniodawcy zlecającego wizytę kontrolną

KONIECZNOŚĆ PODJĘCIA NATYCHMIASTOWEGO LECZENIA W ZAKŁADZIE OPIEKI ZDROWOTNEJ - należy uwzględnić przepisy ustawy z dnia 8 września 2006r. o ratownictwie medycznym (Dz. U nr 191, poz.1410 z zm), która definiuje stan nagłego zagrożenia życia oraz zasady organizacji i funkcjonowania systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego. Takiej sytuacji nie należy traktować w kontekście zapewnienia świadczeniobiorcy odrębnego świadczenia – transportu sanitarnego, ponieważ świadczeniem kontraktowanym jest świadczenie pomocy doraźnej.

W pozostałych przypadkach, na podstawie zlecenia lekarza (felczera) ubezpieczenia zdrowotnego przysługuje przejazd środkami transportu sanitarnego odpłatnie lub za częściową odpłatnością, której zasady określa rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 17 grudnia 2004 w sprawie wykazu jednostek chorobowych, stopni niesprawności oraz wysokości udziału własnego świadczeniodawcy w kosztach przejazdu środkami transportu sanitarnego (Dz.U nr 275, poz.2731).

Wyżej powołane rozporządzenie określa w:

- § 3 - grupy niesprawności świadczeniobiorcy,
- § 4 - stopnie niesprawności
- § 5 – kto jest uprawniony do oceny stopnia niesprawności świadczeniobiorcy oraz zasadności wystawienia zlecenia dla pacjenta na przewóz środkami transportu sanitarnego za częściową odpłatnością - „*stopień niesprawności świadczeniobiorcy określa lekarz ubezpieczenia zdrowotnego, dokonując stosownej adnotacji w dokumentacji medycznej oraz dokumentacji prowadzonej na potrzeby podmiotów zobowiązanych do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych, oraz wydaje zlecenie na przewóz*”

OBOWIĄZKI ŚWIADCZENIODAWCÓW POZ W RAMACH UMOWY NA TRANSPORT SANITARNY - zgodnie z art. 5 pkt 34 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych, ze środków publicznych i w świetle pkt. 38 tego artykułu – transport sanitarny jest świadczeniem opieki zdrowotnej określonym jako świadczenie towarzyszące, polegające na zapewnieniu świadczeniobiorcy transportu sanitarnego od poniedziałku do piątku w godz.8-18.00 (§56 i 57 Zarządzenia nr 26/2007/DSOZ/Prezesa NFZ z późn. zm) wynikającym ze wskazań medycznych. Kwalifikacja do transportu musi uwzględniać dysfunkcję narządu ruchu.

Natomiast od poniedziałku do piątku godz. od 18.00 do 8.00 oraz w soboty , niedziele i święta świadczenia opieki zdrowotnej udzielane są przez nocną i świąteczną wyjazdową opiekę lekarską i pielęgniarską. W ramach tego zakresu świadczeniodawca w przypadkach uzasadnionych medycznie wzywa zespół ratownictwa medycznego, który podejmuje decyzje o dalszym postępowaniu. W takich przypadkach lekarz decydujący o potrzebie skierowania i przewiezienia pacjenta do najbliższego szpitala udzielającego potrzebnych świadczeń, zobowiązany jest do oczekiwania na wzywany zespół ratownictwa medycznego i przekazanie pacjenta pod jego opiekę

ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA¹⁾
z dnia 17 grudnia 2004 r.

w sprawie wykazu grup jednostek chorobowych, stopni niesprawności oraz wysokości udziału własnego świadczeniobiorcy w kosztach przejazdu środkami transportu sanitarnego

Na podstawie art. 41 ust. 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 210, poz. 2135) zarządza się, co następuje:

§ 1.

Rozporządzenie określa grupy jednostek chorobowych, stopnie niesprawności oraz wysokość udziału własnego świadczeniobiorcy w kosztach przejazdu środkami transportu sanitarnego w odniesieniu do świadczeniobiorców, którym lekarz ubezpieczenia zdrowotnego bądź felczer ubezpieczenia zdrowotnego zlecił przejazd środkami transportu sanitarnego, a którzy:

- 1) nie wymagają podjęcia natychmiastowego leczenia w zakładzie opieki zdrowotnej lub nie zachodzi wobec nich potrzeba zachowania ciągłości leczenia;
- 2) nie posiadają dysfunkcji narządu ruchu uniemożliwiającej korzystanie ze środków transportu publicznego w celu odbycia leczenia w najbliższym zakładzie opieki zdrowotnej udzielającego świadczeń we właściwym zakresie.

§ 2.

Określa się wykaz jednostek chorobowych ze względu, na które lekarz ubezpieczenia zdrowotnego lub felczer ubezpieczenia zdrowotnego ustala stopień niesprawności, w celu ustalenia udziału własnego świadczeniobiorcy w kosztach przejazdu środkami transportu sanitarnego:

- 1) choroby krwi i narządów krwiotwórczych;
- 2) choroby nowotworowe;
- 3) choroby oczu;
- 4) choroby przemiany materii;
- 5) choroby psychiczne i zaburzenia zachowania;
- 6) choroby skóry i tkanki podskórnej;
- 7) choroby układu krążenia;
- 8) choroby układu moczowo-płciowego;
- 9) choroby układu nerwowego;
- 10) choroby układu oddechowego;
- 11) choroby układu ruchu;
- 12) choroby układu trawiennego;
- 13) choroby układu wydzielania wewnętrznego;
- 14) choroby zakaźne i pasożytnicze;
- 15) urazy i zatrucia;
- 16) wady rozwojowe wrodzone, zniekształcenia i aberracje chromosomowe.

§ 3.

Przy określaniu stopnia niesprawności dla świadczeniobiorców, o których mowa w § 1, uwzględnia się:

- 1) możliwość samodzielnego poruszania się oraz konieczność pomocy drugiej osoby przy korzystaniu ze środków transportu publicznego;
- 2) ogólny stan zdrowia.

§ 4.

W zależności od wskazań medycznych ustalonych przy uwzględnieniu grup, o których mowa w § 2, oraz czynników, o których mowa w § 3, określa się dwa stopnie niesprawności:

- 1) niesprawność I stopnia - do której zalicza się osobę zdolną do poruszania się przy wykorzystaniu środków pomocniczych i przedmiotów ortopedycznych bez stałej pomocy innej osoby i zdolną do korzystania ze środków transportu publicznego;
- 2) niesprawność II stopnia - do której zalicza się osobę zdolną do samodzielnego poruszania się bez stałej pomocy innej osoby, ale wymagającą przy korzystaniu ze środków transportu publicznego pomocy innej osoby lub środka transportu publicznego dostosowanego do potrzeb osób niepełnosprawnych.

§ 5.

Stopień niesprawności świadczeniobiorcy określa lekarz ubezpieczenia zdrowotnego lub felczer ubezpieczenia zdrowotnego, dokonując wpisu w dokumentacji medycznej oraz dokumentacji prowadzonej na potrzeby podmiotów zobowiązanych do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych, oraz wydaje zlecenie na przewóz.

§ 6.

W przypadku świadczeniobiorców chorujących na choroby wymienione w § 2, wobec których ustalono:

- 1) niesprawność I stopnia - udział własny świadczeniobiorcy w kosztach przewozu środkiem transportu sanitarnego wynosi 100%;
- 2) niesprawność II stopnia - udział własny świadczeniobiorcy w kosztach przewozu środkiem transportu sanitarnego wynosi 60%.

§ 7.

Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2005 r.²⁾

MINISTER ZDROWIA

²⁾ Niniejsze rozporządzenie było poprzedzone rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 10 maja 2003 r. w sprawie określenia wykazu grup jednostek chorobowych, stopni niesprawności oraz wysokości udziału własnego ubezpieczonego w kosztach przejazdu środkami transportu sanitarnego (Dz. U. Nr 88, poz. 815), które utraciło moc z dniem 31 grudnia 2004 r. na podstawie art. 247 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.