

znak: NFZ/CF/DSS/MS/2008/093/0008/W/055²⁴ Warszawa, dnia 27²⁹ marca 2008 r.

Pani

Krystyna Bochenek

Wicemarszałek Senatu RP

Ministerstwo Spraw Społecznych
31.03.08
2293
M

Szanowna Pani Marszałek

W związku z przekazaniem, przy piśmie z dnia 13 marca 2008 r., znak: BPS/DSK-043-252/02, oświadczeniem złożonym przez senatora Marka Trzczińskiego w sprawie pokrycia kosztów przejazdów dziecka na leczenie poza miejscem zamieszkania, uprzejmie informuję, iż z uwagi na niepodanie przez Pana senatora nazwiska dziecka, jego miejsca zamieszkania a także informacji dotyczących procesu leczenia, przedstawiam poniżej ogólne zasady finansowania kosztów transportu sanitarnego w ramach świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Warunki udzielania i zakres świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych określa ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. 210, poz. 2135 z późn. zm.).

Zgodnie z art. 41 ust. 1 i 2 ww. ustawy świadczeniobiorcy, na podstawie zlecenia lekarza ubezpieczenia zdrowotnego lub felczera ubezpieczenia zdrowotnego, przysługuje bezpłatny przejazd środkami transportu sanitarnego, w tym lotniczego, do najbliższego zakładu opieki zdrowotnej udzielającego świadczeń we właściwym zakresie, i z powrotem, w przypadkach konieczności podjęcia natychmiastowego leczenia w zakładzie opieki zdrowotnej, w przypadkach wynikających z potrzeby zachowania ciągłości leczenia lub w przypadku dysfunkcji narządu ruchu uniemożliwiającej korzystanie ze środków transportu publicznego, w celu odbycia leczenia - do najbliższego zakładu opieki zdrowotnej udzielającego świadczeń we właściwym zakresie, i z powrotem.

Natomiast w przypadkach niewymienionych w art. 41 ust. 1 i 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych ma zastosowanie rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 17 grudnia 2004 r. w sprawie wykazu jednostek chorobowych, stopni niepełnosprawności oraz wysokości udziału własnego świadczeniobiorcy w kosztach przejazdu środkami transportu sanitarnego (Dz. U. Nr 275, poz. 2731). W zależności od wskazań medycznych w § 3 ustalono grupy niesprawności świadczeniobiorcy, w § 4 określono dwa stopnie niesprawności, a § 5 rozporządzenia stanowi: „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”.

W związku z powyższym należy uznać, iż to lekarz (felczer) ubezpieczenia zdrowotnego jest uprawniony do oceny stopnia niesprawności świadczeniobiorcy oraz oceny zasadności (konieczności) wystawienia zlecenia dla pacjenta na przewóz bezpłatny środkami transportu sanitarnego, za częściową odpłatnością lub przewóz odpłatny.

Jednocześnie należy wskazać, iż zasady finansowania kosztów transportu sanitarnego reguluje przepis § 8 ust. 2 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 października 2005 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 197 poz. 1643), zgodnie z którym świadczeniodawca, w ramach środków finansowych określonych w umowie, jest zobowiązany do zapewnienia usług transportu sanitarnego w przypadkach określonych w ustawie. Do każdej umowy zawartej pomiędzy świadczeniodawcą, a dyrektorem właściwego Oddziału Wojewódzkiego NFZ ma zastosowanie powyższy przepis rozporządzenia.

W przypadku konieczności zachowania ciągłości leczenia należy stosować następującą interpretację:

- A. Zachowanie ciągłości leczenia w trakcie hospitalizacji polegające na przewiezieniu pacjenta do innego zakładu powinno odbywać się bez względu na dysfunkcję narządów ruchu, a decyzja o konieczności kontynuowania takiego leczenia jest równoznaczną z zapewnieniem możliwości bezpłatnego dla pacjenta transportu sanitarnego.
- B. Zachowanie ciągłości leczenia przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, kierującego pacjenta do lekarza specjalisty na pierwszą wizytę w poradni specjalistycznej powinni być związane z wystawieniem skierowania na transport sanitarny przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej. Dotyczy to również sytuacji, w których zakład opieki

zdrowotnej udzielający świadczeń we właściwym zakresie jest odległy od miejsca zamieszkania pacjenta, ale może on być jednocześnie wskazany, jako najbliższy zakład opieki zdrowotnej dla danego zakresu i zgodnie z art. 41 ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych wymienione przepisy należy stosować odpowiednio. W takiej sytuacji kwalifikacja do transportu sanitarnego musi uwzględniać dysfunkcję narządu ruchu.

C. Po objęciu opieką pacjenta przez poradnię specjalistyczną skierowanie na transport sanitarny powinien wydać świadczeniodawca, który kontynuuje dalsze leczenie specjalistyczne. W takiej sytuacji kwalifikacja do transportu sanitarnego musi uwzględniać dysfunkcję narządu ruchu.

Jednocześnie w sytuacji konieczności podjęcia natychmiastowego leczenia w zakładzie opieki zdrowotnej, należy uwzględniać przepisy ustawy z dnia 8 września 2006 r. o ratownictwie medycznym (Dz. U. Nr 191, poz. 1410), która definiuje stan nagłego zagrożenia życia oraz zasady organizacji i funkcjonowania systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego.

Ponadto należy wskazać, iż od 2008 r. w szczególnych przypadkach - gdy, z przyczyn uzasadnionych wskazaniami medycznymi, świadczeniobiorca musi korzystać ze świadczeń specjalistycznej opieki ambulatoryjnej, a najbliższy świadczeniodawca udzielający świadczeń we właściwym zakresie zlokalizowany jest w odległości przekraczają 120 km łącznie i ogólny stan zdrowia świadczeniobiorcy nie pozwala na jego samodzielny dojazd do świadczeniodawcy, transport POZ przysługuje z miejsca zamieszkania świadczeniobiorcy do najbliższego świadczeniodawcy udzielającego świadczeń we właściwym zakresie i z powrotem oraz gdy, z przyczyn uzasadnionych wskazaniami medycznymi, świadczeniobiorca musi korzystać z wysokospecjalistycznych świadczeń opieki ambulatoryjnej, realizowanych jedynie przez niektórych świadczeniodawców we właściwym zakresie świadczeń i miejsce udzielania świadczeń znajduje się w odległości przekraczającej 120 km łącznie, a ogólny stan zdrowia świadczeniobiorcy nie pozwala na jego samodzielny dojazd do świadczeniodawcy, transport POZ przysługuje z miejsca zamieszkania świadczeniobiorcy do świadczeniodawcy wskazanego skierowaniem na transport sanitarny i z powrotem - wprowadzono możliwość ubiegania się o finansowanie przez Narodowy Fundusz Zdrowia usługi transportu tzw. „dalekiego” w podstawowej opiece zdrowotnej.

O wyrażenie zgody na udzielenie świadczenia transportu sanitarnego „dalekiego” w podstawowej opiece zdrowotnej może wystąpić, w uzgodnieniu z lekarzem podstawowej opieki zdrowotnej, do dyrektora właściwego terytorialnie Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia świadczeniobiorca lub jego opiekun prawny. Wniosek i stosowne zaświadczenia powinny wpłynąć do Oddziału Funduszu przed realizacją planowanego świadczenia.

Z uwagi na powyższe właściwym byłoby wystąpienie rodziców czteroletniego Szymona do lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, w tym lekarza udzielającego świadczeń w ramach podstawowej opieki zdrowotnej oraz do właściwego, ze względu na miejsce zamieszkania Oddziału Wojewódzkiego NFZ o indywidualne rozpatrzenie sprawy i wskazanie możliwości realizacji świadczenia w ramach ubezpieczenia zdrowotnego.

Z poważaniem

Z upoważnienia
Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia
Zastępcą Prezesa ds. Medycznych

Jacek Grabowski