



## pytanie

Czy mam obowiązek zapłacić za transport na wizytę kontrolną do tej samej kliniki (400 km)? Istnieje możliwość leczenia w porównywalnej Klinice Rehabilitacji AM bliżej miejsca zamieszkania pacjentki (70 km)?

## odpowiedź

Narodowy Fundusz Zdrowia nie ma obowiązku refundacji kosztów transportu do tej samej kliniki, o ile nie jest to niezbędne z punktu widzenia zachowania ciągłości leczenia pacjenta. Ze składki ubezpieczeniowej pacjenta pokrywany jest tylko koszt przejazdu dokonywanego na zlecenie lekarza lub felczera ubezpieczenia zdrowotnego, gdy potrzeba transportu wynika m.in. z konieczności zachowania ciągłości leczenia do najbliższego zakładu opieki zdrowotnej udzielającego świadczeń we właściwym zakresie (art. 41 ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (DzU Nr 210, poz. 2135)). Ciągłość leczenia nie oznacza jednak obowiązku zapewnienia leczenia u tego samego świadczeniodawcy, lecz polega na zapewnieniu opieki zdrowotnej w najbliższym zakładzie opieki zdrowotnej na poziomie stosownym do stanu zdrowotnego pacjenta, zapewniającym zachowanie kontynuacji rozpoczętej terapii. (...) Zasadniczą kwestią przy ocenie zasadności i wysokości odpłatności za transport sanitarny jest fakt posiadania ubezpieczenia zdrowotnego przez przewożonego pacjenta oraz stan jego zdrowia.

Należy pamiętać, że usługi transportu sanitarnego zaliczamy do świadczeń zdrowotnych towarzyszących, zgodnie z definicją zawartą w art. 5 pkt 38 u.ś.o.z. Ze składki ubezpieczeniowej pacjenta pokrywany jest tylko koszt przejazdu dokonywanego na zlecenie lekarza lub felczera ubezpieczenia zdrowotnego (a więc takiego, który ma zawarty kontrakt z Narodowym Funduszem Zdrowia), jeśli:

- przewożone są osoby wymagające podjęcia natychmiastowego leczenia w zakładzie opieki zdrowotnej,
- potrzeba transportu wynika z konieczności zachowania ciągłości leczenia,
- do poradni lub szpitala przewożona jest osoba z dysfunkcją ruchu, uniemożliwiającą korzystanie ze środków transportu publicznego.

W pozostałych przypadkach ubezpieczonemu na podstawie zlecenia lekarza ubezpieczenia zdrowotnego przysługuje przejazd środkami transportu sanitarnego odpłatnie lub za częściową odpłatnością, zgodnie z treścią art. 41 ust. 3 u.ś.o.z. Wówczas wysokość udziału własnego ubezpieczonego w kosztach przejazdu środkami transportu sanitarnego określa rozporządzenie Ministra Zdrowia z 17 grudnia 2004 r. w sprawie wykazu grup jednostek chorobowych, stopni niesprawności oraz wysokości udziału własnego świadczeniobiorcy w kosztach przejazdu środkami transportu sanitarnego (DzU Nr 275, poz. 2731). Wysokość udziału własnego pacjenta w kosztach transportu sanitarnego uzależniona jest od ustalonego przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego stopnia niesprawności ruchowej i kształtuje się na poziomie 60–100 proc. odpłatności. Do grup jednostek chorobowych, ze względu na które lekarz ubezpieczenia zdrowotnego ustala stopień niesprawności, należą m.in. choroby układu ruchu (zgodnie z §2 pkt 11 rozporządzenia).

Transport sanitarny wykonywany jest m.in. przez kolumny transportu sanitarnego, których usługi obejmują nie tylko właściwy transport sanitarny, lecz również usługi polegające na pozostawianiu w gotowości do wykonywania tego przewozu oraz na zabezpieczeniu łączności bezprzewodowej. Usługi transportu sanitarnego świadczone są na podstawie umów zawartych z Narodowym Funduszem Zdrowia bądź też na podstawie kontraktów zawartych bezpośrednio ze szpitalem (publicznym zakładem opieki zdrowotnej). Szczegółowe zasady funkcjonowania transportu sanitarnego określa dział V ustawy z 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (DzU z 1991 r. Nr 91 poz. 408, z późn. zm.).

Tamara Zimna



 Serwis  
Prawo i Zdrowie