Transport Sanitarny

Gwarantujemy jakość najwyższej klasy

SAMODZIELNY PUBLICZNY GMINNY

ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W NADARZYNIE

05-830 NADARZYN, UL. SITARSKICH 3

WWW.ZOZNADARZYN.PL

Telefon zgłoszeniowy +48 695 76 40 10

- Krajowy oraz międzynarodowy medyczny transport osób chorych i poszkodowanych w wypadkach
- Lokalny transport pacjentów na badania, z badań i pomiędzy placówkami medycznymi
- Medyczne zabezpieczenie imprez (masowych i sportowych)
- Usługi w zakresie ratownictwa medycznego i pielęgniarskiego
- Specjalistyczny transport dla wszystkich, którzy go potrzebują

Usługi wykonywane są nowoczesnymi ambulansemi marki Opel Vivaro. Pojazdy spełniają normy sanitarne i jakościowe zgodne z wymaganiami **NFZ i PN: 1789**.

W celu zapewnienia usług najwyższej jakości dla naszych pacjentów karetki posiadają:

- nosze wyjazdowe
- instalację tlenową
- klimatyzację sterowaną automatycznie
- fotel dla osoby towarzyszącej
- ogrzewanie sterowane automatycznie

Zespół wyjazdowy posiada wszystkie niezbędne kwalifikacje medyczne.

Gwarantujemy jakość najwyższej klasy!
„Zadbamy o Twoje zdrowie i Twojej rodziny”

CENNIK KOMERCYJNY

Ceny transportu krajowego i międzynarodowego obliczamy na podstawie ilości kilometrów trasy przejazdu oraz w zależności od rodzaju zespołu medycznego (ratownik medyczny, pielęgniarka czy lekarz). Koszt usługi dostosowany jest indywidualnie do każdego klienta.

1. Usługi transportowe ambulansem medycznym. Cena składa się z jednego kilometra przebiegu pojazdu oraz ceny za 1 godzinę pracy (postoju) zespołu.
   • cena za 1 kilometr 7,00 zł
   • cena za jedną godzinę pracy (postoju) zespołu:
   - zespół 1 osobowy (kierowca) - 150,00 zł
   - zespół 2 osobowy (kierowca + ratownik) - 250,00 zł
   - zespół 3 osobowy (kierowca + ratownik medyczny + lekarz) - 600,00 zł
2. Zabezpieczenie imprez masowych, opłacanych przez organizatora imprezy.
   Cena za 1 kilometr przebiegu ambulansu - do 40 km przejazd gratis.
   Powyżej 40 km cena za 1 km – 7,00 zł.
   Cena za 1 godzinę pracy zespołu:

Zespół	**Personel**	**Cena z 1h (do 4h)**	**Cena za 1h (powyżej 4h)**
Dwuosobowy	Kierowca z pielęgniarką lub ratownikiem	250 zł	230 zł
Trzyosobowy	Kierowca z pielęgniarką lub ratownikiem oraz lekarz	600 zł	590 zł
Czteroosobowy	Kierowca, pielęgniarka, ratownik oraz lekarz	800 zł	790 zł

Każda cena podlega negocjacji, w zależności od ilości przejechanych kilometrów oraz czasu i rodzaju wykonywanej usługi.

Numery telefonów pod które należy zgłaszać zlecenia transportu sanitarnego, zgodnego z wytycznymi NFZ:

- tel. **695 764 010** Pan Janusz Pływaczewski - Koordynator transportu sanitarnego

- tel. **22 739 48 40 w. 130** – SPG ZOZ Nadarzynie

Ramowe warunki realizacji świadczeń:

Transporty należy zgłaszać do godz. 12^{00} - dnia poprzedzającego świadczenie - podając następujące dane zgodne z zakresem wyszczególnionym w zarządzeniu Nr 50/2016/DSOZ Prezesa NFZ z dn. 17.06.2016 r. (wraz z późn. zm.):

- imię i nazwisko, wiek Pacjenta,
- przyczyna transportu - zakres ruchomości/samodzielności Pacjenta/kod ICD 10
- miejsce i czas transportu (skąd zabierany jest Pacjent, dokąd przewożony, na którą godzinę).

Zlecenia na transport muszą być autoryzowane pieczątką jednostki kierującej oraz podpisem i pieczątką lekarza kierującego.

Gdy lekarz kierujący Pacjenta nie zapewni realizacji powodu transportu w miejscu docelowym (np. nie umówi konsultacji, nie uzgodni miejsca w oddziale) koszty świadczenia pokrywa Zleceniodawca.

Do realizacji tzw. „transportu dalekiego" tj. powyżej 120 km wymagane jest wypełnienie załącznika Nr 8 do zarządzenia Nr 50/2016/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia (wzór druku w załączeniu). Transport daleki należy zgłosić min. 3 dni robocze przed planowym transportem.

W przypadku wątpliwości, potrzeby dodatkowych ustaleń prosimy o kontakt z:

Koordynatorem Transportu Sanitarnego
Panem Januszem Pływaczewskim (tel. 695 764 010).

ZAŁĄCZNIK NR 1

Załącznik Nr 3 do zarządzenia Nr 50/2016/DSOZ
Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 27 czerwca 2016 r.

Dane składającego oświadczenie

.....

.....

.....
Oznaczenie świadczeniodawcy
Numer umowy z NFZ

OŚWIADCZENIE O OBJĘCIU OPIEKĄ

(Oświadczenie należy sporządzić w dwóch egzemplarzach - po jednym dla każdej ze stron)

Niniejszym oświadczam, że realizację świadczeń transportu sanitarnego w poz dla populacji pacjentów zadeklarowanych do mojej placówki, w okresie:

od …… do 31 grudnia ……..... r./na czas nieoznaczony[1]
(miesiąc rok)
ceduję na przyjmującego powyższe oświadczenie.

..... miejscowość, data

..... pieczątka i czytelny podpis osoby uprawnionej do reprezentowania Świadczeniodawcy

Dane przyjmującego oświadczenie

.....

.....

.....
Nazwa, adres siedziby i nr telefonu

Niniejszym, potwierdzam gotowość do przejęcia od składającego oświadczenie, udzielania świadczeń transportu sanitarnego w poz na podstawie umowy zawartej z Oddziałem Narodowego Funduszu Zdrowia, na okres nie krótszy niż określony w niniejszym oświadczeniu (powyżej).

..... miejscowość, data

..... pieczątka i czytelny podpis osoby uprawnionej do reprezentowania Świadczeniodawcy

[1] niepotrzebne skreślić; ważność oświadczenia winna odpowiadać terminowi końcowemu umowy o udzielanie świadczeń lekarza poz, zawartej z Funduszem przez Cedenta, albo w przypadku umów wieloletnich kończących się z terminem późniejszym niż 31 grudnia okresu rozliczeniowego właściwego dla daty oświadczenia, winna odpowiadać dacie końca umowy o udzielanie świadczeń transportu sanitarnego w poz realizowanej przez Cesjonariusza.

1

ZAŁĄCZNIK NR 2

Załącznik Nr 8 do zarządzenia Nr 50/2016/DSOZ
Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 27 czerwca 2016 r.

.....
.....
Dane osoby wnioskującej
(imię i nazwisko, adres, nr telefonu)

.....
.....
(Oznaczenie świadczeniodawcy z nr umowy z NFZ)

WNIOSEK O AKCEPTACJĘ REALIZACJI TRANSPORTU SANITARNEGO W POZ
(na odległość tam i z powrotem, powyżej 120 km)

Zwracam się o akceptację realizacji przewozu w ramach transportu sanitarnego w POZ dla ……., numer PESEL |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|, zamieszkałego w:

……

znajdującego się na liście świadczeniobiorców zadeklarowanych do lekarza poz:

……
(imię i nazwisko lekarza)

celem przewiezienia do

……

i z powrotem*, w związku z zakończeniem/ koniecznością kontynuacji* leczenia.

Uzasadnienie wniosku

……
……

..... miejscowość, data

..... czytelny podpis osoby wnioskującej

Załączniki:

- zaświadczenia od świadczeniodawcy udzielającego świadczeń szpitalnych*
- zaświadczenia od świadczeniodawcy udzielającego świadczeń ambulatoryjnej opieki specjalistycznej*

Potwierdzam zasadność realizacji świadczenia transportu sanitarnego we wskazanym powyżej zakresie oraz wskazuję, jako realizatora przewozu

……
(Dane świadczeniodawcy realizującego transport sanitarny z nr telefonu)

..... Miejscowość, data

..... podpis i pieczątka lekarza POZ

Data akceptacji wniosku w OW NFZ

…… ……
(podpis i pieczątka przyjmującego wniosek)

**niepotrzebne skreślić*

1

ZAŁĄCZNIK NR 3

Zlecenie na przewóz świadczeniobiorcy w transporcie sanitarnym w poz zawiera:

1) dane zleceniodawcy;
2) dane realizatora zlecenia (nazwa, adres, telefon);
3) dane osobowe świadczeniobiorcy: imię, nazwisko, adres zamieszkania, PESEL;
4) dane dotyczące przewozu:
   a) datę realizacji zlecenia i warunki wykonania przewozu (pozycja siedząca, leżąca, inne wynikające ze stanu zdrowia świadczeniobiorcy),
   b) wskazania do realizacji przewozu:
      - konieczność natychmiastowego podjęcia leczenia,
      - zachowanie ciągłości leczenia,
      - inna przyczyna medyczna,
   c) docelowe miejsce przewozu oraz ewentualną informację o transporcie powrotnym,
   d) informację, czy docelowe miejsce przewozu jest najbliższym miejscem udzielania świadczeń właściwym ze względu na stan zdrowia świadczeniobiorcy, a jeśli nie – wskazanie najbliższego;
5) dane dotyczące stanu zdrowia świadczeniobiorcy (wskazywane w sytuacji uzasadnienia realizacji przewozu „inną przyczyną medyczną”):
   a) wskazanie medyczne, według wykazu chorób określonego w § 4 ust. 2 rozporządzenia MZ,
   b) dysfunkcja narządu ruchu uniemożliwiająca samodzielne poruszanie się i korzystanie ze środków transportu publicznego oraz wymagająca przy poruszaniu się korzystania przez świadczeniobiorcę ze stałej pomocy innej osoby,
   c) zdolność do samodzielnego poruszania się (braku konieczności korzystania ze stałej pomocy innej osoby), wymagająca przy korzystaniu ze środków transportu publicznego pomocy innej osoby lub środka transportu publicznego dostosowanego do potrzeb osób niepełnosprawnych;
6) rodzaj przewozu: „transport zwykły” albo „transport daleki”.

pieczęć jednostki kierującej, adres, telefon
kod, nazwa komórki organizacyjnej
numer identyfikacyjny świadczeniodawcy

.....,dnia.....20..... r.

ZLECENIE NA TRANSPORT SANITARNY

Proszę o przewiezienie chorego(ej) .....
..... lat .....
imię i nazwisko
adres.....
PESEL ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ telefon .....
rozpoznanie .....
..... kod (ICD 10) .....
w języku polskim
stopień niesprawności pacjenta:

I stopień niepełnosprawności	*
II stopień niepełnosprawności	*

* właściwe zaznaczyć znakiem "x"

z .....
nazwa jednostki, adres
..... w dniu..... o godzinie .....
w pozycji.....
do .....
.....
nazwa jednostki, adres

Cel przewozu

1. konieczność podjęcia natychmiastowego leczenia w zakładzie opieki zdrowotnej	*
2. potrzeba kontynuacji leczenia (kontynuowania leczenia w danym zakładzie lub przekazania do dalszego leczenia w innym zakładzie)	*
3. dysfunkcja narządu ruchu uniemożliwiająca korzystanie ze środków transportu publicznego (w celu przejazdu na leczenie do najbliższego zakładu opieki zdrowotnej udzielającego świadczeń we właściwym zakresie i z powrotem)	*
4. inne wyżej nie wymienione	*

* właściwe zaznaczyć znakiem "x"

Pouczenie dla ubezpieczonego
Zgodnie z § 6 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 17 grudnia 2004 roku w sprawie wykazu grup jednostek chorobowych, stopni niesprawności oraz wysokości udziału własnego świadczeniobiorcy w kosztach przejazdu środkami transportu sanitarnego (Dz. U. z 2004 r. Nr 275, poz. 2731) – w przypadku zlecenia transportu sanitarnego ubezpieczonemu w celu innym niż:
1. konieczność podjęcia natychmiastowego leczenia w zakładzie opieki zdrowotnej lub potrzeby zachowania ciągłości leczenia;
2. konieczność przewozu osób ubezpieczonych posiadających dysfunkcję narządu ruchu uniemożliwiającą korzystanie ze środków transportu publicznego w celu przejazdu na leczenie do najbliższego zakładu opieki zdrowotnej udzielającego świadczeń we właściwym zakresie i wobec którego ustalono:

I stopień niesprawności – udział ubezpieczonego w kosztach przejazdu środkiem transportu sanitarnego wynosi 100%;
II stopień niesprawności – udział ubezpieczonego w kosztach przejazdu środkiem transportu sanitarnego wynosi 60%".

Oświadczam, że zapoznałam/em się z powyższym pouczeniem i bez zastrzeżeń wyrażam zgodę na poniesienie kosztów przewozu na zasadach wyżej ustalonych.

..... podpis ubezpieczonego
..... podpis i pieczątka lekarza

pieczęć jednostki kierującej, adres, telefon
kod, nazwa komórki organizacyjnej
numer identyfikacyjny świadczeniodawcy

.....,dnia.....200.....r

ZLECENIE NA TRANSPORT SANITARNY

Proszę o przewiezienie
chorego(ej).....
.....lat.....
imię i nazwisko

adres.....

PESEL telefon.....
rozpoznanie.....
.....
w języku polskim **kod(ICD10)**.....

stopień niesprawności pacjenta

I stopień niesprawności	*
II stopień niesprawności	*

* właściwe zaznaczyć znakiem „X"

z.....
.....
nazwa jednostki, adres

w dniu.....**o godzinie**.....

w pozycji.....

do.....
.....
nazwa jednostki, adres

cel przewozu

1. konieczności podjęcia natychmiastowego leczenia w zakładzie opieki zdrowotnej	*
2. potrzeba kontynuacji leczenia (kontynuowania leczenia w danym zakładzie lub przekazania do dalszego leczenia w innym zakładzie)	*
3. dysfunkcja narządu ruchu uniemożliwiająca korzystanie ze środków transportu publicznego (w celu przejazdu na leczenie do najbliższego zakładu opieki zdrowotnej udzielającego świadczeń we właściwym zakresie i z powrotem)	
4. Inne wyżej nie wymienione	*

* właściwe zaznaczyć znakiem „X"

Pouczenie dla ubezpieczonego

Zgodnie z § 6 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 17 grudnia 2004 roku w **sprawie wykazu grup jednostek chorobowych, stopni niesprawności oraz wysokości udziału własnego świadczeniobiorcy w kosztach przejazdu środkami transportu sanitarnego** (Dz. U. z 2004 r. Nr 275, poz. 2731) – w przypadku zlecenia transportu sanitarnego ubezpieczonemu w celu innym niż:

1. konieczność podjęcia natychmiastowego leczenia w zakładzie opieki zdrowotnej lub potrzeby zachowania ciągłości leczenia;
2. konieczność przewozu osób ubezpieczonych posiadających dysfunkcję narządu ruchu uniemożliwiającą korzystanie ze środków transportu publicznego w celu przejazdu na leczenie do najbliższego zakładu opieki zdrowotnej udzielającego świadczeń we właściwym zakresie i wobec którego ustalono:

I stopień niesprawności – udział ubezpieczonego w kosztach przejazdu środkiem transportu sanitarnego wynosi 100%;

II stopień niesprawności – udział ubezpieczonego w kosztach przejazdu środkiem transportu sanitarnego wynosi 60%".

Oświadczam, że zapoznałam/em się z powyższym pouczeniem i bez zastrzeżeń wyrażam zgodę na poniesienie kosztów przewozu na zasadach wyżej ustalonych.

....
Podpis ubezpieczonego podpis i pieczątka lekarza

WSKAZÓWKA WYPEŁNIENIA ZLECEŃ NA TRANSPORT SANITARNY:

1. W przypadku stwierdzenia przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, który zleca transport sanitarny, że ubezpieczony kwalifikuje się do transportu sanitarnego na podstawie Rozporządzenie Ministra Zdrowia 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 (Dz.U. nr 275 poz. 2731), należy wypełnić druk zlecenia na transport sanitarny z szczególnym uwzględnieniem rubryki **„Stopień niesprawności pacjenta" i „Pouczenie dla ubezpieczonego** z jednoczesnym zapoznaniem pacjenta o wynikających z tego tytułu kosztach transportu.

2. Rubryki **„Stopień niesprawności pacjenta" i „Pouczenie dla ubezpieczonego"** nie dotyczą zlecenia transportu sanitarnego w trybie art. 41 ust 1 i 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. nr 210, poz.135 z późn. zm ustawy).

SAMODZIELNY PUBLICZNY GMINNY

ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W NADARZYNIE

05-830 Nadarzyn, ul. Sitarskich 3

Tel 22 739 73 98 fax 22 739 79 19

kontakt@zoznadarzyn.pl www.zoznadarzyn.pl

Nr księgi RPWDL 000000007291

NIP: 534 214 54 77 REGON: 017185354