



NARODOWY FUNDUSZ ZDROWIA

SZCZEGÓŁOWE MATERIAŁY INFORMACYJNE

O PRZEDMIOCIE POSTĘPOWANIA W SPRAWIE

ZAWIERANIA UMÓW

O UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH UBEZPIECZONYM

W

NARODOWYM FUNDUSZU ZDROWIA

W 2004 ROKU

w rodzaju świadczeń zdrowotnych

PODSTAWOWA OPIEKA ZDROWOTNA

transport sanitarny

TRANSPORT SANITARNY

Narodowy Fundusz Zdrowia określa warunki oraz zasady realizacji świadczeń, jakie powinny być spełnione przez podmioty zainteresowane zawieraniem umów o udzielanie świadczeń w zakresie transportu sanitarnego.

TRANSPORT SANITARNY DLA POTRZEB POZ

Transport sanitarny jest to przewóz osób wymagających specjalnych warunków transportu określonych w odrębnych przepisach.

Przedmiotem postępowania jest zapewnienie ubezpieczonemu transportu sanitarnego, wynikającego ze wskazań medycznych, do najbliższego świadczeniodawcy udzielającego świadczeń we właściwym zakresie i z powrotem.

Bezpłatnie na podstawie zlecenia lekarza lub felczera ubezpieczenia zdrowotnego udzielającego świadczeń w podstawowej opiece zdrowotnej w przypadku gdy u ubezpieczonego występuje dysfunkcja narządu ruchu uniemożliwiająca korzystanie ze środków transportu publicznego w celu odbycia leczenia.

oraz

częściowo odpłatnie na podstawie zlecenia lekarza ubezpieczenia zdrowotnego udzielającego świadczeń w podstawowej opiece zdrowotnej w sytuacji niewymagającej konieczności podjęcia natychmiastowego leczenia zgodnie z 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. 03.88.815).

Finansowanie transportu sanitarnego oparte jest o kapitacyjną stawkę roczną na jednego ubezpieczonego.

Podmiot ubiegający się o realizację transportu sanitarnego powinien wraz z ofertą złożyć oświadczenia od świadczeniodawców poz , którzy wyrażają zgodę na objęcie zadeklarowanych do nich ubezpieczonych, tym świadczeniem.

Podstawą finansowania transportu sanitarnego są listy ubezpieczonych tych świadczeniodawców, którzy złożyli wyżej opisane oświadczenie.

Listy zadeklarowanych ubezpieczonych podlegają comiesięcznej weryfikacji.

.....
data

.....
Nazwa świadczeniodawcy składającego oświadczenie

.....
Adres

.....
Numer umowy podpisanej z OW NFZ na poz.

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że wyrażam zgodę na objęcie opieką w zakresie nocnej i świątecznej ambulatoryjnej opieki lekarskiej / nocnej i świątecznej wyjazdowej opieki lekarskiej / transportu sanitarnego*

przez

świadczeniodawcę.....

.....
w okresie od do

zadeklarowanych ubezpieczonych zgodnie z wykazywaną listą, która stanowi załącznik do rachunku składanego zgodnie z umową na świadczenia realizowane w podstawowej opiece zdrowotnej.

.....
podpis świadczeniodawcy składającego oświadczenie

.....
podpis świadczeniodawcy przyjmującego zlecenie

*niepotrzebne skreślić

ZAŁĄCZNIK Nr 4 NFZ-POZ-AMB/WYJ/TRAN

LISTA ZBIORCZA ŚWIADCZENIODAWCÓW WSPÓŁPRACUJĄCYCH

[illegible]