



SZPITAL POWIATOWY W ZAWIERCIU

42-400 Zawiercie • ul. Miodowa 14 • tel/fax (032) 67-215-32 • e-mail: szpital@szpitalzawiercie.pl
Regon 27621110, NIP 649-19-18-293
Certyfikat Jakości ISO 9001/2008, ISO 14001:2004, PN-N 18001:2004

ZARZĄDZENIE NR 45/2018 Dyrektora Szpitala Powiatowego w Zawierciu z dnia 14.08.2018r.

w sprawie zasad transportu medycznego oraz niemedycznego

Działając na podstawie:

- Ustawy o działalności leczniczej z dnia 15 kwietnia 2011 r. (tj. Dz.U. z 2018, poz.160 z późn. zm.),
- Ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych z dnia 25 sierpnia 2008 r. (tj. Dz.U. nr 225, poz.1465 z późn. zm.),
- Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu lecznictwa szpitalnego z dnia 29 sierpnia 2009r. (tj. Dz.U. z 2017, poz.2295),
- Statutu Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej pod nazwą „Szpital Powiatowy w Zawierciu” z dnia 18.07.2017r.

zarządzam, co następuje:

§ 1

PACJENCI – LOKALIZACJA UL. MIODOWA 14

1. Wszystkie transporty pacjentów odbywają się za pośrednictwem Planowej Izby Przyjęć tzn. karetka wjeżdża do wiaty przy Izbie Przyjęć skąd rozpoczyna się realizacja usługi transportowej.
2. Zgodę na planowy transport sanitarny pacjentów:
 - a) przewożonych na badania lub konsultacje medyczne
 - b) odwożonych do domu lub do innych zakładów opieki zdrowotnej i innych miejsc**wydaje Kierownik Oddziału.**
3. Lekarz, sekretarka medyczna lub pielęgniarka zobowiązani są do zgłaszania planowych transportów najpóźniej w dniu bezpośrednio poprzedzającym wyjazd do godz. 13.00 w Dziale Administracyjno-Gospodarczym **pod nr telefonu 339 lub komórkowego 885-999-180**, z tym, że transporty planowane na trasy przekraczające 100 km winny być zgłaszane najpóźniej 24 godz. przed wyjazdem.
Zlecenie na transport pacjentów karetkami szpitalnymi po godzinie 15.00 wystawia lekarz dyżurny oddziału. Zgłoszenia zlecenia należy dokonać poprzez telefon do kierowcy karetki pod nr tel **885-999-180**.
4. Usługa planowanego wyjazdu wykonywana jest na podstawie prawidłowo wystawionego przez lekarza prowadzącego druk „Zlecenie na transport sanitarny”, zawierającego dane pacjenta (imię, nazwisko, PESEL) jednostkę chorobową, z zaznaczeniem czy pacjent może być transportowany w pozycji siedzącej czy leżącej, miejsce docelowe (nazwę i adres jednostki), do którego ma być przetransportowany pacjent, a także zaznaczenie źródła finansowania usługi transportu, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.
5. W przypadku **odwozu** pacjenta w zleceniu należy podać nr tel. kontaktowego do opiekuna pacjenta. Wszystkie pola zlecenia muszą być wypełnione.

do niniejszego zarządzenia.

8. Decyzję o składzie zespołu wyjazdowego (lekarz, ratownik medyczny, opiekun pacjenta etc.) podejmuje lekarz prowadzący, uwzględniając stan pacjenta.
9. O realizacji wyjazdów decyduje kolejność zgłoszeń. Zmiana kolejności wyjazdów możliwa jest w wyjątkowych przypadkach. Decyzja o zmianie kolejności wyjazdów uzgadniana jest przez Dział Administracyjno-Gospodarczy z lekarzem zlecającym transport, a w razie wątpliwości z Kierownikiem ds. Lecznictwa Ambulatoryjnego.
10. Komórka zlecająca transport jest odpowiedzialna za właściwe przygotowanie pacjenta do przewozu na wyznaczoną godzinę z kompletną dokumentacją medyczną.
11. W razie braku możliwości wykonania planowanego transportu Dział Administracyjno-Gospodarczy zobowiązany jest poinformować o powyższym zgłaszającego transport w celu ustalenia nowego terminu.
12. Wykonanie transportu sanitarnego karetkami szpitalnymi potwierdza kierowca pojazdu w dziennej karcie drogowej.

§ 3

TRANSPORT ZEWNĘTRZNY

1. W uzasadnionych przypadkach, przy istnieniu wskazań medycznych, w przypadku braku możliwości wykonania transportu lub w razie awarii szpitalnego środka transportu, możliwe jest zlecenie usługi transportu na zewnątrz, zgodnie z zasadami określonymi w § 1.
2. Usługę transportu zewnętrznego z Wojewódzkiego Pogotowia Ratunkowego w Katowicach z lekarzem zamawia lekarz prowadzący pacjenta, po uprzednim uzyskaniu zgody Kierownika Oddziału/Poradni, a po godzinie 15.00 lekarz zlecający transport pod nr tel **32 428 75 30**;
3. Transport z ratownikiem z Jura Rescue Team do godziny 15.00 zgłaszany jest do Działu Administracyjno-Gospodarczego, a po godzinie 15.00 zamawia komórka organizacyjna zlecająca bezpośrednio w firmie pod nr tel **577-545-999**.
4. Zlecenia transportu po godzinie 15.00 wystawione przez lekarza należy przekazać do Działu Administracyjno-Gospodarczego w następnym dniu roboczym, po uprzednim potwierdzeniu przez Kierownika Oddziału/Poradni.
5. W razie zlecenia transportu bez zgody Kierownika Oddziału/Poradni, kosztami wykonanej usługi transportu zostanie obciążony lekarz zlecający transport.
6. Zasadność zleceń i wykorzystania środków transportu jest analizowana po zakończeniu miesiąca rozliczeniowego.
7. Na koniec miesiąca Dział Administracyjno-Gospodarczy przekazuje do każdej komórki organizacyjnej zestawienie wykonanych transportów zewnętrznych z ratownikiem lub lekarzem, z podaniem imienia i nazwiska pacjenta, komórki kierującej wraz z imieniem i nazwiskiem lekarza kierującego, daty wykonania, miejsca transportu, ilości kilometrów oraz sporządzenia pisemnego uzasadnienia medycznego do każdej wykonanej usługi transportu zewnętrznego.

§ 5

ZASADY OGÓLNE

1. Bezpłatny transport sanitarny przysługuje pacjentowi w przypadku:
 - a) dysfunkcji narządu ruchu, która uniemożliwia korzystanie ze środków transportu publicznego, bez względu na schorzenie pacjenta;
 - b) konieczności podjęcia natychmiastowego leczenia lub zachowania ciągłości leczenia w innej placówce leczniczej,
2. Transport częściowo finansowany w 40% ze środków publicznych przysługuje pacjentowi

5. Nadzór nad koordynacją wyjazdów sprawuje Kierownik Działu Administracyjno-Gospodarczego.

§ 10

Zarządzenie wchodzi w życie z dniem 20 sierpnia 2018r. i uchyla zarządzenie Dyrektora nr 39/2018 z dnia 05.07.2018r.

DYREKTOR
SZPITALA POWIATOWEGO W ZAWIERCIU
Anna Pilarczyk-Sprycha

ZLECENIE NA TRANSPORT SANITARNY

wewnętrzny / zewnętrzny firmy*

z lekarzem / bez lekarza *

* niewłaściwe skreślić

Proszę o przewiezienie pacjenta

PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Wiek

Adres

Telefon

Rozpoznanie

Kod (ICD) 10

w pozycji: siedząca / leżąca (niewłaściwe skreślić)

WYJAZD z:

miejsce odbioru pacjenta

w dniu

o godz.

POWRÓT/ PRZEKAZANIE PACJENTAdo o godz.
miejsce zakończenia transportu

podpis osoby przejmującej pacjenta po zakończonym transporcie

ilość przejechanych km

o godz.
godzina zakończenia transportu

1. konieczność podjęcia natychmiastowego leczenia w zakładzie opieki zdrowotnej (bezpłatny)	
2. potrzeba kontynuacji leczenia (kontynuowania leczenia w danym zakładzie lub przekazania do dalszego leczenia w innym zakładzie (bezpłatny)	
3. dysfunkcja narządu ruchu uniemożliwiająca korzystanie ze środków transportu publicznego w celu przejazdu na leczenie do najbliższego zakładu opieki zdrowotnej udzielającego świadczenia we właściwym zakresie (bezpłatny)	
4. inne wyżej nie wymienione (płatne wg poniższego pouczenia)	
5. odwóz pacjenta do domu (należy wypełnić drugą stronę druku)	

cel przewozu (właściwe zakreślić znakiem „X”):

Pouczenie dla ubezpieczonego:

Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego z dnia 29.08.2009r. (Dz.U. Nr 140, poz. 1143), w przypadku zaznaczenia poz.4

- przejazd jest finansowany w 40% ze środków publicznych w 60% przez pacjenta, o ile u pacjenta zdiagnozowano: choroby krwi i narządów krwiotwórczych, choroby nowotworowe, choroby oczu, choroby przemiany materii, choroby psychiczne i zaburzenia zachowania, choroby skóry i tkanki podskórnej, choroby układu krążenia, choroby układu moczowo-płciowego, choroby układu nerwowego, choroby układu oddechowego, choroby układu ruchu, choroby układu trawiennego, choroby układu wydalania wewnętrznego, choroby zakaźne i pasożytnicze, urazy i zatrucia, wady rozwojowe wrodzone, zniekształcenia i aberrację chromosomową,
- gdy ze zlecenia lekarza ubezpieczenia zdrowotnego lub felczera wynika, że świadczeniodawca jest zdolny do samodzielnego poruszania się bez stałej pomocy innej osoby, ale wymaga przy korzystaniu ze środków transportu publicznego pomocy innej osoby lub środka transportu publicznego dostosowanego do potrzeb osób niepełnosprawnych,
- w pozostałych przypadkach przejazd jest finansowany w 100% przez pacjenta.

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

.....
podpis i pieczęć lekarza.....
podpis ubezpieczonego