Leczenie stomatologiczne - pytania i odpowiedzi

Zanim usiądziesz na fotelu stomatologicznym pamiętaj, że decydując się na leczenie bezpłatne, trzeba sprawdzić, czy wybrany lekarz stomatolog ma podpisany kontrakt z Narodowym Funduszem Zdrowia. Warto też poinformować stomatologa, że wybieramy leczenie bezpłatne, czyli przysługujące w ramach ubezpieczenia zdrowotnego.

Należy pamiętać, że zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 06 listopada 2013 w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego, ustalony jest wykaz gwarantowanych bezpłatnych świadczeń zdrowotnych udzielanych przez lekarza dentystę oraz materiałów stomatologicznych stosowanych przy udzielaniu tych świadczeń. Dentysta, który świadczy usługi w ramach kontraktu z NFZ, nie może żądać od pacjenta dopłat za dodatkowe świadczenia. Opłatę za świadczenia stomatologiczne i za materiały stomatologiczne, które nie są umieszczone w wykazie materiałów stomatologicznych stosowanych przy udzielaniu świadczeń gwarantowanych, ponosi pacjent. Świadczeniodawca powinien każdorazowo poinformować o tym pacjenta.

Trzeba wiedzieć, że: świadczeniodawca zobowiązany jest do przyjęcia świadczeniobiorcy w terminie z nim uzgodnionym. Jeżeli z przyczyny niezależnej od świadczeniodawcy nie może on przyjąć świadczeniobiorcy w uzgodnionym czasie, zobowiązany jest do wyznaczenia nowego terminu i poinformowania o nim pacjenta. Świadczeniobiorcy zgłaszający się z bólem przyjmowani są w dniu zgłoszenia. Pacjent ma prawo zażądać od lekarza stomatologa wystawienia rachunku za usługi prywatne. Każdy ma prawo do swobodnego wyboru lekarza stomatologa, spośród lekarzy dentystów, którzy zawarli umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, bez deklaracji wyłączności leczenia w jednym gabinecie. Pacjent ma prawo zgłosić się do lekarza specjalisty stomatologa bez skierowania. Skierowanie potrzebne jest tylko w przypadku konsultacji.

Przykładowe świadczenia, które należą się świadczeniobiorcy bezpłatnie:

Badanie lekarskie

- badanie lekarskie stomatologiczne wraz z instruktażem higieny jamy ustnej (przysługuje raz w roku);
- badanie lekarskie kontrolne 3 razy w okresie 12 miesięcy; a kobietom w ciąży i w okresie połogu świadczenie jest udzielane nie częściej niż 1 raz na kwartał;
- konsultacja specjalistyczna z krótką pisemną oceną i wskazaniami diagnostyczno-terapeutycznymi dla lekarza prowadzącego (bez powiązania z innymi świadczeniami stomatologicznymi w ramach świadczeń finansowanych ze środków publicznych);
- badanie żywotności zębów z objęciem badaniem do 3 zębów sąsiednich lub przeciwstawnych;
- zdjęcie rtg wewnątrzustnych do dwóch zdjęć wewnątrzustnych w roku kalendarzowym w połączeniu z innymi świadczeniami gwarantowanymi oraz z wpisem opisu do dokumentacji medycznej;

Znieczulenia

- Znieczulenia miejscowe powierzchniowe;
- znieczulenie miejscowe nasiękowe;
- znieczulenie przewodowe

Świadczenia udzielane są w połączeniu z innymi świadczeniami gwarantowanymi
Zabiegi profilaktyczne

- lakowanie zębów szóstych – tylko raz do ukończenia 8 roku życia;
- lakierowanie zębów stałych do 18. roku życia, udzielane nie częściej niż raz na kwartał;
- impregnacja zębów mlecznych;
- profilaktyczne świadczenie stomatologiczne dla dzieci w wieku 6, 9 i 12 miesięcy oraz do ukończenia 2, 4, 5, 6, 7, 10, 12, 13, 16 i 19 roku życia, obejmujące m.in. ocenę stanu uzębienia, wykrywanie nieprawidłowości zgryzu, profilaktykę fluorkową;

Leczenie zachowawcze

- opracowanie i odbudowa rozległego ubytku w zębie stałym na 1, 2, 3 powierzchniach, a także w zębie mlecznym z użyciem materiałów, które są wymienione w wykazie świadczeń gwarantowanych; dla dzieci i młodzieży do ukończenia 18 roku życia leczenie ubytków na 1, 2, 3 powierzchniach w zębach przednich od +3 do 3+ i od -3 do 3- z użyciem światłoutwardzalnych materiałów kompozytowych; opatrunek leczniczy w zębie stałym; opatrunek leczniczy w zębie mlecznym;
- dewitalizacja (zatrucie) zęba;
- trepanacja zęba;
- leczenie endodontyczne (kanałowe) zębów przednich od +3 do 3+, od -3 do 3- u wszystkich ubezpieczonych; dzieciom i młodzieży do ukończenia 18 roku życia oraz kobietom w ciąży i połogu jest udzielane w całym uzębieniu (za każdy kanał). U osób powyżej 18. Roku życia jest udzielane z wyłączeniem zębów przedtrzonowych i trzonowych.

Leczenie chorób dziąseł

- usunięcie złogów nazębnych 1 raz w roku, w obrębie całego uzębienia, a u kobiet w ciąży i połogu raz na pół roku;
- kiretaż zwykły – (oczyszczenie korzeni zębowych ze złogów) dla wszystkich ubezpieczonych;
- kiretaż otwarty dla dzieci i młodzieży do ukończenia 18. roku życia oraz dla kobiet w ciąży i w okresie połogu;
- płukanie kieszonek dziąsłowych połączone z podaniem leku;
- leczenie zmian na błonie śluzowej jamy ustnej;
- plastyka wędzidełka, wargi i fałdów śluzówkowych przedsionka jamy ustnej i policzków;
- unieruchomienie rozchwianych zębów.

Leczenie chirurgiczne

- usunięcie zęba mlecznego,
- usunięcie zęba stałego jedno- i wielokorzeniowego;
- chirurgiczne usunięcie zęba;
- operacyjne odsłonięcie zęba zatrzymanego i operacyjne usunięcie zawiązków zębów ze wskazań ortodontycznych tylko u dzieci do ukończenia 18. roku życia;
- założenie opatrunku chirurgicznego;
- wycięcie małego guzka, zmiany zębopochodnej lub włókniaka łącznie z badaniem histopatologicznym;
- plastyka połączenia przetoki ustno-zatokowej;
- nacięcie ropnia;
- repozycja („nastawienie”) i unieruchomienie zwichniętego zęba lub grupy zębów, repozycja i unieruchomienie złamanego fragmentu wyrostka zębodołowego z zębem lub zębami;
- tymczasowe zaopatrzenie złamanej żuchwy lub/i szczęki;
- repozycja i unieruchomienie zwichniętej żuchwy;
- założenie i zdjęcie drucianej szyny nazębnej.

Leczenie ortodontyczne

- zdjęcie pantomograficzne z opisem udzielany 2 razy w trakcie całego leczenia ortodontycznego w uzasadnionych przypadkach;
- leczenie aparatem jedno i dwuszczękowym ruchomym do ukończenia 12. roku życia;
- kontrola leczenia aparatem ortodontycznym wykonanym w ramach ubezpieczenia do ukończenia 13. roku życia;
- korekcyjne szlifowanie zębów;
- naprawa aparatu ortodontycznego wykonanego w ramach ubezpieczenia zdrowotnego do ukończenia 13. roku życia (nie przysługuje wymiana i naprawa aparatu uszkodzonego z powodu nieprawidłowego użytkowania);
- rekonstrukcja aparatu ruchomego przy pacjencie w niewielkim zakresie;
- proteza dziecięca częściowa i całkowita.

Leczenie protetyczne

- komplet protez akrylowych częściowych (przy brakach od 5-ciu zębów i powyżej) i całkowitych – 1 raz na 5 lat;

- naprawa protez – 1 raz na 2 lata;
- całkowite podścielenie protezy – 1 raz na 2 lata;
- protezowanie pacjentów po leczeniu nowotworów w obrębie twarzoczaszki;
- weryfikacja prawa świadczeniobiorcy do uzyskania uzupełnienia protetycznego nie dotyczy świadczeń udzielonych do dnia 31.12.2010r.

Leczenie stomatologiczne w znieczuleniu ogólnym – jeżeli wynika to ze wskazań medycznych, przysługuje dzieciom niepełnosprawnym do 16 roku życia oraz dzieciom i młodzieży niepełnosprawnym w stopniu umiarkowanym i znacznym od ukończenia 16. do ukończenia 18. roku życia przysługują kompozytowe materiały światłoutwardzalne. Osobom niepełnosprawnym w stopniu umiarkowanym i znacznym, które ukończyły 18. Rok życia, jeżeli wynika to ze wskazań medycznych, przysługują znieczulenie ogólne i kompozytowe materiały światłoutwardzalne do wypełnień.

Pytania i odpowiedzi

Czy do szpitala wymagane jest skierowanie, czy lekarz z gabinetu prywatnego może wystawić skierowanie do szpitala?

Skierowanie na leczenie szpitalne może być wystawione przez każdego lekarza lub felczera. Skierowanie do szpitala może być wystawione również przez lekarza, który nie jest lekarzem ubezpieczenia zdrowotnego. Skierowanie do szpitala wystawiane jest wtedy, gdy cel leczenia nie może być osiągnięty w warunkach ambulatoryjnych. Szpital zapewnia rejestrację na podstawie zgłoszenia, w szczególności: osobistego, telefonicznego lub za pośrednictwem osoby trzeciej. W stanach nagłych, gdy nieudzielenie pomocy medycznej może stanowić przyczynę utraty zdrowia lub życia, świadczenia zdrowotne udzielane są bez skierowania. Pacjent przyjmowany do szpitala powinien posiadać ze sobą dowód potwierdzający tożsamość (np. dowód osobisty, paszport itp.) celem umożliwienia identyfikacji pacjenta i potwierdzenia przez szpital uprawnień do świadczeń w ramach ubezpieczenia zdrowotnego. Lekarz kierujący pacjenta do szpitala zobowiązany jest dołączyć do skierowania wyniki niezbędnych badań diagnostycznych i przeprowadzonych konsultacji. a także wszelkie istotne informacje o dotychczasowym leczeniu specjalistycznym lub szpitalnym.

Czy pacjent, który ukończył 18 rok życia może być leczony w szpitalu/oddziale dla dzieci ?

Dopuszczalna jest sytuacja udzielenia świadczenia osobom powyżej 18 roku życia w szpitalu/oddziale dla dzieci, w przypadku gdy lekarz podejmie się udzielenia takiego świadczenia i nie wpłynie to na ograniczenie dostępności do świadczeń dla pacjentów niepełnoletnich. Celem rozliczenia takiej hospitalizacji świadczeniodawca występuje z wnioskiem o indywidualne rozliczenie do Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w terminie 7 dni od dnia zakończenia hospitalizacji.

Czy lekarz może wystawić jednoczasowo skierowanie na operacje zaćmy obu oczu?

Tak, jeżeli jest takie wskazanie medyczne. Ale termin operacji nie może być jednoczasowy. Pacjent na podstawie takiego skierowania powinien być zapisany na operację leczenia zaćmy obu oczu ale na dwa różne terminy operacji. O kolejności decyduje lekarz kierując się względami medycznymi.

Czy szpital może pobierać opłaty za poród rodzinny albo za opiekę nad bliskim?

W świetle przepisów ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, pacjent ma prawo do dodatkowej opieki pielęgnacyjnej sprawowanej przez osobę bliską. Koszty ponoszone przez szpital z tytułu sprawowania przez osobę bliską opieki pielęgnacyjnej nie mogą obciążać szpitala. Dopuszcza się zatem możliwość pobierania przez szpital opłat związanych bezpośrednio z obecnością w szpitalu osoby sprawującej opiekę pielęgnacyjną nad chorym. Szpital może pobrać także opłatę z tytułu kosztów związanych z udziałem osoby bliskiej przy porodzie, np. za dostarczone tej osobie obuwie, fartuch ochronny czy posiłek. Opłata powinna wynikać z rzeczywistych kosztów, a jej wysokość nie może być ustalana w sposób dowolny i stanowić bariery w korzystaniu z praw pacjenta. Informacja o podstawie naliczania i wysokości opłaty oraz o sposobie ich pobierania powinna być jawna, zrozumiała i dostępna dla wszystkich zainteresowanych. Wniesienie na rzecz szpitala opłaty nazywanej „cegiełką”, nie może być warunkiem udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej. Pobieranie wpłat na rzecz szpitala może się odbywać wyłącznie na zasadach dobrowolności. Podstawa prawna: Art. 34 i 35 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U.2012, poz. 159).

za: nfz-bialystok.pl