

- 1. Na kolik zubních prohlídek měli nárok registrované pojištěnci a jak byly příslušné stomatologické výkony hrazeny v roce 2022?*
- 2. Na kolik zubních prohlídek mají nárok registrované pojištěnci a jak příslušné stomatologické výkony hrazeny v roce 2023?*
- 3. Pokud se podle Vámi poskytnutých informací potvrdí, že došlo k porušení práv registrovaného pojištěnce a lékař neoprávněně odmítl poskytnout pojištěnci preventivní péči, jaká je možnost stěžovat na lékaře?*

Ad 1 a 2)

Dvakrát ročně hradí VZP ČR preventivní návštěvu u zubního lékaře. **Preventivní prohlídky se mají konat 1x ročně** s cca 11měsíčním odstupem, ale po 5 měsících od provedené preventivní prohlídky může pojištěnec přijít ještě na tzv. pravidelnou prohlídku, aniž by měl jakékoli problémy. Obě tyto prohlídky v roce jsou plně pojišťovnou hrazeny.

Těhotné ženy mají v době těhotenství nárok na dvě bezplatné preventivní prohlídky. Mají při nich mj. být poučeny o významu prevence stomatologických onemocnění v průběhu těhotenství, o správné hygieně dutiny ústní, o fluoridové prevenci a nutnosti sanace chrupu před porodem a také o nutnosti zajistit zubní preventivní prohlídky dítěte – první by mělo podstoupit už mezi 6. a 12. měsícem věku.

Hrazení stomatologických výkonů (mimo jiné) pro každý kalendářní rok upravuje tzv. úhradová vyhláška (vyhláška Ministerstva zdravotnictví o stanovení hodnot bodu, výše úhrad za hrazené služby a regulačních omezení). Pro rok 2022 byla tato vyhláška vydána ve Sbírce zákonů pod č. 396/2021 Sb., pro letošní rok je to č. 315/2022 Sb.

Od roku 2022 se hradí preventivní prohlídka (stejně jako v předchozích letech) u dospělých pojištěnců (s výjimkou preventivních prohlídek v době těhotenství) pouze jednou v roce, ale dospělí pojištěnci mají nárok, aby jim jejich registrující stomatolog v tomtéž roce, ve kterém již absolvovali preventivní prohlídku, provedl podle potřeby ještě jedno orientační vyšetření, kontrolu dentální hygieny, motivaci a též drobná ošetření (ošetření běžných afekcí a zánětů gingivy a sliznice dutiny ústní, parodontu, konzervativní ošetření dentitio difficilis bez ohledu na počet návštěv atd.).

Do konce roku 2021 platilo, že poskytnutou péči o registrovaného pojištěnce, tedy tzv. druhou prohlídku zdravotní pojišťovna uhradila stomatologovi jen tehdy, pokud pojištěnec skutečně přišel.

Od roku 2022 VZP ČR hradí zubnímu lékaři za každého registrovaného pojištěnce (bez ohledu na jeho věk) měsíční agregovanou platbu, do které je zahrnuta i případná tzv. druhá prohlídka. Jde o platbu skutečně za každého registrovaného pojištěnce, tedy i takového, který se v příslušném roce do ordinace vůbec nedostaví. Přímou úhradu od registrovaného pacienta za tzv. druhou prohlídku není možno vybírat.

Nadále zůstává zachováno, že pojištěnci do 18 let mohou v jednom roce absolvovat dvě preventivní prohlídky. Stejně tak i těhotné ženy mají nárok na dvě preventivní prohlídky v průběhu těhotenství.

Ad 3)

Pokud se pacient domnívá, že poskytovatel zdravotních služeb (tedy např. ošetřující lékař) postupoval neodborně nebo jednal neeticky, může si na poskytovatele stěžovat. Práva pacienta a povinnosti poskytovatele týkající se stížnosti upravuje především zákon o zdravotních službách (č. 372/2011 Sb.), a to v části osmé (§ 93-97).

Stížnost může podat:

- pacient
- zákonný zástupce nebo opatrovník pacienta
- osoba blízká v případě, že tak nemůže učít pacient s ohledem na svůj zdravotní stav nebo pokud zemřel
- osoba zmocněná pacientem

Stížnost se podává přímo poskytovateli zdravotních služeb, proti kterému směřuje. Některými případy porušení povinností poskytovatelů zdravotních služeb se může zabývat i příslušný krajský úřad, shledá-li, že došlo ke spáchání přestupku.

Vyřízení stížnosti poskytovatelem

Poskytovatel má povinnost vyřídit stížnost do 30 dnů ode dne jejího obdržení, přičemž v odůvodněných případech může však lhůtu k vyřízení prodloužit až o dalších 30 dnů. Pokud je to vhodné s ohledem na charakter stížnosti, má stěžovateli navrhnout ústní projednání stížnosti.

V případě, že poskytovatel obdrží stížnost, která mu nepřísluší, má povinnost ji do 5 dnů od jejího obdržení prokazatelně postoupit příslušnému poskytovateli zdravotních služeb. V takovém případě pak může být lhůta pro vyřízení stížnosti odůvodněně prodloužena o dalších 30 dnů. O postoupení stížnosti a prodloužení lhůty je poskytovatel povinen informovat stěžovatele.

Další povinnosti poskytovatele

Poskytovatel má povinnost vést evidenci o podání stížností a o způsobu jejich vyřízení. Stěžovateli musí umožnit nahlížet do konkrétního stížnostního spisu a pořizovat z něj kopie.

Další možnosti podání stížnosti

V případě, že pacient nesouhlasí s poskytovatelem vyřízenou stížností, může podat dále stížnost příslušnému správnímu orgánu (zřizovateli), který tomuto poskytovateli udělil oprávnění k poskytování zdravotních služeb. Pacient musí zároveň uvést důvody nesouhlasu s vyřízením stížnosti poskytovatelem.

Se stížností na konkrétního zubního lékaře se může pacient také obrátit na Českou stomatologickou komoru, případně na svou zdravotní pojišťovnu (např. z důvodu neoprávněných úhrad za poskytnutou zdravotní péči).

Stížnost podaná zdravotní pojišťovně

V případě, že se prokáže, že lékař vybírá finanční částky za zdravotní péči, která je zdravotní pojišťovnou hrazená, jedná se o porušení zákona i ustanovení smlouvy o poskytování a úhradě hrazených služeb.

V těchto případech VZP postupuje vůči konkrétnímu poskytovateli zdravotních služeb vždy v souladu s uzavřenou smlouvou a platnou legislativou. Je proto důležité požadovat po lékaři

vysvětlení, jaké služby jsou v rámci požadované platby poskytovány a nechat si vystavit účet, v němž bude uveden rozsah uhrazených služeb.