

Suvestinė redakcija nuo 2009-10-01 iki 2009-12-24

Įsakymas paskelbtas: Žin. 2005, Nr. [140-5047](#), i. k. 1052250ISAK000V-890

LIETUVOS RESPUBLIKOS SVEIKATOS APSAUGOS MINISTRAS

Į S A K Y M A S

DĖL DANTŲ PROTEZAVIMO PASLAUGŲ TEIKIMO IR IŠLAIDŲ KOMPENSAVIMO IŠ PRIVALOMOJO SVEIKATOS DRAUDIMO FONDO BIUDŽETO TVARKOS APRAŠO PATVIRTINIMO

2005 m. lapkričio 21 d. Nr. V-890
Vilnius

Vadovaudamasis Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2004–2008 metų programos įgyvendinimo priemonių, patvirtintų Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2005 m. kovo 24 d. nutarimu Nr. 315 (Žin., 2005, Nr. [40-1290](#)), 508 punktu:

1. T v i r t i n u Dantų protezavimo paslaugų teikimo ir išlaidų kompensavimo iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto tvarkos aprašą (pridedama).

2. P a v e d u:

2.1. asmens sveikatos priežiūros įstaigoms (toliau – ASPĮ), teikiančioms dantų protezavimo paslaugas, apmokamas iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto, iki 2006 m. sausio 15 d. pateikti teritorinei ligonių kasai, kurios veiklos zonai ASPĮ priklauso, pacientų, kurie iki 2006 m. sausio 1 dienos kreipėsi dėl dantų protezavimo, sąrašus;

2.2. teritorinėms ligonių kasoms iki 2006 m. vasario 1 d. pagal ASPĮ pateiktus duomenis sudaryti aptarnaujamos zonos kiekvienos savivaldybės gyventojų, kurie iki šio įsakymo 1 punkte nurodyto aprašo įsigaliojimo datos kreipėsi dėl dantų protezavimo, sąrašus (toliau – sąrašas), naudojant Dantų protezavimo paslaugų teikimo ir išlaidų kompensavimo iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto tvarkos aprašo priede Nr. 3 nustatytos formos lentelę.

3. Į p a r e i g o j u teritorines ligonių kasas:

3.1. sudarant sąrašus patikrinti, ar nėra asmenų, pageidaujančių gauti dantų protezavimo paslaugas, apmokamas iš PSDF biudžeto, keliose ASPĮ. Sąrašai sudaromi chronologine tvarka, neatsižvelgiant į kitus kriterijus;

3.2. iki 2006 m. birželio 30 d. informuoti į sąrašus įrašytus asmenis apie jiems suteiktą šio sąrašo numerį, pateikiant Dantų protezavimo paslaugų teikimo ir išlaidų kompensavimo iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto tvarkos aprašo priede Nr. 1 nustatytos formos pranešimą (prašymo šaknelę).

4. N u s t a t a u , kad šio įsakymo 1 punktas ir juo patvirtintas Dantų protezavimo paslaugų teikimo ir išlaidų kompensavimo iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto tvarkos aprašas įsigalioja nuo 2006 m. sausio 1 dienos.

5. P a v e d u įsakymo vykdymą kontroliuoti Valstybinės ligonių kasos prie Sveikatos apsaugos ministerijos direktoriui.

SVEIKATOS APSAUGOS MINISTRAS

ŽILVINAS PADAIGA

PATVIRTINTA
Lietuvos Respublikos sveikatos
apsaugos ministro 2005 m.
lapkričio 21 d. įsakymu Nr. V-890
(Lietuvos Respublikos sveikatos
apsaugos ministro 2009 m. rugsėjo 11 d.
įsakymo Nr. V-743 redakcija)

DANTŲ PROTEZAVIMO PASLAUGŲ TEIKIMO IR IŠLAIDŲ KOMPENSAVIMO IŠ PRIVALOMOJO SVEIKATOS DRAUDIMO FONDO BIUDŽETO TVARKOS APRAŠAS

I. BENDROSIOS NUOSTATOS

1. Dantų protezavimo paslaugų teikimo ir išlaidų kompensavimo iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo (toliau – PSDF) biudžeto tvarkos aprašas (toliau – Aprašas) reglamentuoja asmenų, turinčių teisę gauti dantų protezavimo paslaugas, įrašymą į sąrašus, šių paslaugų teikimo tvarką, sutarčių dėl dantų protezavimo paslaugų išlaidų kompensavimo apdraustiesiems privalomuoju sveikatos draudimu sudarymo, taip pat lėšų šioms išlaidoms kompensuoti skyrimo, apskaitos bei atskaitomybės tvarką.

2. Teisę į dantų protezavimą, kompensuojamą iš PSDF biudžeto, turi apdraustieji privalomuoju sveikatos draudimu:

2.1. asmenys, kuriems sukako senatvės pensijos amžius, nustatytas Lietuvos Respublikos valstybinių socialinio draudimo pensijų įstatymo (Žin., 1994, Nr. [59-1153](#); 2005, Nr. [71-2555](#)) 21 straipsnyje;

2.2. asmenys, Lietuvos Respublikos neįgalųjų socialinės integracijos įstatymo (Žin., 1991, Nr. [36-969](#); 2004, Nr. 83-2983) nustatyta tvarka pripažinti nedarbingais arba iš dalies darbingais;

2.3. vaikai, kaip numatyta pagal Lietuvos Respublikos vaiko teisių apsaugos pagrindų įstatymo (Žin., 1996, Nr. [33-807](#)) 2 straipsnį (toliau – vaikai arba vaikas).

3. Iš PSDF biudžeto dantų protezavimo paslaugų teikimo išlaidos kompensuojamos Aprašo 2.1–2.3 punktuose išvardintiems asmenims (toliau – asmenys arba asmuo), kurių burnos ertmė sanuota bei paruošta dantų protezavimui.

4. Iš PSDF biudžeto dantų protezavimo paslaugų teikimo išlaidos kompensuojamos Aprašo 2.1–2.2 punktuose išvardintiems asmenims:

4.1. kurie turi mažiau kaip 10 funkciškai visaverčių kontaktuojančių natūralių ar kokybiškų protezuotų antagonistinių dantų porų nuo pirmojo krūminio danties iki kitos pusės pirmojo krūminio danties;

4.2. kuriems diagnozuotas didesnis nei II laipsnio patologinis visų dantų nudilimas (daugiau kaip 1/3 danties vainiko aukščio);

4.3. kurių bedantis apatinis žandikaulis 4, 5, 6 dantų srityje yra mažesnio nei 12 mm storio.

5. Dantų protezavimo paslaugų išlaidos kompensuojamos iš PSDF biudžeto asmenims pagal faktines dantų protezavimo išlaidas, bet ne daugiau kaip:

5.1. Aprašo 2.1–2.2 punktuose išvardintiems asmenims šio Aprašo 4.1–4.2 punktuose numatytais atvejais – iki 1300 balų;

5.2. Aprašo 2.1–2.2 punktuose išvardintiems asmenims šio Aprašo 4.3 punkte numatytu atveju – iki 4000 balų;

5.3. Aprašo 2.3 punkte išvardintiems asmenims – iki 4000 balų.

6. Dantų protezavimo paslaugos kompensuojamos tik visiškai baigus dantų protezavimą.

II. TURINČIŲ TEISĘ GAUTI DANTŲ PROTEZAVIMO PASLAUGAS ASMENŲ ĮRAŠYMO Į SĄRAŠUS TVARKA

7. Asmuo, pageidaujantis gauti dantų protezavimo paslaugas, kompensuojamas iš PSDF

biudžeto, kreipiasi į pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros įstaigos (toliau – PAASPI), prie kurios jis yra prisirašęs, odontologą arba į bet kurios kitos sveikatos priežiūros įstaigos, turinčios licenciją teikti odontologinės priežiūros (pagalbos) paslaugas, odontologą.

8. Gydytojas odontologas nustatęs, kad asmuo turi teisę į kompensuojamą iš PSDF biudžeto dantų protezavimą ir atitinka indikacijas, sudaro burnos priežiūros bei gydymo planą, su kuriuo asmuo supažindinamas. Gydytojas odontologas išvadą dėl dantų protezavimo reikiamumo pateikia asmeniui medicininių dokumentų išrašė (forma Nr. 027/a) ir, nustatęs, kad asmuo gali atitikti Aprašo 4.3 punkte nustatytus reikalavimus, siunčia į tretinio lygio odontologines paslaugas teikiančią įstaigą gydytojų konsiliumui (toliau – odontologų konsiliumas). Odontologų konsiliumas pateikia asmeniui išvadą dėl dantų protezavimo reikiamumo medicininių dokumentų išrašė (forma Nr. 027/a).

9. Asmuo, kuriam nustatytas dantų protezavimo reikiamumas, (arba jo atstovas) užpildo Aprašo 1 priede nustatytos formos prašymą įrašyti į asmenų, kurie laukia dantų protezavimo, sąrašą, kuriame nurodo asmens deklaruotą gyvenamąją vietą. Asmens prašyme nurodoma, kad asmuo arba jo atstovas sutinka, jog jam arba jo atstovaujajam priklausančią kompensaciją teritorinė ligonių kasa (toliau – TLK) pervestų į sveikatos priežiūros įstaigos, kuri suteikė dantų protezavimo paslaugas, sąskaitą.

10. Asmuo, kuriam nustatytas dantų protezavimo reikiamumas, (arba jo atstovas) pateikia PAASPI, prie kurios yra prisirašęs:

10.1. Aprašo 9 punkte nurodytą prašymą;

10.2. asmens tapatybę patvirtinantį dokumentą;

10.3. dokumentą, įrodantį teisę gauti dantų protezavimo paslaugas;

10.4. gydytojo odontologo arba (Apraše numatyta tvarka) odontologų konsiliumo išvadą dėl dantų protezavimo reikiamumo (forma Nr. 027/a).

11. Asmens, neatitinkančio Apraše nustatytų reikalavimų dantų protezavimo paslaugų kompensavimui iš PSDF biudžeto, prašymas nepriimamas.

12. PAASPI asmenis, atitinkančius Apraše nustatytus reikalavimus dantų protezavimo paslaugų kompensavimui iš PSDF biudžeto, įrašo į Aprašo 2 priede nurodytos formos sąrašą (toliau – PAASPI sąrašas). PAASPI sąrašo numeris ir data įrašomi asmens prašymo viršutiniame dešiniajame kampe. PAASPI sąrašas yra tęstinis ir sudaromas atsižvelgiant į vienintelį kriterijų – asmens prašymo registravimo PAASPI datą.

13. PAASPI iki einamojo mėnesio 10 d. pateikia TLK praėjusio mėnesio asmenų (arba jų atstovų) prašymus bei PAASPI sąrašą pagal Aprašo 2 priede nurodytą formą elektroninę versiją.

14. Jei asmuo pagal deklaruotą gyvenamąją vietą yra ne tos TLK aptarnaujamos zonos gyventojas, TLK per 5 darbo dienas persiunčia prašymą tai TLK, kurios aptarnaujamos zonos gyventojas jis yra.

15. TLK, gavusi iš PAASPI ar kitos TLK asmenų prašymus, pagal Aprašo 3 priede nurodytą formą sudaro kiekvienos savivaldybės, esančios jos veiklos zonoje, asmenų, laukiančių dantų protezavimo, sąrašą (toliau – TLK sąrašas). TLK sąrašas yra tęstinis ir sudaromas atsižvelgiant į vienintelį kriterijų – registravimo PAASPI sąrašė datą.

16. TLK ne vėliau kaip per 30 dienų nuo asmens (arba jo atstovo) prašymo gavimo iš PAASPI datos užpildo pagal Aprašo 4 priede nurodytą formą pranešimą apie asmens įtraukimą į laukiančiųjų dantų protezavimo TLK sąrašą ir išsiunčia šį pranešimą asmeniui prašyme nurodytu adresu.

17. Vaikų atstovams TLK ne vėliau kaip per 30 dienų siunčia Aprašo 5 priede nustatytos formos pažymą (toliau – TLK pažyma) apie teisę gauti dantų protezavimo paslaugas, kompensuojamas iš PSDF biudžeto. Prieš siunčiant šiame punkte nurodytus dokumentus, TLK patikrina, ar vaikas yra apdraustas privalomuoju sveikatos draudimu. Neapdraustiems privalomuoju sveikatos draudimu vaikams TLK pažymos neišduodamos.

18. Kartu su TLK pažyma vaikų atstovams pateikiamas sveikatos priežiūros įstaigų, su kuriomis ši TLK yra sudariusi sutartis dėl dantų protezavimo paslaugų išlaidų kompensavimo apdraustiesiems privalomuoju sveikatos draudimu (toliau – išlaidų kompensavimo sutartis), Aprašo

6 priede nustatytos formos sąrašą (toliau – sveikatos priežiūros įstaigų sąrašas).

19. Sveikatos priežiūros įstaigų sąraše TLK nurodo ir kitų TLK interneto svetainių adresus ir praneša asmeniui, kad šis gali pasirinkti ir kitos TLK aptarnaujamoje zonoje esančią sveikatos priežiūros įstaigą, su kuria yra sudaryta išlaidų kompensavimo sutartis.

20. Vilniaus, Kauno, Klaipėdos, Šiaulių ir Panevėžio TLK savo interneto svetainėse privalo skelbti informaciją apie sveikatos priežiūros įstaigas, su kuriomis sudarytos išlaidų kompensavimo sutartys.

III. DANTŲ PROTEZAVIMO PASLAUGŲ IŠLAIDŲ KOMPENSAVIMO TVARKA

21. TLK direktoriaus įsakymu sudaryta komisija dantų protezavimo išlaidoms kompensuoti einamaisiais metais skiriamas PSDF biudžeto lėšas kiekvieną metų ketvirtį paskirsto proporcingai TLK veiklos zonoje esančios savivaldybės gyventojams ir priima sprendimą, kokiam skaičiui į TLK sąrašą įrašytų asmenų einamąjį metų ketvirtį bus skiriamos lėšos dantų protezavimo išlaidoms kompensuoti.

22. Asmenys (arba jų atstovai) raštu informuojami apie galimybę gauti dantų protezavimo paslaugas arba apie jų kompensavimą ne vėliau kaip per 10 dienų nuo TLK sprendimo priėmimo datos: asmens (ar jo atstovo) nurodytu adresu TLK siunčia TLK pažymą ir sveikatos priežiūros įstaigų sąrašą. Prieš siunčiant nurodytus dokumentus TLK patikrina, ar asmuo arba vaikas yra apdraustas privalomuoju sveikatos draudimu. Neapdraustiems privalomuoju sveikatos draudimu asmenims TLK pažymos neišduodamos, o apie pažymos neišdavimo motyvus asmenys informuojami raštu.

23. Gavęs TLK pažymą ir sveikatos priežiūros įstaigų sąrašą asmuo (vienas arba su atstovu) per tris mėnesius nuo šių pažymų išsiuntimo datos atvyksta į vieną iš sveikatos priežiūros įstaigų, nurodytų sąraše arba TLK interneto svetainėse ir su gydytoju odontologu suderina dantų protezavimo paslaugų teikimo jam arba jo atstovaujajam laiką, mastą ir kitas šių paslaugų teikimo sąlygas.

24. Dantų protezavimo paslaugų teikimas asmenims gali būti atidėtas vėlesniam laikui dėl jų sveikatos būklės ar dėl kitų svarbių priežasčių. Norėdami pasinaudoti šia teise asmenys arba jų atstovai per tris mėnesius nuo TLK pažymos išrašymo datos turi kreiptis į šią pažymą išrašiusią TLK ir pratęsti dantų protezavimo paslaugų suteikimo terminą.

25. Jei asmenys (arba jų atstovai) per Aprašo 23 punkte nurodytą terminą nesikreipia į vieną iš sveikatos priežiūros įstaigų sąraše nurodytą sveikatos priežiūros įstaigą ir su gydytoju odontologu nesuderina dantų protezavimo paslaugų teikimo jiems arba jų atstovaujajam laiką, mastą ir kitų šių paslaugų teikimo sąlygų arba Aprašo 24 punkte nustatyta tvarka nepratęsia dantų protezavimo paslaugų suteikimo termino, tokie asmenys išbraukiami iš TLK sąrašo. Apie išbraukimą iš sąrašo TLK asmenį (ar jo atstavą) informuoja raštu.

26. Gavęs TLK pranešimą apie įrašymą į sąrašus (Aprašo 4 priedas) asmuo turi teisę nelaukti, kol, vadovaujantis Aprašo 21 punktu, jis bus pakviestas protezuoti dantų, ir pats sumokėti už jam suteiktas dantų protezavimo paslaugas sveikatos priežiūros įstaigoje, nurodytoje sveikatos priežiūros įstaigų sąraše, arba kitoje asmens sveikatos priežiūros įstaigoje.

27. Gavęs šias paslaugas asmuo (arba jo atstovas) pateikia TLK, kurioje jis įrašytas į TLK sąrašą, Aprašo 7 priede nustatytos formos prašymą kompensuoti dantų protezavimo išlaidas, pranešimą apie asmens įtraukimą į laukiančiųjų dantų protezavimo TLK sąrašą (Aprašo 4 priedas) ir apmokėjimą patvirtinančius dokumentus (sąskaitą faktūrą, pinigų priėmimo kvitą ir kt.). Prašymai kompensuoti dantų protezavimo išlaidas registruojami TLK nustatyta tvarka.

28. Dantų protezavimo paslaugų teikimo išlaidos asmenims, nurodytiems Aprašo 26 punkte, kompensuojamos, kai šio aprašo 21 punkte nustatyta tvarka asmuo įgyja teisę gauti kompensaciją. Šiems asmenims TLK siunčia Aprašo 8 priede nustatytos formos pranešimą dėl dantų protezavimo paslaugų išlaidų kompensavimo.

29. Asmens, kuris mirė nesulaukęs kompensacijos už savo lėšomis gautas dantų protezavimo paslaugas grąžinimo, teisė į kompensacijos grąžinimą, vadovaujantis Lietuvos Respublikos civilinio

kodekso (Žin., 2000, Nr. [74-2262](#)) penktosios knygos normomis, reglamentuojančiomis paveldėjimo santykius, pereina to asmens įpėdiniui (-iams).

IV. SUTARČIŲ DĖL DANTŲ PROTEZAVIMO PASLAUGŲ IŠLAIDŲ KOMPENSAVIMO APDRAUSTIESIEMS PRIVALOMUOJU SVEIKATOS DRAUDIMU SUDARYMAS

30. Dantų protezavimo paslaugų išlaidos kompensuojamos vadovaujantis TLK ir sveikatos priežiūros įstaigų sudarytomis išlaidų kompensavimo sutartimis, kurias TLK sudaro su sveikatos priežiūros įstaigomis, turinčiomis licencijas verstis asmens sveikatos priežiūros veikla bei teikti odontologinės priežiūros (pagalbos) ir (ar) burnos priežiūros paslaugas (toliau – licencija) ir pageidaujančiomis sudaryti tokias sutartis. Dėl to sveikatos priežiūros įstaiga pateikia TLK, kurios veiklos zonai ji priklauso, prašymą sudaryti išlaidų kompensavimo sutartį bei licencijos nuorašą.

31. Išlaidų kompensavimo sutartys sudaromos vadovaujantis Lietuvos Respublikos civilinio kodekso normomis, Sveikatos draudimo įstatymu (Žin., 1996, Nr. [55-1287](#); 2002, Nr. [123-5512](#)), Sveikatos priežiūros įstaigų įstatymu (Žin., 1996, Nr. [66-1572](#); 1998, Nr. [109-2995](#)), Pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymu (Žin., 1996, Nr. [102-2317](#); 2004, Nr. 115-4284) bei kitais teisės aktais.

32. Išlaidų kompensavimo sutartyse, be kitų sąlygų, turi būti numatyti sveikatos priežiūros įstaigų įsipareigojimai informuoti asmenis apie jų teikiamas dantų protezavimo paslaugas, jų kompensavimo iš PSDF biudžeto tvarką ir galimybę jomis pasinaudoti. Sveikatos priežiūros įstaigos turi sudaryti sąlygas asmenims arba jų atstovams susipažinti su Aprašu.

33. Išlaidų kompensavimo sutartyse turi būti numatytas TLK įsipareigojimas kompensuoti dantų protezavimo paslaugų faktines išlaidas, neviršijančias vieno iš bazinių dydžių, nurodytų Aprašo 5.1–5.3 punktuose.

V. LĖŠŲ DANTŲ PROTEZAVIMO PASLAUGŲ IŠLAIDOMS KOMPENSUOTI SKYRIMO, APSKAITOS IR ATSKAITOMYBĖS TVARKA

34. VLK, vadovaudamasi Sveikatos draudimo įstatymu, PSDF biudžeto sudarymo ir vykdymo taisyklėmis, patvirtintomis Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2003 m. gegužės 14 d. nutarimu Nr. 589 (Žin., 2003, Nr. [48-2122](#)), bei kitais teisės aktais, kiekvienų metų PSDF biudžeto lėšas dantų protezavimo paslaugų išlaidoms kompensuoti paskirsto TLK proporcingai jų veiklos zonos statistiniam gyventojų skaičiui.

35. TLK, vadovaudamasi Aprašo 34 punkte nurodytais teisės aktais, jai skirtas PSDF biudžeto lėšas dantų protezavimo paslaugų išlaidoms kompensuoti paskirsto jos veiklos zonos savivaldybėms pagal statistinį gyventojų skaičių.

36. Sveikatos priežiūros įstaigos išlaidų kompensavimo sutartyse su TLK nustatyta tvarka iki kiekvieno mėnesio 10 dienos pateikia TLK suteiktų dantų protezavimo paslaugų ataskaitas už praėjusį mėnesį, kuriose turi būti išvardintos asmenims suteiktos dantų protezavimo paslaugos ir nurodytos sveikatos priežiūros įstaigos nustatytos šių paslaugų kainos. Kartu su šia ataskaita sveikatos priežiūros įstaiga pateikia sąskaitą, kurioje turi būti nurodyti asmenų vardai, pavardės, asmens kodai, bendra suteiktų dantų protezavimo paslaugų kaina ir iš PSDF biudžeto apdraustiesiems privalomuoju sveikatos draudimu kompensuojamų išlaidų suma.

37. TLK sveikatos priežiūros įstaigoms dantų protezavimo paslaugų teikimo išlaidų kompensacijas, priklausančias asmenims, perveda į šių įstaigų sąskaitas Aprašo 33 punkte nustatyta tvarka.

38. TLK kiekvieną mėnesį teikia VLK sąskaitų už PSDF biudžeto lėšomis apmokamas dantų protezavimo paslaugas suvestines (pagal VLK direktoriaus 2007 m. vasario 7 d. įsakymą Nr. 1K-15 „Dėl teritorinių ligonių kasų finansinių ataskaitų tvirtinimo“).

VI. BAIGIAMOSIOS NUOSTATOS

39. Pagal Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymo 48 straipsnio 8 punktą savivaldybės remia savo aptarnaujamos teritorijos gyventojų dantų protezavimą jį papildomai finansuodamos iš savivaldybių biudžetų lėšų.

40. Asmenims, įrašytiems į TLK sąrašus iki Aprašo įsigaliojimo dienos, netaikomi 7–16 punktų reikalavimai.

Priedo pakeitimai:

Nr. [V-743](#), 2009-09-11, *Žin.*, 2009, Nr. 112-4784 (2009-09-19), i. k. 1092250ISAK000V-743

(data) Nr. _____
 (registrācijas Nr.)

[illegible]

(deklaruotos gyvenamosios vietos adresas)

(adresas, kuriuo pageidaujama gauti pranešimą apie asmens įtraukimą į sąrašą, ir asmens arba jo atstovo telefonas)

_____ teritorinei ligonių kasai
(teritorinės ligonių kasos pavadinimas)

PRAŠYMAS
IRAŠYTI Į ASMENŲ, KURIE LAUKIA DANTŲ PROTEZAVIMO, SARAŠUS

20____-____-____
(prašymo pildymo data)

Prašau _____ įrašyti į asmenų,
(asmens, kuriam reikalingas dantų protezavimas, vardas, pavardė)
gyvenančių _____ miesto/rajono savivaldybės teritorijoje,
(savivaldybės pavadinimas) (nereikalinga išbraukti)
kuriems reikalingas dantų protezavimas, sąrašą. Esu / Mano atstovaujamas yra _____
(nereikalinga išbraukti)

(nurodomas įrašymo į sąrašą pagrindas ir įrašoma: arba pensininkas, arba)
Pateikiu:

1. Odontologo išduotą išrašą iš medicininių dokumentų (forma Nr. 027/a) arba tretinio lygio paslaugas teikiančių gydytojų specialistų konsiliumo išvadą.
- 2.. _____ .
(nurodomas dokumento, kuris asmeniui suteikia teisę gauti dantų protezavimo paslaugas, serija, numeris, išdavimo data)
3. _____ .
(nurodomas asmens tapatybę patvirtinančio dokumento pavadinimas, serija, numeris, išdavimo data)
4. _____ .
(nurodomi kitų pateikiamų dokumentų pavadinimai)

Su Dantų protezavimo paslaugų teikimo ir išlaidų kompensavimo iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto tvarkos aprašu esu susipažinęs(-usi). Man išaiškinta ir aš sutinku, kad man (mano atstovaujamajam) priklausančią kompensaciją už suteiktas dantų protezavimo paslaugas, teritorinė ligonių kasa (toliau – TLK) pervestų į tos sveikatos priežiūros įstaigos sąskaitą, kurioje man šios paslaugos bus suteiktos. Man taip pat išaiškinta, kad kompensacija už suteiktas dantų protezavimo paslaugas neviršys Dantų protezavimo paslaugų teikimo ir išlaidų kompensavimo iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto tvarkos aprašo 5 punkte nustatyto bazinio dydžio –

_____ Lt.

(nurodoma kompensacijos suma balais, kurią įrašo pirminė asmens sveikatos priežiūros įstaiga)

(asmens arba jo atstovo parašas)

(asmens ar jo atstovo vardo raidė ir pavardė)

Be to esu supažindintas su odontologo gydymo planu. Vykdamas šį planą įsipareigoju lankytis pas odontologą, vykdyti odontologo rekomendacinio gydymo plano nurodymus, kad atėjus dantų protezavimo eilei, būtų atliktos gydomosios ir profilaktinės procedūros, burnos ertmė būtų sanuota (užplombuoti karioziniai dantys ir kt.).

Taip pat įsipareigoju raštu (galima siųsti registruotu laišku) informuoti teritorinę ligonių kasą, jei pasikeistų adresas, kuriuo pageidauju gauti pranešimą. Man išaiškinta, kad paštui grąžinus pranešimą apie asmens įtraukimą į laukiančių dantų protezavimo sąrašą su nuorodomis „Adresatas išvykęs“ arba „Adresatas nerastas“, po 3 mėnesių būsiu išbrauktas iš sąrašo.

(asmens arba jo atstovo parašas)

(asmens ar jo atstovo vardas, pavardė)

Priedo pakeitimai:

Nr. [V-743](#), 2009-09-11, Žin., 2009, Nr. 112-4784 (2009-09-19), i. k. 1092250ISAK000V-743

Dantų protezavimo paslaugų teikimo
išlaidų kompensavimo iš Privalomojo
sveikatos draudimo fondo biudžeto
tvarkos aprašo
2 priedas

(Asmenų, kuriems reikalingas dantų protezavimas, prašymų registracijos sąrašo forma)

(asmens sveikatos priežiūros įstaigos pavadinimas)

**ASMENŲ, KURIEMS REIKALINGAS DANTŲ PROTEZAVIMAS, KOMPENSUOJAMAS
IŠ PSDF BIUDŽETO, PRAŠYMŲ REGISTRACIJOS SĄRAŠAS**

Registracijos Nr.	Asmens prašymo registracijos data	Asmens vardas, pavardė	Asmens kodas	Deklaruojamos gyvenamosios vietos adresas,	Adresas, kuriuo asmuo pageidauja gauti pranešimą apie įtraukimą į sąrašą, telefono numeris	Kompensuojamo iš PSDF biudžeto dantų protezavimo pagrindas	Maksimalus kompensacijos dydis (bazinis dydis balais, nurodytas Aprašo 5.1–5.3 punktuose)	Prašymo išsiuntimo teritorinei ligonių kasai data
1	2	3	4	5	6	7	8	9

(pareigų pavadinimas)

(parašas)

(vardas ir pavardė)

Priedo pakeitimai:

Nr. [V-743](#), 2009-09-11, Žin., 2009, Nr. 112-4784 (2009-09-19), i. k. 1092250ISAK000V-743

Dantų protezavimo paslaugų teikimo ir
išlaidų kompensavimo iš Privalomojo
sveikatos draudimo fondo biudžeto
tvarkos aprašo
3 priedas

(Asmenų, kuriems reikalingas dantų protezavimas, sąrašo forma)

(teritorinės ligonių kasos pavadinimas)

ASMENŲ, KURIE LAUKIA DANTŲ PROTEZAVIMO, SĄRAŠAS

(savivaldybės pavadinimas)

Eilės Nr.	Asmens prašymo registracijos pirminės asmens sveikatos prižiūros įstaigoje data	Asmens vardas, pavardė	Asmens kodas	Deklaruojamos gyvenamosios vietos adresas	Adresas, kuriuo asmuo pageidauja gauti pranešimą apie įtraukimą į sąrašą, telefono numeris	Kompensuojamo iš PSDF biudžeto dantų protezavimo pagrindas	Maksimalus kompensacijos dydis (bazinis dydis balais, nurodytas Aprašo 5.1–5.3 punktuose)	PASPL, į kurią asmuo kreipėsi su prašymu įtraukti į sąrašą asmenų, laukiančių dantų protezavimo, pavadinimas	Pranešimo apie įtraukimą į sąrašą asmenų, kurie laukia dantų protezavimo, išsiuntimo data	Pažymos apie teisę gauti dantų protezavimo paslaugas, kompensuojamas iš PSDF biudžeto, išsiuntimo data	Dantų protezavimo paslaugų suteikimo terminas pratęstas iki...	Asmens išbraukimo iš šio sąrašo data ir pagrindas
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13

(pareigų pavadinimas)

(parašas)

(vardas ir pavardė)

Priedo pakeitimai:

Nr. [V-743](#), 2009-09-11, Žin., 2009, Nr. 112-4784 (2009-09-19), i. k. 1092250ISAK000V-743

Dantų protezavimo paslaugų teikimo ir
išlaidų kompensavimo iš Privalomojo
sveikatos draudimo fondo biudžeto
tvarkos aprašo
4 priedas

(Pranešimo apie asmens įtraukimą į asmenų, laukiančių dantų protezavimo, sąrašą forma)

PRANEŠIMAS
apie asmens įtraukimą į laukiančių dantų protezavimo sąrašą

20____ - ____ - ____ Nr._____
(data ir registracijos TLK numeris)

Pranešame, kad nuo ____ m. ____ d. Jūs įtrauktas į
asmenų, gyvenančių _____
(savivaldybės pavadinimas)
miesto/rajono savivaldybės teritorijoje, kurie laukia dantų protezavimo, sąrašą.

Jūsų sąrašo numeris:

(skaičius įrašomas ir žodžiu)

Primename, kad pateikdamas prašymą įtraukti Jus į sąrašą asmenų, kurie laukia dantų protezavimo, esate įsipareigojęs:

1. Lankytis pas odontologą, vykdyti odontologo rekomendacinio gydymo plano nurodymus, kad atėjus dantų protezavimo eilei, būtų atliktos gydomosios ir profilaktinės procedūros, burnos ertmė būtų sanuota (užplombuoti karioziniai dantys ir kt.);
2. Raštu informuoti teritorinę ligonių kasą, jei pasikeistų adresas, kuriuo pageidaujate gauti pranešimą (išsiuntus pranešimą apie galimybę gauti dantų protezavimo paslaugas, kompensuojamas iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų, ir neradus adresato, po 3 mėnesių adresatas bus išbrauktas iš sąrašo).

Taip pat pranešame, kad turite teisę nelaukti, kol būsite pakviestas protezuoti dantis, ir už suteiktas dantų protezavimo paslaugas sumokėti pats. Tai galite padaryti Jūsų pasirinktoje sveikatos priežiūros įstaigoje, turinčioje licenciją teikti odontologinės priežiūros (pagalbos) ir (ar) burnos priežiūros paslaugas.

Suteikus dantų protezavimo paslaugas Jūs turėsite _____
atvykti į _____
(teritorinės ligonių kasos pavadinimas)

teritorinę ligonių kasą arba pas jos atstovą _____ rajone, _____ adresu
_____ ir užpildyti prašymą kompensuoti dantų
(nurodomas TLK ar jos atstovo adresas) protezavimo paslaugų išlaidas iš _____

Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto bei pateikti:

1. Šį pranešimą.
2. Sveikatos priežiūros įstaigos, kurioje buvo suteiktos dantų protezavimo paslaugos, sąskaitą.
3. Mokėjimą patvirtinantį dokumentą.

Informuojame, kad kompensacija už suteiktas dantų protezavimo paslaugas neviršys
nustatyto bazinio dydžio – _____ ir Jums bus išmokėta atsižvelgiant
(nurodoma kompensacijos suma balais)
į Jūsų sąrašo numerį, nurodytą šiame pranešime.

_____	A. V.	_____	_____
(TLK īgalotojo asmens pareiģu pavadinimas)		(parašas)	(vardas ir pavardē)

Priedo pakeitimai:

Nr. [V-743](#), 2009-09-11, Źin., 2009, Nr. 112-4784 (2009-09-19), i. k. 1092250ISAK000V-743

Dantų protezavimo paslaugų teikimo ir
išlaidų kompensavimo iš Privalomojo
sveikatos draudimo fondo biudžeto
tvarkos aprašo
5 priedas

**(Pažymos apie teisę gauti dantų protezavimo paslaugas kompensuojamas
iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto forma)**

(teritorinės ligonių kasos pavadinimas)

(kodas, adresas, telefono Nr.)

(asmens vardas, pavardė, asmens kodas)

(adresas, nurodytas asmens prašyme, kuriuo šis pageidauja gauti pažymą)

**PAŽYMA
APIE TEISĘ GAUTI DANTŲ PROTEZAVIMO PASLAUGAS,
KOMPENSUOJAMAS IŠ PRIVALOMOJO SVEIKATOS DRAUDIMO
FONDO BIUDŽETO**

(pateikiama kartu su asmens tapatybę patvirtinančiu dokumentu)

20____ - ____ - ____ **Nr.** _____

(pažymos išrašymo data ir registracijos TLK numeris)

Šia pažyma patvirtinama Jūsų teisė gauti dantų protezavimo paslaugas, kompensuojamas iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo (toliau – PSDF) biudžeto. Norėdami gauti šias paslaugas, per tris mėnesius nuo pažymos išsiuntimo datos turite kreiptis į vieną iš šios pažymos priede nurodytų sveikatos priežiūros įstaigų, su kuria

_____ teritorinė ligonių kasa (toliau – TLK)

(teritorinės ligonių kasos pavadinimas)

yra sudariusi sutartis dėl dantų protezavimo paslaugų išlaidų kompensavimo apdraustiesiems privalomuoju sveikatos draudimu (toliau – išlaidų kompensavimo sutartis). Jūs galite kreiptis ir į kitų TLK aptarnavimo zonose esančių sveikatos priežiūros įstaigų, su kuriomis šios TLK sudariusios išlaidų kompensavimo sutartis.

Čia Jūs (arba Jūsų atstovas) su gydytoju odontologu turite suderinti dantų protezavimo paslaugų teikimo Jums arba Jūsų atstovaujajam laiką, mastus ir kitas šių paslaugų teikimo sąlygas.

Asmuo, kuris dėl sveikatos būklės ar dėl kitų svarbių priežasčių per tris mėnesius nuo šios pažymos išrašymo datos negali kreiptis į jo pasirinktą dantų protezavimo paslaugas teikiančią gydymo įstaigą, turi per šį terminą pats arba jo atstovas kreiptis į

_____ TLK ir

(teritorinės ligonių kasos pavadinimas)

suderinti kitą dantų protezavimo paslaugos suteikimo datą.

Praėjus trijų mėnesių terminui po šios pažymos išrašymo datos asmuo išbraukiamas iš TLK sąrašo ir praranda teisę gauti dantų protezavimo paslaugas, kompensuojamas iš PSDF biudžeto.

Kreipiantis dėl dantų protezavimo paslaugų, kompensuojamų iš PSDF biudžeto, teikimo, Jūs pasirinktai sveikatos priežiūros įstaigai turite pateikti asmens tapatybę patvirtinantį dokumentą, pranešimą apie asmens įtraukimą į laukiančių dantų protezavimo, sąrašą, kuriame nurodytas Jūsų sąrašo numeris ir šią pažymą.

PRIDEDAMA. Sveikatos priežiūros įstaigų, su kuriomis _____ TLK
(teritorinės ligonių kasos pavadinimas)

sudariusi išlaidų kompensavimo sutartis, sąrašas.

_____ A. V. _____
(teritorinės ligonių kasos įgaliotojo asmens (parašas) (vardas ir pavardė)
pareigų pavadinimas)

.....
Dantų protezavimo paslaugų teikimo terminas pratęstas iki 20 ____ - ____ - ____
(data, iki kurios pratęstas terminas)

Terminą pratęsė: _____ A. V. _____
(TLK įgalioto asmens pratęsusio terminą (parašas) (vardo raidė ir pavardė)
pareigų pavadinimas)

Priedo pakeitimai:

Nr. [V-743](#), 2009-09-11, Žin., 2009, Nr. 112-4784 (2009-09-19), i. k. 1092250ISAK000V-743

Dantų protezavimo paslaugų teikimo ir
išlaidų kompensavimo iš Privalomojo
sveikatos draudimo fondo biudžeto
tvarkos aprašo
6 priedas

**(Sveikatos priežiūros įstaigų, su kuriomis teritorinė ligonių kasa yra sudariusi sutartis dėl
dantų protezavimo paslaugų išlaidų kompensavimo apdraustiesiems privalomuoju sveikatos
draudimu, sąrašo forma)**

**SVEIKATOS PRIEŽIŪROS ĮSTAIGŲ, SU KURIOMIS _____
(teritorinės ligonių kasos pavadinimas)
TERITORINĖ LIGONIŲ KASA YRA SUDARIUSI SUTARTIS DĖL DANTŲ
PROTEZAVIMO PASLAUGŲ IŠLAIDŲ KOMPENSAVIMO APDRAUSTIESIEMS
PRIVALOMUOJU SVEIKATOS DRAUDIMU,
SĄRAŠAS**

Eilės Nr.	Sveikatos priežiūros įstaigos pavadinimas	Sveikatos priežiūros įstaigos adresas ir telefonas pasiteiravimui	Sveikatos priežiūros įstaigos interneto svetainės adresas
1	2	3	4

Informuojame, kad galite pasirinkti ir kitos teritorinės ligonių kasos (toliau – TLK) aptarnavimo zonoje esančią sveikatos priežiūros įstaigą, su kuria TLK yra sudariusi sutartį dėl dantų protezavimo paslaugų išlaidų kompensavimo apdraustiesiems privalomuoju sveikatos draudimu. Tokių sveikatos priežiūros įstaigų sąrašai skelbiami TLK interneto svetainėse:

- Vilniaus TLK – www.vilniaustlk.lt;
- Kauno TLK – www.ktlk.lt;
- Klaipėdos TLK – www.klaipedostlk.lt;
- Šiaulių TLK – www.siauliutlk.lt;
- Panevėžio TLK – www.paneveziotlk.lt.

Priedo pakeitimai:

Nr. [V-743](#), 2009-09-11, Žin., 2009, Nr. 112-4784 (2009-09-19), i. k. 1092250ISAK000V-743

Dantų protezavimo paslaugų teikimo ir išlaidų
kompensavimo iš Privalomojo
sveikatos draudimo fondo biudžeto
tvarkos aprašo
7 priedas

(Prašymo kompensuoti dantų protezavimo išlaidas forma)

(Dokumento gavimo registracijos žyma)

(vardas, pavardė)

(asmens kodas, adresas, kuriuo pageidaujama gauti pranešimą apie dantų protezavimo išlaidų kompensavimą, telefonas)

(teritorinės ligonių kasos pavadinimas) teritorinei ligonių kasai

**PRAŠYMAS
KOMPENSUOTI DANTŲ PROTEZAVIMO IŠLAIDAS**

20 ____ - ____ - ____

Prašau kompensuoti dantų protezavimo paslaugų išlaidas.

Taip pat prašau laikyti negaliojančiu prašyme įrašyti į asmenų, kurie laukia dantų protezavimo, sąrašus išreikštą mano sutikimą dėl man priklausančios kompensacijos už suteiktas dantų protezavimo paslaugas pervedimo į sveikatos priežiūros įstaigos sąskaitą.

Paslaugas 20 ____ m. ____ d. suteikė _____
(sveikatos priežiūros įstaigos pavadinimas)

Mano asmeninė sąskaita banke, į kurią prašau pervesti kompensaciją _____

(nurodomas sąskaitos numeris, banko pavadinimas ir kodas)

Su Dantų protezavimo paslaugų teikimo ir išlaidų kompensavimo iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto tvarkos aprašu esu susipažinęs (-usi). Man išaiškinta, kad dantų protezavimo paslaugų išlaidos bus kompensuojamos pagal faktines išlaidas, neviršijant nustatyto bazinio dydžio – _____ balų.
(įrašoma suma, kuri bus kompensuota)

PRIDEDAMA:

1. Pranešimas apie asmens įtraukimą į asmenų, laukiančių dantų protezavimo, sąrašą.
2. Sąskaitos faktūros serija _____ Nr. _____, _____ lapas (-ai).
3. _____
(gali būti nurodomas ir kitas mokėjimą patvirtinantis dokumentas)

(parašas)

Priedo pakeitimai:

Nr. [V-743](#), 2009-09-11, Žin., 2009, Nr. 112-4784 (2009-09-19), i. k. 1092250ISAK000V-743

Dantų protezavimo paslaugų teikimo ir
išlaidų kompensavimo iš Privalomojo
sveikatos draudimo fondo biudžeto
tvarkos aprašo
8 priedas

(Pranešimo apie dantų protezavimo išlaidų kompensavimą forma)

(teritorinės ligonių kasos pavadinimas)

(kodas, adresas, telefono Nr.)

(asmens vardas, pavardė)

(adresas, nurodytas asmens arba jo atstovo prašyme)

**PRANEŠIMAS
APIE DANTŲ PROTEZAVIMO PASLAUGŲ IŠLAIDŲ KOMPENSAVIMĄ**

Nr. _____
(registracijos data)

Pranešame, kad vadovaujantis _____ teritorinės ligonių kasos komisijos
(teritorinės ligonių kasos pavadinimas)

sprendimu _____ 20____ metų _____
(asmens vardas, pavardė) (metų ketvirčio Nr.)

ketvirtį planuojama kompensuoti dantų protezavimo paslaugas, į Jūsų nurodytą banko sąskaitą
pervedant _____ litų.
(suma skaičiais ir žodžiais)

Mūsų adresas _____, telefonas pasiteirauti _____ .

Pagarbiai

(teritorinės ligonių kasos įgaliotojo asmens pareigų
pavadinimas)

(parašas)

(vardo raidė ir pavardė)

Priedo pakeitimai:

Nr. [V-743](#), 2009-09-11, Žin., 2009, Nr. 112-4784 (2009-09-19), i. k. 1092250ISAK000V-743

Pakeitimai:

1.

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, Įsakymas

Nr. [V-743](#), 2009-09-11, Žin., 2009, Nr. 112-4784 (2009-09-19), i. k. 1092250ISAK000V-743

Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. lapkričio 21 d. įsakymo Nr. V-890 "Dėl Dantų protezavimo paslaugų teikimo ir išlaidų kompensavimo iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto tvarkos aprašo patvirtinimo" pakeitimo