

***Suvestinė redakcija nuo 2016-11-30***

*Įsakymas paskelbtas: TAR 2016-07-19, i. k. 2016-20783*



**LIETUVOS RESPUBLIKOS SVEIKATOS APSAUGOS MINISTRAS**

**ĮSAKYMAS**

**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**

2016 m. liepos 13 d. Nr. V-934  
Vilnius

1. P a k e i ĉ i u Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. lapkričio 21 d. įsakymą Nr. V-890 „Dėl Dantų protezavimo paslaugų teikimo ir išlaidų kompensavimo iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto tvarkos aprašo patvirtinimo“ ir jį išdėstau nauja redakcija:

**„LIETUVOS RESPUBLIKOS SVEIKATOS APSAUGOS MINISTRAS**

**ĮSAKYMAS**

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

Vadovaudamasis Lietuvos Respublikos sveikatos priežiūros įstaigų įstatymo 10 straipsnio 6 punktu:

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

2. P a v e d u įsakymo vykdymą kontroliuoti viceministrui pagal veiklos sritį.“

2. Neteko galios nuo 2016-11-30

Punkto naikinimas:

Nr. [V-1340](#), 2016-11-28, paskelbta TAR 2016-11-29, i. k. 2016-27709

Sveikatos apsaugos ministras

Juras Požela

PATVIRTINTA  
Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro  
2005 m. lapkričio 21 d. įsakymu Nr. V-890  
(Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro  
2016 m. liepos 13 d. įsakymo Nr. V-934  
redakcija)

## **DANTŲ PROTEZAVIMO PASLAUGŲ IŠLAIDŲ KOMPENSAVIMO IŠ PRIVALOMOJO SVEIKATOS DRAUDIMO FONDO BIUDŽETO TVARKOS APRAŠAS**

### **I SKYRIUS BENDROSIOS NUOSTATOS**

1. Dantų protezavimo paslaugų išlaidų kompensavimo iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto tvarkos aprašas (toliau – Aprašas) reglamentuoja asmenų, turinčių teisę gauti dantų protezavimo paslaugas, įrašymo į laukiančiųjų dantų protezavimo sąrašą (toliau – Sąrašas), išbraukimo iš Sąrašo, dantų protezavimo paslaugų kompensavimo iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo (toliau – PSDF) biudžeto, taip pat PSDF lėšų šioms išlaidoms kompensuoti paskirstymo, apskaitos bei atskaitomybės tvarką.

2. Apraše vartojamos sąvokos:

2.1. **Dantų protezavimas** – asmens sveikatos priežiūros paslaugos, apimančios visus veiksmus ir priemones, t. y. specialistų darbą, medžiagas, naudojamas dantų protezams pagaminti, dantų protezų pritaikymą (įdėjimą) ir kitus veiksmus, reikalingus minimaliai kramtymo funkcijai atkurti.

2.2. **Dantų protezas** – dirbtinis trūkstamų dantų ar juos laikančių struktūrų standartinis (gaminamas gamykloje) ar individualus (gaminamas pagal gydytojo odontologo užsakymą dantų protezų laboratorijoje ar paties gydytojo odontologo) pakaitalas.

2.3. Kitos Apraše vartojamos sąvokos suprantamos taip, kaip jos apibrėžiamos Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatyme, Lietuvos Respublikos valstybinių socialinio draudimo pensijų įstatyme, Lietuvos Respublikos neįgaliųjų socialinės integracijos įstatyme ir Lietuvos Respublikos vaiko teisių apsaugos pagrindų įstatyme.

3. Teisę į dantų protezavimo paslaugas, kompensuojamas iš PSDF biudžeto, turi privalomuoju sveikatos draudimu apdrausti asmenys:

3.1. kuriems sukako senatvės pensijos amžius;

3.2. kurie pripažinti nedarbingais arba iš dalies darbingais;

3.3. vaikai.

4. Aprašo 3 punkte išvardyti asmenys dėl dantų protezavimo paslaugų gali kreiptis patys arba gali kreiptis jų atstovai pagal įstatymą arba atstovai pagal pavedimą (toliau – asmenys).

5. Iš PSDF biudžeto dantų protezavimo paslaugos teikiamos Aprašo 3 punkte išvardytiems asmenims, kai burna sanuota ir paruošta dantų protezavimui.

6. Iš PSDF biudžeto dantų protezavimo paslaugų teikimo išlaidos kompensuojamos:

6.1. Aprašo 3.1 ir 3.2 papunkčiuose išvardytiems asmenims:

6.1.1. 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;

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

6.1.3. kurių bedantis apatinis žandikaulis 4, 5 ir 6 dantų srityje yra mažesnio nei 12 mm aukščio;

6.2. vaikams esant Aprašo 7 punkte nustatytoms indikacijoms:

6.2.1. kurių kramtymo sistema dar vystosi, kai protezuojama laikiniais dantų protezais, pagamintais iš laboratorijoje ar odontologijos kabinete polimerizuojamų polimerų, arba standartiniais apsauginiais metaliniais vainikėliais;

6.2.2. kurių kramtymo sistema iš esmės susiformavo, kai protezuojama ilgalaikių konstrukcinių medžiagų dantų protezais, išskyrus dantų protezų gamybai skirtas skaitmenines technologijas;

7. Ligos ir sveikatos sutrikimai (kodai pagal Tarptautinės statistinės ligų ir sveikatos sutrikimų klasifikacijos dešimtąjį pataisytą ir papildytą leidimą „Sisteminis ligų sąrašas“ (Australijos modifikacija, TLK-10-AM)), kuriems esant vaikams protezuojami dantys:

7.1. dantų raidos ir dygimo sutrikimai, K00;

7.2. įstrigę ir suspausti dantys, K01;

7.3. pulpos ir periapikalinių audinių ligos, K04 (esant nesusiformavusiai šakniai ir neužsidariusiai šaknies viršūnei (apeksogenezės ir apeksifikacijos metodika));

7.4. gingivitas ir periodonto ligos, K05;

7.5. kiti dantenų ir bedantės alveolinės ataugos pakitimai, K06;

7.6. kiti dantų ir juos palaikančių struktūrų pakitimai, K08.

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

8.1. Aprašo 3.1 ir 3.2 papunkčiuose išvardytiems asmenims Aprašo 6.1.1 ir 6.1.2 papunkčiuose numatytais atvejais – 397,22 balų;

8.2. Aprašo 3.1 ir 3.2 papunkčiuose išvardytiems asmenims Aprašo 6.1.3 papunktyje numatytu atveju – 1222,20 balų;

8.3. Vaikams:

8.3.1. Aprašo 6.2.1 papunktyje numatytu atveju – 202,73 balų;

8.3.2. Aprašo 6.2.2 papunktyje numatytais atvejais – 1222,20 balų.

## **II SKYRIUS**

### **ASMENŲ, TURINČIŲ TEISĘ GAUTI DANTŲ PROTEZAVIMO PASLAUGAS, KOMPENSUOJAMAS IŠ PSDF BIUDŽETO, ĮRAŠYMO Į SĄRAŠĄ IR IŠBRAUKIMO IŠ JO TVARKA**

9. Aprašo 3 punkte išvardyti asmenys, pageidaujantys gauti dantų protezavimo paslaugas, kompensuojamas iš PSDF biudžeto, kreipiasi į pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros įstaigos (toliau – PAASPI), prie kurios yra prisirašę, gydytoją odontologą arba į kitos asmens sveikatos priežiūros įstaigos, turinčios licenciją teikti odontologinės priežiūros (pagalbos) paslaugas, gydytoją odontologą dėl dantų protezavimo poreikio nustatymo.

10. Gydytojas odontologas, konsultacijos metu vizualiniu būdu nustatęs dantų protezavimo poreikį, sudaro burnos priežiūros ir gydymo planą, su kuriuo asmuo supažindinamas raštu, ir išduoda Medicinos dokumentų išrašą / siuntimą (forma Nr. 027/a, patvirtinta Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2014 m. sausio 27 d. įsakymu Nr. V-120 „Dėl privalomų sveikatos statistikos apskaitos ir kitų tipinių formų bei privalomų sveikatos statistikos ataskaitų formų patvirtinimo“ (toliau – forma Nr. 027/a):

10.1 Aprašo 3.1 ir 3.2 papunkčiuose nurodytiems asmenims, atitinkantiems Aprašo 6.1.1 ir 6.1.2 papunkčiuose nustatytus reikalavimus;

10.2. vaikams, atitinkantiems Aprašo 6.2.1 papunkčio reikalavimus.

11. Gydytojas odontologas išduoda formą Nr. 027/a ir į antrinio ar tretinio lygio odontologinės priežiūros (pagalbos) paslaugas teikiančią įstaigą, sudariusią sutartį su teritorine ligonių kasa (toliau – TLK) dėl odontologinės priežiūros (pagalbos) paslaugų teikimo ir apmokėjimo, siunčia:

11.1. Aprašo 3.1 ir 3.2 papunkčiuose nurodytus asmenis, atitinkančius Aprašo 6.1.3 papunktyje nustatytus reikalavimus;

11.2. vaikus, atitinkančius Aprašo 6.2.2 papunktyje nustatytus reikalavimus.

12. Antrinio ar tretinio lygio odontologinės priežiūros (pagalbos) paslaugas teikiančios įstaigos gydytojų odontologų konsiliumas asmeniui išduoda formą Nr. 027/a su išvada dėl dantų protezavimo poreikio, įvertinęs:

12.1. Aprašo 3.1 ir 3.2 papunkčiuose nurodytiems asmenims bedančio apatinio žandikaulio aukščio matavimų pagal Aprašo 10 priede nurodytą metodiką rezultatus;

12.2. vaikams – kramtymo sistemos išsivystymo laipsnį ir dantų rentgeno nuotraukas.

13. Schemos su asmens bedančio apatinio žandikaulio aukščio matavimų pagal Aprašo 10 priede nurodytą metodiką rezultatais (Aprašo 3.1 ir 3.2 papunkčiuose nurodytiems asmenims) ir rentgeno nuotraukos (Aprašo 3 punkte nurodytų asmenų) saugomos odontologinės priežiūros (pagalbos) paslaugas teikiančiose įstaigose.

14. Aprašo 3 punkte nurodyti asmenys, kuriems Aprašo 10–12 punktų nustatyta tvarka nustatytas dantų protezavimo poreikis, pateikia užpildytą Prašymą įrašyti į Asmenų, laukiančių dantų protezavimo, sąrašą (Aprašo 1 priedas) (toliau – prašymas).

15. Asmenų prašymai pateikiami PAASPI, prie kurios jie yra prisirašę. Pateikdami prašymą asmenys taip pat privalo pateikti:

15.1. asmens tapatybę patvirtinantį dokumentą;

15.2. dokumentą, įrodantį, kad priklauso Aprašo 3 punkte nurodytiems asmenims;

15.3. gydytojo odontologo arba gydytojų odontologų konsiliumo išvadą dėl dantų protezavimo poreikio (forma 027/a);

15.4. jei prašymą pateikia asmens atstovas – asmens atstovavimą patvirtinantį dokumentą.

16. Prašyme turi būti nurodyta asmens deklaruota gyvenamoji vieta ir patvirtinimas, kad asmuo arba jo atstovas sutinka, jog jam arba jo atstovaujam asmeniui priklausančią kompensaciją TLK pervestų į asmens sveikatos priežiūros įstaigos, kuri suteikė dantų protezavimo paslaugas, sąskaitą.

17. Asmenų, neatitinkančių Aprašo 6.1 ir 6.2 papunkčiuose nustatytų dantų protezavimo paslaugų kompensavimo iš PSDF biudžeto reikalavimų, prašymai nepriimami.

18. PAASPI, prie kurios asmuo yra prisirašęs, įgaliotas asmuo asmenis, pateikusius prašymus ir atitinkančius Aprašo 6.1 ir 6.2 papunkčiuose nustatytus dantų protezavimo paslaugų kompensavimo iš PSDF biudžeto reikalavimus, įtraukia į Asmenų, laukiančių dantų protezavimo, registracijos sąrašą (Aprašo 2 priedas) (toliau – PAASPI sąrašas). Asmens numeris PAASPI sąraše ir įrašymo data įrašomi asmens prašymo viršutiniame dešiniajame kampe. PAASPI sąrašo lentelės 8 skiltyje įrašomas maksimalus kompensacijos balais dydis, nurodytas Aprašo 8 punkte. PAASPI sąrašas yra tęstinis ir sudaromas atsižvelgiant į asmens prašymo registravimo PAASPI datą.

19. PAASPI iki einamojo mėnesio 10 d. pateikia TLK praėjusį mėnesį pateiktus asmenų prašymus ir PAASPI sąrašo elektroninę versiją.

20. Jei asmuo pagal deklaruotą gyvenamąją vietą yra ne tos TLK aptarnaujamos zonos, kurios PAASPI pateikė prašymą, gyventojas, TLK per 5 darbo dienas nuo PAASPI sąrašo pateikimo datos persiunčia asmens prašymą tai TLK, kurios aptarnaujamos zonos gyventojas jis yra. Jei paaiškėja, kad asmuo nėra deklaravęs gyvenamosios vietos, TLK per 5 darbo dienas raštu pasiūlo asmeniui deklaruoti gyvenamąją vietą ir apie tai informuoti TLK. Jei per 30 dienų nuo rašto išsiuntimo dienos asmuo nedeclaruoja gyvenamosios vietos, jo prašymas nenagrinėjamas ir jam apie tai pranešama raštu per 5 darbo dienas nuo šio termino pabaigos.

21. TLK, gavusi iš PAASPI ar kitos TLK asmenų prašymus, sudaro kiekvienos savivaldybės, esančios jos veiklos zonoje, Asmenų, laukiančių dantų protezavimo, sąrašą (Aprašo 3 priedas) (toliau – TLK sąrašas).

22. Aprašo 3.1 ir 3.2 papunkčiuose nurodyti asmenys pakartotinai į TLK sąrašą gali būti įrašyti ne anksčiau kaip po 3 metų nuo dantų protezavimo paslaugų išlaidų kompensavimo dienos. TLK sąrašai yra tęstiniai ir sudaromi atsižvelgiant į asmens prašymo registravimo PAASPI sąrašo datą.

23. Jei į TLK sąrašą įrašytas asmuo, laukiantis dantų protezavimo, pakeičia deklaruotą gyvenamąją vietą, jis apie tai privalo raštu informuoti TLK. TLK per 5 darbo dienas nuo informacijos gavimo dienos persiunčia asmens prašymą tai TLK, kurios aptarnaujamos zonos gyventojas jis yra. TLK tokį asmenį per 5 darbo dienas nuo prašymo gavimo dienos įrašo į savivaldybės, kurioje deklaruojama jo gyvenamoji vieta, TLK sąrašą pagal asmens prašymo registravimo PAASPI sąrašo datą ir apie tai raštu informuoja asmenį per 5 darbo dienas nuo įrašymo dienos.

24. TLK ne vėliau kaip per 30 dienų nuo suaugusio asmens prašymo gavimo iš PAASPI dienos patikrina, ar asmuo atitinka Aprašo 3.1 ir 3.2 papunkčiuose nurodytus reikalavimus ir yra apdraustas privalomuoju sveikatos draudimu, įtraukia jį į TLK sąrašą ir išsiunčia asmeniui

Pranešimą apie asmens įtraukimą į Asmenų, laukiančių dantų protezavimo, sąrašą (Aprašo 4 priedas) (toliau – pranešimas) prašyme nurodytu adresu. Pranešime nurodoma asmens įtraukimo į TLK sąrašą data, savivaldybė, į kurios TLK sąrašą asmuo įtrauktas, ir eilės numeris TLK sąraše. Jei asmuo neapdraustas privalomuoju sveikatos draudimu ir neatitinka Aprašo 3.1 ar 3.2 papunkčiuose nurodytų reikalavimų, TLK priima sprendimą neįtraukti jo į TLK sąrašą, o apie neįtraukimo priežastis asmuo informuojamas raštu per šiame punkte nustatytą terminą.

25. Kai įrašytas į TLK sąrašą asmuo šio Aprašo 54 punkte nustatyta tvarka įgyja teisę gauti kompensaciją, TLK patikrina, ar asmuo atitinka Aprašo 3.1 ar 3.2 papunktyje nurodytus reikalavimus ir yra apdraustas privalomuoju sveikatos draudimu, išduoda jam Pažymą apie teisę gauti dantų protezavimo paslaugas, kompensuojamas iš PSDF biudžeto (Aprašo 5 priedas) (toliau – TLK pažyma), ir ne vėliau kaip per 10 dienų nuo TLK sprendimo išduoti TLK pažymą priėmimo dienos išsiunčia ją asmeniui. TLK pažymą TLK siunčia registruotu laišku asmens prašyme nurodytu adresu. Neapdraustiems privalomuoju sveikatos draudimu asmenims TLK pažymos neišduodamos, o apie pažymos neišdavimo priežastis asmenys informuojami raštu per 10 darbo dienų nuo sprendimo neišduoti TLK pažymos priėmimo dienos.

26. TLK ne vėliau kaip per 30 dienų nuo vaiko įtraukimo į TLK sąrašą patikrina, ar vaikas yra apdraustas privalomuoju sveikatos draudimu, išduoda TLK pažymą ir išsiunčia ją vaiko atstovams. Informaciją apie teisę gauti dantų protezavimo paslaugas TLK siunčia registruotu laišku prašyme nurodytu adresu. Neapdraustiems privalomuoju sveikatos draudimu vaikams TLK pažymos neišduodamos, o apie pažymos neišdavimo priežastis vaiko atstovai informuojami raštu per šiame punkte nurodytą terminą.

27. Aprašo 3 punkte nurodytiems asmenims kartu su TLK pažyma pateikiamas Asmens sveikatos priežiūros įstaigų, su kuriomis teritorinė ligonių kasa yra sudariusi sutartis dėl dantų protezavimo paslaugų išlaidų kompensavimo apdraustiesiems privalomuoju sveikatos draudimu (toliau – išlaidų kompensavimo sutartis), sąrašas (Aprašo 6 priedas) (toliau – įstaigų sąrašas).

28. Įstaigų sąraše TLK nurodo, kad Aprašo 3 punkte nurodyti asmenys gali pasirinkti ir kitą TLK aptarnaujamoje zonoje esančią asmens sveikatos priežiūros įstaigą, su kuria konkreti TLK, iš kurios asmuo gavo TLK pažymą, yra sudariusi išlaidų kompensavimo sutartį. Įstaigų, su kuriomis konkreti TLK yra sudariusi išlaidų kompensavimo sutartį, sąrašą galima rasti ir TLK, iš kurios asmuo gauna TLK pažymą, interneto svetainėje.

29. Vilniaus, Kauno, Klaipėdos, Šiaulių ir Panevėžio TLK savo interneto svetainėse skelbia informaciją apie asmens sveikatos priežiūros įstaigas, su kuriomis sudarytos išlaidų kompensavimo sutartys.

30. Išsiuntus TLK pažymą registruotu laišku asmeniui, laikoma, kad asmuo yra tinkamai apie tai informuotas. Jei TLK pažyma neatsiimama iš pašto skyriaus ir dėl šios priežasties asmuo nesuderina dantų protezavimo paslaugų teikimo laiko, masto ir kitų šių paslaugų teikimo sąlygų, laikoma, kad nėra pagrindo pratęsti dantų protezavimo teikimo laiką ar neišbraukti iš asmenų, laukiančių dantų protezavimo, sąrašo.

31. Gavęs TLK pažymą ir įstaigų sąrašą, asmuo per 3 mėnesius nuo TLK pažymos išdavimo dienos atvyksta į vieną iš asmens sveikatos priežiūros įstaigų, nurodytų įstaigų sąraše arba konkrečios TLK interneto svetainėje, ir su gydytoju odontologu suderina dantų protezavimo paslaugų teikimo laiką, mastą ir kitas šių paslaugų teikimo sąlygas.

32. Dantų protezavimo paslaugos turi būti suteiktos ir šių paslaugų išlaidos kompensuojamos per 3 metus nuo TLK pažymos išdavimo dienos.

33. Jei asmuo, vadovaudamasis Aprašo 35 punktu, pasinaudoja teise sustabdyti dantų protezavimo paslaugų teikimą, dantų protezavimo paslaugų išlaidos kompensuojamos per 4 metus nuo pirmos TLK pažymos išdavimo dienos.

34. Dantų protezavimo paslaugų išlaidos kompensuojamos neviršijant atitinkamo bazinio dydžio, nurodyto Aprašo 8 punkte, ir neatsižvelgiant į tai, ar buvo suteiktos visos reikiamos dantų protezavimo paslaugos ar jų dalis.

35. Dantų protezavimo paslaugų teikimas gali būti sustabdytas, bet ne ilgiau kaip iki vienu metų, jei:

35.1. per tris mėnesius nuo TLK pažymos išdavimo dienos asmuo dėl sveikatos būklės ar kitų svarbių priežasčių negali su gydytoju odontologu suderinti dantų protezavimo paslaugų teikimo laiko, masto bei kitų šių paslaugų teikimo sąlygų ir pradėti dantų protezavimo;

35.2. per tris mėnesius nuo TLK pažymos išdavimo dienos asmuo su gydytoju odontologu suderina dantų protezavimo paslaugų teikimo laiką, mastą bei kitas šių paslaugų teikimo sąlygas ir pradeda dantų protezavimą, bet dėl jo sveikatos būklės ar kitų svarbių priežasčių dantų protezavimas negali būti tęsiamas.

36. Norėdami pasinaudoti Aprašo 35 punkte nustatyta teise, asmenys per 3 mėnesius nuo TLK pažymos išdavimo dienos arba tada, kai nebegali tęsti pradėto dantų protezavimo, turi kreiptis į šią TLK pažymą išdavusią TLK ir užpildyti Prašymą sustabdyti dantų protezavimo paslaugų teikimą (Aprašo 11 priedas).

37. TLK, gavusi Prašymą sustabdyti dantų protezavimo paslaugų teikimą, ne vėliau kaip per 10 darbo dienų nuo šio prašymo gavimo dienos išsiunčia asmeniui pranešimą, kad jo eilė gauti dantų protezavimo paslaugas yra atidėta.

38. TLK, pasibaigus dantų protezavimo paslaugų sustabdymo laikotarpiui, asmeniui pakartotinai siunčia TLK pažymą ir įstaigų sąrašą.

39. Asmenys išbraukiami iš TLK sąrašo, jei:

39.1. per 3 mėnesius nuo TLK pažymos išdavimo dienos nesikreipia į vieną iš įstaigų sąraše nurodytų asmens sveikatos priežiūros įstaigų ir su gydytoju odontologu nesuderina dantų protezavimo paslaugų teikimo laiko, masto ir kitų šių paslaugų teikimo sąlygų arba nesikreipia į TLK dėl dantų protezavimo paslaugų sustabdymo;

39.2. per 3 metus (arba per 4 metus, jei buvo sustabdytas dantų protezavimo paslaugų teikimas) nuo TLK pažymos išrašymo dienos jiems nesuteikiamos dantų protezavimo paslaugos.

40. Apie išbraukimą iš TLK sąrašo asmenį TLK informuoja registruotu laišku per 10 darbo dienų nuo jo išbraukimo iš TLK sąrašo dienos.

### **III SKYRIUS**

#### **DANTŲ PROTEZAVIMO PASLAUGŲ IŠLAIDŲ KOMPENSAVIMO TVARKA**

41. Aprašo 3.1 ir 3.2 papunkčiuose išvardyti asmenys, gavę TLK pranešimą, turi teisę nelaukti, kol, vadovaujantis Aprašo 25 punktu, jie bus informuoti apie teisę gauti dantų protezavimo paslaugas, kompensuojamas iš PSDF biudžeto lėšų, ir patys sumokėti už jiems suteiktas dantų protezavimo paslaugas asmens sveikatos priežiūros įstaigoje, nurodytoje įstaigų sąraše, arba kitoje asmens sveikatos priežiūros įstaigoje.

42. Dantų protezavimo paslaugų teikimo išlaidos asmenims, nurodytiems Aprašo 41 punkte, kompensuojamos, kai šio Aprašo 54 punkte nustatyta tvarka asmuo įgyja teisę gauti kompensaciją. Šiems asmenims TLK siunčia Pranešimą apie dantų protezavimo paslaugų išlaidų kompensavimą (Aprašo 8 priedas). Pacientų prašymai gauti kompensaciją už savo lėšomis atliktas dantų protezavimo paslaugas ne eilės tvarka (kai siekiama ją gauti greičiau arba atidėti jos skyrimo terminą) netenkinami.

43. Asmenys, nurodyti Aprašo 41 punkte, gavę dantų protezavimo paslaugas TLK, kurioje jie įrašyti į TLK sąrašą, turi pateikti:

43.1. Prašymą kompensuoti dantų protezavimo išlaidas (Aprašo 7 priedas), kuriame turi būti nurodytas banko sąskaitos numeris;

43.2. TLK pranešimą;

43.3. dantų protezavimo išlaidų apmokėjimą patvirtinantį dokumentą (asmens sveikatos priežiūros įstaigos, kurioje buvo suteiktos dantų protezavimo paslaugos, išrašytą sąskaitą faktūrą, originalų kasos aparato kvitą ir (arba) grynųjų pinigų priėmimo kvitą, ir (arba) originalų banko išduotą dokumentą, patvirtinantį mokėjimo įvykdymą, ir (arba) banko sąskaitos išrašo kopiją, patvirtintą banko darbuotojo spaudu, ir (arba) kitą mokėjimą patvirtinantį dokumentą);

43.4. jei reikia, atstovavimą patvirtinančio dokumento kopiją.

44. Prašymai kompensuoti dantų protezavimo išlaidas registruojami TLK nustatyta tvarka.

45. Nustatyto dydžio kompensacija ne vėliau kaip per 20 darbo dienų nuo jos skyrimo dienos pervedama į paciento prašyme kompensuoti dantų protezavimo išlaidas nurodytą banko sąskaitą.

46. Pacientui pageidaujant, kad jam skirta kompensacija būtų pervesta į kito asmens banko sąskaitą, TLK kartu su Aprašo 43 punkte nurodytais dokumentais turi būti pateikta:

46.1. notaro patvirtintas paciento sutikimo, kad jam skiriama kompensacija būtų pervesta į kito asmens banko sąskaitą, originalas;

46.2. asmens, į kurio sąskaitą bus pervedama kompensacija, paso arba asmens tapatybės kortelės, arba kito asmenį identifikuojančio dokumento kopija.

47. Jeigu prašyme kompensuoti dantų protezavimo išlaidas nurodomas kito asmens banko sąskaitos numeris, pranešimo apie dantų protezavimo išlaidų kompensavimą kopija siunčiama ir šiam asmeniui.

48. Jei pacientas miršta nesulaukęs kompensacijos už savo lėšomis atliktas dantų protezavimo paslaugas, teisę į kompensaciją Lietuvos Respublikos įstatymų nustatyta tvarka įgyja jo paveldėtojas (-ai). Norėdamas (-i) gauti kompensaciją, jis (jie) per 90 dienų nuo palikimo priėmimo dienos kartu su Aprašo 43 punkte nurodytais dokumentais TLK turi, pateikti:

48.1. paciento mirties liudijimo kopiją;

48.2. paveldėjimo teisės į mirusiajam priklausančią kompensaciją liudijimą ar jo kopiją;

48.3. paveldėtojo (-ų) paso (-ų) arba asmens tapatybės kortelės (-ių), arba kito (-ų) asmenį (-is) identifikuojančio (-ų) dokumento (-ų) kopiją.

49. Paveldėtojams kompensacija pervedama atėjus eilei gauti dantų protezavimo paslaugas.

#### **IV SKYRIUS**

### **LĖŠŲ DANTŲ PROTEZAVIMO PASLAUGŲ IŠLAIDOMS KOMPENSUOTI PASKIRSTYMO, APSKAITOS IR ATSKAITOMYBĖS UŽ JŲ PANAUDOJIMĄ TVARKA**

50. Valstybinė ligonių kasa prie Sveikatos apsaugos ministerijos (toliau – VLK), vadovaudamasi Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymu, Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto sudarymo ir vykdymo taisyklėmis, patvirtintomis Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2003 m. gegužės 14 d. nutarimu Nr. 589 „Dėl Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto sudarymo ir vykdymo taisyklių patvirtinimo“, kiekvienų metų PSDF biudžeto lėšas dantų protezavimo paslaugų išlaidoms kompensuoti paskirsto TLK pagal prisirašiusių prie jų veiklos zonos PAASPI gyventojų, apdraustų privalomuoju sveikatos draudimu (toliau – prirašytieji gyventojai), skaičių.

51. TLK, vadovaudamasi Aprašo 50 punkte nurodytais teisės aktais, jai skirtas PSDF biudžeto lėšas dantų protezavimo paslaugų išlaidoms kompensuoti paskirsto jos veiklos zonos savivaldybėms pagal prirašytųjų gyventojų skaičių.

52. Asmens sveikatos priežiūros įstaigos išlaidų kompensavimo sutartyje nustatyta tvarka iki kiekvieno mėnesio 10 dienos pateikia TLK praėjusį mėnesį suteiktų dantų protezavimo paslaugų ataskaitas (Aprašo 9 priedas). Kartu su ataskaitomis asmens sveikatos priežiūros įstaigos pateikia pranešimus, TLK pažymas ir sąskaitas (sąskaitas faktūras).

53. TLK kiekvieną mėnesį VLK direktoriaus nustatyta tvarka teikia VLK sąskaitų už PSDF biudžeto lėšomis apmokamas dantų protezavimo paslaugas suvestines.

54. TLK direktoriaus įsakymu sudaryta nuolat veikianti komisija dantų protezavimo išlaidoms kompensuoti einamaisiais metais skiriamas PSDF biudžeto lėšas kiekvieną metų ketvirtį paskirsto proporcingai TLK veiklos zonoje esančios savivaldybės prirašytiems gyventojams ir priima sprendimą, kokiam skaičiui į TLK sąrašą įrašytų asmenų einamąjį metų ketvirtį bus skiriama PSDF biudžeto lėšų dantų protezavimo išlaidoms kompensuoti, atsižvelgiant į skiriamų lėšų sumą.

#### **V SKYRIUS**

### **BAIGIAMOSIOS NUOSTATOS**

55. Dokumentai ir duomenys, susiję su Aprašo vykdymu, saugomi TLK.

56. Už Aprašo nuostatų pažeidimus TLK ir asmens sveikatos priežiūros įstaigos, teikiančios dantų protezavimo paslaugas, atsako teisės aktų nustatyta tvarka.

57. TLK sprendimai dėl dantų protezavimo paslaugų, kompensuojamų PSDF biudžeto lėšomis, gali būti skundžiami Lietuvos Respublikos administracinių bylų teisenos įstatymo nustatyta tvarka.

---



**(Prašymo įrašyti į Asmenų, laukiančių dantų protezavimo, sąrašą forma)**

(Asmens, kuriam reikalingas dantų protezavimas, vardas ir pavardė didžiosiomis spausdintinėmis raidėmis)

[illegible]

(Asmens kodas)

(Deklaruoti gyvenamosios vietos adresai)

(Adresas, kuriuo asmuo pageidauja gauti pranešimą apie įtraukimą į Asmenų, laukiančių dantų protezavimo, sąrašą, asmens arba jo atstovo telefono Nr.)

\_\_\_\_\_  
(Teritorinės ligonių kasos pavadinimas) teritorinei ligonių kasai

## PRAŠYMAS ĮRAŠYTI Į ASMENŲ, LAUKIANČIŲ DANTŲ PROTEZAVIMO, SĄRAŠĄ

\_\_\_\_\_Nr. \_\_\_\_\_  
(Data) (Registrācijas Nr.)

Prašau \_\_\_\_\_, gyvenantį (-ią)  
(Asmens, kuriam reikalingas dantų protezavimas, vardas ir pavardė)

\_\_\_\_\_miesto / rajona savivaldības teritorijojē,  
(Savivaldības pavadinimas) (tai, kas netinka, išbraukti)

įrašyti į Asmenų, laukiančių dantų protezavimo, sąrašą. Esu / mano atstovaujamas yra \_\_\_\_\_  
(tai, kas netinka, išbraukti)

(Nurodomas įrašymo į sąrašą pagrindas – nurodoma, jei asmuo yra senatvės pensininkas, pripažintas nedarbingu arba iš dalies darbingu arba vaikas)

Pateikiu:

1. Odontologo išduotą medicinos dokumentų išrašą / siuntimą (forma Nr. 027/a) / antrinio ar tretinio lygio odontologines paslaugas teikiančios asmens sveikatos priežiūros įstaigos gydytojų specialistų konsiliumo išvadą.

2. \_\_\_\_\_  
(Nurodoma 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 išlaidų kompensavimo iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto tvarkos aprašu esu susipažinęs (-usi). Sutinku, kad man (mano atstovaujajam) priklausančią kompensaciją už suteiktas dantų protezavimo paslaugas teritorinė ligonių kasa pervestų į sveikatos priežiūros įstaigos, kurioje man šios paslaugos bus suteiktos, sąskaitą. Man išaiškinta, kad kompensacija už suteiktas dantų protezavimo paslaugas neviršys Dantų protezavimo

paslaugų išlaidų kompensavimo iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto tvarkos aprašo 8 punkte nustatyto bazinio dydžio – \_\_\_\_\_ .  
(Nurodoma kompensacijos suma balais, kurią įrašo pirminės asmens sveikatos priežiūros įstaigos atstovas)

Esu supažindintas (-a) su odontologo man sudarytu burnos priežiūros ir gydymo planu. Vykdydamas (-a) šį planą, įsipareigoju lankytis pas gydytoją odontologą ir vykdyti jo nurodymus, kad atėjus eilei protezuoti dantis jau būtų atliktos gydomosios ir profilaktinės procedūros, sanuota burnos ertmė (užplombuoti karioziniai dantys ir kt.).

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

---

(Asmens arba jo atstovo parašas)

---

(Asmens arba jo atstovo vardas, pavardė)

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

(Asmenų prašymų įrašyti į asmenų, laukiančių dantų protezavimo, registracijos sąrašo forma)

(Asmens sveikatos priežiūros įstaigos pavadinimas)

ASMENŲ PRAŠYMŲ ĮRAŠYTI Į ASMENŲ, LAUKIANČIŲ DANTŲ PROTEZAVIMO, REGISTRACIJOS SĄRAŠAS

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

(Pareigų pavadinimas)

(Parašas)

(Vardas ir pavardė)

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

(Asmenų, laukiančių dantų protezavimo, sąrašo forma)

(Teritorinės ligonių kasos pavadinimas)

ASMENŲ, LAUKIANČIŲ DANTŲ PROTEZAVIMO,  
SĄRAŠAS

(Savivaldybės pavadinimas)

| Eilės Nr. | Asmens prašymo registracijos pirminės asmens sveikatos priežiūros įstaigoje data | Asmens vardas, pavardė | Asmens kodas | Deklaruotos gyvenamosios vietos adresas | Adresas, kuriuo asmuo pageidauja gauti pranešimą apie įtraukimą į Asmenų, laukiančių dantų protezavimo sąrašą (toliau – Sąrašas), asmens telefono numeris | Dantų protezavimo išlaidų kompensavimo Privalomojo sveikatos draudimo fondo (toliau – PSDF) biudžeto lėšomis pagrindas | Maksimalus kompensacijos dydis (bazinis dydis balais, nurodytas Aprašo 8 punkte) | Pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros įstaigos, į kurią asmuo kreipėsi su prašymu įtraukti į asmenų, laukiančių dantų protezavimo, sąrašą, pavadinimas | Pranešimo apie asmens įtraukimą į sąrašą išdavimo data | Pažymos apie teisę gauti dantų protezavimo paslaugas, kompensuojamas iš PSDF biudžeto, išsiuntimo data | Data, iki kurios sustabdytas dantų protezavimo paslaugų teikimas | Asmens išbraukimo iš Sąrašo data ir pagrindas |
|-----------|----------------------------------------------------------------------------------|------------------------|--------------|-----------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|
| 1         | 2                                                                                | 3                      | 4            | 5                                       | 6                                                                                                                                                         | 7                                                                                                                      | 8                                                                                | 9                                                                                                                                                                   | 10                                                     | 11                                                                                                     | 12                                                               | 13                                            |
|           |                                                                                  |                        |              |                                         |                                                                                                                                                           |                                                                                                                        |                                                                                  |                                                                                                                                                                     |                                                        |                                                                                                        |                                                                  |                                               |

(Pareigų pavadinimas)

(Parašas)

(Vardas ir pavardė)



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

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

\_\_\_\_\_  
(Teritorinės ligonių kasos (toliau – TLK) pavadinimas)

\_\_\_\_\_  
(Adresas, telefono Nr.)

\_\_\_\_\_  
(Asmens vardas, pavardė)

\_\_\_\_\_  
(Asmens prašyme nurodytas adresas, kuriuo jis pageidauja gauti pranešimą)

**PRANEŠIMAS APIE ASMENS ĮTRAUKIMĄ Į ASMENŲ, LAUKIANČIŲ DANTŲ  
PROTEZAVIMO, SĄRAŠĄ**

20\_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ Nr. \_\_\_\_  
(Data ir registracijos TLK numeris)

Pranešame, kad nuo \_\_\_\_ m. \_\_\_\_ d. Jūs, gyvenantis (i)  
\_\_\_\_ miesto / rajono savivaldybės teritorijoje,

(Savivaldybės pavadinimas)

esate įrašytas (-a) į Asmenų, laukiančių dantų protezavimo, sąrašą.

**Jūsų eilės numeris**

**sąrašė:**

\_\_\_\_\_  
(Skaičius parašomas ir žodžiu)

Primename, kad pateikdamas (-a) prašymą įtraukti Jus į asmenų, laukiančių dantų protezavimo, sąrašą  
įsipareigojote:

1. lankytis pas gydytoją odontologą ir vykdyti gydytojo odontologo sudarytame gydymo plane  
pateiktus nurodymus, kad, atėjus Jūsų eilei protezuoti dantis, Jums būtų atliktos gydymosi ir  
profilaktinės procedūros, sanuota burnos ertmė (užplombuoti karioziniai dantys ir kt.);

2. raštu informuoti TLK, jei pasikeistų adresas, kuriuo pageidaujate gauti pranešimus (TLK išsiuntus  
pranešimą ir laiškui grįžus į TLK, asmuo po 3 mėnesių nuo Pažymos apie teisę gauti dantų protezavimo  
paslaugas, kompensuojamas iš PSDF biudžeto, išdavimo dienos išbraukiamas iš minėto sąrašo).

Taip pat pranešame, kad turite teisę nelaukti, kol būsite pakviestas (-a) protezuoti dantų, ir už suteiktas  
dantų protezavimo paslaugas sumokėti pats (pati). Tai galite padaryti Jūsų pasirinktoje asmens sveikatos  
priežiūros įstaigoje, turinčioje licenciją teikti odontologinės priežiūros (pagalbos) paslaugas. Šiuo atveju  
suteikus dantų protezavimo paslaugas, Jūs turėsite atvykti į \_\_\_\_\_

(TLK pavadinimas)

TLK arba pas TLK atstovą \_\_\_\_\_ savivaldybėje adresu \_\_\_\_\_

(Nurodomas TLK ar jos atstovo adresas),

ir užpildyti prašymą kompensuoti dantų protezavimo paslaugų išlaidas Privalomojo sveikatos draudimo  
fondo biudžeto lėšomis. Taip pat turėsite pateikti:

1. šį pranešimą;

2. prašymą kompensuoti dantų protezavimo išlaidas (Aprašo 7 priedas), kuriame turi būti nurodytas  
banko sąskaitos numeris;

3. dantų protezavimo išlaidų apmokėjimą patvirtinantį dokumentą (ASP įstaigos, kurioje buvo  
suteiktos dantų protezavimo paslaugos, išrašytą sąskaitą faktūrą, originalų kasos aparato kvitą ir (arba)  
grynųjų pinigų priėmimo kvitą, ir (arba) originalų banko išduotą dokumentą, patvirtinantį mokėjimo  
įvykdymą, ir (arba) banko sąskaitos išrašo kopiją, patvirtintą banko darbuotojo spaudu ir (arba) kitą  
mokėjimą patvirtinantį dokumentą);

4. atstovavimą patvirtinančio dokumento kopiją.

Informuojame, kad kompensacija už suteiktas dantų protezavimo paslaugas neviršys nustatyto bazinio dydžio – \_\_\_\_\_.

(Nurodoma kompensacijos suma balais)

Kompensacija bus išmokėta pagal Jūsų eilės numerį Asmenų, laukiančių dantų protezavimo, sąraše. Jūsų eilės numeris yra nurodytas šiame pranešime.

PASTABA. Šį pranešimą **reikia saugoti**, kol gausite Pažymą apie teisę gauti dantų protezavimo paslaugas, kurių išlaidos kompensuojamos Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis.

\_\_\_\_\_  
(TLK įgalioto asmens pareigos)

\_\_\_\_\_  
(Parašas)

\_\_\_\_\_  
(Vardas ir pavardė)

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

\_\_\_\_\_  
(Teritorinės ligonių kasos (toliau – TLK) 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**

20\_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ Nr.\_\_\_\_\_  
(Pažymos išrašymo data ir registracijos TLK numeris)

Šia pažyma patvirtinama Jūsų teisė gauti dantų protezavimo paslaugas, kurių išlaidos kompensuojamos iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo (toliau – PSDF) biudžeto lėšų. Norėdamas (-a) gauti šias paslaugas, per tris mėnesius nuo pažymos išsiuntimo datos turite kreiptis į vieną iš šios pažymos priede nurodytų asmens sveikatos priežiūros įstaigų, su kuria \_\_\_\_\_ teritorinė ligonių kasa (toliau – TLK) yra sudariusi sutartį dėl \_\_\_\_\_ (TLK pavadinimas)

dantų protezavimo paslaugų išlaidų kompensavimo apdraustiesiems privalomuoju sveikatos draudimu (toliau – išlaidų kompensavimo sutartis). Jūs galite kreiptis ir į kitas TLK aptarnavimo zonoje esančias asmens sveikatos priežiūros įstaigas, su kuriomis \_\_\_\_\_ yra sudariusi išlaidų \_\_\_\_\_ (TLK pavadinimas) kompensavimo sutartis.

Pasirinkęs (-usi) vieną sveikatos priežiūros įstaigą, Jūs arba Jūsų atstovas su gydytoju odontologu turite suderinti dantų protezavimo paslaugų teikimo Jums arba Jūsų atstovaujajam laiką, mastą ir kitas šių paslaugų teikimo sąlygas.

Asmuo, kuris dėl sveikatos būklės ar kitų svarbių priežasčių per tris mėnesius nuo šios pažymos išrašymo dienos nesikreipia į jo pasirinktą dantų protezavimo paslaugas teikiančią gydymo įstaigą, turi per šį terminą pats (arba jo atstovas) kreiptis į \_\_\_\_\_ TLK ir \_\_\_\_\_ (TLK pavadinimas)

sustabdyti (ne ilgiau kaip iki 1 metų) dantų protezavimo paslaugų teikimą.

Jei to nepadarysite, **praėjus trijų mėnesių terminui po šios pažymos išdavimo datos Jūs būsite išbrauktas iš TLK sąrašo ir prarasite teisę gauti dantų protezavimo paslaugas, kompensuojamas iš PSDF biudžeto.**

PRIDEDAMA. Asmens sveikatos priežiūros įstaigų, su kuriomis

\_\_\_\_\_ TLK

\_\_\_\_\_ (TLK pavadinimas)

yra sudariusi išlaidų kompensavimo sutartis, sąrašas.

\_\_\_\_\_  
(TLK įgalioto asmens pareigų pavadinimas)

\_\_\_\_\_  
(Parašas)

\_\_\_\_\_  
(Vardas, pavardė)

.....  
Dantų protezavimo paslaugų teikimo terminas pratęstas iki 20\_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Data, iki kurios pratęstas terminas)

Terminą pratęsė:

\_\_\_\_\_  
(TLK įgalioto asmens, pratęsusio terminą, pareigų pavadinimas)

\_\_\_\_\_  
(Parašas)

\_\_\_\_\_  
(Vardas, pavardė)



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

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

**ASMENS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS ĮSTAIGŲ,  
SU KURIOMIS \_\_\_\_\_ TERITORINĖ LIGONIŲ KASA  
(Teritorinės ligonių kasos (toliau – TLK) pavadinimas)  
YRA SUDARIUSI SUTARTIS DĖL DANTŲ PROTEZAVIMO PASLAUGŲ IŠLAIDŲ  
KOMPENSAVIMO APDRAUSTIESIEMS PRIVALOMUOJU SVEIKATOS DRAUDIMU,  
SĄRAŠAS**

| Eilės<br>Nr. | Asmens sveikatos<br>priežiūros įstaigos<br>pavadinimas | Asmens sveikatos<br>priežiūros įstaigos adresas<br>ir telefonas pasiteirauti | Asmens sveikatos<br>priežiūros įstaigos<br>interneto svetainės<br>adresas |
|--------------|--------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|
| 1            | 2                                                      | 3                                                                            | 4                                                                         |
|              |                                                        |                                                                              |                                                                           |
|              |                                                        |                                                                              |                                                                           |
|              |                                                        |                                                                              |                                                                           |
|              |                                                        |                                                                              |                                                                           |
|              |                                                        |                                                                              |                                                                           |
|              |                                                        |                                                                              |                                                                           |

Informuojame, kad galite pasirinkti ir kitos TLK aptarnavimo zonoje esančią asmens sveikatos priežiūros įstaigą, su kuria \_\_\_\_\_ TLK yra sudariusi sutartį dėl dantų protezavimo paslaugų išlaidų kompensavimo apdraustiesiems privalomuoju sveikatos draudimu. Tokių asmens sveikatos priežiūros įstaigų sąrašas skelbiamas \_\_\_\_\_ TLK interneto svetainėje: \_\_\_\_\_ .  
(TLK pavadinimas) (TLK pavadinimas) (TLK interneto svetainės adresas)

\_\_\_\_\_

Dantų protezavimo paslaugų 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, laukiančių dantų protezavimo, sąrašus išreikštą mano sutikimą dėl man priklausančios kompensacijos už suteiktas dantų protezavimo paslaugas pervedimo į asmens sveikatos priežiūros įstaigos sąskaitą.

Paslaugas 20\_\_\_\_m.\_\_\_\_d. suteikė\_\_\_\_\_  
(Asmens sveikatos priežiūros įstaigos pavadinimas)

Kompensaciją prašau pervesti į (fizinio arba juridinio asmens, į kurio sąskaitą prašoma pervesti kompensaciją, duomenys):

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_  
(Vardas, pavardė) (Asmens kodas)

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_  
(Adresas) (Telefono Nr.)

\_\_\_\_\_  
(Banko sąskaitos Nr. (ne indėlio), banko pavadinimas ir kodas)

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_  
(Juridinio asmens pavadinimas) (Kodas)

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_  
(Adresas) (Telefono Nr.)

\_\_\_\_\_  
(Sąskaitos Nr. (ne indėlio), banko pavadinimas ir kodas)

Su Dantų protezavimo paslaugų 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. Sąskaita faktūra, serija \_\_\_\_\_ Nr. \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_lapas (-ai).
3. \_\_\_\_\_  
(Gali būti nurodomas ir kitas mokėjimą patvirtinantis dokumentas)

\_\_\_\_\_  
(Parašas)



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

**(Pranešimo apie dantų protezavimo išlaidų kompensavimą forma)**

\_\_\_\_\_  
(Teritorinės ligonių kasos (toliau – TLK) pavadinimas)

\_\_\_\_\_  
(Kodas, adresas, telefono Nr.)

\_\_\_\_\_  
(Asmens, gavusio dantų protezavimo paslaugas, vardas, pavardė)

\_\_\_\_\_  
(Adresas, nurodytas asmens arba jo atstovo prašyme)

**KOPIJA**

(Irašoma, jeigu kompensacija  
pervedama į kito asmens sąskaitą)

\_\_\_\_\_  
(Asmens, į kurio banko sąskaitą pervedama kompensacija, 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  
(TLK pavadinimas)  
komisijos sprendimu \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ metų \_\_\_\_\_  
(Asmens vardas, pavardė) (Metų ketvirtis)  
ketvirtį bus kompensuotos dantų protezavimo paslaugos, į Jūsų nurodytą banko sąskaitą pervedant  
eurų.  
\_\_\_\_\_  
(Suma skaičiais ir žodžiais)

\_\_\_\_\_  
(TLK įgalioto asmens  
pareigų pavadinimas)

\_\_\_\_\_  
(Parašas)

\_\_\_\_\_  
(Vardas, pavardė)

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

**(Suteiktų dantų protezavimo paslaugų ataskaitos forma)**

\_\_\_\_\_  
(Asmens sveikatos priežiūros įstaigos pavadinimas)

20\_\_ M. \_\_\_\_\_ MĖNESĮ

**SUTEIKTŲ DANTŲ PROTEZAVIMO PASLAUGŲ  
ATASKAITA**

\_\_\_\_\_  
Nr. \_\_\_\_\_  
(Data)

\_\_\_\_\_  
(Sudarymo vieta)

| Eilės<br>Nr. | *Teritorinės<br>ligonių kasos<br>sąrašo Nr. | Asmens<br>kodas | Asmens<br>vardas,<br>pavardė | Paslaugos<br>atlikimo<br>data | Iš PSDF<br>biudžeto<br>kompensuojama<br>išlaidų suma | Visa suteiktos<br>paslaugos<br>kaina |
|--------------|---------------------------------------------|-----------------|------------------------------|-------------------------------|------------------------------------------------------|--------------------------------------|
| 1            | 2                                           | 3               | 4                            | 5                             | 6                                                    | 7                                    |
|              |                                             |                 |                              |                               |                                                      |                                      |

**PRIDEDAMA:**

1. Pranešimai (Aprašo 4 priedas), pažymos (Aprašo 5 priedas), \_\_\_\_\_ lapai.
2. Sąskaitos (sąskaitos faktūros), \_\_\_\_\_ lapai.

\_\_\_\_\_  
(Asmens sveikatos priežiūros  
įstaigos vadovo pareigos)

\_\_\_\_\_  
(Parašas)

\_\_\_\_\_  
(Vardas, pavardė)

Vyriausias buhalteris / finansininkas

\_\_\_\_\_  
(Parašas)

\_\_\_\_\_  
(Vardas, pavardė)

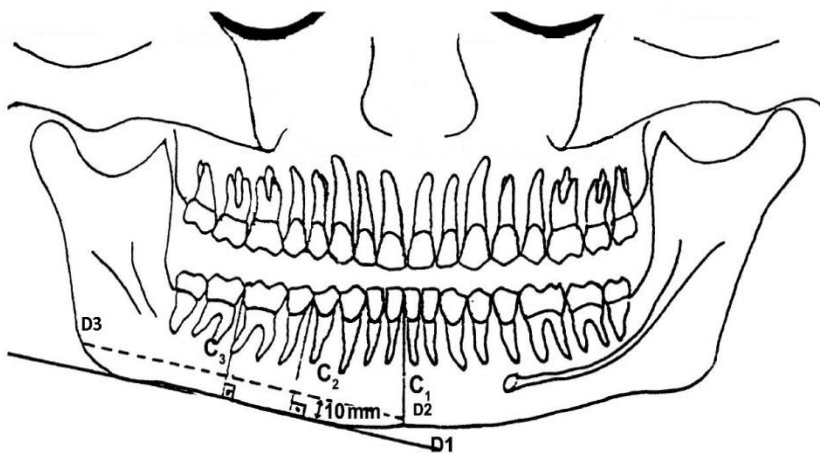
\* Nurodomas asmens įrašymo į asmenų, laukiančių dantų protezavimo, sąrašus eilės numeris.

\_\_\_\_\_

## **BEDANČIO APATINIO ŽANDIKAULIO MATAVIMO PANORAMINĖJE RENTGENO NUOTRAUKOJE, NUSTATANT APATINIŲ PIRMOJO KAPLIO IR PIRMOJO KRŪMINIO DANTIES SRITĮ, METODO APRAŠYMAS**

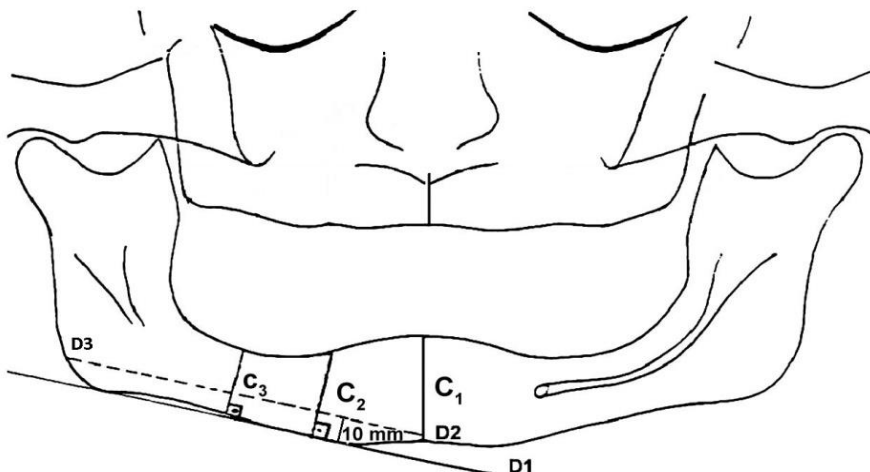
1. Bedančio apatinio žandikaulio matavimo panoraminėje rentgeno (toliau – OPG) nuotraukoje, nustatant apatinių pirmojo kaplio ir pirmojo krūminio danties sritį metodo pagal Xie Q ir kt. (1997), Güler AU ir kt. (2005), Canger EM ir Celenk P (2012) paaiškinimai:

1 paveikslas. Burnos su dantimis OPG atskaitos taškų ir linijų matavimo schema



2. Atliekant OPG nuotraukos atskaitos taškų matavimus, 1 paveiksle nurodyta burnos su dantimis OPG atskaitos taškų ir linijų matavimo schema naudojama kaip pavyzdinė.

2 paveikslas. Burnos be dantų OPG atskaitos taškų ir linijų matavimo schema



3. OPG nuotraukoje naudojami šie atskaitos taškai, linijos ir matmenys (1 ir 2 paveiksai):

3.1. D1 – linija per žemiausius apatinio žandikaulio (toliau – AŽ) vienos pusės pamato taškus.

3.2. D2–D3 – atkarpa, nubrėžta 10 mm aukščiau ir lygiagrečiai linijai D1, kuri tęsiasi nuo centro linijos C1 iki AŽ kampo. Matuojamas šios atkarpos ilgis.

3.3. C1 – centro linija, kuri lokalizuojama pasitelkiant anatominius parametrus:

3.3.1. smakrinę pakylą;

3.3.2. liežuvinę angą.

3.4. C2 – linija, nurodanti apatinio pirmojo kaplio padėtį. Brėžiama statmenai linijai D1 per tašką ant atkarpos D2–D3, nutolusį nuo C1 32 proc. išmatuotos atkarpos D2–D3 ilgio.

3.5. C3 – linija, nurodanti apatinio pirmojo krūminio danties padėtį. Brėžiama statmenai linijai D1 per tašką ant atkarpos D2–D3, nutolusį nuo C1 55 proc. išmatuotos atkarpos D2–D3 ilgio.

4. AŽ kaulo aukštis OPG nuotraukoje (2 paveikslas) vertinamas tarp atkarpų C2, C3 nuo AŽ pamato iki alveolinės ataugos keteros statmenai linijai D1. Ieškoma žemiausios vietos ir matuojama. Pagal OPG vertikalų padidinimą apskaičiuojamas realus AŽ kaulo aukštis.

---

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

\_\_\_\_\_  
(Asmens vardas, pavardė)

\_\_\_\_\_  
(Asmens prašyme nurodytas adresas, kuriuo jis pageidauja gauti pranešimą)

\_\_\_\_\_  
(Teritorinės ligonių kasos (toliau – TLK) pavadinimas)

### **PRAŠYMAS SUSTABDYTI DANTŲ PROTEZAVIMO PASLAUGŲ TEIKIMĄ**

\_\_\_\_\_  
(Data) Nr. \_\_\_\_\_  
(Registracijos Nr.)

\_\_\_\_\_  
(Data) gavau \_\_\_\_\_ teritorinės ligonių kasos (toliau – TLK)  
(Teritorinės ligonių kasos pavadinimas)  
pranešimą apie galimybę gauti dantų protezavimo paslaugą, kompensuojamą Privalomojo sveikatos  
draudimo fondo biudžeto lėšomis. Dėl \_\_\_\_\_ negaliu pradėti / tęsti  
dantų protezavimo. (Nurodyti priežastį)  
Prašau atidėti dantų protezavimą iki \_\_\_\_\_.  
(Data)

\_\_\_\_\_  
Parašas

\_\_\_\_\_  
Vardas, pavardė

**Pakeitimai:**



1.

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, Įsakymas

Nr. [V-1340](#), 2016-11-28, paskelbta TAR 2016-11-29, i. k. 2016-27709

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