

Apdraustųjų privalomuoju sveikatos draudimu
išlaidų būtinajai medicinos pagalbai, suteiktai
kitoje Europos Sąjungos šalyje, ir kitose
Europos Sąjungos šalyse apdraustų asmenų
išlaidų būtinajai medicinos pagalbai, suteiktai
Lietuvoje, kompensavimo tvarkos aprašo
2 priedas

(Pažymos apie priimtus dokumentus forma)

(Teritorinės ligonių kasos pavadinimas)

PAŽYMA APIE PRIIMTUS DOKUMENTUS

(Pažymos užpildymo data)

(Pareiškėjo vardas, pavardė)

Jūsų prašymas kompensuoti kitoje Europos Sąjungos šalyje suteiktą būtinąsios medicinos
pagalbos paslaugų išlaidas priimtas:_____.
(prašymo priėmimo data)

Prašyme pateikti asmens duomenys naudojami sąžiningu ir skaidriu būdu kompensuojant
išlaidas būtinajai medicinos pagalbai, vadovaujantis 2016 m. balandžio 27 d. Europos Parlamento ir
Tarybos reglamento (ES) 2016/679 dėl fizinių asmenų apsaugos tvarkant asmens duomenis ir dėl
laisvo tokių duomenų judėjimo ir kuriuo panaikinama Direktyva 95/46EB (Bendrasis duomenų
apsaugos reglamentas) 6 straipsnio 2 dalies c punktu, 9 straipsnio 2 dalies b punktu bei Lietuvos
Respublikos sveikatos draudimo įstatymo 4 straipsnio 2 ir 3 punktais.

Atsakingasis darbuotojas, priėmęs prašymą ir dokumentus:_____.
(pareigos, vardas, pavardė ir parašas)

Telefonas pasiteirauti:_____.

**INFORMACIJA APIE ASMENS IŠLAIDŲ BŪTINAJAI MEDICINOS PAGALBAI,
SUTEIKTAI KITOJE EUROPOS SĄJUNGOS ŠALYJE, KOMPENSAVIMO TVARKĄ**

Asmenys, savo lėšomis sumokėję už Europos Sąjungos, Europos ekonominės erdvės šalyse
ar Šveicarijoje (toliau – ES šalys) suteiktas būtinąsios medicinos paslaugas, turi teisę kreiptis į
teritorinę ligonių kasą (toliau – TLK) dėl šių paslaugų išlaidų kompensavimo ir pasirinkti vieną iš
toliau nurodytų išlaidų kompensavimo būdų:

1. išlaidos kompensuojamos pagal ES šalies, kurioje buvo suteiktos sveikatos priežiūros
paslaugos, galiojančias šių paslaugų kainas;
2. išlaidos kompensuojamos pagal Lietuvos Respublikos teisės aktais patvirtintas sveikatos
priežiūros paslaugų kainas, neviršijant faktinių išlaidų būtinajai medicinos pagalbai.

Kompensavimas pagal ES šalies, kurioje buvo suteiktos sveikatos priežiūros paslaugos,

galiojančias šių paslaugų kainas

Jei asmuo pageidauja, kad jo išlaidos būtinajai medicinos pagalbai būtų kompensuojamos pagal ES šalies, kurioje buvo suteiktos sveikatos priežiūros paslaugos, galiojančias šių paslaugų kainas, TLK darbuotojas užpildo patvirtintos formos struktūrizuotą elektroninį dokumentą ir kartu su pateiktų medicinos ir finansinių dokumentų kopijomis išsiunčia šalies, kurioje buvo suteiktos medicinos paslaugos, valstybinio sveikatos draudimo įstaigai.

Prašymo nagrinėjimas stabdomas, kol gaunamas šalies, kurioje buvo suteiktos medicinos paslaugos, valstybinio sveikatos draudimo įstaigos atsakymas (ši įstaiga, įvertinusi pateiktus dokumentus, praneša TLK, kokią išlaidų dalį reikia kompensuoti), bet ne ilgiau kaip 12 mėnesių nuo TLK prašymo išsiuntimo kitos ES šalies kompetentingai įstaigai (pateikti informaciją apie išlaidas toje ES šalyje) dienos.

Šios procedūros vykdomos remiantis ES teisės aktais, pagal kuriuos būtiniosios medicinos pagalbos paslaugos teikiamos ir apmokamos vadovaujantis jas suteikusios šalies nacionaliniais teisės aktais.

Gavusi būtiniosios medicinos pagalbos paslaugas suteikusios ES šalies valstybinio sveikatos draudimo įstaigos atsakymą, TLK pasirūpina, kad šios draudimo įstaigos nurodyta suma būtų pervesta į šias paslaugas gavusio asmens prašyme nurodytą asmeninę banko sąskaitą.

Atkreipiame dėmesį į tai, kad:

- kitos ES šalies gydymo įstaigoje sumokėti mokesčiai ir priemokos pagal šios šalies teisės aktus bei kitos išlaidos, neįskaičiuotos į būtiniosios medicinos pagalbos paslaugų kainą, yra nekompensuojamos;
- išlaidų kompensavimas gali užtrukti, nes kompensacija bus pervesta tik gavus ES šalies, kurioje buvo suteiktos būtiniosios medicinos pagalbos paslaugos, valstybinio sveikatos draudimo įstaigos atsakymą apie kompensotiną sumą;
- jei atsakymas negaunamas per 12 mėn. arba ES šalies valstybinio sveikatos draudimo įstaiga atsakyme nurodo, kad pagal tos ES šalies nacionalinius teisės aktus negalima įvertinti suteiktų būtiniosios medicinos pagalbos paslaugų išlaidų ir nustatyti kompensuojamosios sumos arba kad būtiniosios medicinos pagalbos paslaugos buvo suteiktos gydymo įstaigoje, nepriklausančioje tos šalies nacionalinei sveikatos sistemai, sprendimą dėl kompensavimo ir kompensuotinos sumos dydžio priima TLK komisija, atsižvelgdama į Lietuvos Respublikos teisės aktais nustatytus reikalavimus ir kainas. Kompensuotina suma negali viršyti faktinių išlaidų būtinajai medicinos pagalbai.

Kompensavimas pagal Lietuvos Respublikos teisės aktais patvirtintas kainas

Jei asmuo pageidauja, kad jo išlaidos būtinajai medicinos pagalbai būtų kompensuojamos pagal Lietuvos Respublikos teisės aktais patvirtintas kainas, neviršijant faktinių išlaidų, jo prašymą kompensuoti išlaidas nagrinėja ir sprendimą dėl kompensacijos mokėjimo ir dydžio priima TLK komisija, įvertinusi asmens pateiktus medicinos bei finansinius dokumentus. Komisijai priėmus sprendimą kompensuoti išlaidas, nustatyta suma pervadama į asmens prašyme nurodytą asmeninę banko sąskaitą.

Kada išlaidos nekompensuojamos?

Jei paaiškėja, kad pagal Draudžiamųjų privalomuoju sveikatos draudimu registro duomenis asmuo, kuriam kitos ES šalies gydymo įstaigoje buvo suteiktos būtiniosios medicinos pagalbos paslaugos, šių paslaugų teikimo metu nebuvo apdraustas privalomuoju sveikatos draudimu Lietuvoje, arba Lietuvos Respublikos apdraustasis nepateikia finansinių dokumentų, arba nustatoma pagal pateiktus dokumentus, kad Lietuvos Respublikos apdraustajam buvo suteiktos planinės sveikatos priežiūros paslaugos. TLK informuoja asmenį apie atsisakymą patenkinti prašymą ir nurodo atsisakymo priežastį.