



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 IŠLAIDŲ KOMPENSAVIMO IŠ PRIVALOMOJO SVEIKATOS DRAUDIMO FONDO BIUDŽETO TVARKOS APRAŠO PATVIRTINIMO“ PAKEITIMO

2016 m. lapkričio 28 d. Nr. V-1340

Vilnius

1. P a k e i č i u Dantų protezavimo paslaugų išlaidų kompensavimo iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto tvarkos aprašą, patvirtintą Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. lapkričio 21 d. įsakymu Nr. V-890 „Dėl Dantų protezavimo paslaugų išlaidų kompensavimo iš privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto tvarkos aprašo patvirtinimo“:

1.1. Papildau 31¹ punktu:

„31¹. Asmens sveikatos priežiūros įstaigos, su kuriomis TLK yra sudariusi išlaidų kompensavimo sutartis, iki einamojo mėnesio 10 d. pateikia asmenų, kuriems pradėtos teikti dantų protezavimo paslaugos, sąrašą (12 priedas).“

1.2. Pakeičiu 52 punktą ir jį išdėstau taip:

„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 TLK pažymas ir sąskaitas (sąskaitas faktūras).“

1.3. Pakeičiu 1 priedą ir jį išdėstau nauja redakcija (pridedama).

1.4. Pakeičiu 5 priedą ir jį išdėstau nauja redakcija (pridedama).

1.5. Papildau 12 priedu (pridedama).

2. N u s t a t a u, kad:

2.1. asmenims, kurie yra gavę pažymą apie teisę gauti dantų protezavimo paslaugas, kompensuojamas iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto, iki šio įsakymo įsigaliojimo, dantų protezavimo paslaugos turi būti baigtos teikti iki 2019 m. gruodžio 31 d.;

2.2. asmenys, kurie iki šio įsakymo įsigaliojimo pateikė prašymą įrašyti į asmenų, laukiančių dantų protezavimo, sąrašą, į šį sąrašą įrašomi vadovaujantis Dantų protezavimo paslaugų teikimo ir išlaidų kompensavimo iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto tvarkos aprašo nuostatomis, galiojusiomis iki šio įsakymo įsigaliojimo.

3. P r i p a ž i s t u netekusiu galios Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2016 m. liepos 13 d. įsakymo Nr. V-934 „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“ 2 punktą.

Laikinais einantis ūkio ministro pareigas
laikinais einantis sveikatos apsaugos ministro pareigas

Evaldas Gustas

(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 pervedtų 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.

(Asmens arba jo atstovo parašas)

(Asmens arba jo atstovo vardas, pavardė)

Dantų protezavimo paslaugų
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 (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 išrašymo datos turite kreiptis į vieną iš šios pažymos priede nurodytų asmens sveikatos priežiūros įstaigų, su kuria _____ teritorinė ligonių kasa (toliau – TLK) yra sudariusi sutartį

(TLK pavadinimas)

dėl 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 kompensavimo sutartis.

(TLK pavadinimas)

Pasirinkęs (-usi) vieną sveikatos priežiūros įstaigą, Jūs arba Jūsų atstovas su gydytoju odontologu turite suderinti dantų protezavimo paslaugų teikimo Jums arba Jūsų atstovaujama asmeniui 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 išrašymo datos Jūs būsite išbrauktas iš TLK sarašo ir prarasite teisę gauti dantų protezavimo paslaugas, kompensuojamas iš PSDF biudžeto.**

Informuojame, 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)

PRIDEDAMA. Asmens sveikatos priežiūros įstaigų, su kuriomis _____ TLK

(TLK pavadinimas)

yra sudariusi išlaidų kompensavimo sutartis, sąrašas.

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

(Asmenų, kuriems pradėtos teikti dantų protezavimo paslaugos, sąrašo forma)

_____ (Asmens sveikatos priežiūros įstaigos pavadinimas)

ASMENŲ, KURIEMS PRADĖTOS TEIKTI DANTŲ PROTEZAVIMO PASLAUGOS, SĄRAŠAS

_____ m. _____ mėn.

Registracijos Nr.	Asmens numeris sąrašė (nurodomas numeris, kurį asmeniui suteikė teritorinė ligonių kasa ir įrašė į pažymą apie teisę gauti dantų protezavimo išlaidas)	Asmens vardas, pavardė	Asmens kodas	Deklaruotos gyvenamosios vietos adresas	Kreipimosi dėl dantų protezavimo paslaugų suteikimo data
1	2	3	4	5	6

_____ (Pareigų pavadinimas)

_____ (Parašas)

_____ (Vardas ir pavardė)
