



## 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

2018 m. lapkričio 14 d. Nr. V-1288

Vilnius

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. Pakeičiu 6.2.2 papunktį ir jį išdėstau taip:

„6.2.2. kurių kramtymo sistema iš esmės susiformavo, kai protezuojama ilgalaikių konstrukcinių medžiagų dantų protezais.“

2. Pakeičiu 25 punktą ir jį išdėstau taip:

„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 arba 3.2 papunktyje nurodytus reikalavimus ir yra apdraustas privalomuoju sveikatos draudimu, išduoda jam nustatytos formos 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 šią pažymą priėmimo dienos išsiunčia ją asmeniui. TLK pažyma siunčiama asmens prašyme nurodytu adresu (gyvenamosios vietos arba elektroninio pašto), kuriuo asmuo pageidauja būti informuojamas. Neapdraustiems privalomuoju sveikatos draudimu asmenims TLK pažymos neišduodamos, o apie pažymos neišdavimo priežastis jie informuojami raštu per 10 darbo dienų nuo sprendimo neišduoti TLK pažymos priėmimo dienos.“

3. Pakeičiu 26 punktą ir jį išdėstau taip:

„26. TLK ne vėliau kaip per 30 dienų nuo vaiko įtraukimo į TLK sąrašą patikrina, ar jis yra apdraustas privalomuoju sveikatos draudimu, išduoda TLK pažymą ir išsiunčia ją vaiko atstovams. TLK pažyma siunčiama prašyme nurodytu adresu (gyvenamosios vietos arba elektroninio pašto), kuriuo vaiko atstovas pageidauja būti informuojamas. Neapdraustiems privalomuoju sveikatos draudimu vaikams TLK pažymos neišduodamos, o apie pažymos neišdavimo priežastis vaiko atstovai informuojami raštu per šiame punkte nurodytą terminą.“

4. Pakeičiu 30 punktą ir jį išdėstau taip:

„30. Išsiuntus TLK pažymą asmeniui jo prašyme nurodytu adresu, laikoma, kad jis yra tinkamai informuotas apie teisę gauti dantų protezavimo paslaugas, kompensuojamas iš PSDF biudžeto.“

5. Pakeičiu 40 punktą ir jį išdėstau taip:

„40. Apie išbraukimą iš TLK sąrašo asmenį TLK informuoja jo prašyme nurodytu adresu per 10 darbo dienų nuo jo išbraukimo iš TLK sąrašo dienos.“

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

7. Pakeičiu 3 priedą ir jį išdėstau nauja redakcija (pridedama).

8. Pakeičiu 4 priedą ir jį išdėstau nauja redakcija (pridedama).

9. Pakeičiu 5 priedą ir jį išdėstau nauja redakcija (pridedama).
10. Pakeičiu 7 priedą ir jį išdėstau nauja redakcija (pridedama).
11. Pakeičiu 8 priedą ir jį išdėstau nauja redakcija (pridedama).
12. Pakeičiu 11 priedą ir jį išdėstau nauja redakcija (pridedama).

Sveikatos apsaugos ministras

Aurelijus Veryga



Taip pat įsipareigoju raštu informuoti teritorinę ligonių kasą, jei pasikeistų adresas, kuriuo pageidauju gauti pranešimą apie įrašymą 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  
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 (gyvenamosios vietos arba elektroninio pašto), 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 į Sąrašą, pavadinimas	Pranešimo apie asmens įrašymą į Sąrašą išsiuntimo 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)

**(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 įrašyti į Asmenų, laukiančių dantų protezavimo, sąrašą nurodytas adresas – gyvenamosios vietos arba elektroninio pašto, 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 (toliau – Sąrašas).

**Jūsų eilės numeris Sąraše:**

(skaičius parašomas ir žodžiu)

Primename, kad, pateikdamas (-a) prašymą įrašyti Jus į Sąrašą, įsipareigojote:

1. lankytis pas gydytoją odontologą ir vykdyti jo 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 asmeniui po 3 mėnesių nuo Pažymos apie teisę gauti dantų protezavimo paslaugas, kompensuojamas iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo (toliau – PSDF) biudžeto, išdavimo dienos nesuderinus dantų protezavimo paslaugų teikimo laiko, masto ir kitų šių paslaugų teikimo sąlygų, jis išbraukiamas iš 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, kai Jums bus suteiktos dantų protezavimo paslaugos, turėsite atvykti į \_\_\_\_\_

(TLK pavadinimas)

arba pas TLK atstovą \_\_\_\_\_ savivaldybėje adresu \_\_\_\_\_  
(nurodomas TLK ar jos atstovo adresas)

ir užpildyti prašymą kompensuoti dantų protezavimo paslaugų išlaidas PSDF biudžeto lėšomis.

Kartu turėsite pateikti:

1. prašymą kompensuoti dantų protezavimo paslaugų išlaidas (Dantų protezavimo paslaugų išlaidų kompensavimo iš PSDF biudžeto tvarkos aprašo 7 priedas), kuriame turi būti nurodytas banko sąskaitos numeris;

2. 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);

3. 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 Sąraše (Jūsų eilės numeris nurodytas šiame pranešime).

Pastaba. Šį pranešimą **reikia saugoti**, kol gausite Pažymą apie teisę gauti dantų protezavimo paslaugas, kurių išlaidos kompensuojamos PSDF biudžeto lėšomis.

---

(TLK īgalioto asmens pareigos)

---

(Parāšas)

---

---

(Vardas ir pavardē)

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)

\_\_\_\_\_  
(Asmens prašyme įrašyti į Asmenų, laukiančių dantų protezavimo, sąrašą nurodytas adresas – gyvenamosios vietos arba elektroninio pašto, kuriuo jis 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 dantų protezavimo paslaugas, per tris mėnesius nuo pažymos išdavimo dienos turite kreiptis į vieną iš pažymos priede nurodytų asmens sveikatos priežiūros įstaigų, su kuria \_\_\_\_\_ TLK yra sudariusi sutartį dėl dantų protezavimo paslaugų išlaidų

(TLK pavadinimas)

kompensavimo apdraustiesiems privalomuoju sveikatos draudimu (toliau – išlaidų kompensavimo sutartys). Jūs galite kreiptis ir į kitas TLK aptarnaujamos zonos asmens sveikatos priežiūros įstaigas, su kuriomis \_\_\_\_\_ TLK

(TLK pavadinimas)

yra sudariusi išlaidų kompensavimo sutartis.

Pasirinkęs (-usi) vieną asmens 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 išdavimo dienos nesikreipia į pasirinktą dantų protezavimo paslaugas teikiančią įstaigą, turi per šį terminą pats (arba jo atstovas) kreiptis į \_\_\_\_\_ TLK dėl dantų protezavimo atidėjimo (ne ilgiau kaip 1 metams).

(TLK pavadinimas)

Jei to nepadarysite, **praėjus trijų mėnesių terminui nuo šios pažymos išrašymo dienos būsite išbrauktas iš TLK sudaryto laukiančiųjų dantų protezavimo paslaugų sąrašo ir prarasite teisę gauti šias PSDF biudžeto lėšomis kompensuojamas paslaugas.**

Informuojame, kad kompensacija už suteiktas dantų protezavimo paslaugas neviršys Dantų protezavimo paslaugų išlaidų kompensavimo iš PSDF 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  
7 priedas

**(Prašymo kompensuoti dantų protezavimo išlaidas forma)**

\_\_\_\_\_  
(Dokumento gavimo registracijos žyma)

\_\_\_\_\_  
(Vardas, pavardė)

\_\_\_\_\_  
(Asmens kodas, adresas – gyvenamosios vietos arba elektroninio pašto, kuriuo pageidaujama gauti pranešimą apie dantų protezavimo išlaidų kompensavimą, telefonas)

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

**PRAŠYMAS  
KOMPENSUOTI DANTŲ PROTEZAVIMO IŠLAIDAS**

20\_\_-\_\_-\_\_

Prašau kompensuoti dantų protezavimo paslaugų išlaidas.

Taip pat prašau laikyti negaliojančiu mano prašyme įrašyti į Asmenų, laukiančių dantų protezavimo, sąrašą pareikštą sutikimą, kad man priklausanti kompensacija už suteiktas dantų protezavimo paslaugas būtų pervesta į asmens sveikatos priežiūros įstaigos sąskaitą.

Paslaugas 20\_\_ m. \_\_\_\_\_ d. suteikė \_\_\_\_\_  
(asmens sveikatos priežiūros įstaigos pavadinimas)

Kompensaciją prašau pervesti (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 bus kompensuojamos tik faktinės dantų protezavimo paslaugų išlaidos, neviršijant nustatyto bazinio dydžio – \_\_\_\_\_ balų.  
(įrašoma suma, kuri bus kompensuota)

PRIDEDAMA:

1. Sąskaita faktūra, serija \_\_\_\_\_ Nr. \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ lapas (-ai).

2. \_\_\_\_\_  
(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 – gyvenamosios vietos arba elektroninio pašto, nurodytas asmens arba jo atstovo prašyme kompensuoti dantų protezavimo išlaidas)

KOPIJA  
(Irašoma, jeigu kompensacija  
pervedama į kito asmens sąskaitą)

\_\_\_\_\_  
(Asmens, į kurio banko sąskaitą pervedama kompensacija, vardas, pavardė)

\_\_\_\_\_  
(Adresas – gyvenamosios vietos arba elektroninio pašto, nurodytas asmens arba jo atstovo prašyme kompensuoti dantų protezavimo išlaidas)

**PRANEŠIMAS  
APIE DANTŲ PROTEZAVIMO PASLAUGŲ IŠLAIDŲ KOMPENSAVIMĄ**

\_\_\_\_\_  
Nr. \_\_\_\_\_  
(Registracijos data)

Pranešame, kad, vadovaujantis \_\_\_\_\_ TLK komisijos sprendimu,  
\_\_\_\_\_  
(TLK pavadinimas) (asmens vardas, pavardė)  
20 \_\_\_\_ m. \_\_\_\_\_ ketvirtį bus kompensuotos suteiktos dantų protezavimo paslaugos į Jūsų nurodytą banko  
sąskaitą  
(metų ketvirtis)  
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  
11 priedas

**(Prašymo sustabdyti dantų protezavimo paslaugų teikimą forma)**

\_\_\_\_\_  
(Asmens vardas, pavardė)

\_\_\_\_\_  
(Asmens prašyme kompensuoti dantų protezavimo paslaugų išlaidas nurodytas adresas – gyvenamosios vietos arba elektroninio pašto, kuriuo jis pageidauja gauti pranešimą)

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

**PRAŠYMAS SUSTABDYTI DANTŲ PROTEZAVIMO PASLAUGŲ TEIKIMĄ**

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

\_\_\_\_\_ gavau \_\_\_\_\_ TLK pranešimą apie galimybę gauti dantų protezavimo paslaugas,  
(data) (TLK pavadinimas)  
kompensuojamas Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis. Dėl \_\_\_\_\_  
(nurodyti priežastį)  
\_\_\_\_\_ negaliu pradėti / tęsti dantų protezavimo.

Prašau atidėti dantų protezavimą iki \_\_\_\_\_.  
(data)

\_\_\_\_\_  
(Parašas)

\_\_\_\_\_  
(Vardas, pavardė)