

Suvestinė redakcija nuo 2004-11-18 iki 2006-04-29

Įsakymas paskelbtas: Žin. 1998, Nr. [105-2927](#), i. k. 0982250ISAK00000687

LIETUVOS RESPUBLIKOS SVEIKATOS APSAUGOS MINISTRO

**Į S A K Y M A S
DĖL MEDICININĖS APSKAITOS DOKUMENTŲ FORMŲ TVIRTINIMO**

1998 m. lapkričio 26 d. Nr. 687
Vilnius

Siekdamas patenkinti sveikatos draudimo bei sveikatos statistikos reikmes, priimti racionalius sprendimus ir nedubliuoti informacijos,

ĮSAKAU:

1. Tvirtinti šias statistinės apskaitos dokumentų formas:
 - 1.1. f.066/a-LK „Išvykusio iš stacionaro asmens statistinė kortelė“ (toliau – f.066/a-LK). Saugojimo terminas – 5 metai. Formatas – A4 (pridedama);
 - 1.2. f.025/a-LK „Asmens ambulatorinio gydymo apskaitos kortelė“ (toliau – f.025/a-LK). Saugojimo terminas nustojus lankytis ligoniui – 5 metai. Formatas – A4 (pridedama);
 - 1.3. f.025-1/a-LK „Asmens ambulatorinio gydymo priėmimo skyriuje apskaitos kortelė“ (toliau – f. 025-1/a-LK). Saugojimo terminas – 5 metai. Formatas – A5.
2. Tvirtinti formų: 066/a-LK, 025/a-LK, 025-1/a-LK metodines rekomendacijas (pridedama).
3. Asmens sveikatos priežiūros įstaigoms, teikiančioms ambulatorines arba stacionarines paslaugas, šias formas pildyti nuo 1999 01 01.
4. Formas: 066/a „Išrašyto iš stacionaro asmens statistinė kortelė“, 025-2/a „Statistinis talonas patikslintai (galutinei) diagnozei registruoti“, patvirtintas Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos 1991 12 17 įsakymu Nr. 391, laikyti negaliojančiomis nuo šio įsakymo įsigaliojimo dienos.
5. Šio įsakymo vykdymo kontrolę pavedu viceministrei D. Jankauskienei.

SVEIKATOS APSAUGOS MINISTRAS

MINDAUGAS STANKEVIČIUS

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija ir Valstybinė ligonių kasa	Forma Nr. 066/a-LK Patvirtinta 1998 11 26 SAM įsakymu N r. 687
įstaigos pavadinimas, kodas, adresas, telefonas	

Išvykusio iš stacionaro asmens statistinė kortelė Nr. _____

I. 1. Asmens kodas |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| 2. Asmens socialinio draudimo Nr. |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

3. Dokumento pavadinimas _____ serija _____ Nr., _____

4. Vardas, pavardė _____ 5. Lytis: vyr. -1, mot. -2 6. Gimimo data |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

7. Adresas |_|_|_|_| _____ 8. Gyvena: mieste -1, kaime-2

II 1. Atvyko: su siuntimu -1; be siuntimo -2 2. Siunčiančioji įstaiga |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| _____

3. Siuntimo priežastis (pagal TLK-10) |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| 4. Būtinoji pagalba (+/-)|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

5. Hospitalizavimo data |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| val. |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

6. Atvyko į stacionarą skubos tvarka: ne -0; taip: per 6 val. nuo susirgimo -1; per 7-24 val. -2; po 24 val. -3

III. Ligonio hospitalizavimas ir perkėlimas į kitus skyrius							
Atvykimo data	Skyrius	Ligų gydymo profilio kodas	TLK-10 ligos kodas	Lovadienių skaičius	Gydytojo spaudas	Bazinės kainos %	Kaina. Lt
1	2	3	4	5	6	7	B

- IV. 1. Skyrius, iš kurio ligonis išvyko (perkeltas, mirė). _____ 2. Data |__|_|_|_|_| |__|_|_|_|_| val. |__|_|_|
3. Iš viso ligonis gydymo įstaigoje praleido |__|_|_|_| lovardienių 4. Ligos eiga: pagerėjo-1; nepakito -2; pablogėjo -3
5. Išrašytas -1; mirė -2; perkeltas į kitą stacionarą -3 _____
į kokią stacionarą perkeltas
6. Šiais metais dėl šios ligos hospitalizuotas pirmą kartą -1; kartotinai – 2 _____

- V. 1. Klinikinės diagnozės nustatymo data |__|_|_|_|_| |__|_|_|_|_|

2. Galutinė klinikinė diagnozė	TLK-10 kodas	Komplikacijos	Kitos ligos
3. Patologoanatominė diagnozė	TLK-10 kodas	Komplikacijos	Kitos ligos

4. Galutinės ir patologo anatominės diagnozės sutapimas: sutapo-1; iš dalies sutapo-2; nesutapo-3

VI. Chirurginės operacijos ir procedūros

Data, val.	Operacija, procedūra	Statist kodas	Paslaugos kodas	Skubi (+/-)	Gydytojo spaudas	Kaina. Lt.
1	2	3	4	5	6	7

VII. Gydytojo spaudas

Ligonių kasos mokama gydymo kaina _____

parašas Paciento mokama kaina _____ Atsakingas asmuo _____ parašas

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija ir Valstybinė ligonių kasa	Forma Nr. 025-1/1-LK Patvirtinta 1998 11 26 SAM įsakymu Nr. 687
įstaigos pavadinimas, kodas, adresas, telefonas	

Asmens ambulatorinio gydymo priėmimo skyriuje apskaitos kortelė Nr._____

- I. 1. Asmens kodas |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| 2. Asmens socialinio draudimo Nr. |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
3. Dokumento pavadinimas _____serija _____Nr. _____,
4. Vardas, pavardė _____
5. Lytis: vyr. -1, mot. -2 6. Gimimo data |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
7. Adresas |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| 8. Gyvena: mieste -1, kaime -2
- II. 1. Kreipimosi data |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| 2. Kreipiamasi: su siuntimu -1; be siuntimo -2
3. Siunčiančioji įstaiga |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| _____
4. Siuntimo priežastis _____
- kodas pagal TLK-10 |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

III 1. Apsilankymai

Apsilankymo data	Gydytojo spaudas	Suteiktos paslaugos kodas	Paslaugos. tipas		TLK-10 ligos kodas	Kam siunčiama (paslaugų kodai)	Kaina Lt.
1	2	3	4.1	4.2	5	6	7
			1 5 2 3 4	L B			
			1 5 2 3 4	L B			

			1 5 2 3 4	L B			
			1 5 2 3 4	L B			
			1 5 2 3 4	L B			

Ligonių kasos mokama gydymo kaina _____

Pastaba: 4 grafoje „paslaugos tipas“ apibraukti reikiamą skaičių ir reikiamas raides: 1, – apsilankymas pas pirminės sveikatos priežiūros specialistą; 2 pirmasis (ketvirtasis, septintasis ir t.t.) apsilankymas dėl šios priežasties pas specialistą konsultantą; 3 – antrasis (trečiasis, penktasis, šeštasis, aštuntasis, devintasis ir t.t.) apsilankymas dėl šios priežasties pas tos pačios srities specialistą konsultantą; 4 – dalinai apmokama konsultacija; 5 – mokamas apsilankymas (ligonis mokėjo pats arba kita įstaiga, ne ligonių kasa); L – apsilankymas dėl ligos; B – būtinoji pagalba.

IV. 1. Rezultatas: gydymas baigtas – 1; ligonis savavališkai pašalinamas – 4; siuntimas ambulatoriniam gydymui – 5; siuntimas į kitą įstaigą stacionariniame gydymui – 6; kita – 8

2. Gydytojo spaudas

Parašas

GYDYTOJŲ ĮRAŠAS:

Vardas, pavardė

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija ir Valstybinė ligonių kasa	Forma Nr. 025/a-LK Patvirtinta 1998 11 26 SAM įsakymu Nr. 687
įstaigos pavadinimas, kodas, adresas, telefonas	

Asmens ambulatorinio gydymo apskaitos kortelė Nr. _____

Asmens sveikatos istorijos Nr. _____

- I. 1. Asmens kodas |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| 2. Asmens socialinio draudimo Nr. |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
3. Dokumento pavadinimas _____serija _____Nr., _____
4. Vardas, pavardė _____ 5. Lytis: vyr. -1, mot. -2 6. Gimimo data |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
7. Adresas |_|_|_|_| _____ 8. Gyvena: mieste -1, kaime-2

II. 1. Kreipimosi data |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

III 1. Apsilankymai

Apsilankymo data	Siuntimas (+/-)	Gydytojo spaudas	Paslaugos. tipas		TLK-10 ligos kodas	Kam siunčiama (paslaugų kodai)	Kaina Lt.
1	2	3	4.1	4.2	5	6	7
			1 5 2 3 4	L B			
			1 5 2 3 4	L B			
			1 5 2 3 4	L B			
			1 5 2 3 4	L B			
			1 5 2 3 4	L B			

Ligonių kasos mokama gydymo kaina _____

Pastaba: 5 grafoje „paslaugos tipas“ apibraukti reikiamą skaičių ir reikiamas raides: 1 – apsilankymas pas pirminės sveikatos priežiūros specialistą; 2 – pirmasis (ketvirtasis, septintasis ir t. t.) apsilankymas dėl šios priežasties pas specialistą konsultantą; 3 – antrasis (trečiasis, penktasis, šeštasis, – aštuntasis, devintasis ir t. t.) apsilankymas dėl šios priežasties pas tos pačios srities specialistą konsultantą; 4 – dalinai apmokama konsultacija; 5 – mokamas apsilankymas (ligonis mokėjo pats arba kita įstaiga, ne ligonių kasa); L – apsilankymas dėl ligos; B – būtinoji pagalba; D – dėl šios ligos dispanserizuotas; N – vizitas į namus; Pr. – profilaktinis tikrinimas; M – priėmimas kitoje gydymo įstaigoje.

IV. Galutinēs patikslintos diagnozēs

[illegible]

V. 1. Rezultatas: gydymas baigtas – 1; gydymas tęsiamas – 2; ilgalaikis stebėjimas tęsiamas – 3; ligonis neatvyko – 4; siuntimas į kitą įstaigą ambulatoriniam gydymui – 5; siuntimas stacionariniam gydymui – 6; siuntimas sanatoriniam gydymui – 7; kita B

2. Formos pildymo pabaigos data |__|__|__|__| |__|__|__|__|

VI. Gydytojo spaudas

parašas

FORMOS NR. 066/A-LK „IŠVYKUSIO IŠ STACIONARO ASMENS STATISTINĖ KORTELĖ“ PILDYMAS

Metodinės rekomendacijos

Naujasis formos Nr. 066/a variantas – tai integruota kortelė, apimanti statistinę ir ekonominę informaciją, būtiną ir statistinei analizei bei ataskaitoms, ir gydymo kainai apskaičiuoti, ir ligonių kasų ataskaitoms sudaryti. Naujoji integruota forma Nr. 066/a-LK (toliau – forma) sukurta tam, kad nesidubliuotų informacija ir būtų patenkinti sveikatos statistikos bei sveikatos draudimo poreikiai. „Išvykusio iš stacionaro asmens kortelė“ pildoma kiekvienam ligoniui, kuriam buvo suteikta stacionarinio gydymo paslaugų. Kortelės paso duomenys, siuntimo bei hospitalizavimo informacija pildomi priėmimo skyriuje. Kitus duomenis įrašo bei patikslina gydantysis gydytojas, kai ligonis gydomas stacionare, o kortelę baigia pildyti ir pasirašo gydytojas, išleidžiantis ligonį iš stacionaro.

Formos Nr. 066/a-LK pildymas

Kiekvienas stacionare gydytas ligonis privalo turėti nesikartojančiu numeriu pažymėtą ligos istoriją. Šis numeris turi būti įrašytas visuose šio ligonio dokumentuose, formose, registravimo žurnaluose, taip pat ir „Išvykusio iš stacionaro asmens statistinėje kortelėje“. Papildomai gali būti įrašomas skyriaus registracijos numeris.

Duomenys, kurių ligonis nepateikia, į formą neįrašomi. Pavyzdžiui, jei siuntimo formoje nėra siuntimo diagnozės kodo, jis ir neįrašomas.

Kol kas dar stinga daugelio klasifikatorių (pvz., gydymo įstaigų, gyvenamosios vietos, operacijų ir procedūrų, kt.), kurie turėtų padėti tiksliai pildyti šią formą, todėl įstaigos gali naudoti savo sukurtus klasifikatorius arba visai nekoduoti tos informacijos, kurios koduoti nebūtina, ypač jei forma tvarkoma rankiniu būdu. Dabar įteisinti ir privalomi yra Tarptautinis ligų bei sveikatos problemų (TLK-10) ir Ligų gydymo profilių klasifikatoriai (pastarasis patvirtintas LR SAM 1997 07 15 įsakymu Nr. 339).

I dalis. Paso duomenys

I ir II dalys pildomos priėmimo skyriuje ligonį hospitalizuojant, remiantis jo pateikta informacija ir dokumentais. Jei reikia, informaciją turi patikslinti stacionare ligonį gydantis gydytojas.

1. *Asmens kodas.* Nurodomas iš dokumentų, patvirtinančių asmens tapatumą. Asmens kodas yra įrašytas piliečio pase ir socialinio arba sveikatos draudimo pažymėjime. Kol kas dalis gyventojų, tarp jų vaikai, asmens kodų neturi.

2. *Asmens socialinio draudimo numeris.* Nurodomas numeris, įrašytas socialinio arba sveikatos draudimo pažymėjime, jei ligonis jį pateikė.

3. *Dokumento pavadinimas, serija, numeris.* Pildoma tik asmenims, neturintiems asmens kodo: vaikams – gimimo liudijimas, jo serija ir numeris; kitiems asmenims – pasas (nurodant šalį), jo serija ir numeris.

4. *Vardas, pavardė.* Įrašomi pagal pateiktus dokumentus.

5. *Lytis: vyriška-1; moteriška-2.* Pabraukiama.

6. *Gimimo data.* Nurodoma pagal dokumentus.

Jei įrašytas asmens kodas, 5 ir 6 punktai nepildomi.

7. *Adresas.* Gyvenamoji vieta įrašoma ta, kurią nurodo ligonis ar jo artimieji (vad. deklaruojama gyvenamoji vieta), o ne ta, kuri yra gyvenamosios vietos registracijos įrašė.

8. *Gyvena: mieste – 1; kaime – 2.* Tai nurodoma remiantis miestų ir miesto tipo gyvenviečių sąrašu, kurį tvirtina Statistikos departamentas prie Lietuvos Respublikos Vyriausybės.

II dalis. Duomenys apie ligonio hospitalizavimą

1. *Atvyko: su siuntimu – 1; be siuntimo – 2.* Nurodoma, kas reikia. Ligonis, atvežtas greitosios medicinos pagalbos, laikomas atvykusi be siuntimo.

2. *Siunčiančioji įstaiga.* Nurodoma siuntimo dokumentuose įrašyti teritorinės ligonių kasos kodas, įstaigos rejestro kodas ir pavadinimas. Taip pat nurodoma, jei ligonis atvyko be siuntimo (pats, pakeleivinga mašina ir kt.) ar buvo atgabentas greitosios medicinos pagalbos tarnybos.

3. *Siuntimo priežastis.* Nuo siuntimo dokumentų nurašomas ligonio hospitalizavimo priežasties (simptomo, ligos) kodas pagal TLK-10.

4. *Būtinoji pagalba (+/-).* Būtinoji pagalba žymima „+“ ženklu. Būtiniosios medicinos pagalbos paslaugų sąrašas yra patvirtintas LR SAM 1997 06 30 įsakymo Nr. 359 2 priedu.

5. *Hospitalizavimo data.* Nurodomi metai, mėnuo, diena. Valanda ir minutės nurodomos ligoniams, hospitalizuotiems skubos tvarka.

6. *Atvyko į stacionarą skubos tvarka: ne – 0; taip: per 6 val. nuo susirgimo – 1; per 7-24 val. – 2; po 24 val. – 3.* Nurodoma, ar pacientas atvyko į stacionarą skubos tvarka ir per kiek laiko nuo susirgimo pradžios. Skubos tvarka hospitalizuojami tie ligoniai, kurių nehospitalizavus jų sveikatai grėstų pavojus.

III dalis. Ligonio hospitalizavimas ir perkėlimas į kitus skyrius

Tai svarbiausia ekonominė dalis, skirta gydymo kainai įvertinti ir parengti ataskaitą ligonių kasai. Kiekvienam ligonio gydymui skyriuje pildoma viena eilutė, t. y. šioje lentelėje turi atsispindėti visi ligonio kėlimai į skyrius ar profilius (tam pačiam skyriui gali būti skirtingi ligų gydymo profiliai).

1 *grafa* – nurodoma atvykimo į skyrių data.

2 *grafa* – nurodomas skyriaus pavadinimas.

3 *grafa* – nurodomas ligų gydymo profilio kodas, remiantis SAM įsakymais ir kitais norminiais dokumentais.

4 *grafa* – nurodoma priežasties (simptomo, ligos), dėl kurios ligonis buvo gydomas šiame skyriuje, TLK-10 kodas.

5 *grafa* – nurodoma, kiek lovadienių ligonis praleido šiame skyriuje. Lovadienių skaičius skaičiuojamas iš išvykimo (perkėlimo) datos atėmus atvykimo (atkėlimo) datą. Atvykimo ir išvykimo dienos skaičiuojamos kaip viena, t. y. jei ligonis tą pačią dieną atvyko ir išvyko iš skyriaus, tai laikoma vienu lovadieniu. Tad lovadienių suma III lentelėje gali viršyti bendrąjį stacionare praleistų lovadienių skaičių, įrašytą IV dalies 3 punkte.

6 *grafa* – gydančiojo (arba ligonį išrašiusio ar perkėlusio) gydytojo pavardė ir kodas arba gydytojo spaudas.

7 *grafa* – bazinės kainos procentas įrašomas pagal Valstybinės ligonių kasos nustatytą metodiką. Tiems ligų gydymo profiliams, už kuriuos mokama pagal faktinį lovadienių skaičių (pvz., slaugos, sustiprinto režimo psichiatrijos profiliai), šioje grafoje nurodomas mokamų lovadienių skaičius. Procentus (arba lovadienius) įrašo ligoninės administracijos įsakymu paskirtas asmuo – vyr. gydytojo pavaduotojas arba skyriaus vedėjas.

Jei ligonis pagal tą profilį buvo gydomas kelis kartus, procentai rašomi tik paskutinėje šį profilį atitinkančioje eilutėje.

Esant sudėtingiems ir daugkartiniams ligonio gydymams pagal skirtingus profilius, procentų rašymo tvarka turi būti nustatyta įstaigos viduje vadovo įsakymu. Rekomenduojama sudaryti specialią grupę (administratorius, ekonomistas, statistikas, skyrių vedėjai), kuri spręs apie procentų įrašymą užbaigus ligonio gydymą šioje įstaigoje.

8 *grafa* – gydymo kaina (įrašo ekonomistas).

Lentelės paskutinėje eilutėje nurodomi su vaiku gulėjusios motinos praleistų lovadienių skaičius ir kaina (jei mokama iš privalomojo sveikatos draudimo fondo).

IV dalis. Duomenys apie ligonio išvykimą iš stacionaro

1. *Skyrius, iš kurio ligonis išvyko.* Nurodomas skyrius, iš kurio ligonis buvo išrašytas, perkeltas į kitą stacionarą arba mirė.
2. *Data.* Nurodomi ligonio išrašymo (perkėlimo, mirties) metai, mėnuo, diena. Valanda ir minutės nurodomos mirusiems ligoniams ir ligoniams, iškeltiems į kitus stacionarus.
3. *Iš viso ligonis gydymo įstaigoje praleido... lovadienių.* Nurodoma gydymosi stacionare trukmė (kaip skaičiuoti lovadienius, nurodyta šių rekomendacijų III dalies skirsnyje „5 grafa“).
4. *Ligos eiga.* Pabraukiama.
5. *Išrašytas, mirė, perkeltas į kitą stacionarą.* Pabraukiama. Jei ligonis perkeliamas į kitą stacionarą, nurodoma, į kokį.
6. *Šiais metais dėl šios ligos hospitalizuotas pirmą kartą – 1; kartotinai – 2.* Pabraukiama.

V dalis. Diagnozės

- 1 *punktas.* Nurodoma, kada pirmą kartą nustatyta klinikinė diagnozė.
- Šioje lentelėje trumpai suformuluojama pagrindinė diagnozė, komplikacijos ir kitos ligos, turėjusios įtakos pagrindinės ligos gydymui.
- 2 *punktas.* Įrašoma galutinė diagnozė ir TLK-10 kodas ligos, kuri buvo svarbiausia ir pagrindinė. Dažniausiai ta diagnozė sutampa su šios formos paskutiniojo skyriaus diagnoze; kartais ligonis gali būti perkeltas į kitą skyrių kitai ligai gydyti. Papildomai nurodoma traumos priežastis pagal TLK-10. Šią grafą pildo ligonį iš stacionaro išrašantis gydytojas.
- 3 *punktas.* Patologoanatominę diagnozę įrašo skrodimą atliekantis patologoanatomas.
- 4 *punktas.* Galutinės ir patologoanatominės diagnozės sutapimas. Pabraukiama. Pildo patologoanatomas.

VI dalis. Chirurginės operacijos ir procedūros

Šioje lentelėje kol kas turi būti nurodomos visos operacijos, tačiau tik tos procedūros ar tyrimai, už kuriuos papildomai moka privalomojo sveikatos draudimo fondas.

- 1 *grafa* – nurodomos operacijos, procedūros ar brangaus tyrimo, už kuriuos moka ligonių kasa, data ir valanda.
- 2 *grafa* – nurodomas operacijos, procedūros ar brangaus tyrimo, už kuriuos moka ligonių kasa, pavadinimas.
- 3 *grafa* – įrašomas įstaigoje naudojamo klasifikatoriaus statistinis operacijos kodas (tol, kol bus sudarytas vieningas operacijų klasifikatorius). Šis kodas naudojamas sudarant metines statistines ataskaitas. Tyrimai ir procedūros, neprilyginamos operacijoms, nekoduojami ir į statistines ataskaitas neįtraukiami.
- 4 *grafa* – jei už operaciją, procedūrą ar brangų tyrimą papildomai moka ligonių kasa, įrašomas paslaugos kodas. Pagal šiuos kodus sudaromos ataskaitos ligonių kasai.
- 5 *grafa* – nurodoma, ar operacija skubi (+/-).
- 6 *grafa* – įrašomi operavusio chirurgo pavardė ir kodas arba dedamas gydytojo spaudas. Jei operaciją atliko kviestinis konsultantas iš kitos įstaigos, grafoje nurodomas šios ligoninės gydytojas, atsakingas už šią operaciją.
- 7 *grafa* – nurodoma operacijos, procedūros ar brangaus tyrimo kaina, jei už juos papildomai mokama iš privalomojo sveikatos draudimo fondo. Šį punktą pildo ekonomistas.

VII dalis

Gydytojo spaudas. Nurodomi ligonį iš stacionaro išleidusio gydytojo pavardė, kodas arba dedamas gydytojo spaudas. Šis gydytojas turi patikrinti, ar visi kortelės punktai (įskaitant I dalį)

taisyklingai užpildyti, ir pasirašyti. Į statistikos skyrių kortelė atiduodama neužpildžius tik tų grafų (kainų), kurias turi užpildyti ekonomistas.

Ligonių kasos mokama gydymo kaina. Nurodoma bendroji gydymo kaina (kurią sumoka ligonių kasa).

Paciento mokama kaina. Nurodoma suma, kurią sumokėjo pats pacientas.

Atsakingas asmuo. Pasirašo asmuo, atsakingas už formos medicininės (įskaitant mokėjimo procentus) dalies pildymą (skyriaus vedėjas ar kitas tam paskirtas asmuo).

Formų Nr. 066/a-LK apskaita

Forma yra priskiriama mėnesiui, kurį ji buvo baigta pildyti, nepriklausomai nuo to, kiek laiko ligonis gulėjo stacionare ir pagal kelis profilius buvo gydytas. Tiek statistinės, tiek ir ekonominės ataskaitos skaičiuojamos ligoniui išvykus iš stacionaro. Motinų, slaugančių vaikus, lovardieniai taip pat pateikiami iš formos Nr. 066/a-LK ligoniui išvykus iš stacionaro.

Įsimtis. Slaugos ir psichiatrijos (sustiprinto režimo) profiliams, kur ligoniai guli ilgai, siekiant išvengti smarkaus apmokėjimų vėlavimo, kiekvieno kalendorinio mėnesio pabaigoje užpildoma forma Nr. 066/a-LK: paso duomenų dalis, atvykimo dalis ir III lentelės viena eilutė apie to kalendorinio mėnesio lovardinių skaičių ir kainą. Tokios formos pateikiamos ligonių kasų apmokėjimui. Ligonius išvykus iš stacionaro, paskutinė forma Nr. 066/a-LK užpildoma pilnai ir visos formos Nr. 066/a-LK susegamos. Taip ligoninė gali gauti mokestį kiekvieną mėnesį, o ne ligoniui išvykus iš stacionaro.

Statistinės ataskaitos skaičiuojamos tik išrašytiems iš stacionaro ligoniams.

Informacija, pateikiama formoje Nr. 066/a-LK, yra minimali ir privaloma. Įstaiga gali šią informaciją papildyti.

FORMOS NR. 025/A-LK „ASMENS AMBULATORINIO GYDYMO APSKAITOS KORTELĖ“ PILDYMAS

Metodinės rekomendacijos

Ši forma – tai nauja integruota kortelė, apimanti statistinę bei ekonominę informaciją, būtiną ir statistinei analizei bei ataskaitoms, ir gydymo kainai apskaičiuoti, ir ligonių kasų ataskaitoms sudaryti. Nauja integruota forma sukurta tam, kad informacija nesidubliuotų ir būtų patenkinti sveikatos statistikos bei sveikatos draudimo poreikiai. Jos pagrindą sudaro forma Nr. 039/a „Gydytojo darbo apskaitos žiniaraštis“ ir forma Nr. 025-2/a „Statistinis talonas galutinei (patikslintai) diagnozei registruoti“.

Bendrieji principai

„Asmens ambulatorinio gydymo apskaitos kortelė“, forma Nr. 025/a-LK (toliau – forma), būtina darbui asmens sveikatos priežiūros įstaigose organizuoti. Remiantis šia forma, galima tiksliai apskaičiuoti kiekvieno gydytojo dienos ar mėnesio darbo krūvį, mokėti už darbą įstaigoje bei racionaliau paskirstyti sveikatos priežiūros įstaigos darbuotojų resursus.

Forma pildoma visose asmens sveikatos priežiūros įstaigose, kuriose teikiamos ambulatorinės paslaugos. Ambulatorinio gydymo ar tyrimo epizodas (toliau – epizodas) yra ligonio lankymasis ambulatorinėje gydymo įstaigoje pas gydytoją (gydytojus) dėl konkrečios priežasties (priežasčių). **Forma pildoma kiekvienam naujam ambulatorinio tyrimo ar gydymo epizodui. Jei epizodas nesibaigia per 30 dienų, pildoma nauja forma, o sena pabaigiama.** Forma, turinti unikalų numerį, pradedama prasidėjus epizodui arba praėjus 30 dienų nuo senos formos užpildymo, pabaigiama – pasibaigus epizodui arba po 30 dienų nuo jos užpildymo.

Epizodo pradžia ir pabaiga

1. Epizodo pradžia – pirmasis apsilankymas pas gydytoją dėl konkrečios priežasties.

2. Epizodo pabaiga:

2.1. apsilankymas, po kurio nėra vienas gydytojas nebeskiria kito apsilankymo (gydymo ar tyrimo epizodas baigtas), ligonis atsisako toliau gydytis ar lankytis pas tos gydymo įstaigos gydytojus, ligonis neatvyksta dėl nežinomų priežasčių arba ligoniui mirus;

2.2. ligonio siuntimas į kitą gydymo įstaigą ambulatoriniam, stacionariniam ar reabilitaciniam, sveikatą grąžinančiam bei antirecidyviniam gydymui.

3. Jeigu epizodas trunka ilgiau kaip mėnesį nuo pirmojo apsilankymo dienos, kas mėnesį baigiama pildyti viena forma ir tą pačią dieną pradedama pildyti kita. Jei ligonis neatvyksta, naujoji forma baigiama pildyti po mėnesio pažymint „ligonis neatvyko“; joje gali būti neužregistruota nė vieno apsilankymo.

Epizodo pradžia ir pabaiga nebūtinai sutampa su formos pildymo pradžia ir pabaiga.

Forma pildoma pirminio, antrinio ar tretinio lygio ambulatorines paslaugas teikiančiose asmens sveikatos priežiūros įstaigose, išskyrus greitosios medicinos pagalbos įstaigas. Forma pildoma visuose dieniniuose stacionaruose. Stacionarų priėmimo skyriuose (kambariuose) nehospitalizuotiems ligoniams pildoma forma Nr. 025-1/a-LK „Asmens ambulatorinio gydymo priėmimo skyriuje apskaitos kortelė“. Priėmimo kambariuose esantys konsultacijų kabinetai, kuriuose II lygio specialistai konsultuoja PSPC ligonius, pildo tokią pat dokumentaciją kaip ir poliklinikos. Forma yra gydymo įstaigos dokumentas ir iš įstaigos ją išnešti griežtai draudžiama. Pradėta pildyti forma įdedama į „Asmens sveikatos istoriją (ambulatorinę kortelę)“, f. Nr. 025/a ir laikoma iki epizodo pabaigos arba naujos formos pildymo. Baigta pildyti forma perduodama įstaigos statistikos skyriui, kuriame yra laikoma. Šis skyrius atlieka ir pateikia suvestines ataskaitas įstaigos administracijai, ekonomikos skyriui ir kt., daro metines statistines ataskaitas.

Skyriaus pakeitimai:

Nr. [V-79](#), 2004-02-20, Žin., 2004, Nr. 32-1030 (2004-02-28), i. k. 1042250ISAK0000V-79

Formos pildymas

Forma pradedama pildyti registruojant ligonį pas gydytoją, jei jos nėra ambulatorinėje kortelėje. Pradedama pildyti forma įregistruojama registratūros žurnale. Kiekvienai formai suteikiamas naujas, nesikartojantis numeris, o jų registravimo žurnalas reikalingas formų grąžinimo į statistikos skyrių kontrolei. Užpildytos formos grąžinamos į statistikos skyrių arba į registratūrą; juose į žurnalą įrašoma grąžinimo data. Kiekvieną dieną statistikė arba registratorė pagal žurnalą patikrina, kurios prieš vieną mėnesį pradėtos pildyti formos negrąžintos, suranda atitinkamas ambulatorines korteles ir išima iš jų formas (jei jos ten yra). Jei ambulatorinėje kortelėje esanti forma nebaigta pildyti, tai reikia baigti ir, jei epizodas dar tęsiasi, pradėti pildyti naują formą. Jei formos ambulatorinėje kortelėje nėra (pamesta), pagal ambulatorinės kortelės įrašus turi būti atkurta formoje buvusi informacija, kad būtų sumokėta už pacientui suteiktas paslaugas. Formas baigia pildyti arba atkuria pamestąsias gydytojas, paskutinis bendravęs su ligoniu ar paskyręs kitą apsilankymą, arba pagrindinis ligonį gydęs gydytojas (dažniausiai – pirminės sveikatos priežiūros gydytojas arba ligonį dispanserizavęs specialistas).

Formos Nr. 025/a-LK „Asmens ambulatorinio gydymo apskaitos kortelė“ registravimo žurnalo pavyzdys:

Eil. Nr.	Ligonio vardas, pavardė	Ambulatorinės kortelės numeris (adresas)	Gydytojas	Formos pildymo pradžios data	Formos grąžinimo data
----------	-------------------------	--	-----------	------------------------------	-----------------------

Žurnalo pildymas

1 *grafa* – formos eilės numeris.

2 *grafa* – ligonio vardas ir pavardė.

3 *grafa* – ambulatorinės kortelės numeris, adresas arba kita informacija, padedanti identifikuoti ambulatorinę kortelę ir greitai ją rasti registratūroje.

4 *grafa* – gydytojo, pas kurį registruojamas ligonis, vardas, pavardė, apylinkės numeris arba kita informacija, padedanti identifikuoti ambulatorinę kortelę.

5 *grafa* – formos pildymo pradžios data.

6 *grafa* – formos grąžinimo data.

Įstaigos gali pasirinkti ir kitokią joms patogesnę registravimo žurnalo formą, turinį bei pildymo tvarką. Galima pildyti kelis formų registravimo žurnalus (pagal apylinkes ir kt.).

Formos I bei II dalys pradedamos pildyti gydymo įstaigos registratūroje.

I dalis. Paso duomenys

Formoje įrašomas jos numeris, sutampantis su numeriu registracijos žurnale, ir asmens sveikatos istorijos (ambulatorinės kortelės) numeris.

1. *Asmens kodas*. Nurodomas iš dokumentų, patvirtinančių asmens tapatumą. Asmens kodas yra įrašytas piliečio pase ir socialinio arba sveikatos draudimo pažymėjime. Kol kas dalis gyventojų, tarp jų vaikai, asmens kodų neturi.

2. *Asmens socialinio draudimo numeris*. Nurodomas numeris, įrašytas socialinio arba sveikatos draudimo pažymėjime (jei ligonis juos pateikė).

3. *Dokumento pavadinimas, serija, numeris*. Pildoma tik asmenims, neturintiems asmens kodo: vaikams – gimimo liudijimas, jo serija ir numeris; kitiems asmenims – pasas (nurodant šalį), jo serija ir numeris.

4. *Vardas, pavardė*. Įrašoma pagal pateiktus dokumentus.

5. *Lytis*: vyriška – 1; moteriška – 2. Pabraukiama.

6. *Gimimo data.* Nurodoma iš dokumentų.

Jei įrašytas asmens kodas, 5 ir 6 punktai nepildomi.

7. *Adresas.* Gyvenamoji vieta įrašoma ta, kurią nurodo ligonis ar jo artimieji (vad. deklaruojama gyvenamoji vieta), o ne pagal gyvenamosios vietos registracijos įrašą.

8. *Gyvena: mieste – 1; kaime – 2.* Nurodoma remiantis miestų ir miesto tipo gyvenviečių sąrašu, kurį tvirtina Statistikos departamentas prie Lietuvos Respublikos Vyriausybės.

II dalis. Duomenys apie ligonio atvykimą

1. *Kreipimosi data.* Nurodomi metai, mėnuo, diena.

III dalis. Apsilankymai

1. *Apsilankymai.*

1 *grafa* – nurodoma apsilankymo data.

2 *grafa* – jei ligonis atvyko su siuntimu, rašomas „+“; jei be siuntimo „-“. Skyrimas pakartotinai atvykti irgi laikomas atvykimu su siuntimu. I lygio specialistai šios grafos nepildo.

3 *grafa* – įrašomi gydytojo pavardė ir kodas (arba gydytojo spaudas).

4 *grafa* – nurodomas suteiktos paslaugos (ją suteikusio specialisto) kodas remiantis SAM įsakymais ir kitais norminiais dokumentais.

5 *grafa* – nurodomas paslaugos tipas.

5.1. Apibraukiamas vienas reikiamas skaitmuo:

„1“ – apsilankymas pas pirminės sveikatos priežiūros specialistą;

„2“ – pirmasis (ketvirtasis, septintasis ir t. t.) apsilankymas dėl šios priežasties pas specialistą konsultantą (konsultacija);

„3“ – antrasis (trečiasis, penktasis, šeštasis, aštuntasis, devintasis ir t. t.) apsilankymas dėl šios priežasties pas tos pačios srities specialistą konsultantą;

„4“ – dalinai apmokama konsultacija;

„5“ – mokamas apsilankymas (mokėjo pats ligonis arba kita organizacija, ne ligonių kasa).

5.2. Apibraukiamos kelios reikiamos raidės:

„L“ – apsilankymas dėl ligos (kai ligonis skundžiasi sveikata, nors liga ir nenustatoma);

„B“ – būtinoji pagalba pagal SAM įsakymus ir kitus norminius dokumentus;

„D“ – ligonis dėl šios ligos dispanserizuotas pas šį specialistą;

„N“ – vizitas į namus;

„Pr“ – profilaktinis tikrinimas;

„M“ – priėmimas kitoje gydymo įstaigoje (pvz., medicinos punkte). Taikoma tik I lygio specialistams.

Vienu metu negali būti apibrauktos raidės „L“ ir „Pr“. Vienu metu gali būti apibrauktos „D“ ir „Pr“, jei ligonis atvyko dispanseriniam patikrinimui, bet nusiskundimų neturi. Negali būti apibraukta „B“ be „L“. Specialistai, išvardyti SAM 1998 06 18 įsakymo Nr. 329 3 priedo 3.12 punkte, 5.2 grafos nepildo.

6 *grafa* – nurodomas apsilankymo priežasties (simptomo, ligos) kodas pagal TLK-10. Jei lankymosi priežastys yra kelios, nurodoma svarbiausioji. Specialistai, neradę savo profilį atitinkančios ligos, diagnozės kodo nerašo ir deda brūkšnį. Specialistai, išvardyti SAM 1998 06 18 įsakymo Nr. 329 3 priedo 3.12 punkte, šios grafos nepildo. Jei paskutinio epizodo apsilankymo metu ligonis yra sveikas, nurodoma ta liga, dėl kurios ligonis lankėsi šio epizodo metu, o 5.2 grafoje žymima raidė „L“.

7 *grafa* – nurodomas vienas ar keli kodai specialistų (paslaugų), pas kuriuos ligonis siunčiamas konsultuoti toje ar kitoje įstaigoje; gydytojas gali nurodyti siuntimą sau. Gražinant ligonį siuntusiam gydytojui, ši grafa nepildoma. Specialistai, išvardyti SAM 1998 06 18 įsakymo Nr. 329 3 priedo 3.12 punkte, šios grafos nepildo, nebent siunčia ligonį patys sau pakartotiniam tyrimui.

8 *grafa* – kainą įrašo ekonomistas (arba kitas paskirtas asmuo) pagal patvirtintą metodiką ir įkainius.

III dalyje žymimi visi apsilankymai pas gydytojus. Jeigu ligonis pas tos pačios srities gydytojus tą pačią dieną lankosi keletą kartų, įrašomas tik vienas apsilankymas.

Po lentelės ekonomistas ar kitas tam paskirtas asmuo įrašo ligonių kasos mokamą gydymo kainą.

Specialistai, išvardyti SAM 1998 06 18 įsakymo Nr. 329 3 priedo 3.12 punkte, III dalį pildo taip:

1. Rentgenologai kiekvieno apsilankymo metu pildo tiek eilučių, kiek tyrimų (nuotraukų) atlieka to apsilankymo metu. Mokama už kas ketvirtą tyrimą, atliktą dėl tos pačios priežasties (t. y. 5.1 punkte apibraukiamas skaitmuo „2“ pirmajam, ketvirtajam, septintajam ir t. t. tyrimui; kitiems tyrimams apibraukiamas skaitmuo „3“).

2. Endoskopuotojai ir echoskopuotojai pildo tiek eilučių, kiek skirtingų tyrimų atlieka to paties apsilankymo metu. Mokama už kas ketvirtą tyrimą, atliktą dėl tos pačios priežasties.

3. Klinikiniai fiziologai pildo tiek eilučių, kiek skirtingų tyrimų atlieka to paties apsilankymo metu. Mokama už kas ketvirtą tyrimą, atliktą dėl tos pačios priežasties.

4. Fizinės medicinos ir reabilitacijos gydytojai pildo tiek eilučių, kiek skirtingų rūšių procedūrų atlieka to paties apsilankymo metu (už gydymo kurso metu atliktas apžiūras nemokama, bet jos į šią formą įrašomos). Mokama už kiekvieną skirtingą procedūrą (t. y. 5.1 punkte apibraukiamas skaitmuo „2“).

5. Anesteziologai pildo tiek eilučių, kiek kartų atlieka bendrąją narkozę. Mokama už kiekvieną narkozę (t. y. 5.1 punkte apibraukiamas skaitmuo „2“).

Brangūs tyrimai, procedūros ir kitos papildomai mokamos paslaugos, kurias teikia ambulatorinė grandis, taip pat įrašomi III dalies 1 lentelėje atskira eilute nurodant atitinkamą paslaugos kodą. Mokama už kiekvieną tyrimą, procedūrą ar kitą papildomą paslaugą (t. y. 5.1 punkte apibraukiamas skaitmuo „2“).

IV dalis. Galutinės patikslintos diagnozės

Ši lentelė pildoma visoms galutinėms (patikslintoms) diagnozėms.

1 *grafa* – nurodoma galutinės diagnozės nustatymo data.

2 *grafa* – nurodomas galutinės diagnozės pavadinimas.

3 *grafa* – nurodomas diagnozės kodas pagal TLK-10.

4 *grafa* – jei yra trauma, nurodoma jos priežastis pagal pateikiamą trumpą sąrašą.

1. Transporto įvykis.

2. Trauma, siejama su darbu (trauma darbo vietoje).

3. Trauma viešojoje vietoje (gatvėje, viešose įstaigose ir pan.).

4. Trauma buityje.

5. Trauma organizuojuose sporto renginiuose (išskyrus mokymo įstaigose).

6. Trauma ugdymo ir mokymo įstaigoje.

7. Tyčinis susižalojimas.

8. Pasikėsinimas.

9. Kitos ir nepatikslintos traumos.

Traumos priežastis nurodoma tik pirmą kartą registruojamoms traumoms (t. y. žymimoms su „+“ ženklu) ir nenurodoma liekamiesiems reiškiniams po traumų.

5 *grafa* – visos ūminės ir pirmą kartą gyvenime nustatytos lėtinės ligos žymimos „+“, lėtinės pirmą kartą šiais metais nustatytos ligos, diagnozuotos anksčiau – „-“. Visos kitos ligos, pakartotinai diagnozuojamos šiais metais, žymimos „0“.

Vieno epizodo metu gali būti nustatyta keletas patikslintų diagnozių. Galutinė diagnozė gali būti – „sveikas“, jei ligonį tiriant ar tikrinant profilaktiškai nėra vienas specialistas jokios ligos nenustato (tokiu atveju reikia nurodyti TLK-10 kodą Z00). Jei nėra aiškios patikslintos diagnozės,

įrašoma nepatikslinkta, neaiški diagnozė su „0“. Ūmines ligas ir traumas įrašo gydytojas, patikslinęs (galutinai patvirtinęs) diagnozę. Lėtines ligas, dėl kurių ligonis dispanserizuojamas, įrašo specialistas, stebintis ligonį. Kitas ligas įrašo ligonį gydantis gydytojas. Konsultacinės poliklinikos (skyriai) šioje lentelėje diagnozes žymi „0“, išskyrus dispanserizuotus arba nuolat šiose įstaigose besigydančius ligonius.

Pildant IV lentelę reikia atsižvelgti į patikslintų diagnozių lapą „Asmens sveikatos istorijoje (ambulatorinėje kortelėje)“.

V dalis. Rezultatas

Pildoma pasibaigus epizodui arba baigiant pildyti formą.

1. Rezultatas (nurodomas vienas iš skaičių):

1) gydymas baigtas – nurodoma pasibaigus gydymui (ūmioms ligoms ar lėtinių ligų paūmėjimams, jei ligonis nedispanserizuotas) ar pasibaigus ilgalaikiam stebėjimui;

2) gydymas tęsiamas – nurodoma, kai gydymas tęsiamas nedispanserizuotam ligoniui;

3) ilgalaikis stebėjimas tęsiamas – nurodomas, kai tęsiamas dispanserinis (ilgalaikis) stebėjimas (gydymas);

4) ligonis neatvyko – nurodoma, kai ligonis neatvyksta paskirtu laiku;

5) siuntimas į kitą įstaigą ambulatoriniam gydymui – nurodoma, kai ligonis siunčiamas į kitą įstaigą tolesniam ambulatoriniam gydymui. Jei ligonis siunčiamas į kitą įstaigą tik konsultuoti, epizodas tęsiasi ir forma pildoma toliau;

6) siuntimas stacionariniam gydymui – nurodoma, kai ligonis siunčiamas stacionariniam gydymui toje pačioje ar kitoje įstaigoje, nepriklausomai nuo to, ar jis sugrįš gydytis į siuntusią įstaigą ar ne;

7) siuntimas sanatoriniam gydymui – nurodoma, kai ligonis siunčiamas reabilitaciniam, sveikatą grąžinančiam bei antirecidyviniam gydymui;

8) kita – nurodoma, kai pasibaigia profilaktinio patikrinimo ar tyrimo epizodas, ligoniui mirus ir kitais anksčiau neapibrėžtais atvejais.

Epizodas tęsiamas, jei rezultatas yra *gydymas tęsiamas* arba *ilgalaikis stebėjimas tęsiamas*. Kitais atvejais epizodas baigtas.

2. Formos pildymo pabaigos data. Nurodomi metai, mėnuo, diena.

VI dalis

Šioje dalyje gydytojas, baigiantis pildyti formą, pasirašo ir deda savo spaudą.

Ypatingi atvejai

1. Jei ligonis atvyksta registruotis pas gydytoją dėl kitos priežasties nepasibaigus ankstesniam epizodui ir jo ambulatorinėje kortelėje yra ši forma, visi apsilankymai įrašomi joje, o nauja forma nepildoma.

2. Jeigu ligonis atvyksta į ambulatorinę asmens sveikatos priežiūros įstaigą iškart dėl kelių priežasčių (ligų) arba lankosi iškart pas kelis specialistus dėl skirtingų problemų, tai laikoma vienu gydymosi epizodu su keliomis diagnozėmis, ir visi apsilankymai įrašomi į tą pačią formą.

3. Jeigu forma pamesta (negrąžinta į statistikos skyrių, nėra ambulatorinėje kortelėje), pagal formų registravimo žurnalą nustatoma, kam ji išduota, ir pagal ambulatorinės kortelės įrašus forma atkuriamą.

4. Jeigu ligonis neatvyko pas gydytoją paskirtu laiku (paskirtą dieną) ir neaišku, ar epizodas pasibaigė, ar ne, forma toliau laikoma ambulatorinėje kortelėje ir baigiama pildyti praėjus mėnesiui nuo jos pildymo pradžios. Pildyti baigia gydytojas, paskyręs kitą apsilankymą, ligoniui neatvykus.

5. Jeigu ligonis siunčiamas konsultuoti į kitą gydymo įstaigą, apie siuntimą pažymima apsilankymų lentelėje (III dalis, 1 punktas, 7 grafą) ir laukiama konsultanto atsakymo. Ne vėliau kaip per tris dienas po konsultacijos ją atlikęs gydytojas privalo pranešti siuntusiam apie konsultacijos rezultatus arba ligonis pats turi atvykti su šiais rezultatais. Epizodas tęsiasi toliau.

6. Jeigu gydymo įstaiga sužino, kad ligonis mirė, forma baigiama pildyti jo mirties dieną. Jeigu mirties liudijimą išrašo ambulatorinė gydymo įstaiga, tai prilyginama apsilankymui ir pažymima formoje.

7. Jeigu ligonis lankomas namie ne pirmą kartą (t. y. forma jau pradėta pildyti), vizitai žymimi formoje ir aprašomi ambulatorinėje kortelėje. Jeigu vizitu į namus – pirmuoju gydytojo apsilankymu – pradedamas epizodas (forma pildyti nepradėta), gydytojas, grįžęs į įstaigą, aprašo vizitą ambulatorinėje kortelėje, o registratūroje pradedama pildyti nauja forma.

8. Jei formoje trūksta vietos apsilankymams žymėti, pildomas naujas formos blankas, kuriame įrašomas tas pats numeris ir pažymima, kad forma tęsiama. Pildoma tik III naujo blanko dalis; abu blankai susegami.

9. Formą pildo ir dienos stacionarai (priklausantys poliklinikoms ar ligoninių stacionarams). Dienos stacionaras pildo atskirą formos egzempliorių (nepriklausomai nuo esamos ar nesamos formos su apsilankymų poliklinikoje duomenimis). Kiekvienas lovdienis žymimas kaip apsilankymas – atskira eilutė, nurodant paslaugos kodą. Mokamas kiekvienas lovdienis (t. y. III dalyje 1 lentelėje 5.1 grafoje apibraukiamas skaitmuo „2“).

10. Jei į kitą asmens sveikatos priežiūros įstaigą siunčiama paciento tiriamoji medžiaga, siunčiančioji įstaiga užpildo 2 formos „Biopsinės ir operacinės medžiagos siuntimas tirti“ (forma Nr. 014-1/a) egzempliorius, o tiriančioji asmens sveikatos priežiūros įstaiga gali pildyti tik elektroninę Nr. 025/a-LK formą. Šiuo atveju asmens sveikatos priežiūros įstaiga privalo užtikrinti elektroninių 025/a-LK formų saugojimą pagal teisės aktų reikalavimus.

Konsultacijų skaičiavimas:

1. Kiekvienas ūmios ligos ar lėtinės ligos paūmėjimo atvejis laikomas nauju epizodu, jei prieš tai buvęs šios ligos epizodas yra pabaigtas (t. y. nebuvo gydymo ar ilgalaikio stebėjimo tęsimo). Kiekviename epizode konsultacijos skaičiuojamos iš naujo, t. y. mokama už pirmą, ketvirtą, septintą ir t. t. apsilankymus nepriklausomai nuo to, kiek apsilankymų buvo ankstesnio epizodo metu.

2. Jei gydymo ar ilgalaikio stebėjimo epizodas tęsiasi ilgai, tai mokama tik už kas ketvirtą apsilankymą. Tačiau konsultacijų skaičiavimas yra apribotas vieneriais metais. Pvz.: jei dispanserizuotas ligonis lankėsi dėl tos pačios ligos tris kartus per metus, tai bus traktuojama tik kaip viena mokama konsultacija. Bet jei ligonis ateina tik kartą į metus, tai kiekvienais metais jam bus skaičiuojama nauja apmokama konsultacija.

Skyriaus pakeitimai:

Nr. [V-782](#), 2004-11-11, Žin., 2004, Nr. 167-6151 (2004-11-17), i. k. 1042250ISAK000V-782

Formų Nr. 025/a-LK apskaita

Forma yra priskiriama mėnesui, kurį ji buvo baigta pildyti, nepriklausomai nuo to, kad ir ankstesnio mėnesio apsilankymai yra įrašyti į šią formą. Tiek statistinėse, tiek ir ekonominėse ataskaitose skaičiuojamos tik užbaigtos formos.

Įsigaliojus šiai integruotai formai rekomenduojama nebenaudoti formų Nr. 039/a „Gydytojo darbo apskaitos žiniaraštis“ ir Nr. 025-2/a „Statistinis talonas galutinei (patikslintai) diagnozei registruoti“, o ar pildyti formą Nr. 025-4/a „Priėmimo pas gydytoją talonas“ ir kaip ją pildyti, spręs pati įstaiga. Kadangi formas tvarkyti, ypač rankiniu būdu, gan sudėtinga, atsisakyti senųjų reikėtų laipsniškai, gerai išmokus pildyti naująją formą.

Informacija, pateikiama formoje Nr. 025/a-LK, yra minimali ir privaloma. Įstaiga šią informaciją gali papildyti.

FORMOS NR. 025-1/A-LK „ASMENS AMBULATORINIO GYDYMO PRIĖMIMO SKYRIUJE APSKAITOS KORTELĖ“ PILDYMAS

Metodinės rekomendacijos

Ši forma – tai nauja integruota kortelė, apimanti statistinę bei ekonominę informaciją, būtiną ir statistinei analizei bei ataskaitoms, ir gydymo kainai apskaičiuoti, ir ligonių kasų ataskaitoms sudaryti. Nauja integruota forma sukurta tam, kad informacija nesidubliuotų ir būtų patenkinti sveikatos statistikos bei sveikatos draudimo poreikiai. Ši kortelė sukurta formos Nr. 025/a „Asmens sveikatos istorija“ ir naujos formos Nr. 025/a-LK „Asmens ambulatorinio gydymo apskaitos kortelė“ pagrindu.

Bendrieji principai

„Asmens ambulatorinio gydymo priėmimo skyriuje apskaitos kortelė“, forma Nr. 025-1/a-LK (toliau – forma), būtina darbui ligoninės priėmimo skyriuose (kambariuose) organizuoti. Remiantis šia forma, galima registruoti medicininę, statistinę ir ekonominę informaciją, išvengti daugkartinio informacijos dubliavimo, taip pat apskaičiuoti kiekvieno gydytojo dienos ar mėnesio darbo krūvį, mokėti už darbą įstaigoje bei racionaliau paskirstyti sveikatos priežiūros įstaigos darbuotojų resursus.

Forma pildoma visų stacionarines paslaugas teikiančių asmens sveikatos priežiūros įstaigų priėmimo skyriuose (kambariuose) visiems ligoniams, kurie neguldomi į stacionarą arba kai jų hospitalizavimo būtinybė nėra aiški.

Formos pildymas

Forma pildoma ligoniui atvykus į priėmimo skyrių (kambarį). Užpildoma formos paso duomenų bei kreipimosi dalis. Po to ligonio apžiūros ir tyrimo metu gydytojai pildo medicininę informaciją bei informaciją apie atliktas konsultacijas (III formos dalis). Jei ligonis guldomas į stacionarą, forma (be titulinio lapo) įključuojama į formą Nr. 003 „Gydymo stacionare ligos istorija“. Jei ligonis neguldomas į stacionarą, jį išleidžiantis gydytojas pabaigia pildyti formą ir pasirašo. Forma užregistruojama priėmimo skyriaus ambulatorinių ligonių žurnale ir jai suteikiamas numeris. Kadangi visa medicininė informacija įrašoma į formą, priėmimo skyriaus ambulatorinių ligonių žurnale įrašoma tik trumpa informacija apie ligonio lankymosi priežastį. Ambulatoriniam ligoniui, kuris atvyksta kelis kartus tą pačią dieną ar jam paskiriama atvykti kontrolei kitą dieną, pildoma ta pati forma. Užpildytos ambulatorinių ligonių formos duomenų apskaitai ir suvedimui perduodamos į statistikos skyrių (arba į kitą skyrių, atsakingą už duomenų suvedimą ir ataskaitas), iš jo – į archyvą.

Forma yra gydymo įstaigos dokumentas ir iš įstaigos ją išnešti griežtai draudžiama.

Priėmimo kambariuose esantys konsultacijų kabinetai, kuriuose II lygio specialistai konsultuoja PSPC ligonius, bei traumatologijos punktai pildo tokią pat dokumentaciją, kaip ir poliklinikos.

I dalis. Paso duomenys

Kortelės numeris turi sutapti su numeriu priėmimo skyriaus ambulatorinių ligonių registracijos žurnale.

1. *Asmens kodas.* Nurodomas iš dokumentų, patvirtinančių asmens tapatumą. Asmens kodas yra įrašytas piliečio pase ir socialinio arba sveikatos draudimo pažymėjime. Kol kas dalis gyventojų, tarp jų vaikai, asmens kodų neturi.

2. *Asmens socialinio draudimo numeris.* Nurodomas numeris, įrašytas socialinio arba sveikatos draudimo pažymėjime (jei ligonis juos pateikė).

3. *Dokumento pavadinimas, serija, numeris.* Pildoma tik asmenims, neturintiems asmens kodo: vaikams – gimimo liudijimas, jo serija ir numeris; kitiems asmenims – pasas (nurodant šalį), jo serija ir numeris.

4. *Vardas, pavardė.* Įrašoma pagal pateiktus dokumentus.

5. *Lytis: vyriška-1; moteriška-2.* Pabraukiama.

6. *Gimimo data.* Nurodoma iš dokumentų.

Jei įrašytas asmens kodas, 5 ir 6 punktai nepildomi.

7. *Adresas.* Gyvenamoji vieta įrašoma ta, kurią nurodo ligonis ar jo artimieji (vad. deklaruojama gyvenamoji vieta), o ne pagal gyvenamosios vietos registracijos įrašą.

8. *Gyvena: mieste-1; kaime-2.* Nurodoma remiantis miestų ir miesto tipo gyvenviečių sąrašu, kurį tvirtina Statistikos departamentas prie Lietuvos Respublikos Vyriausybės.

II dalis. Duomenys apie ligonio atvykimą

1. *Kreipimosi data.* Nurodomi metai, mėnuo, diena.

2. *Kreipiasi: su siuntimu – 1; be siuntimo – 2.* Nurodoma, kas reikia. Ligonis, atvežtas greitosios medicinos pagalbos, laikomas atvykusi su siuntimu.

3. *Siunčiančioji įstaiga.* Nurodomi siuntimo dokumentuose įrašyti teritorinės ligonių kasos kodas, įstaigos rejestro kodas ir pavadinimas. Taip pat nurodoma, jei ligonis atvyko be siuntimo (pats, pakeleivinga mašina ir kt.) ar buvo atgabentas greitosios medicinos pagalbos tarnybos.

4. *Siuntimo priežastis.* Perrašoma iš siuntimo dokumentų. Taip pat nuo siuntimo dokumentų nurašomas ligonio siuntimo priežasties (simptomo, ligos) kodas pagal TLK-10. Jei siuntimo dokumentuose kodas nenurodytas, jis ir nerašomas.

III dalis. Apsilankymai

1. *Apsilankymai.*

1 *grafa* – nurodoma apsilankymo data.

2 *grafa* – įrašomi gydytojo pavardė ir kodas (arba gydytojo spaudas).

3 *grafa* – nurodomas suteiktos paslaugos (ją suteikusio specialisto) kodas remiantis SAM įsakymais ir kitais norminiais dokumentais.

4 *grafa* – nurodomas paslaugos tipas.

4.1. Apibraukiamas vienas reikiamas skaitmuo:

„1“ – apsilankymas pas pirminės sveikatos priežiūros specialistą;

„2“ – pirmasis (ketvirtasis, septintasis ir t. t.) apsilankymas dėl šios priežasties pas specialistą konsultantą (konsultacija);

„3“ – antrasis (trečiasis, penktasis, šeštasis, aštuntasis, devintasis ir t. t.) apsilankymas dėl šios priežasties pas tos pačios srities specialistą konsultantą;

„4“ – dalinai apmokama konsultacija;

„5“ – mokamas apsilankymas (mokėjo pats ligonis arba kita organizacija, ne ligonių kasa).

4.2. Apibraukiamos reikiamos raidės:

„L“ – apsilankymas dėl ligos (kai ligonis skundžiasi sveikata, nors liga ir nenustatoma);

„B“ – būtinoji pagalba pagal SAM įsakymus ir kitus norminius dokumentus.

Specialistai, išvardyti SAM 1998 06 18 įsakymo Nr. 329 3 priedo 3.12 punkte, 4.2 grafos nepildo.

5 *grafa* – nurodomas apsilankymo priežasties (simptomo, ligos) kodas pagal TLK-10. Jei lankymosi priežastys yra kelios, nurodoma svarbiausioji. Specialistai, neradę savo profilį atitinkančios ligos, diagnozės kodo nerašo ir deda brūkšnį. Specialistai, išvardyti SAM 1998 06 18 įsakymo Nr. 329 3 priedo 3.12 punkte, šios grafos nepildo.

6 *grafa* – nurodomas vienas ar keli kodai specialistų (paslaugų), kuriems ligonis siunčiamas konsultuoti toje įstaigoje. Specialistai, išvardyti SAM 1998 06 18 įsakymo Nr. 329 3 priedo 3.12 punkte, šios grafos nepildo.

7 *grafa* – kainą įrašo ekonomistas (arba kitas tam paskirtas asmuo) pagal patvirtintą metodiką ir įkainius.

III dalyje žymimi visi apsilankymai pas gydytojus. Jeigu ligonis pas tos pačios srities gydytojus tą pačią dieną lankosi keletą kartų, įrašomas tik vienas apsilankymas.

Po lentelės ekonomistas ar kitas tam paskirtas asmuo įrašo ligonių kasos mokamą gydymo kainą.

Specialistai, išvardyti SAM 1998 06 18 įsakymo Nr. 329 3 priedo 3.12 punkte, III dalį pildo taip:

1. Rentgenologai kiekvieno apsilankymo metu pildo tiek eilučių, kiek tyrimų (nuotraukų) atlieka to apsilankymo metu. Mokama už kas ketvirtą tyrimą, atliktą dėl tos pačios priežasties (t. y. 4.1 punkte apibraukiamas skaitmuo „2“ pirmajam, ketvirtajam, septintajam ir t. t. tyrimui; kitiems tyrimams apibraukiamas skaitmuo „3“).

2. Endoskopusotojai ir echoskopusotojai pildo tiek eilučių, kiek skirtingų tyrimų atlieka to paties apsilankymo metu. Mokama už kas ketvirtą tyrimą, atliktą dėl tos pačios priežasties.

3. Klinikiniai fiziologai pildo tiek eilučių, kiek skirtingų tyrimų atlieka to paties apsilankymo metu. Mokama už kas ketvirtą tyrimą, atliktą dėl tos pačios priežasties.

4. Fizinės medicinos ir reabilitacijos gydytojai pildo tiek eilučių, kiek skirtingų rūšių procedūrų atlieka to paties apsilankymo metu (už gydymo kurso metu atliktas apžiūras nemokama, bet jos į šią formą įrašomos). Mokama už kiekvieną skirtingą procedūrą (t. y. 4.1 punkte apibraukiamas skaitmuo „2“).

5. Anesteziologai pildo tiek eilučių, kiek kartų atlieka bendrąją narkozę. Mokama už kiekvieną narkozę (t. y. 4.1 punkte apibraukiamas skaitmuo „2“).

Brangūs tyrimai, procedūros ir kitos papildomai mokamos paslaugos, kurias teikia ambulatorinė grandis, taip pat įrašomi III dalies 1 lentelėje atskira eilute nurodant atitinkamą paslaugos kodą. Mokami kiekvienas tyrimas, procedūra ar kita papildoma paslauga (t. y. 4.1 punkte apibraukiamas skaitmuo „2“).

IV dalis. Rezultatas

Pildoma baigiant pildyti formą.

1. Rezultatas (nurodomas vienas iš skaičių):

1. gydymas baigtas – nurodoma pasibaigus gydymui;

4. ligonis savavališkai pasišalino – nurodoma, kai ligonis savavališkai (adresas) pasišalina iš priėmimo skyriaus;

5. siuntimas ambulatoriniam gydymui – nurodoma, kai ligonis siunčiamas tolesniam ambulatoriniam gydymui;

6. siuntimas į kitą įstaigą stacionariniam gydymui – nurodoma, kai ligonis siunčiamas stacionariniam gydymui kitoje įstaigoje;

8. kita – nurodomas ligoniui mirus ir kitais anksčiau neapibrėžtais atvejais.

2. Gydytojo spaudas. Gydytojas, baigiantis pildyti formą, pasirašo ir deda savo spaudą.

Ypatingi atvejai

Jei formoje trūksta vietos apsilankymams žymėti, pildomas naujas formos blankas, kuriame įrašomas tas pats numeris ir pažymima, kad forma tęsiama. Pildoma tik III naujo blanko dalis; abu blankai susegami.

Informacija, pateikiama formoje Nr. 025-1/a-LK, yra minimali ir privaloma. Įstaiga šią informaciją gali papildyti.

Pakeitimai:

1.

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, Įsakymas

Nr. [V-79](#), 2004-02-20, Žin., 2004, Nr. 32-1030 (2004-02-28), i. k. 1042250ISAK0000V-79

Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymų pakeitimo

2.

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, Įsakymas

Nr. [V-728](#), 2004-10-20, Žin., 2004, Nr. 155-5668 (2004-10-23), i. k. 1042250ISAK000V-728

Dėl sveikatos apsaugos ministro 1998 m. lapkričio 26 d. įsakymo Nr. 687 "Dėl medicininės apskaitos dokumentų formų tvirtinimo" pakeitimo

3.

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, Įsakymas

Nr. [V-782](#), 2004-11-11, Žin., 2004, Nr. 167-6151 (2004-11-17), i. k. 1042250ISAK000V-782

Dėl sveikatos apsaugos ministro 1998 m. lapkričio 26 d. įsakymo Nr. 687 "Dėl medicininės apskaitos dokumentų formų tvirtinimo" papildymo