

LIETUVOS RESPUBLIKOS SVEIKATOS APSAUGOS MINISTRO
Į S A K Y M A S

**DĖL LIETUVOS RESPUBLIKOS SVEIKATOS APSAUGOS MINISTRO 1998 M.
LAPKRIČIO 26 D. ĮSAKYMO NR. 687 „DĖL MEDICININĖS APSKAITOS
DOKUMENTŲ FORMŲ TVIRTINIMO“ PAKEITIMO**

2013 m. gegužės 13 d. Nr. V-483
Vilnius

1. P a k e i č i u Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 1998 m. lapkričio 26 d. įsakymą Nr. 687 „Dėl medicininės apskaitos dokumentų formų tvirtinimo“ (Žin., 1998, Nr. [105-2927](#); 2011, Nr. [162-7695](#); 2012, Nr. [27-1230](#)):

1.1. Išdėstau naują redakciją nurodytuoju įsakymu patvirtintą formą Nr. 066/a-LK „Stacionare gydomo asmens statistinė kortelė“ (pridedama).

1.2. Išdėstau naują redakciją nurodytuoju įsakymu patvirtintas Formos Nr. 066/a-LK „Stacionare gydomo asmens statistinė kortelė“ pildymo, pateikimo ir tikslinimo taisykles (pridedama).

2. N u s t a t a u, kad šis įsakymas įsigalioja 2013 m. birželio 1 d.

SVEIKATOS APSAUGOS MINISTRAS

VYTENIS POVILAS ANDRIUKAITIS

STACIONARE GYDOMO ASMENS STATISTINĖ KORTELĖ

I dalis. PACIENTO GYDYMO DUOMENYS

ASPI 1A 1B

Pirminė 2A ☐ Tikslina 2B ☐ Anuliuoja 2C ☐ Tikslinamos 3 /
moji moji moji pirminės
kortelės Nr.

Kortelės Nr. 4 / / Ligos istorijos Nr. 5

Bendrieji asmens duomenys

Asm. 6 Motinos asm. 7 DIK 8
kodas kodas

Vardas 9 Pavardė 10

Gimimo 11 - - Lytis* 12 ☐ Nuolatinis 13 ☐ Tel. 14
data LR
gyventojas

Adresas: valstybė 15A Elektroninio pašto adresas 15 F

15E kaimas 15B ☐ miestas 15C ☐ savivaldybė 15D ☐

PAASPI 16A 16B

Hospitalizav 17 - - 17B - Nelaimingas 18A ☐ ne 18B ☐ taip
imo data A atsitikimas darbe:

Draustumas: 19A ☐ apdraustas EEE 19B ☐ kita 19C ☐
apdraustas PSD šalyje ar
Šveicarijoje

apdraudusioji valstybė 19D draudimo 19E ☐ galioja iki 19 - -
dokumentas* F

Atvyko pagal 20A ☐ taip 20B ☐ ne Atvežė GMP 20C ☐ taip 20D ☐ ne
siuntimą: brigada:

Siunčiančioji 20F
ASPI

Siuntimo priežastis (TLK-10-AM) 20G 20H

Hospitalizavimo tipas: 21A būtinoji pagalba ☐ 21B ☐ kita

Gydymo skyriuje (-iuose) duomenys

Atvykimo data (MM-mm-DD)	Išvykimo data (MM-mm-DD)	Lov ad.	Skyrius	Paslaugos kodas	TLK-10-AM kodas	Gydytojas (vardas, pavardė, spaudos Nr.)	Kaina % Ap. lovad.	Mokama suma (balais)	Etapo Nr.
22	23	24	25	26	27	28	29	30	31

Išrašymo duomenys

Išrašymo data 65A - - Lovadieniai 66 Etapų skaičius 67

Paciento priemokos

68	Rūšis	Suma (Lt)
	Medžiagos ir vaistai	
	Procedūros ir tyrimai	
	Paciento buvimo ASPĮ sąlygos	
	Kita	
	Iš viso	

Mokamos paslaugos

69	Rūšis	Suma (Lt)
	Įrašytos į mokamų paslaugų sąrašą	
	Planinės, gautos skubos tvarka	
	Kita	
	Iš viso	

Mokama iš PSDF 70A ☐ Teritorinė ligonių kasa 70B Bendra suma (balais) 70C

* Žr. formos pildymo taisyklės

II dalis. ETAPO DUOMENYS

Etapo Nr. 3 / Ligos istorijos Nr. 33 Priverstinis gydymas: 34A ☐ taip 34B ☐ ne 34C ☐ nežinoma

Etapo pradžios data 35A - - 35B : Amžius: metai 36A dienos 36B

Išankstinio mokėjimo etapas 37 ☐ Svoris (iki 1 metų) 38 g

Klinikiniai ir ekonominiai duomenys

Pagrindinė diagnozė (TLK-10-AM) 39A 39B

Komplikacijos ir gretutinės ligos (TLK-10-AM, TLK-O) Nepageidaujamas įvykis 40A ☐

40B

Medicininės intervencijos

50	Koas	Kraujas ir jo komponentai	Vnt	Kodas	Kraujas ir jo komponentai	Vnt
	2	Eritrocitai be leukocitų ir trombocitų		6	Trombocitai, gauti iš konservuoto kraujo	
	3	Eritrocitai be leukocitų		8	Trombocitai, gauti aferezės būdu	
	4	Nuplauti eritrocitai				
	5	Šviežiai užšaldyta plazma				

4

56C

--

Page 10 of 10

_____ - _____ - _____

(parašas)

* Žr. formos pildymo taisyklės

III dalis. MEDICINOS PAGALBOS PRIEMONĖS IR VAISTAI, TURINTYS ĮTAKOS GYDYMO KAINAI

Etapo Nr.	73		/		Ligos istorijos Nr.	74	
-----------	----	----------------------	---	----------------------	---------------------	----	----------------------

Medicinos pagalbos priemonės (MPP), naudojamos intervencinės radiologijos procedūroms atlikti				
Data (MM-mm-DD)	Kodas	Pavadinimas	Naudota priemonė	Gydytojas (vardas, pavardė, spaudo Nr.)
75	76	77	78	79
	1	Pilvinės aortos stentgraftas		
	2	Krūtininės aortos stentgraftas		
	3	Neuroradiologinės embolizacijos spirалės		
	4	Vaistais impregnuotos dalelės, skirtos intraarterinei chemoembolizacijai atlikti, arba periferinės embolizacijos atskiriamosios spirалės		
	5	Prietaisai prieširdžių (skilvelių) pertvaros defektui pašalinti ir (ar) atviram arteriniam latakui užverti		
	6	Perkutaninės transluminalinės angioplastikos (išskyrus vainikinių kraujagyslių) ir (ar) perkuteterinio intravaskulinio svetimkūnio pašalinimo priemonės		
	7	Transjugulinio intrahepatinio portosisteminio šuntavimo (TIPS) priemonės		
	8	Tuščiosios venos filtras		
	9	Perkuteterinės radijo dažnio intrakardinės abliacijos (atliekant arba neatliekant tarpširdinės pertvaros punkciją, kontroliuojamą ultragarsu) priemonės		
	10	Radijo dažnio ir (ar) mikrobangų abliacijos, taikant trimatį intrakardinį kartografavimą arba minimaliai invazinį gydymą, kontroliuojamą torakoskopu, priemonės		
	11	Vaistus išskiriantys vainikinių kraujagyslių stentai, įstatomi atliekant perkutaninę koronarinę intervenciją, ir (ar) vainikinių arterijų reolizines trombektomijos priemonės, ir (ar) rotabliacijos priemonės		

MPP kainos koeficientas	80		Suma (balais), mokama už MPP	81	
-------------------------	----	----------------------	------------------------------	----	----------------------

Chemoterapiniai vaistai				
Data (MM-mm-DD)	ATC kodas	Pavadinimas	Vartoti vaistai	Gydytojas (vardas, pavardė, spaudo Nr.)
82	83	84	85	86
	L01CD01	Paclitaxelum		
	L01CD02	Docetaxelum		
	L01XX17	Topotecanum		
	L01AA06	Ifosfamidum		

Chemoterapinių vaistų kainos koeficientas	87		Suma (balais), mokama už chemoterapinius vaistus	88	
---	----	----------------------	--	----	----------------------

IV dalis. CENTRALIZUOTAI PERKAMI VAISTAI IR MEDICINOS PAGALBOS PRIEMONĖS

Data (MM-mm-DD)	Vaisto arba MPP NPAKID	CP straipsnis	Vaisto arba MPP pavadinimas	Matas	Kiekis	Gydytojas (vardas, pavardė, spaudo Nr.)	Kaina (litas)
89	90	91	92	93	94	95	96
				--			
	-----	-----		--			
	-----	-----		--			

				—			
				— —			
	— — — — —	— — — — —		—			
				— —			
	— — — — —	— — — — —		—			
				— —			
	— — — — —	— — — — —		—			
				— —			
	— — — — —	— — — — —		—			

PATVIRTINTA

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos
ministro 1998 m. lapkričio 26 d. įsakymu
Nr. 687

(Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos
ministro 2013 m. gegužės 13 d. įsakymo
Nr. V-483 redakcija)

FORMOS NR. 066/A-LK „STACIONARE GYDOMO ASMENS STATISTINĖ KORTELĖ“ PILDYMO, PATEIKIMO IR TIKSLINIMO TAIŠYKLĖS

I. BENDROSIOS NUOSTATOS

1. Formos Nr. 066/a-LK „Stacionare gydomo asmens statistinė kortelė“ pildymo, pateikimo ir tikslinimo taisyklėse (toliau – Taisyklėse) nustatyta stacionare gydomo asmens statistinės kortelės (toliau – kortelė) pildymo, pateikimo ir tikslinimo tvarka.

2. Taisyklės parengtos vadovaujantis Lietuvos Respublikos sveikatos priežiūros įstaigų įstatymo (Žin., 1996, Nr. [66-1572](#); 1998, Nr. [109-2995](#); 2010, Nr. [139-7106](#)) 10 ir 16 straipsniais, Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymo (Žin., 1996, Nr. [55-1287](#); 2002, Nr. [123-5512](#)) 9 straipsniu, 1971 m. birželio 14 d. Tarybos reglamentu (EEB) Nr. 1408/71 dėl socialinės apsaugos sistemų taikymo pagal darbo sutartį dirbantiems asmenims, savarankiškai dirbantiems asmenims ir jų šeimos nariams, judantiems Bendrijoje (OL 2004 m. *specialusis leidimas*, 5 skyrius, 1 tomas, p. 83), 2004 m. balandžio 29 d. Europos Parlamento ir Tarybos reglamentu (EB) Nr. 883/2004 dėl socialinės apsaugos sistemų koordinavimo (OL 2004 m. *specialusis leidimas*, 5 skyrius, 5 tomas, p. 72; toliau – Reglamentas (EB) Nr. 883/2004) ir kitais teisės aktais.

3. Pildoma kiekvieno hospitalizuoto paciento, kuriam teikiamos dienos chirurgijos ir (ar) stacionarinio gydymo paslaugos, kortelė. Už kortelės duomenų teisingumą atsako asmens sveikatos priežiūros įstaiga.

4. Stacionare teikiamos paslaugos pagal jų išlaidų apmokėjimą skirstomos į šias gydymo rūšis:

4.1. aktyvusis gydymas – dienos chirurgijos ir stacionarinės paslaugos (išskyrus transplantacijos paslaugas), teikiamos pacientams dėl ūmios ligos, lėtinės ligos paūmėjimo ar sužalojimo, kai reikalingas ištyrimas ir (ar) aktyvus medikamentinis, ir (ar) chirurginis gydymas, kuris negali būti taikomas ambulatorinėmis sąlygomis. Aktyviojo gydymo paslaugos grupuojamos pagal giminingų diagnozių grupių (angl. *diagnosis-related group* – DRG) metodą (toliau – DRG metodas), išskyrus 4.2 ir 4.3 punktuose nurodytas paslaugas;

4.2. ilgalaikis gydymas – stacionarinės paslaugos, teikiamos lėtinėmis ligomis sergantiems pacientams, kai reikalingas ilgai (dažniausiai ilgiau nei mėnesį) trunkantis etiopatogenезinis ir (ar) palaikomasis gydymas, ir (ar) simptominis gydymas, ir (ar) slauga. Ilgalaikio gydymo paslaugų pavyzdžiai: palaikomojo gydymo ir slaugos, paliatyviosios pagalbos, tuberkuliozės, specialiosios psichiatrijos, psichikos ligų ilgalaikio gydymo paslaugos ir pan. Ilgalaikio gydymo paslaugos negrupuojamos pagal DRG metodą;

4.3. stacionarinė medicininė rehabilitacija – stacionarinės medicininės rehabilitacijos paslaugos, išskyrus pirmąjį rehabilitacijos etapą. Medicininės rehabilitacijos paslaugos negrupuojamos pagal DRG metodą;

4.4. transplantacija – stacionarinio gydymo paslauga, teikiama ir apmokama teisės aktų nustatyta tvarka. Transplantacijos paslaugos grupuojamos pagal DRG metodą.

5. Paciento gydymo laikotarpis, kuriuo teikiamos vienos rūšies gydymo paslaugos ir už kurį teritorinės ligonių kasos atsiskaito su asmens sveikatos priežiūros įstaigomis, vadinamas gydymo etapu. Jei teikiamos ilgalaikio gydymo paslaugos, pasibaigus kalendoriniam mėnesiui teritorinė ligonių kasa už jį atsiskaito kaip už vieną gydymo etapą (jei pasibaigus kalendoriniam

mėnesiui paciento ilgalaikis gydymas tęsiamas, praėjęs kalendorinis mėnuo vadinamas išankstinio mokėjimo etapu).

6. Kortelė apima statistinius ir ekonominius duomenis, būtinus statistinei analizei atlikti, gydymo kainai apskaičiuoti ir ataskaitoms sudaryti. Kortelę sudaro 2 pagrindinės dalys:

6.1. pirmojoje dalyje „Paciento gydymo duomenys“ pateikiami asmens sveikatos priežiūros įstaigos ir kortelės duomenys, bendrieji hospitalizuojamo asmens duomenys, draudimo duomenys, nurodoma, ar asmuo atvyko pagal siuntimą. Šios dalies lentelėje pateikiami gydymo skyriuje ir perkėlimo iš skyriaus į skyrių duomenys, nurodomas gydymo etapo numeris (pirmojoje dalyje nurodomi visi gydymo etapai). Taip pat šioje dalyje pateikiami išrašymo duomenys ir nurodoma teritorinės ligonių kasos mokama už suteiktas paslaugas suma (balais);

6.2. antrojoje dalyje „Etapo duomenys“ pateikiami tik vieno gydymo etapo duomenys. Šioje dalyje nurodomas etapo numeris, etapo pradžios ir pabaigos datos, kai kurie paciento duomenys (svoris, amžius ir kt.), klinikiniai ir ekonominiai duomenys. Jei prasideda kitas gydymo etapas, pradedama pildyti nauja kortelės dalis „Etapo duomenys“. Vienai kortelei priskiriama tiek dalių „Etapo duomenys“, kiek yra gydymo etapų.

II. KORTELĖS PIRMOSIOS DALIES „PACIENTO GYDYMO DUOMENYS“ PILDYMAS

7. 1 A, 1 B, 2 A, 2 B, 2 C, 3, 4 ir 5 langeliai bei dalis „Bendrieji asmens duomenys“ pildomi priėmimo skyriuje hospitalizuojant pacientą. Dalis „Bendrieji asmens duomenys“ pildoma remiantis paciento pateikta informacija ir dokumentais. Šiuos duomenis gali tikslinti pacientą gydantis ir (arba) išrašantis iš stacionaro gydytojas.

8. **1 A langelyje** „ASPI“ turi būti įrašomas asmens sveikatos priežiūros įstaigos (toliau – ASPI) ar jos padalinio, į kurį pacientas hospitalizuojamas, kodas pagal Juridinių asmenų registrą. **1 B langelyje** turi būti įrašomas ASPI ar jos padalinio, į kurį pacientas hospitalizuojamas, pavadinimas ir adresas.

9. **2 A langelis** „Pirminė“ turi būti žymimas (?) pirmą kartą pildant hospitalizuojamo paciento kortelę. **2 B langelis** „Tikslinamoji“ žymimas (?) tikslinant pirminę kortelę. **2 C langelis** „Anuliuojamoji“ žymimas (?) anuliuojant pirminę kortelę.

10. **3 langelis** „Tikslinamos pirminės kortelės Nr.“ pildomas tikslinant arba anuliuojant kortelę: įrašomas tikslinamos arba anuliuojamos pirminės kortelės numeris.

11. Kortelei numeris suteikiamas centralizuotai, kai pažymimas **2 A langelis** „Pirminė“. Kortelės numeris nurodomas **4 langelyje** „Kortelės Nr.“. Šio numerio 4 skaitmenys atitinka metus, kuriais pacientas hospitalizuojamas, 6 skaitmenys atitinka Valstybinės ligonių kasos prie Sveikatos apsaugos ministerijos (toliau – VLK) centralizuotai ASPI suteiktą nuoseklų kortelės numerį, dar 2 skaitmenys rašomi, jei kortelė tikslinama arba anuliuojama. Jei kortelė tikslinama pirmą kartą, rašomi skaitmenys 01, jei kortelė tikslinama antrą kartą – 02 ir t. t. Jei kortelė anuliuojama, rašomi skaitmenys 99.

12. **5 langelyje** „Ligos istorijos numeris“ turi būti įrašomas paciento ligos istorijos numeris. Rekomenduojama, kad ligos istorijos numeris sutaptų su kortelės numeriu, nurodytu **4 langelyje**.

13. Dalis „Bendrieji asmens duomenys“ pildoma taip:

13.1. **6 langelyje** „Asmens kodas“ rašomas asmens kodas pagal asmens tapatybę patvirtinantį dokumentą. Išimtis, kai šis langelis nepildomas, priskiriama:

13.1.1. kūdikis iki 3 mėnesių, neturintis asmens identifikavimo dokumentų, – šiuo atveju **7 langelyje** nurodomas įgaliotojo asmens (motinos) kodas;

13.1.2. užsienietis, kuriam nesuteiktas asmens kodas Lietuvos Respublikos gyventojų registre (toliau – Gyventojų registras);

13.1.3. neidentifikuotas asmuo;

13.2. **8 langelyje** „DIK“ įrašomas draudžiamojo identifikavimo kodas pagal Lietuvos

Respublikos draudžiamųjų privalomuoju sveikatos draudimu registrą (toliau – Draudžiamųjų registras). Langelis turi būti pildomas nuo Draudžiamųjų registro veiklos pradžios;

13.3. **9 langelis** „Vardas“ ir **10 langelis** „Pavardė“ pildomas pagal asmens tapatybę patvirtinančių dokumentų duomenis ir turi sutapti su Gyventojų registro duomenimis. Išimtis priskiriamas:

13.3.1. kūdikis iki 3 mėnesių, neturintis asmens identifikavimo dokumentų, – vardas ir pavardė nenurodomi arba įrašomas jų lydinčių asmenų nurodytas vardas ir pavardė;

13.3.2. Gyventojų registre neįregistruotas užsienietis – vardas ir pavardė nurodomi pagal asmens tapatybę patvirtinančių dokumentų duomenis;

13.3.3. neidentifikuotas asmuo – langelis nepildomas arba įrašomas asmens nurodytas vardas ir pavardė, arba jų lydinčių asmenų nurodytas asmens vardas ir pavardė;

13.4. **11 langelyje** „Gimimo data“ pagal asmens tapatybę patvirtinančių dokumentų duomenis įrašomi paciento gimimo metai, mėnuo ir diena. 11 langelyje nurodyta gimimo data turi sutapti su Gyventojų registre nurodyta gimimo data. Neregistruotų naujagimių gimimo data įrašoma pagal medicinos dokumentuose nurodytą gimimo datą. Neidentifikuoto asmens gimimo data nenurodoma arba įrašoma jo paties nurodyta gimimo data, arba lydinčiųjų asmenų nurodyta jo gimimo data;

13.5. **12 langelyje** „Lytis“ nurodoma paciento lytis pagal Gyventojų registro duomenis. Šio langelio duomenis prireikus galima koreguoti, įrašant vieną iš keturių skaitmenų: 1 – vyras, 2 – moteris, 3 – hermafroditas ar neaiškos lyties, 9 – nežinoma. Langelis pildomas pagal asmens tapatybę patvirtinančių dokumentų arba medicinos dokumentų duomenis;

13.6. **13 langelis** „Nuolatinis LR gyventojas“ žymimas (?), jei pacientas yra nuolatinis Lietuvos Respublikos gyventojas pagal Gyventojų registrą;

13.7. **14 langelyje** „Telefono numeris“ įrašomas paciento nurodytas telefono numeris.

13.8. langas „Adresas“ skirtas paciento gyvenamosios vietos adresui nurodyti: **15 A langelyje** „valstybė“ nurodoma valstybė, kurioje asmuo gyvena; jei pacientas gyvena kaime, žymimas (?) **15 B langelis** „kaimas“; jei pacientas gyvena mieste, žymimas (?) **15 C langelis** „miestas“; **15 D langelyje** „savivaldybė“ įrašomas savivaldybės kodas; **15 E langelyje** nurodoma gatvė, namo numeris, buto numeris, kaimo, miesto arba rajono pavadinimas, **15 F langelyje** „Elektroninio pašto adresas“ nurodomas paciento elektroninio pašto adresas. Jei pildoma užsieniečio, neregistruoto Gyventojų registre, kortelė, nurodoma gyvenamosios vietos valstybė. Jei Gyventojų registre nurodyta gyvenamoji vieta nesutampa su asmens nurodyta gyvenamąja vieta, adreso duomenys koreguojami, nurodant faktinį gyvenamosios vietos adresą;

13.9. langas „PAASPI“ skirtas pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros įstaigos (toliau – PAASPI), prie kurios pacientas prisirašęs, ar jos padalinio, jei pacientas prie jo prisirašęs, duomenims nurodyti: **16 A langelyje** įrašomas PAASPI ar jos padalinio kodas pagal Juridinių asmenų registrą, **16 B langelyje** – PAASPI ar jos padalinio pavadinimas ir adresas. Gyventojų registre neregistruoto naujagimio kortelėje nurodoma PAASPI, prie kurios prisiregistravusi naujagimio motina;

13.10. **17 A langelyje** „Hospitalizavimo data“ turi būti įrašoma paciento hospitalizavimo data (metai, mėnuo, diena), o **17 B langelyje** – hospitalizavimo valanda ir minutės;

13.11. lange „Nelaimingas atsitikimas darbe“ žymimas (?) vienas iš dviejų langelių: **18 A langelis** „ne“ žymimas, jei hospitalizavimo priežastis nėra nelaimingas atsitikimas darbe; **18 B langelis** „taip“ žymimas, jei hospitalizavimo priežastis – nelaimingas atsitikimas darbe;

13.12. lange „Draustumas“ žymimas (?) vienas iš trijų langelių: **19 A langelis** „apdraustas privalomuoju sveikatos draudimu (PSD)“, **19 B langelis** „apdraustas EEE šalyje ar Šveicarijoje“, **19 C langelis** „kita“. Informacija turi atitikti Draudžiamųjų registro arba asmens pateikto dokumento, patvirtinančio draudimą, duomenis hospitalizavimo dieną;

13.13. jei žymimas **19 B langelis** „apdraustas EEE šalyje ar Šveicarijoje“, **19 D**

langelyje „apdraudusioji valstybė“ įrašoma valstybė, kurioje pacientas yra apdraustas. **19 E langelyje** „draudimo dokumentas“ įrašomas draudimą ir teisę gauti sveikatos priežiūros paslaugas patvirtinančio dokumento numeris pagal šį sąrašą: 1 – Europos sveikatos draudimo kortelė; 2 – sertifikatas, laikinai pakeičiantis Europos sveikatos draudimo kortelę; 3 – E 112 formos pažyma; 4 – E 123 formos pažyma; 5 – S2 formos dokumentas; 6 – DA1 formos dokumentas; 9 – kitas dokumentas. 1 ir 2 dokumentai patvirtina asmens teisę gauti Reglamento (EB) Nr. 883/2004 19 (1) straipsnyje numatytą medicinos pagalbą, jei ji būtina dėl asmens sveikatos būklės lankymosi Lietuvoje metu, atsižvelgiant į numatomą lankymosi Lietuvoje trukmę. 3 ir 5 dokumentai patvirtina asmens teisę gauti Reglamento (EB) Nr. 883/2004 20 (2) straipsnyje nurodytą planinę medicinos pagalbą. 4 ir 6 dokumentai patvirtina asmens teisę gauti Reglamento (EB) Nr. 883/2004 19 (1) straipsnyje nurodytą būtinąją medicinos pagalbą dėl nelaimingo atsitikimo darbe ar profesinės ligos. **19 F langelyje** „galioja iki“ turi būti įrašyta draudimą ir teisę gauti sveikatos priežiūros paslaugas patvirtinančio dokumento galiojimo data;

13.14. lange „Atvyko pagal siuntimą“ žymimas (?) vienas iš dviejų langelių: **20 A langelis** „taip“, jei pacientas atvyksta pagal siuntimą, **20 B langelis** „ne“, jei pacientas atvyksta neturėdamas siuntimo. Nėščiosios, gimdyvės ir naujagimio kortelė (forma Nr. 113) prilyginama siuntimui;

13.15. lange „Atvežė GMP brigada“ žymimas (?) vienas iš dviejų langelių: **20 C langelis** „taip“ žymimas, jei pacientą atveža greitosios medicinos pagalbos (toliau – GMP) brigada, kitu atveju žymimas **20 D langelis** „ne“;

13.16. jei pacientas atvyksta pagal siuntimą, **20 E langelyje** rašomas siunčiančiosios ASPĮ arba jos padalinio (jei siuntimą išduoda ASPĮ padalinys) kodas pagal Juridinių asmenų registrą, **20 F langelyje** – siunčiančiosios ASPĮ arba jos padalinio pavadinimas. Jei pacientą be siuntimo atgabena GMP brigada, 20E ir 20F langeliuose atitinkamai nurodomas GMP paslaugas teikiančios įstaigos kodas ir pavadinimas;

13.17. jei pacientas atvysta pagal siuntimą, išduotą ASPĮ arba jo padalinio, siuntimo jį gydyti stacionare priežastis nurodoma pagal siuntimo duomenis: **20 G langelyje** nurodomas ligos kodas, o **20 H langelyje** – ligos pavadinimas pagal Tarptautinės statistinės ligų ir sveikatos sutrikimų klasifikacijos dešimtąjį pataisytą ir papildytą leidimą „Sisteminis ligų sąrašas“– Australijos modifikaciją (toliau – TLK-10AM). Jei pacientą be siuntimo atgabena GMP brigada, siuntimo jį gydyti stacionare priežastis nurodoma 20 G ir 20 H langeliuose pagal GMP ligonio siuntimo (forma Nr. 114/a) duomenis;

13.18. langas „Hospitalizavimo tipas“ turi būti pildomas vadovaujantis Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2004 m. balandžio 8 d. įsakymu Nr. V-208 „Dėl Būtiniosios medicinos pagalbos ir būtiniosios medicinos pagalbos paslaugų teikimo tvarkos bei masto patvirtinimo“ (Žin., 2004, Nr. [55-1915](#)) arba Reglamento (EB) Nr. 883/2004 19 (1) straipsniu: žymimas (?) vienas iš dviejų laukelių – **21 A langelis** „būtinoji pagalba“ arba **21 B langelis** „kita“.

14. I dalies lentelę „Gydymo skyriuje (-iuose) duomenys“ pildo pacientą gydantis ir (ar) išrašantis iš stacionaro gydytojas. Ekonominius duomenis pildo įstaigos vadovo įgaliotas asmuo. Šios lentelės viena eilutė skirta vienos tame pačiame skyriuje gydomam pacientui suteiktos paslaugos duomenims pateikti. Jei pacientas perkeliamas iš vieno skyriaus į kitą arba jei tame pačiame skyriuje baigus teikti vieną paslaugą pradedama teikti kita paslauga, pildoma nauja eilutė:

14.1. **22 skiltyje** „Atvykimo data (MM-mm-DD)“ turi būti rašoma paciento atvykimo į skyrių arba kitos paslaugos tame pačiame skyriuje teikimo pradžios data;

14.2. **23 skiltyje** „Išvykimo data (MM-mm-DD)“ turi būti rašoma paciento išvykimo iš skyriaus arba paslaugos teikimo pabaigos data;

14.3. **24 skiltyje** „Lovad.“ turi būti rašomas paslaugos teikimo skyriuje dienų (lovadienių) skaičius. Lovadienių skaičius apskaičiuojamas iš išvykimo datos atimant atvykimo datą. Jei pacientas atvyko ir išvyko iš skyriaus tą pačią dieną, šioje skiltyje rašomas

skaičius „1“ (nurodomas 1 lovadienis);

14.4. **25 skiltyje** „Skyrius“ turi būti rašomas skyriaus pavadinimas, kuriame gydomas pacientas;

14.5. **26 skiltyje** „Paslaugos kodas“ turi būti rašomas pacientui suteiktos asmens sveikatos priežiūros paslaugos (išskyrus aktyviojo gydymo) kodas pagal Asmens sveikatos priežiūros paslaugų ir sveikatos programose numatytų paslaugų, už kurias mokama iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto, klasifikatorių (toliau – Klasifikatorius), patvirtintą VLK direktoriaus 2005 m. birželio 30 d. Nr. 1K-81 įsakymu „Dėl Asmens sveikatos priežiūros paslaugų ir sveikatos programose numatytų paslaugų, už kurias mokama iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto, klasifikatoriaus patvirtinimo“ (Žin., 2005, Nr. [89-3363](#)). Teikiant aktyviojo gydymo paslaugas, šioje skiltyje nurodomas tik asmens, slaugančio vaiką (-us), paslaugos kodas;

14.6. **27 skiltyje** „TLK-10-AM“ turi būti rašomas pagrindinės diagnozės, pagal kurią skyriuje teikiama paslauga (išskyrus aktyviojo gydymo), kodas, vadovaujantis TLK-10-AM;

14.7. **28 skiltyje** „Gydytojas (vardas, pavardė, spaudo Nr.)“ turi būti rašomas gydančiojo (arba pacientą išrašiusio, arba perkėlusio į kitą skyrių) gydytojo vardas, pavardė ir gydytojo spaudo numeris (arba dedamas gydytojo spaudas);

14.8. **29 skiltyje** „Kaina %/Ap. lovad.“ turi būti nurodoma paslaugos bazinės kainos kompensuojamoji dalis procentais, vadovaujantis teisės aktų nustatyta tvarka. Jei už stacionarines asmens sveikatos priežiūros paslaugas mokama pagal faktinį lovadienių skaičių, šiame langelyje turi būti nurodomas lovadienių, už kuriuos turi mokėti teritorinė ligonių kasa, skaičius. Šioje skiltyje nurodant kompensuojamąją bazinės kainos dalį procentais, būtina laikytis šios sąlygos: jei vieno etapo metu teikiamos kelios tokios pačios transplantacijos paslaugos (žymimos tuo pačiu paslaugos kodu – jų kodas 26 skiltyje nurodomas tiek kartų, kiek buvo suteikta šių paslaugų), tik paskutinės iš šių paslaugų duomenų eilutės 29 skiltyje nurodoma kompensuojamoji bazinės kainos dalis procentais. Kiekvienos anksčiau suteiktos tos pačios paslaugos duomenų eilutės 29 skiltyje rašomas nulis;

14.9. **30 skiltyje** „Mokama suma (balais)“ turi būti rašoma už suteiktą paslaugą mokama suma balais, kuri apskaičiuojama Klasifikatoriuje nurodytą paslaugos bazinę kainą balais, galiojančią gydymo etapo paskutiniąją dieną, dauginant iš paslaugos bazinės kainos kompensuojamosios dalies procentais arba iš apmokamų lovadienių skaičiaus (jei mokama už lovadienius);

14.10. **31 skiltyje** „Etapo Nr.“ turi būti rašomas etapo numeris (du skaitmenys), nurodytas 32 langelyje;

14.11. duomenys apie vaiką slaugantį asmenį pateikiami I dalies lentelės „Gydymo skyriuje (-iuose) duomenys“ atskiroje eilutėje, prieš tai užpildžius vaiko duomenų eilutę (-es). Slaugančiojo asmens duomenų eilutės 26 skiltyje nurodomas paslaugos kodas, 31 skiltyje rašomas tas pats etapo numeris kaip ir vaiko duomenų eilutės (-čių) 31 skiltyje. Vaiko vieno gydymo etapo metu jį slaugančio asmens paslauga įrašoma vieną kartą (vaiką slaugančio asmens paslaugos teikimo data turi priklausyti tam pačiam etapui, kai buvo gydomas vaikas). Jei vieno etapo metu ši paslauga teikiama su pertraukomis, 29 skiltyje nurodomas suminis apmokamų lovadienių skaičius.

15. Dalį „Išrašymo duomenys“ pildo gydytojas, išrašantis pacientą iš stacionaro. Ekonominis šios dalies duomenis pildo įstaigos vadovo įgaliotas asmuo:

15.1. **65 A langelyje** „Išrašymo data“ rašoma paciento išrašymo, perkėlimo arba mirties data (metai, mėnuo, diena), o **65 B langelyje** – išrašymo valanda ir minutės;

15.2. **66 langelyje** „Lovadieniai“ rašoma paciento gydymo stacionare trukmė. Lovadienių skaičius apskaičiuojamas iš išrašymo datos atimant hospitalizavimo datą. Jei pacientas atvyksta ir išvyksta tą pačią dieną, šioje skiltyje rašomas skaičius „1“ (nurodomas 1 lovadienis);

15.3. **67 langelyje** „Etapų skaičius“ rašomas gydymo etapų skaičius;

15.4. **68 langelyje** „Paciento priemokos“ rašoma paciento primokėta suma (-os) litais už

jam gydyti skirtas medžiagas ir vaistus, ir (ar) procedūras bei tyrimus, ir (ar) buvimo ASPI sąlygas, ir (ar) kita pagal Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymo 49 straipsnyje nurodytą tvarką (Žin., 1994, Nr. [63-1231](#); 1998, Nr. [112-3099](#));

15.5. **69 langelyje** „Mokamos paslaugos“ rašoma paciento sumokėta suma (-os) litais už suteiktą paslaugą (-as) pagal Mokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų sąrašą ir kainas, patvirtintus Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 1999 m. liepos 30 d. įsakymu Nr. 357 „Dėl Mokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų sąrašo, kainų nustatymo ir jų indeksavimo tvarkos bei šių paslaugų teikimo ir apmokėjimo tvarkos“ (Žin., 1999, Nr. 67-2475), ir (ar) už planines paslaugas, gautas skubos tvarka, ir (ar) kita;

15.6. **70 A langelis** „Mokama iš PSDF“ žymimas (?), kai gydymo išlaidos apmokamos Privalomojo sveikatos draudimo fondo (toliau – PSDF) biudžeto lėšomis, vadovaujantis Lietuvos Respublikos teisės aktų nustatyta tvarka. **70 B langelyje** „Teritorinė ligonių kasa“ nurodoma gydymo išlaidas kompensuojanti teritorinė ligonių kasa. **70 C langelyje** „Bendra suma (balais)“ nurodoma bendra gydymo stacionare išlaidų suma balais, apskaičiuojama sudedant visų gydymo etapų išlaidas (kiekvieno gydymo etapo išlaidų suma nurodoma kortelės 63 langelyje).

III. KORTELĖS ANTROSIOS DALIES „ETAPO DUOMENYS“ PILDYMAS

16. Antrąją dalį „Etapo duomenys“ pildo pacientą gydantis ir (ar) išrašantis iš stacionaro gydytojas arba medicininės intervencijas atlikęs specialistas. Ekonominis šios dalies duomenis surašo įstaigos vadovo įgaliotas asmuo. **32 langelyje** „Etapo Nr.“ eilės tvarka turi būti nurodomas gydymo etapo numeris (01, 02 ir t. t.) ir gydymo rūšis: A – aktyviojo gydymo paslauga, I – ilgalaikio gydymo paslauga, R – medicininė reabilitacija, T – transplantacijos paslauga. Jei keičiasi gydymo rūšis (baigiamas paciento aktyvusis gydymas ir pradedamas ilgalaikis gydymas arba medicininė reabilitacija, arba atliekama transplantacija ir t. t.), tai yra – pradedamas naujas gydymo etapas, pildoma nauja kortelės antroji dalis – joje rašomi jau kito gydymo etapo duomenys. Ilgalaikio gydymo atveju kortelės antroji dalis iš naujo pildoma pasibaigus kiekvienam kalendoriniam mėnesiui (žr. 37 langelio aprašymą).

17. **33 langelyje** „Ligos istorijos Nr.“ turi būti rašomas ligos istorijos numeris (atitinkantis 5 langelyje nurodytą ligos istorijos numerį).

18. Lange „Priverstinis gydymas“ turi būti žymimas (?) vienas iš trijų langelių: **34 A langelis** „taip“ žymimas, jei pacientui taikomas priverstinis gydymas Lietuvos Respublikos teisės aktų nustatyta tvarka, **34 B langelis** „ne“ žymimas, jei pacientui netaikomas priverstinis gydymas, kitais atvejais žymimas **34 C langelis** „nežinoma“.

19. **35 A langelyje** „Etapo pradžios data“ turi būti rašoma etapo pradžios data (metai, mėnuo, diena), o **35 B langelyje** – etapo pradžios laikas (valanda ir minutės). Pirmojo etapo pradžios data ir laikas sutampa su hospitalizavimo data ir laiku. Kito etapo pradžios data ir laikas turi sutapti su ankstesnio etapo pabaigos data ir laiku.

20. Lange „Amžius“ turi būti pildomas vienas iš dviejų langelių: **36 A langelyje** „metai“ įrašomas asmens amžius metais (nuo 1 iki 124 metų) arba **36 B langelyje** „dienos“ – asmens amžius dienomis (nuo 1 iki 364/5 dienų). Amžius dienomis rašomas tik tuomet, jei pacientas yra jaunesnis nei vienerių metų. Amžius metais ir (arba) dienomis apskaičiuojamas iš hospitalizavimo datos atimant gimimo datą. Naujagimių, kurių gimimo data sutampa su hospitalizavimo data, amžius dienomis lygus 1, metais – 0. Pacientų, kurie neturi asmens tapatybę patvirtinančių dokumentų, gimimo data gali būti nenurodoma, tačiau amžius dienomis arba metais turi būti įrašomas.

21. **37 langelis** „Išankstinio mokėjimo etapas“ žymimas (?) ilgalaikio gydymo atveju, jei pasibaigus kalendoriniam mėnesiui (už kurį ilgalaikio gydymo atveju teritorinė ligonių kasa atsiskaito kaip už vieną gydymo etapą) šis gydymas tęsiamas. Siekiant užtikrinti tolygų mokėjimą už suteiktas ilgalaikio gydymo paslaugas, kiekvieno kalendorinio mėnesio pabaigoje užpildoma kortelės I dalies lentelės „Gydymo skyriuje (-iuose) duomenys“ viena

eilutė (22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30 ir 31 skiltys) ir visa kortelės II dalis „Etapo duomenys“ (surašomi ataskaitinio kalendorinio mėnesio duomenys). 56 A langelyje „Išrašymo būdas“ nurodomas skaitmuo 8, reiškiantis, kad baigėsi išankstinio mokėjimo etapas. Pasibaigus paciento ilgalaikiam gydymui (pradėjus jam taikyti kitos rūšies gydymą arba jį išrašius), kortelė pildoma bendra tvarka, II dalyje nurodant paskutinio ilgalaikio gydymo etapo duomenis, tačiau 37 langelis jau nežymimas, t. y. nenurodoma, kad tai išankstinio mokėjimo etapas.

22. **38 langelyje** „Svoris“ rašomas naujagimio (iki 28 dienų) svoris (100 g–9999 g) atvykimo į stacionarą metu. Šis langelis taip pat pildomas hospitalizuojant kūdikius iki vienerių metų, jei hospitalizavimo metu jų svoris mažesnis nei 2500 g.

23. Dalis „Klinikiniai ir ekonominiai duomenys“ pildoma taip:

23.1. lange „Pagrindinė diagnozė (TLK-10-AM)“ turi būti rašomas vienos diagnozės kodas (**39 A langelis**) ir pavadinimas (**39 B langelis**) pagal TLK-10-AM, atitinkantis pagrindinės diagnozės kriterijus, nurodytus Kodavimo standartuose (angl. *Australian Coding Standards – ACS*);

23.2. lange „Komplikacijos ir gretutinės ligos (TLK-10-AM, TLK-O)“ žymimas **40 A langelis** „Nepageidaujamas įvykis“, jeigu gydymo etapo metu įvyksta nepageidaujamas įvykis. Nepageidaujamas įvykis – nepageidaujamus padarinius pacientui galėjęs sukelti ar sukėlęs įvykis. Nepageidaujamą įvykį lemia daugelio aplinkybių tarpusavio sąveika, labiau – medicinos pagalbos teikimas ir organizavimas nei paciento liga ar būklė. **40 B langelyje** įrašomi visų komplikacijų ir gretutinių ligų kodai pagal TLK-10-AM, atitinkantys komplikacijų ir gretutinių ligų kriterijus, nurodytus Kodavimo standartuose. Taip pat šiame langelyje pagal TLK-10-AM nurodomas traumos (sužalojimo), apsinuodijimo ar kito nepageidaujamo poveikio išorinės priežasties kodas, įvykio vietos kodas ir veiklos, dėl kurios asmuo nukentėjo, kodas. Navikų morfologiniai kodai įrašomi pagal Tarptautinės onkologinių ligų klasifikacijos trečiąją leidimą, t. y. pagal TLK-10-AM priedą A „Navikų morfologija“. Pildant vieno etapo duomenis, gali būti nurodoma iki 30 skirtingų komplikacijų ir gretutinių ligų;

23.3. II dalies lentelėje „Medicininės intervencijos“ pateikiama informacija apie pacientui atliktas medicininės intervencijas, vadovaujantis Medicininių intervencijų klasifikacija (angl. *The Australian Classification of Health Interventions – ACHI*). Šioje lentelėje gali būti nurodoma iki 30 medicininių intervencijų. Kiekviena medicininė intervencija aprašoma užpildant vieną lentelės eilutę;

23.4. **41 skiltyje** „Data (MM-mm-DD)“ rašoma medicininės intervencijos atlikimo data;

23.5. **42 skilties** „Pagrind. med. interv.“ atitinkamas langelis žymimas (?) tik tuomet, kai 44 skiltyje nurodyta medicininė intervencija, atlikta vieno gydymo etapo metu, laikoma pagrindine. Jei vienu gydymo etapu atliekama tik viena medicininė intervencija, ji laikoma pagrindine. Jei vienu gydymo etapu atliekamos kelios medicininės intervencijos, pagrindine medicinine intervencija laikoma ta, kuri yra labiau gydomoji, o ne diagnostinė, ir yra labiau susijusi su pagrindine diagnoze;

23.6. **43 skiltyje** „ACHI kodas“ rašomas medicininės intervencijos kodas pagal Medicininių intervencijų klasifikaciją (ACHI), kurį sudaro septyni skaitmenys. Šioje skiltyje taip pat nurodomas medicininės intervencijos, atliktos gydymo etapo metu kitoje ASPĮ, kodas;

23.7. **44 skiltyje** „Pavadinimas“ rašomas medicininės intervencijos pavadinimas pagal Medicininių intervencijų klasifikaciją (ACHI);

23.8. **45 skiltis** „Paslaugos kodas“ pildoma tada, jei už kortelę pildančioje ASPĮ atliktą procedūrą ar tyrimą papildomai mokama PSDF biudžeto lėšomis teisės aktų nustatyta tvarka. Paslaugos kodas įrašomas pagal Klasifikatorių, nurodytą Taisyklių 14.5 punkte;

23.9. **46 skiltyje** „Specialistas (vardas, pavardė, spaudo Nr.)“ rašomas medicininę intervenciją atlikusio arba ją paskyrusio (jei medicininė intervencija atliekama kitoje ASPĮ) gydytojo (ar kito specialisto) vardas, pavardė ir spaudo numeris (arba dedamas specialisto

spaudas);

23.10. **47 skiltyje** „Mokama suma (balais)“ rašoma medicininės intervencijos, tyrimo ar procedūros bazinė kaina balais (nurodyta Klasifikatoriuje), galiojanti etapo paskutinę dieną, jei už juos papildomai mokama PSDF biudžeto lėšomis teisės aktų nustatyta tvarka;

23.11. **48 skiltyje** „Išlaidos kontrastui (balais)“ nurodoma tyrimui panaudotos kontrastinės medžiagos kaina balais. Kontrastinės medžiagos kaina litais prilyginama kontrastinės medžiagos kainai balais;

23.12. **49 skiltyje** „Atlikta kitoje ASPI“ atitinkamas langelis žymimas (?) tuomet, kai toje pačioje eilutėje nurodoma medicininė intervencija, atlikta kitoje ASPI arba kitos ASPI gydytojo pacientą hospitalizavusioje ASPI.

24. Jei pacientui suteikus ambulatorinę specializuotą paslaugą ir (ar) stebėjimo paslaugą, ir (ar) paslaugą priėmimo-skubiosios pagalbos skyriuje paaiškėja, kad jis turi būti gydomas stacionare ir jis iš karto hospitalizuojamas šias paslaugas suteikusiame ASPI, minėtų paslaugų išlaidos įskaičiuojamos į gydymo stacionare išlaidas, o pacientui atliktas medicininės intervencijas kortelėje registruoja jas atliekantis arba pacientą hospitalizuojantis gydytojas.

25. **50 langas** „Kraujas ir jo komponentai“ pildomas tada, jei gydymo etapo metu buvo taikomas gydymas krauju arba jo komponentais, o medicininių intervencijų lentelės 43 skiltyje nurodomas atitinkamas kodas pagal Medicininių intervencijų klasifikacijos (ACHI) 1893 kodų bloką „Kraujo ir jo produktų įvedimas“. Skiltyje „**Vnt.**“ nurodomas panaudotų kraujo komponentų, įvardytų Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2009 m. gruodžio 30 d. įsakyme Nr. V-1090 „Dėl Asmens sveikatos priežiūros įstaigos konservuoto kraujo ir jo komponentų panaudojimo metinės ataskaitos“ (Žin., 2010, Nr. [1-50](#)), vienetų skaičius.

26. **50 A langelyje** „Kraujo ir jo komponentų kainos koeficientas“ nurodomas vidutinės kraujo kainos (balais) ir aktyviojo gydymo atvejo bazinės kainos (balais) santykis (pildoma automatiškai).

27. **50 B langelyje** „Suma (balais), mokama už kraują ir jo komponentus“ nurodoma už kraują ir jo komponentus mokama suma balais (pildomas automatiškai).

28. **51 A langelyje** „Etapo pabaigos data“ turi būti rašoma etapo pabaigos data (metai, mėnuo, diena), o **51 B langelyje** – etapo pabaigos valanda ir minutės. Etapo pabaigos data turi sutapti su išrašymo data (jei pacientas išrašomas) arba kito gydymo etapo pradžios data (jei pradedamas kitas etapas).

29. **52 langelyje** „Lovadieniai“ turi būti nurodomas etapo lovadienių skaičius, apskaičiuojamas iš etapo pabaigos datos atimant šio etapo pradžios datą. Jei to paties etapo pradžios ir pabaigos datos sutampa, lovadienių skaičius lygus 1.

30. Lange „Dienos paslauga“ turi būti žymimas (?) vienas iš dviejų langelių: **53 A langelis** „ne“ arba **53 B langelis** „taip“. **53 B langelis** „taip“ žymimas, jei pacientas planine tvarka hospitalizuojamas ir išrašomas tą pačią dieną. Kitu atveju žymimas **53 A langelis** „ne“.

31. Langas „Siuntimas į medicininę reabilitaciją“ pildomas tada, jei pacientui išduodamas medicininės reabilitacijos, kurios išlaidos apmokamos PSDF biudžeto lėšomis, siuntimas: **54 A langelis** „ambulatorinę“ žymimas (?) tada, jei pacientui išduodamas ambulatorinės reabilitacijos siuntimas, o **54 B langelis** „stacionarinę“ – jei išduodamas stacionarinės reabilitacijos siuntimas.

32. Langas „Dienos chirurgija“ pildomas vadovaujantis Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2009 m. rugpjūčio 21 d. įsakymu Nr. V-668 „Dėl Dienos chirurgijos paslaugų teikimo reikalavimų, sąrašo, bazinių kainų ir apmokėjimo tvarkos aprašo patvirtinimo“ (Žin., 2009, Nr. [104-4363](#)): jei suteikta paslauga atitinka dienos chirurgijos teikimo reikalavimus, žymimas (?) **55 B langelis** „taip“, o **55 C langelyje** nurodomas dienos chirurgijos paslaugos grupės numeris (nuo I iki VI). Kitu atveju žymimas **55 A langelis** „ne“.

33. **56 A langelyje** „Išrašymo būdas“ turi būti nurodomas numeris pagal šį sąrašą:

1 – perkėlimas į kitą ligoninę dėl aktyviojo stacionarinio gydymo;

- 2 – perkėlimas į palaikomojo gydymo ir slaugos ligoninę;
- 3 – perkėlimas į psichiatrijos ligoninę;
- 4 – perkėlimas į medicininės reabilitacijos paslaugas teikiančią įstaigą dėl stacionarinės reabilitacijos;
- 5 – perkėlimas į kitą ligoninę, nenurodytą 1–4 punktuose;
- 6 – gydymo rūšies pasikeitimas toje pačioje ASPĮ;
- 7 – savavališkas išvykimas;
- 8 – išankstinio mokėjimo etapo pabaiga;
- 9 – mirtis;
- 10 – išrašymas namo arba kita (pvz., institucinė globos įstaiga, kūdikių namai, kardomojo kalinimo, laivės atėmimo vieta ir pan.).

Jei pasirenkamas išrašymo būdas, nurodytas 1–5 punktuose, papildomai pildomas langelis „Keliamas į ASPĮ“: **56 B langelyje** įrašomas ASPĮ (arba jos padalinio), į kurią perkeliamas pacientas, kodas pagal Juridinių asmenų registrą, o **56 C langelyje** – ASPĮ (arba jos padalinio) pavadinimas. Skaitmuo „6“, reiškiantis gydymo rūšies pasikeitimą, rašomas, jei paciento gydymo stacionare metu pasikeičia gydymo rūšis: po aktyviojo gydymo taikomas ilgalaikis gydymas arba medicininė reabilitacija, arba transplantacija, ir atvirkščiai.

34. Lange „Pagrindinė patologoanatominė diagnozė (TLK-10-AM)“ nurodomas pagrindinės patologoanatominės diagnozės kodas (**57 A langelis**) ir ligos pavadinimas pagal TLK-10-AM (**57 B langelis**). Šiuos langelius pildo skrodimą atliekantis gydytojas arba pacientą gydęs gydytojas pagal patologinio tyrimo protokolo duomenis.

35. **58 langelyje** „Patologoanatominės diagnozės: komplikacijos ir gretutinės ligos (TLK-10-AM, TLK-O)“ įrašomi skrodimo metu nustatytų komplikacijų ir gretutinių ligų kodai pagal TLK-10-AM. Taip pat įrašomi navikų morfologiniai kodai pagal Tarptautinės onkologinių ligų klasifikacijos trečiąjį leidimą – TLK-10-AM priedą A „Navikų morfologija“. Šiuos langelius pildo skrodimą atliekantis gydytojas arba pacientą gydęs gydytojas pagal patologinio tyrimo protokolo duomenis.

36. **59, 60, 61 ir 62 langeliai** pildomi taikant centralizuotą paslaugų grupavimą, jei gydymo rūšiai priskiriamos asmens sveikatos priežiūros paslaugos grupuojamos pagal DRG metodą. **59 langelyje** „DRG grupė“ nurodomas DRG grupės keturių ženklų kodas, **60 langelyje** „Pavadinimas“ – DRG grupės pavadinimas, **61 langelyje** „Koefficientas“ – DRG grupės koefficientas, **62 langelyje** „Kaina (balais)“ – vieno gydymo etapo kaina balais.

37. **61 A langelyje** „Bendras kainos koefficientas“ nurodoma DRG grupės koefficiento, kraujo ir jo komponentų kainos koefficiento, medicinos pagalbos priemonės (toliau – MPP) kainos koefficiento ir chemoterapinių vaistų kainos koefficiento suma (sudedami 61, 50 A, 80 ir 87 langeliuose nurodyti koefficientai) (pildoma automatiškai).

38. **62 A langelyje** „Bendra faktinė aktyviojo gydymo kaina (balais)“ nurodoma bendra faktinė aktyviojo gydymo atvejo kaina (sudedamos 50 B, 62, 81, 88 langeliuose nurodytos sumos).

39. **63 langelyje** „Suma (balais), mokama už gydymo etapą“ nurodoma gydymo etapo išlaidų suma balais (sudedamos 30, 47, 48 ir 62 A langeliuose nurodytos sumos).

40. **64 langelyje** „Pateikta“ nurodoma gydymo etapo duomenų arba kortelės (paciento išrašymo atveju) pateikimo teritorinei ligonių kasai elektroniniu būdu data.

41. Pacientą išrašantis gydytojas, baigęs pildyti kortelę ir patikrinęs, ar visi langeliai užpildyti teisingai, **71 langelyje** turi nurodyti savo vardą, pavardę, spaudo numerį ir pasirašyti. Jei išrašymo būdas **56 A langelyje** nurodomas skaitmeniu „6“ (gydymo rūšies pasikeitimas toje pačioje ASPĮ) arba skaitmeniu „8“ (išankstinio mokėjimo etapo pabaiga), gydytojas nurodo paciento gydymo ir etapo duomenis, išskyrus išrašymo duomenis.

42. **72 langelyje** „Atsakingasis asmuo, parašas“ turi pasirašyti asmuo, atsakingas už kortelės duomenų, įskaitant ekonominius duomenis, pildymą (įstaigos vadovo įgaliotas asmuo).

IV. KORTELĖS TREČIOSIOS DALIES „MEDICINOS PAGALBOS PRIEMONĖS IR VAISTAI, TURINTYS ĮTAKOS GYDYMO KAINAI“ PILDYMAS

43. Trečiąją dalį „Medicinos pagalbos priemonės ir vaistai, turintys įtakos gydymo kainai“ pildo pacientą gydantis ir (ar) išrašantis iš stacionaro gydytojas arba medicininės intervencijas atliekantis gydytojas. Ekonominius šios dalies duomenis surašo įstaigos vadovo įgaliotas asmuo. **73 langelyje** „Etapo Nr.“ nurodomas etapo numeris (atitinkantis 32 langelyje nurodytą etapo numerį).

44. **74 langelyje** „Ligos istorijos Nr.“ rašomas ligos istorijos numeris (atitinkantis 5 langelyje nurodytą ligos istorijos numerį).

45. III dalies lentelėje „Medicinos pagalbos priemonės (MPP), naudojamos intervencinės radiologijos procedūroms atlikti“ pateikiama informacija apie MPP, panaudotas pacientui gydyti:

45.1. **75 skiltyje** „Data (MM-mm-DD)“ nurodoma atitinkamos MPP panaudojimo data;

45.2. **76 skiltyje** „Kodas“ yra nurodyti MPP kodai;

45.3. **77 skiltyje** „Pavadinimas“ yra nurodyti MPP pavadinimai;

45.4. **78 skiltyje** „Naudota priemonė“ atitinkamos MPP (panaudotos pacientui gydyti) eilutėje žymima (?);

45.5. **79 skiltyje** „Gydytojas (vardas, pavardė, spaudo Nr.)“ atitinkamos MPP eilutėje rašomas gydytojo, panaudojusio MPP paciento gydymui, vardas, pavardė ir gydytojo spaudo numeris arba dedamas gydytojo spaudas.

46. **80 langelyje** „MPP kainos koeficientas“ nurodomas MPP, panaudotos pacientui gydyti, kainos (balais) ir aktyviojo gydymo atvejo bazinės kainos (balais) santykis (pildoma automatiškai).

47. **81 langelyje** „Suma (balais), mokama už MPP“ nurodoma suma (balais), mokama už panaudotas MPP (pildoma automatiškai).

48. III dalies lentelėje „Chemoterapiniai vaistai“ pateikiami duomenys apie chemoterapinius vaistus, kuriais buvo gydomas pacientas. Duomenys apie kiekvieną vaistą pateikiami atskiroje eilutėje:

48.1. **82 skiltyje** „Data (MM-mm-DD)“ rašoma data, kai buvo pradėtas vartoti chemoterapinis vaistas;

48.2. **83 skiltyje** „ATC kodas“ nurodytas chemoterapinio vaisto anatomicinis terapinis cheminis (toliau – ATC) kodas;

48.3. **84 skiltyje** „Pavadinimas“ nurodytas chemoterapinio vaisto pavadinimas;

48.4. **85 skiltyje** „Vartoti vaistai“ atitinkamo vaisto (kuriuo buvo gydomas pacientas) eilutėje žymima (?);

48.5. **86 skiltyje** „Gydytojas (vardas, pavardė, spaudo Nr.)“ rašomas vaistą skyrusio arba gydančiojo gydytojo vardas, pavardė ir gydytojo spaudo numeris arba dedamas gydytojo spaudas.

49. **87 langelyje** „Chemoterapinių vaistų kainos koeficientas“ nurodomas chemoterapinio vaisto kainos (balais) ir aktyviojo gydymo atvejo bazinės kainos (balais) santykis (pildoma automatiškai).

50. **88 langelyje** „Suma (balais), mokama už chemoterapinius vaistus“ nurodoma suma balais, mokama už chemoterapinius vaistus, kuriais buvo gydomas pacientas (pildoma automatiškai).

V. KORTELĖS KETVIRTOSIOS DALIES „CENTRALIZUOTAI PERKAMI VAISTAI IR MEDICINOS PAGALBOS PRIEMONĖS“ PILDYMAS

51. IV dalies lentelėje „Centralizuotai perkami vaistai ir medicinos pagalbos priemonės“ pateikiami duomenys apie pacientui gydyti panaudotus centralizuotai perkamus MPP ar skirtus vaistus. Duomenys apie kiekvieną MPP ar vaistą pateikiami atskiroje eilutėje:

51.1. **89 skiltyje** „Data (MM-mm-DD)“ rašoma data, kai pacientas buvo pradėtas gydyti centralizuotai perkamais vaistais ar MPP;

51.2. **90 skiltyje** „Vaisto arba MPP NPAKID“ nurodomas centralizuotai perkamo vaisto arba MPP, kuriais buvo gydomas pacientas, identifikavimo kodas pagal Kompensuojamųjų vaistinių preparatų ir medicinos pagalbos priemonių klasifikatorių, tvarkomą VLK;

51.3. **91 skiltyje** „CP straipsnis“ nurodomas centralizuoto pirkimo straipsnio kodas pagal Centralizuotų pirkimų straipsnių klasifikatorių, tvirtinamą VLK direktoriaus įsakymu;

51.4. **92 skiltyje** „Vaisto arba MPP pavadinimas“ rašomas pacientui skirto centralizuotai perkamo vaisto arba MPP pavadinimas;

51.5. **93 skiltyje** „Matas“ nurodomas pacientui skirto centralizuotai perkamo vaisto arba MPP matas (pvz., „tab.“, „but.“ ir t. t.);

51.6. **94 skiltyje** „Kiekis“ nurodomas pacientui skirto centralizuotai perkamo vaisto arba MPP kiekis;

51.7. **95 skiltyje** „Gydytojas (vardas, pavardė, spaudo Nr.)“ rašomas vaistą skyrusio arba gydančiojo gydytojo vardas, pavardė ir gydytojo spaudo numeris arba dedamas gydytojo spaudas;

51.8. **96 skiltyje** „Kaina (litas)“ rašoma pacientui skirto centralizuotai perkamo vaisto arba MPP kaina litais. Ši skiltis pildoma automatiškai kortelės registravimo informacinėje sistemoje „Sveidra“ metu. Centralizuotai perkamo vaisto arba MPP kaina skaičiuojama pagal jų deklaruojamą kainą (skelbiamą Kompensuojamųjų vaistinių preparatų ir medicinos pagalbos priemonių klasifikatoriuje), galiojusią pirmąjį gydymo šiuo vaistu ar MPP dieną.

VI. KORTELĖS PATEIKIMAS

52. ASPI užpildytą kortelę pateikia tai teritorinei ligonių kasai, kurios veiklos zonoje yra:

52.1. PAASPI, prie kurios pacientas yra prisirašęs;

52.2. paslaugą suteikusi ASPI – jei asmuo neidentifikuotas ar neprisirašęs prie PAASPI;

52.3. PAASPI, prie kurios yra prisirašiusi kūdikio motina – jei stacionarinė asmens sveikatos priežiūros paslauga suteikiama neregistruotam Gyventojų registre naujagimiui.

53. Kortelėje nurodyti gydymo etapo duomenys priskiriami tam ataskaitiniam laikotarpiui (ataskaitinis laikotarpis – kalendorinis mėnuo), kurio metu baigiasi gydymo etapas. Kortelė pateikiama teritorinei ligonių kasai ne vėliau kaip iki kito mėnesio 10 dienos. Jei kortelė nepateikiama laiku, ASPI ją gali pateikti teritorinei ligonių kasai tik abiejų šalių raštišku sutikimu.

54. Teritorinė ligonių kasa patikrina ir patvirtina ASPI pateiktas korteles bei pagal jas parengtas ekonomines ataskaitas, kurių formos tvirtinamos VLK direktoriaus įsakymu.

VII. KORTELĖS TIKSLINIMO IR ANULIAVIMO TVARKA

55. Pasibaigus ataskaitiniam laikotarpiui ir pateikus teritorinei ligonių kasai ekonomines ataskaitas, kortelių ir ekonominių ataskaitų duomenys gali būti keičiami tik abiejų šalių raštišku sutikimu.

56. Kortelė tikslinama, jei pateikiami klaidingi duomenys apie pacientą ir jam suteiktas paslaugas. Jei tikslinami vieno kurio nors etapo duomenys, teritorinei ligonių kasai turi būti pateikta patikslinta kortelė su visų etapų duomenimis. Naujo etapo registravimas nebaigtoje pildyti kortelėje nelaikomas kortelės tikslinimu.

57. Kortelė anuliuojama, jei joje nurodytos stacionarinės asmens sveikatos priežiūros paslaugos nebuvo suteiktos arba buvo suteiktos ne tam asmeniui, kurio kortelė pateikiama teritorinei ligonių kasai.

58. Dėl kortelės tikslinimo ar anuliavimo ASPI kreipiasi į teritorinę ligonių kasą raštu. Kortelės ekonominiai duomenys gali būti tikslinami einamaisiais biudžetiniais metais. Kortelės klinikiniai duomenys gali būti tikslinami jos saugojimo laikotarpiu, vadovaujantis

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 1999 m. lapkričio 29 d. įsakymu Nr. 515 „Dėl Sveikatos priežiūros įstaigų veiklos atskaitomybės tvarkos“ (Žin., 1999, Nr. [103-2972](#)).
Teritorinė ligonių kasa informuoja ASPĮ apie leidimą tikslinti ar anuluoti kortelės duomenis.
