# **AMBULATORĀ PACIENTA TALONA**

**(veidlapa Nr.024/u) AIZPILDĪŠANAS VADLĪNIJAS**

***VISPĀRĪGIE NOTEIKUMI***

Ambulatorā pacienta talons (turpmāk – talons) ir medicīniskās uzskaites dokuments, ko apstiprinājis Latvijas Republikas Ministru kabinets 2006. gada 4. aprīļa 265. noteikumu „Medicīnisko dokumentu lietvedības kārtība” (turpmāk – Noteikumi Nr.265) 45. pielikumā. Talons nodrošina ambulatorā darba statistikas datu iegūšanu un ambulatori veiktā darba apmaksas aprēķināšanu. Talonu aizpilda atbilstoši Noteikumu Nr.265 noteiktajai kārtībai un normatīvajiem aktiem, kas nosaka elektronisko dokumentu lietošanas kārtību.

Talona aizpildīšanai nepieciešamie klasifikatori ir pieejami Nacionālā veselības dienesta (turpmāk – Dienests) mājas lapā https://www.vmnvd.gov.lv/lv/klasifikatori

## TALONA AIZPILDĪŠANA

1. Talons sastāv no nenumurētās un numurētās sadaļas.
2. Nenumurētā talona sadaļā tiek norādīta talona sērija un numurs. Kopējais zīmju skaits šajā sadaļā nedrīkst pārsniegt 9 simbolus. Talona sērija un numurs ir unikāli iestādes ietvaros.
3. Talona numurētās sadaļas aizpilda tikai ārstniecības persona. Personas, kas aizpilda talonus par valsts apmaksātajiem ambulatorajiem pakalpojumiem, nosaka starp Dienestu un pakalpojumu sniedzēju savstarpēji noslēgtais līgums par ambulatoro pakalpojumu sniegšanu un pakalpojumu apmaksas kārtību.
4. Ierakstā „Maksātājs” atzīmē attiecīgo maksātāju par aprūpes epizodi1:
   1. ja aprūpes epizodi apmaksā valsts, kā maksātāju uzrāda tikai „0 – valsts”, neatkarīgi no tā, kas sedz pacientu līdzmaksājumu;
   2. ja pacients ir ārzemnieks, kuram nav piešķirts Latvijas Republikas Iedzīvotāju reģistra personas kods, lauku „Maksātājs” aizpilda sekojoši:
      1. personām, kas saņem veselības aprūpes pakalpojumus, uzrādot citās Eiropas Savienības un Eiropas Ekonomikas zonas dalībvalstīs, Šveices Konfederācijā vai Apvienotajā Karalistē izdotu E veidlapu, Eiropas veselības apdrošināšanas karti vai Eiropas veselības apdrošināšanas karti aizvietojošo sertifikātu, kā maksātāju norāda „0-valsts”;
      2. personām, kas ir Eiropas Savienības, Eiropas Ekonomikas zonas dalībvalstu, Šveices Konfederācijas vai Apvienotās Karalistes iedzīvotāji bez derīgas Eiropas Savienības un Eiropas Ekonomikas zonas dalībvalstīs izdotas E veidlapas, Eiropas veselības apdrošināšanas kartes vai Eiropas veselības apdrošināšanas karti aizvietojoša sertifikāta, maksātājs ir „4 – cits”;
      3. pacientam, kas ir no kādas valsts, ar kuru Dienestam noslēgts starpvalstu līgums par neatliekamās palīdzības sniegšanu un apmaksu, tiem sniedzot neatliekamo palīdzību, kā maksātājs tiek norādīta „0-valsts”;
      4. ārzemniekam, kas uzrāda savas valsts apdrošināšanas polisi, gadījumos, kad pacients apmaksā visu ārstēšanās gadījumu, kā maksātāju norāda „1-pacients”. Apdrošināšanas sabiedrība netiek uzrādīta. Apdrošināšanas sabiedrību nenorāda arī tad, ja ārzemnieka valsts apdrošināšanas sabiedrība sedz pacienta līdzmaksājumu;
5. Ierakstā „Apdrošinātāja kods” norāda apdrošinātāja kodu pēc Apdrošināšanas sabiedrību klasifikatora, ja ārstēšanās izdevumus vai pacienta līdzmaksājumu apmaksā apdrošinātājs. Ieraksts nav obligāti aizpildāms.
6. Ierakstā “Aprūpes epizodes sākums” norāda aprūpes epizodes sākuma datumu šādā formātā: "DD.MM.YYYY" (datums (2 simboli), mēnesis (2 simboli), gads (četri simboli)).
7. Ierakstā “Aprūpes epizodes beigas” norāda aprūpes epizodes beigu datumu – pēdējo kontaktu ar ārstniecības personu aprūpes epizodes laikā. Ja aprūpes epizode (konkrētās saslimšanas gadījuma ārstēšanas periods) ir ilgāks par 30 kalendārām dienām, ārstniecības persona pabeidz talona aizpildīšanu līdz 30.dienai kopš aprūpes epizodes uzsākšanas dienas. Tādā gadījumā ar pacienta nākamo apmeklējumu sākas jauna aprūpes epizode.
8. Ierakstu „E formas veids” aizpilda personām, kas saņem veselības aprūpes pakalpojumus, uzrādot citās Eiropas Savienības un Eiropas Ekonomikas zonas dalībvalstīs, Šveices Konfederācijā vai Apvienotajā Karalistē izdotu E veidlapu, Eiropas veselības apdrošināšanas karti vai Eiropas veselības apdrošināšanas karti aizvietojošu sertifikātu. Ierakstā norāda dokumenta veidu, kas apliecina tiesības saņemts valsts garantēto veselības aprūpi atbilstoši uzrādītajam dokumentam.
9. Dokumentā norādītā informācija jāievada Vadības informācijas sistēmā un dokumenta kopija ir jāpievieno ambulatorā pacienta medicīniskai kartei.
10. Sadaļā „Ārstniecības persona” norādīti ārstniecības personas, kas sniedz veselības aprūpes pakalpojumu, dati: ārstniecības personas kods un identifikators, specialitātes kods, iestādes kods un nosaukums. Specialitātes kodu norāda atbilstoši Ārstniecības personu klasifikatoram, iestādes kodu un nosaukumu norāda atbilstoši Ārstniecības iestāžu reģistram.
11. Ierakstā “Struktūrvienība” atzīmē to struktūrvienību, kurā sniedz ambulatoros pakalpojumus – „1 - uzņemšanas nodaļa”, „2 – traumpunkts”, „3 - neatliekamās medicīniskās palīdzības stacija”, „4 - dienas stacionārs”, „5 – dežūrārsts”. Pārējos gadījumos tiek norādīts „0 – cits”. Struktūrvienību „2 – traumpunkts” atzīmē, kad veselības aprūpes pakalpojums tiek sniegts steidzamās medicīniskās palīdzības punktā. Struktūrvienības „2 – traumpunkts” vai „5 – dežūrārsts” atzīmē, ja samaksa par sniegtajiem veselības aprūpes pakalpojumiem tiek veikta saskaņā ar fiksētā ikmēneša maksājuma(tāmes finansējums) principiem.
12. Ierakstā “Pacienta grupa” norāda pacienta grupu atbilstoši Dienesta „Pacientu grupu klasifikatoram”. Ja pacients pieder pie vairākām grupām, jāuzrāda visas.
13. Ierakstā „Vārds, uzvārds” norāda pacienta vārdu un uzvārdu atbilstoši uzrādītā personu apliecinoša dokumenta transkripcijai, nelatviskojot.
14. Ierakstā „Personas kods” norāda Latvijas Republikas Iedzīvotāju reģistra piešķirto vienpadsmit zīmju personas kodu;

14.1. Ja pacients ir ārzemnieks, kam piešķirts Latvijas Republikas Iedzīvotāju reģistra personas kods, uzrāda šo kodu un kā valsti Latviju - “LV”. Ja pacients ir ārzemnieks bez Latvijas Republikas Iedzīvotāju reģistra personas koda, uzrāda viņa dzimšanas datus atbilstoši 14.2 punktā norādītajam formātam un valsti pēc ISO valstu klasifikatora. Šādai personai aizpilda arī lauku „Ārzemnieka identifikācijas kods”;

14.2. Ja pacienta personas kods nav zināms vai nav vēl piešķirts, norāda nepilno personas kodu sekojošā formātā: pirmajās sešās rūtiņās rakstāms pacienta dzimšanas datums un septītajā rūtiņā jānorāda personas dzimšanas gadsimts – ja pacients dzimis 19... gadā, tad rakstāms - 1, ja 20... gadā, tad – 2, pārējās rūtiņas atstāj tukšas. Minētais formāts attiecas arī jaunā tipa personas kodiem, kas sākas ar “32”. Ja pacienta dzimšanas dati nav zināmi, tos piešķir kā nosacītus, aptuveni novērtējot pacienta vecumu. Laukam vienmēr jābūt aizpildītam.

1. Ierakstā „Dzimums” atzīmē pacienta dzimumu: „1 – vīrietis”, „2 – sieviete”.
2. Ierakstu „Ārzemnieka identifikācijas kods” aizpilda, ja pacients ir ārzemnieks, kam nav piešķirts Latvijas Republikas Iedzīvotāju reģistra personas kods. Šajā gadījumā ierakstā norāda personas identifikācijas kodu no personu apliecinoša dokumenta.
3. Ierakstā „Dzīvesvietas adrese” norāda pacienta uzrādīto dzīves vietas adresi: iela, nams, dzīvokļa numurs/mājas nosaukums, pilsēta/pagasts, novads;
   1. ierakstā „Administratīvais teritorijas kods” norāda dzīves vietas ATVK kodu saskaņā ar Centrālās statistikas pārvaldes izdoto Latvijas Republikas administratīvo un teritoriālo vienību klasifikatoru;
   2. ierakstā „Valsts” norāda valsts nosaukumu un valsts kodu pēc ISO valstu klasifikatora.
4. Ierakstos „Diagnozes kods pēc SSK-10” uzrāda SSK - 10 klasifikatora četrzīmju kodus, izņemot gadījumus, ja klasifikatorā diagnozei norādīts vairāk par 4 zīmēm. Lauku „Diagnoze profilaktiskajā apskatē” pilda, ja, veicot profilaktisko apskati valsts noteiktajā kārtībā, tiek konstatētas veselības problēmas un noteikta slimības diagnoze.

19. Ierakstu „Ārsts - nosūtītājs” aizpilda, ja pacientam ambulatorā pakalpojuma saņemšanai ir nosūtījums. Šajā ierakstā norāda ārsta, kurš ir nosūtījis pacientu, datus: ārsta personas kodu un identifikatoru, specialitātes kodu, iestādes, kurā ārsts strādā, kodu un nosaukumu. Specialitātes kodu norāda atbilstoši Ārstniecības personu klasifikatoram, iestādes kodu un nosaukumu norāda atbilstoši Ārstniecības iestāžu reģistram. Veicot pacienta dinamisko novērošanu, speciālists katrā nākamajā aprūpes epizodē kā ārstu nosūtītāju var norādīt sevi.

20. Ierakstā „Aprūpes epizode sakarā ar” atzīmē vajadzīgo aprūpes epizodes veidu (1-7). Vienā talonā norāda tikai viena veida aprūpes epizodi, sakarā ar kuru pacients griezies pie atbilstošā veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēja. Palīgkabinetos (laboratorijā, funkcionālās diagnostikas, radioloģijas u.c. kabinetos) izdarīto manipulāciju un izmeklējumu gadījumā atzīmē aprūpes epizodi “7”. Aprūpes epizodes kodu „4” atzīmē tikai profilaktisko apskašu, patronāžu, vakcināciju un skrīninga gadījumos, kuri noteikti Latvijas Republikas Ministru kabineta 2018. gada 28. augusta 555. noteikumu „Veselības aprūpes pakalpojumu organizēšanas un samaksas kārtība” (turpmāk – Noteikumi Nr. 555) 1. pielikumā „Profilaktiskās apskates (izmeklējumi) un sirds un asinsvadu slimību riska noteikšana” (turpmāk - Profilakses programma) un 7., 71. un 72.punktā, kā arī Dienesta mājas lapā publicētajos Valsts organizētā vēža skrīninga sniegšanas nosacījumos (turpmāk – Skrīninga programma). Aprūpes epizožu kodus “1 – 6” lieto ārsti un var lietot arī primārajā veselības aprūpē strādājošie ārstu palīgi un medicīnas māsas, kā arī ārstu palīgi un medicīnas māsas, veicot veselības aprūpi mājās, ja tas noteikts Dienesta un pakalpojumu sniedzēja līgumā par ambulatoro pakalpojumu sniegšanu un apmaksu.

21.1. Ģimenes ārsti bērnu profilaktiskās apskates veic atbilstoši Profilakses programmas 1.punktam, bet pieaugušo profilaktiskās apskates – 2.punktam:

21.1.1. ja ģimenes ārsts, atbilstoši Profilakses programmā noteiktajām profilaktiskajām apskatēm, pacientam veic profilaktisko apskati, talonā jānorāda manipulācija ,,*60443 - Pieaugušo (vecumā līdz 65 gadiem) profilaktiskās apskates, ko veic ģimenes ārsts*” (turpmāk – manipulācija 60443), ,,*60444 - Pieaugušo (vecumā no 65 gadiem) profilaktiskās apskates, ko veic ģimenes ārsts*” (turpmāk – manipulācija 60444) vai ,,*01061 - Bērnu profilaktiskās apskates, ko veic ģimenes ārsts”* (turpmāk – manipulācija 01061*))*, 4.aprūpes epizode un 16.pacientu grupa. Pacienta līdzmaksājums nav jāiekasē, tas tiek kompensēts no valsts budžeta līdzekļiem Noteikumos Nr.555 paredzētajā apmērā;

21.1.2. ja viena apmeklējuma laikā ģimenes ārsts veic gan pacienta profilaktisko apskati atbilstoši Profilakses programmā noteiktajām profilaktiskajām apskatēm , gan sniedz pakalpojumus saistībā ar saslimšanu, tiek iekasēts pacienta līdzmaksājums Noteikumos Nr.555 paredzētajā apmērā. Šajā gadījumā aizpilda vienu talonu, papildus norādot manipulāciju ,,*60405 -* *Pieaugušo profilaktiskās apskates, ko veic ģimenes ārsts, izmeklējot pacientu ar saslimšanu”* vai manipulāciju ,,*01066 -* *Piemaksa par ģimenes ārsta veiktu profilaktisko apskati, izmeklējot pacientu ar saslimšanu (apmaksā tikai bērniem)”.* Talonā atzīmē aprūpes epizodi 1.,2.,3.,5. vai 6. un atbilstošu pacientu grupu;

21.1.3. ja ģimenes ārsts tiek apmeklēts, lai veiktu tikai no valsts budžeta līdzekļiem apmaksātu kārtējo vakcināciju vai revakcināciju, talonā norāda manipulāciju ,,*01018 - Ārsta konsultācija pirms vakcinācijas. Nenorāda kopā ar manipulāciju 01061, 60443 un 60444”*, manipulācijas par vakcīnas ievadi ,,*03081 -* *Vakcīnas ievadīšana ādā, zemādā un muskulī*” vai ,,*03082* - *Vakcīnas ievadīšana perorāli”* (turpmāk – manipulācija 03081 vai 03082) un veiktās vakcinācijas attiecīgo manipulācijas kodu, 4.aprūpes epizodi un 23.pacientu grupu;

21.1.3.1. ja ģimenes ārsts viena apmeklējuma laikā veic profilaktisko apskati un vakcināciju, aizpilda vienu talonu, norādot manipulāciju par profilaktisko apskati (01061, 60443 vai 60444)*,* manipulāciju par vakcīnas ievadi (03081 vai 03082) un veiktās vakcinācijas attiecīgo manipulācijas kodu, 4. aprūpes epizodi, 16. un 23.pacientu grupu. Viena apmeklējuma laikā kopā neuzskaita profilaktiskās apskates manipulācijas (60443, 60444 vai 01061) un konsultācijas pirms vakcinācijas manipulāciju (01018). Pacienta līdzmaksājums nav jāiekasē, tas tiek kompensēts no valsts budžeta līdzekļiem Noteikumos Nr.555 paredzētajā apmērā;

21.1.3.2. ja viena apmeklējuma laikā ģimenes ārsts pacientam sniedz pakalpojumus saistībā ar saslimšanu un veic vakcināciju, tiek iekasēts pacienta līdzmaksājums atbilstoši Noteikumos Nr.555 paredzētajam apmēram. Šajā gadījumā aizpilda vienu talonu, norādot aprūpes epizodi 1.,2.,3.,5 vai 6. Papildus norāda vakcīnas ievades manipulācijas (03081 vai 03082) un veiktās vakcinācijas attiecīgo manipulācijas kodu.

21.2. oftalmologu bērnu profilaktiskās apskates notiek atbilstoši Profilakses programmas 1.punktam:

21.2.1. ja oftalmologs veic pacienta profilaktisko apskati atbilstoši Profilakses programmā noteiktajam, talonā jānorāda manipulācija ,,*01065 - Oftalmologa veikta profilaktiskā apskate*” (turpmāk – manipulācija 01065), 4. aprūpes epizode, pamatdiagnozes SSK-10 kods Z01.0 un 16.pacientu grupa. Pacienta līdzmaksājums tiek kompensēts no valsts budžeta līdzekļiem Noteikumos Nr.555 paredzētajā apmēŗā

21.2.2. ja viena apmeklējuma laikā oftalmologs veic gan pacienta profilaktisko apskati atbilstoši Profilakses programmā noteiktajam, gan sniedz pakalpojumus saistībā ar saslimšanu, aizpilda vienu talonu, uzrādot manipulāciju 01065 un papildus veiktās manipulācijas, kas nedublē Profilakses programmā ietvertās acu un redzes pārbaudes, nenorādot manipulācijas ,,*17005 -Objektīvā refrakcijas noteikšana ar skiaskopijas metodi*”, ,,*17007 -* *Retinoskopija bērniem līdz 8 gadu vecuma*, ”,,*17015 -* *Redzes asuma noteikšana tuvumā vai tālumā bērniem līdz 8 gadu vecumam”*, ,,*17017 -* *Redzes asuma noteikšana tuvumā vai tālumā*, ”,,*17040 -* *Slēptās šķielēšanas un šķielēšanas kvalitatīva pārbaude*”, ,,*17042 -* *Stereoredzes pārbaude tuvumā, tālumā (Lang, TNC un "Mušas" testi*, ”, ,,*17045 -* *Binokulāro funkciju pārbaude, izmantojot sinoptoforu (Maddox tests,* ”,,*17052 -* *Abu acu kustības diferenciālanalīz*, ”,,*17085 -* *Tiešā oftalmoskopija abām acī*”. Talonā norāda 4. aprūpes epizodi, pamatdiagnozes SSK-10 kodu Z01.0, saslimšanai atbilstošu blakus diagnozes kodu un 16.pacientu grupu. Pacienta līdzmaksājums tiek kompensēts no valsts budžeta līdzekļiem Noteikumos Nr.555 paredzētajā apmērā.

21.3 Ginekologs un dzemdību speciālists dzemdes kakla vēža skrīningu veic atbilstoši Dienesta tīmekļvietnē publicētajiem Valsts organizētā dzemdes kakla vēža skrīninga nosacījumiem:

21.3.1. ja ginekologs, dzemdību speciālists atbilstoši Skrīninga programmas nosacījumiem pacientei veic dzemdes kakla vēža skrīningu, talonā norāda manipulāciju ,,*01004 -* *Ginekologa, dzemdību speciālista ginekoloģiskā apskate valsts organizētās vēža skrīningprogrammas ietvaros”* (turpmāk – manipulācija 01004) un manipulāciju ar kodu “*01095 - Dzemdes kakla materiāla paņemšana šķidruma citoloģijas vai HPV noteikšanai”* (turpmāk – manipulācija 01095), 4.aprūpes epizodi, pamatdiagnozes SSK-10 kodu Z01.4 un 16.pacientu grupu. Pacienta līdzmaksājums tiek kompensēts no valsts budžeta līdzekļiem Noteikumos Nr.555 paredzētajā apmērā.

21.3.2. ja viena apmeklējuma laikā ginekologs, dzemdību speciālists pacientei veic valsts organizētā dzemdes kakla vēža skrīningu atbilstoši Skrīninga programmā noteiktajam un sniedz pakalpojumus saistībā ar saslimšanu, tad aizpilda divus talonus – Skrīninga programmas talonu, kurā norāda tikai manipulāciju 01095, 4. aprūpes epizodi, pamatdiagnozes SSK-10 kodu Z01.4 un 16.pacientu grupu, pacienta līdzmaksājums šajā talonā netiek aprēķināts. Otrā talonā ar apmeklējumu saslimšanas dēļ, norāda papildus veiktās manipulācijas (izņemot manipulācijas (01095 un 01004), aprūpes epizodi 1.,2.,3.,5. vai 6 un atbilstošu pacientu grupu. Tiek iekasēts pacienta līdzmaksājums Noteikumos Nr.555 paredzētajā apmērā.

22. Ierakstā „Apmeklējumu skaits aprūpes epizodē” norāda ambulatoro ārsta apmeklējumu skaitu aprūpes epizodes laikā – atsevišķi ārstniecības iestādē un mājās pēc pacienta izsaukuma vai pēc ārstniecības personas iniciatīvas. Gan apmeklējumiem ārstniecības iestādē, gan mājās atsevišķi jāuzrāda neatliekamo apmeklējumu skaits sakarā ar neatliekamās palīdzības sniegšanu atbilstoši Noteikumu Nr.555 nosacījumiem.

23. Ierakstā „Palīdzības veids” parasti atzīmē palīdzības veidu “0 – Cits . Pārējos palīdzības veidus norāda šādos gadījumos: „1” – ja stacionārā esošam pacientam tiek sniegti ambulatori pakalpojumi citā ārstniecības iestādē pēc stacionāra ārstējošā ārsta nosūtījuma; „2” – ja pacientam tiek sniegta konsultācija; „3” – ja veselības aprūpes pakalpojumu sniedz normatīvajos aktos noteiktie tiešās pieejamības speciālisti.

24. Ierakstā „Izdarītie izmeklējumi un manipulācijas” norāda veikto manipulāciju kodus un skaitu. Manipulāciju kodus norāda atbilstoši Dienesta tīmekļvietnē publicētajam manipulāciju sarakstam.

25. Ierakstā „Nosūtīts” norāda pacientam izsniegto nosūtījumu: „1- pie speciālista”, „2- stacionēšanai”; „3 - uz palīgkabinetu”. Ja pacientam vienas aprūpes epizodes laikā izsniegti vairāki nosūtījumi, piemēram, pie speciālista un uz palīgkabinetu, uzrāda abus, t.i., „1” un „3”.

26. Ierakstu “Ārsts aizvietotājs” aizpilda ģimenes ārsta aizvietošanas gadījumā, ja atbilstoši Noteikumiem Nr.555 veikto darbu jāuzskaita ārstam, kurš tiek aizvietots. Šādā gadījumā talona II. sadaļā “Ārstniecības persona” norāda informāciju par aizvietojamo ārstniecības personu (personas kodu un identifikatoru).

**1** *Aprūpes epizode ir laika periods no brīža, kad ar pacienta veselības problēmu sastopas veselības aprūpes pakalpojuma sniedzējs (pacienta pirmais kontakts ar veselības aprūpes pakalpojuma sniedzēju), līdz attiecīgās pacienta problēmas atrisinājumam. Minētais nozīmē, ka pacienta konkrētās problēmas risināšanas gaitā pie viena un tā paša ārsta var būt vairāki ambulatorie apmeklējumi viena un tā paša saslimšanas gadījuma sakarā. Tā kā aprūpes epizodes ilgums var būt no vienas līdz 30 dienām, 30 dienu laikā ir iespējams, ka pacients saslimst  ar kādu citu slimību, turklāt tiek apmeklēts viens un tas pats ārsts. Tādos gadījumos sākas jauna aprūpes epizode. Šīs situācijas (vairākas aprūpes epizodes pie viena ārsta 30 dienu laikā) ir jāvērtē atbilstoši ierakstiem  medicīniskajā dokumentācijā, lai izlemtu, vai jaunā epizode ir iepriekšējās turpinājums vai jauns saslimšanas gadījums.*

Ja talonu aizpildot, rodas neskaidri jautājumi, tos var noskaidrot, zvanot pa tālruņiem:

Dienesta Rīgas teritoriālajā nodaļā – 67045019;

Dienesta Kurzemes teritoriālajā nodaļā – 63323146;

Dienesta Latgales teritoriālajā nodaļā – 65476965;

Dienesta Vidzemes teritoriālajā nodaļā – 64772301;

Dienesta Zemgales teritoriālajā nodaļā – 63007083;

Dienestā - 67043790 (Ārstniecības pakalpojumu departamenta Ambulatoro pakalpojumu nodaļa).