NORAKSTS
Lieta Nr.A42512506
A1034-08/10

SPRIEDUMS
Latvijas tautas vārdā

Rīgā 2008.gada 7.maijā

Administratīvā rajona tiesa šādā sastāvā:
tiesnesis A.Vīksne,

piedaloties pieteicējai *O.M.*, biedrības „Latvijas Ģimenes ārstu asociācija" pārstāvei *S.V.*, *D.Z.*, pilnvarotajam pārstāvim zvērinātam advokātam *A.E.* un atbildētāja Latvijas Republikas pusē pieaicinātās iestādes Veselības obligātās apdrošināšanas valsts aģentūras pilnvarotajiem pārstāvjiem *I.D., A.G.* un *Ē.M.*, atklātā tiesas sēdē izskatīja administratīvo lietu, kas ierosināta par Veselības obligātās apdrošināšanas valsts aģentūras 2006.gada 24.augusta lēmuma Nr.2023 atcelšanu un jauna administratīvā akta izdošanu.

Aprakstošā daļa

[1] 2006. gada 25. septembrī Administratīvajā rajona tiesā saņemts biedrības „Latvijas Ģimenes ārstu asociācija" pieteikums par Veselības obligātās apdrošināšanas valsts aģentūras (turpmāk arī – Atbildētājs vai Aģentūra) 2006. gada 24. augusta lēmuma Nr.2023 (turpmāk arī – Lēmums) atcelšanu un jauna administratīvā akta izdošanu, kuru tā iesniegusi kā ģimenes ārsta *O.M.* (turpmāk arī – Pieteicējas vai ģimenes ārsta) pilnvarotā persona.

[2] 2006. gada 13. aprīlī Veselības obligātās apdrošināšanas Valsts aģentūras Rīgas nodaļas ārsts eksperts *A.S.* pieņēma lēmumu Nr.R-NOS/1719 ar kuru nolēma atteikt ģimenes ārstei *O.M.* izmaksāt 75% no piešķirto līdzekļu atlikuma par 2005. gada 3. ceturksni, kas nav izlietots samaksai par speciālistu sniegtajiem veselības aprūpes pakalpojumiem (ar ģimenes ārsta nosūtījumu). 2006. gada 13. aprīlī Veselības obligātās apdrošināšanas Valsts aģentūras Rīgas nodaļas ārsts eksperts *A.S.* pieņēma lēmumu Nr.R-NOS/1698 ar kuru nolēma atteikt ģimenes ārstam *O.M.* izmaksāt 75% no piešķirto līdzekļu atlikuma par 2005. gada 4. ceturksni, kas nav izlietots samaksai par speciālistu sniegtajiem veselības aprūpes pakalpojumiem (ar ģimenes ārsta nosūtījumu).

2006. gada 9.maijā Veselības obligātās apdrošināšanas valsts aģentūra saņēma ģimenes ārstes *O.M.* iesniegumu par administratīvā akta apstrīdēšanu.

2006. gada 24. augustā Veselības obligātās apdrošināšanas valsts aģentūra pieņēma lēmumu Nr.2023, ar kuru nolēma atstāt negrozītu Valsts obligātās apdrošināšanas valsts aģentūras Rīgas nodaļas ekspertīzes ārsta *A.S.* 2006.gada

13.aprīļa lēmumu Nr.R-NOS/1719 „Par ģimenes ārsta kontrolēto speciālistu pakalpojumu samaksas līdzekļu atlikuma izmaksu par 2005.gada 3.ceturksni" un 2006.gada 13.aprīļa lēmumu Nr.R-NOS/1698 „Par ģimenes ārsta kontrolēto speciālistu pakalpojumu samaksas līdzekļu atlikuma izmaksu par 2005.gada 4.ceturksni" (turpmāk - Lēmums).

[3] Nepiekrītot Lēmumam, Pieteicēja vērsās Administratīvajā rajona tiesā, lūdzot to atcelt un izdot jaunu administratīvo aktu, šādu motīvu dēļ:

[3.1] Pieteicēja uzskata, ka Aģentūras ekspertīzes ārsta un direktores lēmumos noteiktie ģimenes ārsta darbības analīzes kritēriji sekundārās veselības aprūpes pakalpojumu nodrošināšanā, gadījumos, kad līdzekļu atlikums pārsniedz 30% no aprēķinātā apjoma, nav pamatoti un ir atceļami vairāku iemeslu dēļ.

[3.2] Pieteicēja norāda, ka darbības analīzes kritēriji ir Aģentūras noteikti, un tie nav ietverti kādā ārējā normatīvā aktā. Tāpēc tos var atzīt par piemērojamiem tikai tad, ja tos atzīst par objektīviem un piemērojamiem administratīvā akta adresāts, kā arī, ja tos par objektīviem un piemērojamiem atzītu arī citas saprātīgas personas.

[3.3] Nevērtējot sīkāk kritēriju piemērotību Ģimenes ārsta darbības vērtēšanai saistībā ar līdzekļu atlikuma rašanos, nevar piekrist to piemērošanas kārtībai bez diferenciācijas - izdot administratīvo aktu vai nu par līdzekļu atlikuma izmaksu 75% apmērā, vai par atteikumu izmaksāt 75% no atlikuma. Šāds tikai divu iespējamo administratīvo aktu veidu pielietojums sašaurina Ministru kabineta 2004.gada 21.decembra noteikumu Nr.1036 „Veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtība" (turpmāk arī – Noteikumi Nr.1036) 58.7.punkta piemērošanas iespējas ģimenes ārsta darbības motivēšanai. No punktā norādītā „ne vairāk kā 75% apmērā" jēgas izriet, ka ir iespējami arī citi līdzekļu atlikuma izmaksas apmēri. Pretējā gadījumā normatīvajā aktā būtu tieši norādīts, ka ģimenes ārstam izmaksā līdzekļu atlikumu 75% apmērā un Noteikumu Nr.1036 11.pielikuma 9.punktā nebūtu norādes uz ārsta eksperta lēmuma nepieciešamību.

[3.4] Pieteicējas nevar piekrist šāda ierobežojuma pamatošanai ar lietderības apsvērumiem, ka nav lietderīgi veikt katra ģimenes ārsta pacienta slimību vēstures un ģimenes ārsta norīkojumu pie speciālistiem pamatotības izvērtējumu, jo tas sniegs tikai aptuvenu priekšstatu par ģimenes ārsta pacientiem (...), tajā pašā laikā nesniegs nekādu priekšstatu par iemesliem, kuru dēļ atlikums izveidojies, kā arī nebūs pietiekošs pamats izvērtēšanai, lai veiktu diferencētas atlikuma izmaksas. Gluži otrādi, tas sniegtu skaidru priekšstatu par atlikuma rašanās iemesliem ģimenes ārsta praksē un ģimenes ārsta atbildību par konkrētiem iemesliem. Tas palīdzētu vislietderīgāk noteikt administratīvā akta saturu, lai motivētu ģimenes ārstu veikt kvalitatīvu pacientu ārstniecību un racionāli, efektīvi un pēc nepieciešamības kontrolēt speciālistu līdzekļu izlietojumu.

[3.5] Pieteicējas nevar piekrist Aģentūras noteikto kritēriju piemērotībai ģimenes ārsta darbības vērtēšanai saistībā ar speciālistu veselības aprūpes

pakalpojumu apmaksai paredzētajiem līdzekļiem. Aģentūras noteiktie kritēriji ģimenes ārsta darbības vērtēšanai ir:

[3.5.1] ģimenes ārsta ambulatoro apmeklējumu skaits uz 100 reģistrētiem pacientiem;

[3.5.2] ģimenes ārsta veikto piemaksājamo manipulāciju apjoms latos uz 100 reģistrētiem pacientiem;

[3.5.3] ģimenes ārsta prakses organizācijas un darbības atbilstības papildus analīze (ja izpildīti abi pirmie kritēriji).

Pirmais kritērijs, pretēji ārsta eksperta lēmumā norādītajam, nekorelē ar zemāku speciālistu pakalpojumu izmantošanu. Tas viennozīmīgi raksturo tikai ģimenes ārsta darbības intensitāti savu pacientu aprūpē, bet nedod priekšstatu par šīs intensitātes cēloņiem. Pacients var ierasties pie ģimenes ārsta ar tādu slimību, kuras ārstēšanai nav nepieciešami speciālista pakalpojumi un pietiek ar vienu apmeklējumu. Ja slimība ir tāda, ka pacientam ir ieteicama speciālista aprūpe, bet ģimenes ārsts pats uzņemas veikt ārstniecību, tad pēc pirmā apmeklējuma ne vienmēr ir nepieciešami nākamie. Ja šādas ārstniecības procesā tomēr ir nepieciešami turpmāki apmeklējumi, tie var nenotikt, ja pacients neierodas pie ģimenes ārsta.

Otrais kritērijs nav piemērojams, ja nevērtē ģimenes ārsta veikto medicīnisko manipulāciju iemeslus. Tāpat kā pirmais kritērijs, otrais kritērijs galvenokārt raksturo ģimenes ārsta darbības intensitāti. Šis kritērijs ir adekvāts, ja ģimenes ārsts ir augsti kvalificēts vai ja rindu dēļ nav pieejami speciālistu pakalpojumi un ģimenes ārsts patstāvīgi veic manipulācijas, tādējādi uzlabojot otro kritēriju. Tomēr tikpat labi augsta darbības intensitāte var liecināt par epidēmisku saslimšanu vai par nekvalitatīvu ģimenes ārsta darbu. Piemēram, ja ģimenes ārsts veicis nepareizu ārstēšanu, kuras rezultātā pacienta slimība ir saasinājusies un radusies nepieciešamība veikt medicīnisku manipulāciju, tad ģimenes ārstam vai nu pašam jāveic manipulācija, vai jānosūta pacients pie speciālista. Šāda nekvalitatīva ārstniecība uzlabo ģimenes ārsta atbilstību pēc otrā kritērija vai „palīdz" izlietot speciālistu pakalpojumu apmaksai paredzēto līdzekļus. Tomēr abos pēdējā piemērā minētajos gadījumos ir acīmredzams neracionāls ģimenes ārstu un speciālistu apmaksai paredzēto valsts budžeta līdzekļu izlietojumu, ko papildina arī valsts sociālās nodrošināšanas līdzekļi pacienta darbnespējas gadījumā. Savukārt, augsti kvalificēts ģimenes ārsts var ar pirmo reizi nekļūdīgi noteikt slimības diagnozi, nenosūtot pacientu šajā nolūkā pie speciālista un tādējādi neizlietojot speciālistu sniegto pakalpojumu apmaksai paredzētos līdzekļus, un var veikt pacienta ārstēšanu tā, ka nav nepieciešams veikt medicīniskas manipulācijas ne pašam, ne speciālistam. Šāds ģimenes ārsta darbs uzskatāms par izcilu, tādējādi ietaupīti valsts budžeta līdzekļi gan apmaksai par ģimenes ārsta manipulācijām, gan par speciālistu manipulācijām, gan par pacienta sociālo nodrošināšanu darbnespējas gadījumā. Un par šādu darbu būtu taisnīgi saņemt motivāciju materiālā veidā.

Trešajā kritērijā nepamatoti izmantota analoģija ar Noteikumu Nr.1036 11.pielikuma 2.punkta kritēriju. Tomēr šajā punktā izmantotie ģimenes ārsta

prakses darbības organizācijas izvērtēšanas kritēriji nav derīgi, lai tāpat izvērtētu nepieciešamību saņemt speciālistu sniegtos veselības aprūpes pakalpojumu.

[3.6] Tādu vairāku kritēriju pielietošana, no kurām katrs atsevišķi nav pietiekoši saistīts ar analizējamo parādību, vienlaikus ignorējot citus parādību ietekmējošus apstākļus, nevar novest pie pareiziem secinājumiem.

[3.7] Pieteicēja nevar piekrist kritēriju robežvērtībām skaitliskā izteiksmē. Ārsta eksperta lēmumā, lai noteiktu robežvērtību pirmajam un otrajam kritērijam, ir atsauce uz analoģiju ar Noteikumu Nr.1036 11.pielikuma 7.punktu sagrozītā veidā. Noteikumu Nr.1036 7.5.apakšpunktā noteikts, ka ģimenes ārstam aprēķinātos līdzekļus izmaksā pilnā apmērā, ja aprēķinātais rādītājs ir 0,75 mediānas. Savukārt ārsta eksperta lēmumā par robežvērtību, lai atbilstu pirmajam un otrajam kritērijam, noteikta 1,25 mediānas. Ņemot vērā to, ka ģimenes ārstam ir apmēram 8 stundu darba diena un, ka bez pacientu apmeklējumiem, ko vērtē pēc pirmā kritērija, un manipulācijām, ko vērtē pēc otrā kritērija, ir jāveic arī mājas vizītes un citi pienākumi, tad jāsecina, ka izpildīt šādas noteiktās robežvērtības ir gandrīz neiespējami. Lai tas būtu iespējams, ir būtiski jāsamazina pacientu apmeklējuma ilgums, kas jau tagad ir nepietiekošs, vai jāpalielina darba laiks, kas arī nav iespējams. Nevar noteikt tādas kritērija robežvērtības, kuru izpilde ir gandrīz neiespējama.

[3.8] Pieteicējas nevar piekrist Aģentūras direktores lēmumos teiktajam, ka, ja pacientam nav bijuši pieejami vai nav bijuši nepieciešami speciālistu pakalpojumi, nav pamatojums līdzekļu atlikuma izmaksai ģimenes ārstam, jo veselības aprūpes pakalpojumi nav bijuši sniegti. Ar šādu argumentu Aģentūra nonāk pretrunā ar Noteikumu 58.7.punktu un 11.pielikuma 9.punktu, kas paredz speciālistu sniegto pakalpojumu apmaksas līdzekļu atlikumu izmaksu ģimenes ārstiem. Pati Aģentūra ir izveidojusi apstrīdēto triju kritēriju vērtēšanas sistēmu šādas izmaksas veikšanai. Pieteicēja piekrīt Aģentūras viedoklim, ka šādu izmaksu ir pamats veikt tikai tiem ģimenes ārstiem, kuru darbība atbilst visaugstākajiem primārās veselības aprūpes standartiem (kaut arī nerakstītiem). Aģentūra piekrīt Ģimenes ārsta apgalvojumam, ka no sabiedrības labklājības viedokļa ģimenes ārsta darbības mērķis ir izārstēt pacientu pēc iespējas īsākā laikā, ar iespējami maz apmeklējumiem, izlietojot iespējami maz valsts budžeta un pacientu līdzekļus, kas uzskatāms par veselības aprūpes sistēmas kopējo mērķi. Pēc pieteicējas domām, tas arī nodrošinātu racionālu valsts budžeta līdzekļu izlietojumu. Tomēr Aģentūras izvēlētie kritēriji ietaupīto speciālistu veselības aprūpes pakalpojumu apmaksai paredzēto līdzekļu daļas izmaksai, nepalīdz noteikt vislabākos ģimenes ārstus, nemotivē viņus un neveicina veselības aprūpes sistēmas kopējā mērķa sasniegšanu.

[3.9] Pieteicējs nevar piekrist Aģentūras direktores viedoklim attiecībā uz Ģimenes ārsta iebildumu, ka, ja būtu izvēlēti citi kritēriji ģimenes ārsta darbības novērtēšanai, tad, iespējams, aģentūras lēmumu varētu uzskatīt par pamatotu un veikto izvērtējumu par objektīvu, - ka neizmaksājot līdzekļu atlikumu, netiek veikta ģimenes ārsta pamattiesību uz atbilstošu finansējumu ierobežošana. Citviet Aģentūras direktore norāda, ka Ģimenes ārsta viedokļa noskaidrošana atbilstoši Administratīvā procesa likuma (turpmāk arī – APL) 2.pantam nebija

nepieciešama, ņemot vērā to, ka iesniedzēja darbības analīze (...) tika veikta, apkopojot un analizējot Aģentūras Vadības informācijas sistēmas statistikas datus līdz ar to iesniedzēja viedoklis nevarēja ietekmēt Aģentūras lēmumus. Noteikumu Nr.1036 58.punktā uzskaitītie ģimenes ārstu mēneša ieņēmumi par pacientu aprūpi nav iedalīti tādos, uz kuriem ģimenes ārstam būtu pamattiesības un mazāk aizsargātas blakus tiesības. Ja ģimenes ārstam atbilstoši Noteikumu Nr.1036 83.punktam ir jārēķinās, ka no viņam saskaņā ar 58.1.punktu aprēķinātās kapitācijas naudas var atvilkt līdz 20%, ja maksa par speciālistu sniegtajiem veselības aprūpes pakalpojumiem pārsniedz aprēķinātos līdzekļus, tad viņam ir arī tiesības saņemt daļu no šādu līdzekļu ietaupītā atlikuma atbilstoši taisnīgiem darba kvalitātes novērtēšanas kritērijiem. Lai gan ģimenes ārstam Noteikumu Nr.1036 58.7.punktā un 11.pielikuma 9.punktā ir paredzēta tikai iespēja saņemt speciālistu sniegto veselības aprūpes pakalpojumu līdzekļu atlikuma daļu, viņam ir tiesības sagaidīt no Aģentūras kā iestādes taisnīgus atbilstības izvērtēšanas kritērijus un ģimenes ārsta viedokļa uzklausīšanu atbilstoši APL 62.pantam. Pieteicēja uzskata, ka ārsta eksperta lēmuma pieņemšana, pamatojoties uz Aģentūras vienpusēji izstrādātajiem kritērijiem, kuru atbilstības pārbaudi var veikt, apkopojot un analizējot pašas Aģentūras savāktos statistikas datus, neatbilda arī APL 62.panta otrās daļas 3.punktam. Tas paredz izņēmuma gadījumu, kad personas viedokļa noskaidrošana nav nepieciešama, ja tā nav adekvāta. Kaut arī Aģentūras direktore savā lēmumā min, ka Ģimenes ārsta viedokļa noskaidrošana nav nepieciešama, izskatot iesniegumu par ekspertīzes ārsta lēmuma apstrīdēšanu, Aģentūra izpildīja APL 62.panta prasības un aicināja Ģimenes ārstu uz tikšanos.

[4] Tiesai iesniegtajā paskaidrojumā atbildētājs norāda, ka pieteikumu uzskata par nepamatotu un noraidāmu šādu apsvērumu dēļ:

[4.1] Atbildētājs norāda, ka Noteikumu Nr.1036 1.punkts nosaka: „Noteikumi nosaka veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtību, to ārstniecības pakalpojumu veidus un apjomus, kuri tiek apmaksāti no valsts budžeta un pakalpojuma saņēmēja līdzekļiem, samaksas kārtību par minētajiem pakalpojumiem, kā arī kārtību, kādā veidojamas plānveida veselības aprūpes pakalpojumu saņemšanas pretendentu centralizētas rindas".

Ministru kabineta 2002.gada 27.decembra noteikumu Nr.583 „Veselības obligātās apdrošināšanas valsts aģentūras nolikums" 1.punkts nosaka: „Veselības obligātās apdrošināšanas valsts aģentūra ir Veselības ministrijas pārraudzībā esoša valsts iestāde, kas izveidota, lai īstenotu valsts politiku veselības aprūpes pakalpojumu pieejamības nodrošināšanā un administrētu valsts obligātās veselības apdrošināšanas finanšu līdzekļus". Nolikuma 4.punkts nosaka, ka Aģentūras funkcijas ir; administrēt valsts obligātās veselības apdrošināšanas finanšu līdzekļus (4.1.punkts); slēgt līgumus par valsts apmaksāto veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu (4.2.punkts); nodrošināt veselības aprūpes pakalpojumu pieejamību (4.4.punkts); uzraudzīt veselības aprūpes pakalpojumu saņemšanas iespējas un to sniegšanas atbilstību normatīvajiem aktiem un līgumiem ar veselības aprūpes pakalpojumu

sniedzējiem (4.6.punkts); normatīvajos aktos noteiktajā kārtībā veikt samaksu par veselības aprūpes pakalpojumiem (4.7.punkts); uzraudzīt valsts budžeta līdzekļu izlietojumu saskaņā ar noslēgtajiem līgumiem (4.10.punkts); analizēt veselības aprūpes pakalpojumu finanšu un apjoma rādītājus, prognozēt veselības aprūpes pakalpojumu apjomu un izvērtēt šo pakalpojumu nepieciešamību (4.11.punkts). Savukārt, nolikuma 5.punkts nosaka, ka Aģentūras kompetencē ir visu nepieciešamo darbību veikšana, lai nodrošinātu šo noteikumu 4.punktā minēto funkciju izpildi.

No minētajām tiesību normām, izriet, ka Aģentūra pamatojoties uz nolikumu un saskaņā ar Noteikumiem Nr.1036 īsteno valsts politiku veselības aprūpes pakalpojumu pieejamības nodrošināšanā un administrē valsts obligātās veselības apdrošināšanas finanšu līdzekļus. No minētā izriet, ka Aģentūras darbības sfērā ietilpst viss, kas saistīts ar veselības aprūpes finanšu līdzekļu administrēšanu.

Saskaņā ar Ministru kabineta 2005.gada 29.marta noteikumiem Nr.218 „Medicīniskās aprūpes un darbspējas ekspertīzes kvalitātes kontroles inspekcijas nolikums" 1.punktu Medicīniskās aprūpes un darbspējas ekspertīzes kvalitātes kontroles inspekcijas (turpmāk - MADEKKI) „darbības mērķis ir kontrolēt medicīniskās aprūpes profesionālo un darbspējas ekspertīzes kvalitāti ārstniecības iestādēs un sekmēt medicīniskās aprūpes un darbspējas ekspertīzes kvalitātes uzlabošanu valstī". Saskaņā ar minēto noteikumu 4.1.punktu MADEKKI uzdevums ir „veikt ekspertīzes un sniegt atzinumus par medicīniskās aprūpes un darbspējas ekspertīzes kvalitāti ārstniecības iestādē neatkarīgi no tās īpašuma formas un padotības". No minētā izriet, ka MADEKKI darbības sfērā ietilpst viss, kas saistīts ar veselības aprūpes kvalitātes kontroli.

No minētā secināms, ka valsts ir nodalījusi funkcijas starp iestādēm, lai tās nepārklātos un nedublētos. Ņemot vērā minēto valsts iestāžu kompetences sadalījumu nav pieļaujama Aģentūras un MADEKKI darbības sfēru un funkciju sajaukšana. Tādejādi pieteicējas pieteikumā minētie jautājumi, kas izriet no Noteikumiem Nr.1036 ir jātulko kopsakarībā ar Aģentūras kompetenci nosakošajām tiesību normām, nošķirot citu valsts iestāžu kompetencē ietilpstošos jautājumus, ko regulē citi normatīvie akti. Savukārt pieteikumā daudzviet minēti tieši uz MADEKKI kompetenci attiecināmi jautājumi, kuriem nav un nevar būt saistība ar konkrētās administratīvās lietas būtību.

[4.2] Aģentūra norāda, ka vienas nevalstiskās organizācijas viedoklis par kādas valsts iestādes izstrādātu kritēriju pamatotību vai nepamatotību, nevar būt par pamatu kritēriju atzīšanai par nepamatotiem. Aģentūras direktore savā atbildē uz apstrīdējumu, ir norādījusi katra lēmumā piemērotā kritērija pamatojumu. Tas, ka kādam tas šķiet nepietiekoši, nav iemesls kritēriju atzīšanai par nepamatotiem.

[4.3] Aģentūra piekrīt pieteicējas minētajam, ka neviens ārējais normatīvais akts nenosaka kārtību, kādā Aģentūras ārstam ekspertam būtu veicama ģimenes ārsta kontrolēto speciālistu pakalpojumu samaksai paredzēto līdzekļu izlietojuma analīze. Saskaņa ar APL 65.panta trešo daļu, ja

piemērojamā tiesību normā noteikts, ka administratīvais akts izdodams, bet nav noteikts tā konkrētais saturs (satura izvēles administratīvais akts), iestāde izdod šo aktu, ievērojot piemērojamā tiesību normā noteiktos ietvarus, un šajos ietvaros, pamatodamās uz lietderības apsvērumiem, nosaka administratīvā akta saturu. No tā izriet, ka Aģentūrai bija tiesības un pienākums veikt Noteikumu Nr.1036 11.pielikuma 9.punktā minēto ģimenes ārsta darbības analīzi, pamatojoties uz rīcības brīvības ietvaros izstrādātiem analīzes kritērijiem.

[4.4] Aģentūra pārsūdzētajā lēmumā norādīja, ka, pieņemot lēmumus pilnībā atteikt izmaksāt sekundārās ambulatorās veselības aprūpes līdzekļu atlikumu, Aģentūra ir ņēmusi vērā APL 65.panta trešās daļas nosacījumus, kā arī vadījusies no APL 66.pantā minētajiem lietderības apsvērumiem. Aģentūra uzskata, ka nav iespējami un lietderīgi veikt katra ģimenes ārsta pacientu slimību vēstures un ģimenes ārsta norīkojumu pie speciālistiem pamatotības izvērtējumu, jo tas sniegs tikai aptuvenu priekšstatu par ģimenes ārsta pacientiem, to ārstēšanos un veiktajiem norīkojumiem, tajā pašā laikā nesniegs nekādu priekšstatu par iemesliem, kuru dēļ atlikums izveidojies, kā arī nebūs pietiekošs pamats izvērtēšanai, lai veiktu diferencētas atlikuma izmaksas.

[4.5] Aģentūra uzsver, ka diferencētu izmaksu gadījumā, Aģentūras pienākums būtu vadīties pēc tiem pašiem principiem, kādi tika ievēroti pieņemot pārsūdzēto lēmumu. Veicot diferencētas izmaksas Aģentūrai būtu jāvadās pēc APL 6.pantā noteiktā vienlīdzības principa - pastāvot vienādiem faktiskajiem un tiesiskajiem lietas apstākļiem, iestāde un tiesa pieņem vienādus lēmumus (pastāvot atšķirīgiem faktiskajiem vai tiesiskajiem lietas apstākļiem, atšķirīgus lēmumus). Tā kā Aģentūra savā praksē nav konstatējusi kritērijus vai principus, kurus varētu piemērot diferencētu izmaksu veikšanai, šādas izmaksas nebūtu iespējams nedz aprēķināt, nedz pamatot. Pie tam jāņem vērā, ka Aģentūras kompetence ir finanšu līdzekļu administrēšana, nevis kvalitātes kontrole. Līdz ar to, lai nodrošinātu minētā vienlīdzības principa ievērošanu, Aģentūra bija spiesta pieņemt vienādus lēmumus visos gadījumos, kad ģimenes ārstu darbība atbilda (vai tieši pretēji - neatbilda) analīzes kritērijiem.

[4.6] Aģentūras kompetencē neietilpst pacientu slimības vēsturu izvērtēšana attiecībā uz ārsta darbības atbilstību Ārstniecības likumam, kas ir MADEKKI kompetence. Vienīgā iespēja, kā Aģentūrai analizēt ģimenes ārsta darbību un tās rezultātus, ir analizēt Aģentūras kompetencē ietilpstošo funkciju un uzdevumu izpildes rezultātus, t.i., veselības aprūpes finanšu līdzekļu izlietojuma statistiskos rādītājus, neiedziļinoties ar veselības aprūpes kvalitāti saistītos jautājumos. Vislabāk šādu analīzi varētu veikt pats ģimenes ārsts, kuram ir pieejami visi dati par pacientu, kā arī pacienta motivācija.

[4.7] Aģentūra piekrīt, ka kritērijs raksturo ģimenes ārsta darbības intensitāti savu pacientu aprūpē. No statistikas zinātnes viedokļa šis kritērijs var norādīt tikai uz intensitāti. Taču konkrēta ģimenes ārsta darbības analīzes rezultāti, piemērojot minēto kritēriju, salīdzinājumā ar citu ģimenes ārstu darbības analīzes rezultātiem, dod priekšstatu par to, kāda ir ģimenes ārsta darbība finanšu līdzekļu izlietojuma ziņā, nevis veselības aprūpes kvalitātes ziņā.

[4.8] Aģentūras kompetencē neietilpst ģimenes ārsta veikto medicīnisko manipulāciju iemeslu analīze, līdz ar to šādas analīzes piemērošana veselības aprūpes finanšu līdzekļu izlietojuma analīzē nav pieļaujama.

[4.9] Trešā kritērija pamatojums tika norādīts 2006.gada 24.augusta lēmuma Nr.2023 „Par administratīvo aktu apstrīdēšanu". Attiecībā uz šo Aģentūra papildus informē, ka izstrādājot iekšējo normatīvo aktu „Ieteikumi Veselības obligātās apdrošināšanas valsts aģentūras ārstam ekspertam, veicot ģimenes ārsta ceturkšņa darbības analīzi par speciālistu pakalpojumu izmantošanu un pieņemot lēmumu par līdzekļu izmaksu" (publicēts Latvijas Vēstnesī 2006.gada 13.jūnijā, spēkā esošs no 2006.gada 14.jūnija), Aģentūra atteicās no trešā kritērija piemērošanas ģimenes ārsta darbības analīzē. Ģimenes ārsta prakses darbības organizācijas izvērtējums tiek pielietots, aprēķinot ģimenes ārsta mēneša darbības novērtējuma mainīgo maksājumu (atbilstoši Noteikumu Nr.1036 11 .pielikumam) un gada darbības novērtējuma mainīgo maksājumu (atbilstoši Noteikumu Nr.1036 12.pielikumam), tādēļ šī kritērija piemērošana arī attiecībā uz speciālistu pakalpojumu samaksai paredzēto līdzekļu izlietojumu nozīmētu dubultu sodīšanu. Jāpiebilst, ka Aģentūra trešo kritēriju kā pamatu atteikumam nav piemērojusi nevienam ģimenes ārstam.

[4.10] Aģentūra uzskata, ka piemērotie kritēriji nodrošina iespēju pārliecināties par ģimenes ārsta darbības atbilstību visaugstākajiem ģimenes ārsta darbības standartiem, salīdzinot viņu darbu ar citiem ģimenes ārstiem. Kopējais saslimstības līmenis konkrētas Aģentūras nodaļas teritorijā dzīvojošiem pacientiem nevar atšķirties tik būtiski, lai kāda ģimenes ārsta visiem pacientiem saslimstības līmenis noradītu uz medicīnisko indikāciju trūkumu. It sevišķi ņemot vērā, ka 4.ceturksnis ir paaugstinātas saslimstības periods visu ģimenes ārstu pacientiem, ģimenes ārsta *O.M.* darbības rādītāji norāda uz lielu speciālistu pakalpojumu samaksai paredzēto līdzekļu atlikumu: 2005.gada 3.ceturksnī - 61,6%, 4.ceturksnī – 70,0%.

[4.11] Aģentūra varētu secināt, ka ģimenes ārsts ir veicis izcilu savu pacientu veselības aprūpi, taču kā zināms vienīgā iespēja ģimenes ārstam veikt savu pacientu aprūpi ir apmeklējumu laikā. Ģimenes ārsta *O.M.* darbības rādītāji norāda uz zemu apmeklējumu skaitu, rēķinot uz 100 reģistrētajiem pacientiem, kas 2005.gada 3.ceturksnī bija 15,9 apmeklējumi (salīdzinājumā ar vidējo rādītāju Rīgas nodaļas ārstiem 17,4 apmeklējumi), bet 2005.gada 4.ceturksnī, kad saslimstības līmenis visu ģimenes ārstu pacientiem ir paaugstināts, apmeklējumu apjoms sastādīja tikai 17,0 apmeklējumi (salīdzinājumā ar vidējo rādītāju Rīgas nodaļas ārstiem 19,4 apmeklējumi). Līdz ar to pastāv šaubas par šī iemesla pamatojumu.

Ģimenes ārsta *O.M.* darbības rādītāji norāda uz zemu manipulāciju apjomu, rēķinot vidējo summu uz 100 reģistrētajiem pacientiem, kas 2005.gada 3.ceturksnī bija 0,16 Ls (salīdzinājumā ar vidējo rādītāju Rīgas nodaļas ārstiem 0,35 Ls), bet 2005.gada 4.ceturksnī bija 0,20 Ls (salīdzinājumā ar vidējo rādītāju Rīgas nodaļas ārstiem 0,38 Ls). Ņemot vērā zemo apmeklējumu skaitu, pieteicējas apgalvojumi rada šaubas par situācijas viennozīmīgumu, taču šīs situācijas izvērtēšana nav Aģentūras kompetencē.

[4.12] Aģentūra norāda, ka Noteikumu Nr.1036 11.pielikuma 9.punktā nav iekļauta prasība par darbinieka kvalifikāciju, bet gan tikai norāde uz Aģentūras amatu, kura izpildītājs ir tiesīgs pieņemt attiecīgo lēmumu. Pieteicējs nepamatoti interpretē normu sašaurināti, kas var novest pie nepareizas tiesību normas izpratnes un tālākiem kļūdainiem secinājumiem, kas nonāk pretrunā ar citām tiesību normām un ar Aģentūras kompetenci regulējošām tiesību normām.

[5] Tiesas sēdē Pieteicēja un Pieteicējas pilnvarotās personas prasību uzturēja pamatodamās uz Pieteikumā norādītajiem argumentiem, norādot, ka neuztur pieteikuma lūgumu daļas 4.punktā izteiktos lūgumus par informācijas izprasīšanu no VOAVA, un papildus iesniedza precizējumu par pieteikuma lūgumu daļas 2.punktā norādīto prasījumu.

Atbildētāja pilnvarotās personas prasījumu neatzina pamatodamās uz paskaidrojumos norādītajiem argumentiem.

[6] Tiesas sēdē Atbildētāja pilnvarotie pārstāvji pieteikumu neatzina uz Lēmumā un paskaidrojumā tiesai norādīto argumentu pamata. Tāpat Atbildētājs iesniedza papildus rakstveida paskaidrojumus *(lietas 86.-99.lapa)*.

Motīvu daļa

[7] Tiesa, noklausoties lietas dalībnieku paskaidrojumus, izvērtējot lietas apstākļus un lietā esošos pierādījumus, secina, ka pieteikums ir apmierināms.

[8] Tiesa konstatē, ka lietā pastāv strīds par to, vai Atbildētājs pamatoti ir atteicies izmaksāt Pieteicējai maksājumus no piešķirto līdzekļu atlikuma par 2005.gada 3. un 4.ceturksni, kas nav izlietoti samaksai par speciālistu sniegtajiem veselības aprūpes pakalpojumiem (ar ģimenes ārsta nosūtījumu).

[9] Tiesas vērtējumā vispirms šai lietā ir jānoskaidro šā atteikuma juridiskā daba un pieteikuma priekšmets, par ko ir iesniegts pieteikums tiesā.

[10] Ar lietas materiāliem tiesa konstatē, ka starp Veselības obligātās apdrošināšanas valsts aģentūru un *O.M.* ģimenes ārsta praksi 2005.gada 31.martā tika noslēgts līgums Nr.0302/PM-3259/2005R par primārās veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu un samaksu (turpmāk arī – Līgums) *(lietas 103-133.lapas)*.

[11] Latvijas Republikas Satversmes 111.pants nosaka, ka valsts aizsargā cilvēku veselību un garantē ikvienam medicīniskās palīdzības minimumu. Minētā cilvēka pamattiesība tiek īstenota kārtībā, kāda cita starpā noteikta Ārstniecības likumā un Ministru kabineta noteikumos, kas ir izdoti uz Ārstniecības likumā noteiktā deleģējuma pamata.

Atbilstoši Ārstniecības likuma 4.pantam veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtību, plānveida veselības aprūpes pakalpojumu saņemšanas pretendentu rindu veidošanas kārtību, to ārstniecības pakalpojumu veidus un apjomu, kuri tiek apmaksāti no valsts pamatbudžeta un pakalpojumu saņēmēju līdzekļiem, kā arī šīs samaksas kārtību nosaka Ministru kabinets *(likuma teksts redakcijā, kas bija spēkā līguma noslēgšanas brīdī)*.

Līguma parakstīšanas brīdī spēkā bija Ministru kabineta 2004.gada 21.decembra noteikumi Nr.1036 „Veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtība" (zaudējuši spēku 2007.gada 1.janvārī).

Atbilstoši Noteikumu Nr.1036 1.punktam, noteikumi nosaka veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtību, to ārstniecības pakalpojumu veidus un apjomus, kuri tiek apmaksāti no valsts budžeta un pakalpojuma saņēmēja līdzekļiem, samaksas kārtību par minētajiem pakalpojumiem, kā arī kārtību, kādā veidojamas plānveida veselības aprūpes pakalpojumu saņemšanas pretendentu centralizētas rindas.

Saskaņā ar Noteikumu Nr.1036 2. un 3.punktu veselības aprūpei paredzētos valsts budžeta līdzekļus izlieto cita starpā primārai un sekundārai veselības aprūpei. Savukārt no šo noteikumu 5.punkta izriet, ka veselības aprūpes pakalpojumu apmaksai paredzēto valsts budžeta līdzekļu novirzīšanu plāno Veselības obligātās apdrošināšanas valsts aģentūra.

Atbilstoši Noteikumu Nr.1036 6.punktam persona saņem no valsts budžeta apmaksātos veselības aprūpes pakalpojumus, ievērojot šajos noteikumos un citos veselības aprūpi reglamentējošos normatīvajos aktos noteikto kārtību.

Savukārt saskaņā ar Noteikumu Nr.1036 13.punktu no valsts budžeta apmaksātos veselības aprūpes pakalpojumus sniedz tās ārstniecības iestādes, kuras noslēgušas līgumu ar aģentūru, kā arī valsts aģentūras, kuras veselības aprūpes pakalpojumus sniedz saskaņā ar nolikumu.

No iepriekš citētajām tiesību normām tiesa secina, ka, primārā un sekundārā veselības aprūpe daļēji tiek segta no valsts budžeta līdzekļiem, kurus administrē Aģentūra. Savukārt, valsts apmaksātās veselības aprūpes pakalpojumus ir tiesīgas sniegt ārstniecības iestādes, kas ir noslēgušas līgumu ar Aģentūru.

[12] Atbilstoši Valsts pārvaldes iekārtas likuma 12.pantam, lai nodrošinātu valsts pārvaldes funkciju efektīvu izpildi, piekritīgā iestāde likumā noteiktajā kārtībā slēdz publisko tiesību līgumus valsts pārvaldes jomā.

Kā atzīts tiesību literatūrā, lai secinātu, vai līgums ir atzīstams par publisko tiesību līgumu ir jākonstatē trīs elementi: 1) līguma nepieciešamība; 2) publisko tiesību joma; 3) līguma regulējums vērsts uz tiesisko attiecību nodibināšanu, grozīšanu vai izbeigšanu *(sk. F.J.Paine. Vācijas vispārīgas administratīvas tiesības – Tiesu nama aģentūra, Rīga, 2002, 226.lpp)*.

[13] Vērtējot starp Veselības obligātās apdrošināšanas valsts aģentūru un *O.M.* ģimenes ārsta praksi 2005.gada 31.martā noslēgto līgumu Nr.0302/PM-3259/2005R (turpmāk arī – Līgums) par primārās veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu un samaksu, tiesa secina, ka tas ir atzīstams par publisko tiesību līgumu, jo:

[13.1] līgums ir nepieciešams, lai izpildītu Latvijas Republikas Satversmes 111.pantā garantētās cilvēktiesības uz medicīniskās palīdzības minimumu un persona varētu saņemt tai pienākošos no valsts budžeta apmaksātos primārās veselības aprūpes pakalpojumus;

[13.2] līgums ir noslēgts pamatojoties uz Noteikumiem Nr.1036, kas ir izdoti uz likumdevēja deleģējuma pamata (Ārstniecības likuma 4.pants) un

nosaka veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtību, kā arī to ārstniecības pakalpojumu veidus un apjomus, kuri tiek apmaksāti no valsts budžeta līdzekļiem. Tātad līgums ir noslēgts publisko tiesību jomā un Atbildētājs ir deleģējis *O.M.* ģimenes ārsta praksei sniegt primārās veselības aprūpes pakalpojumus, kas tiek segti no valsts budžeta līdzekļiem, reizē ar līgumu piešķirot arī valsts budžeta līdzekļus, kas ir plānoti primārās veselības aprūpes sniegto pakalpojumu apmaksai no 2005.gada 1.aprīļa līdz 2005.gada 31.decembrim.

[13.3] ar līguma noslēgšanu *O.M.* ģimenes ārsta praksei rodas tiesības sniegt valsts garantētās medicīniskās palīdzības apjomā ietilpstošos veselības aprūpes pakalpojumus Latvijas Republikas valsts veselības obligātās apdrošināšanas dalībniekiem.

[14] Tiesa konstatē, ka līgums satur Valsts pārvaldes iekārtas likuma 46.pantā noteiktos elementus, kas ir jāiekļauj deleģēšanas līgumā. Cita starpā arī norēķinu kārtību par sniegtajiem primārās veselības aprūpes pakalpojumiem (līguma 3.pielikums). Līguma 3.pielikuma 1.punkts nosaka, ka Aģentūra apmaksā sniegtos veselības aprūpes pakalpojumus saskaņā ar normatīvajos aktos noteikto kārtību. Saskaņā ar līguma 3.pielikuma 2.10.punktu Aģentūra vienu reizi ceturksnī veic pārrēķinu par primārās veselības aprūpes ārsta kontrolēto sekundārās veselības aprūpes līdzekļu izlietojumu atbilstoši Noteikumu Nr.1036 58.7.apakšpunktam un 83.punktam.

Līdz ar to ir jāsecina, ka lēmumi, kas ir pieņemti attiecībā uz primārās veselības aprūpes ārsta kontrolēto sekundārās veselības aprūpes (ar ģimenes ārsta nosūtījumu) līdzekļu izlietojumu, ir pieņemti izpildot starp Aģentūru un ģimenes ārsta praksi noslēgtā līguma nosacījumus.

Ievērojot iepriekš konstatēto, tiesa secina, ka Aģentūras 2006. gada 13.aprīļa lēmums Nr. R-NOS/1719, 2006. gada 13.aprīļa lēmums Nr. R-NOS/1698 un 2006. gada 24. augusta lēmums Nr.2023 nav administratīvie akti, bet gan lēmumi, kas ir pieņemti izpildot publisko tiesību līgumu. Proti, publisko tiesību līguma esamība par konkrētu valsts pārvaldes funkciju nodošanu privāto tiesību personai pati par sevi izslēdz administratīvā akta izdošanas iespējamību publisko tiesību līguma izpildes ietvaros.

[15] Ņemot vērā šā sprieduma [10] līdz [14] punktā konstatēto, tiesa secina, ka šajā lietā pieteikuma priekšmets nav administratīvā akta atcelšana un jauna administratīvā akta izdošana, bet gan publisko tiesību līguma izpildes pareizības pārbaude atbilstoši Administratīvā procesa likuma 184.panta 4.punktam.

Pamatojoties uz iepriekšminēto tiesa secina, ka tiesai šajā lietā ir jāpārbauda, vai Aģentūra, atsakot *O.M.* izmaksāt maksājumus no piešķirto līdzekļu atlikuma par 2005.gada 3. un 4.ceturksni, kas nav izlietoti samaksai par speciālistu sniegtajiem veselības aprūpes pakalpojumiem (ar ģimenes ārsta nosūtījumu), ir pareizi izpildījusi starp *O.M.* ģimenes ārsta praksi un Veselības obligātās apdrošināšanas valsts aģentūru 2005.gada 31.martā noslēgto Līgumu.

Attiecīgi tiesa, saskaņā ar Administratīvā procesa likuma 256.[1] panta ceturto daļu, šajā lietā taisa spriedumu, kurā konstatēs, vai publisko tiesību līgums ir izpildīts pareizi vai kā tas būtu pareizi jāpilda.

Saskaņā ar Administratīvā procesa likuma 250.panta ceturto daļu tiesa taisa spriedumu par publisko tiesību līguma atbilstību tiesību normām, tā spēkā esamību, noslēgšanu vai izpildes pareizību, pārbaudījusi, vai publisko tiesību līgums noslēgts atbilstoši materiālo un procesuālo normu prasībām un vai līguma nosacījumi un izpilde atbilst šo normu prasībām.

[16] Kā jau iepriekš tika konstatēts, saskaņā ar līguma 3.pielikuma 2.10.punktu Aģentūra vienu reizi ceturksnī veic pārrēķinu par primārās veselības aprūpes ārsta kontrolēto sekundārās veselības aprūpes līdzekļu izlietojumu atbilstoši Noteikumu Nr.1036 58.7.apakšpunktam un 83.punktam.

Saskaņā ar Noteikumu Nr.1036 *(šeit un turpmāk redakcijā, kas bija spēkā lēmumu pieņemšanas brīdī)* 58.7.punktu ģimenes ārstu mēneša ieņēmumus par pacientu aprūpi veido līdzekļi samaksai par speciālistu sniegtajiem veselības aprūpes pakalpojumiem (ar ģimenes ārsta nosūtījumu) – ne vairāk kā 75 % apmērā no piešķirto līdzekļu atlikuma, kas nav izlietots samaksai par speciālistu sniegtajiem veselības aprūpes pakalpojumiem (ar ģimenes ārsta nosūtījumu). Savukārt saskaņā ar Noteikumu Nr.1036 83.punktu papildus šo noteikumu 82.punktā minētajiem līdzekļiem aģentūra speciālistu sniegto ambulatoro veselības aprūpes pakalpojumu apmaksai plāno un, ja nepieciešams, novirza līdzekļus no šo noteikumu 59.1.apakšpunktā minētās ģimenes ārsta kapitācijas naudas, bet ne vairāk kā 20 % no tās, ja maksa par speciālistu sniegtajiem ambulatorajiem veselības aprūpes pakalpojumiem (ar ģimenes ārsta nosūtījumu) pārsniedz šo noteikumu 82.1.apakšpunktā minēto apmēru.

Citētās tiesību normas nosaka vispārējo principu kā ģimenes ārstam tiek izmaksāta, vai neizmaksāta (novirzīta no ārsta kapitācijas naudas) nauda, kas piešķirta ģimenes ārstam samaksai par speciālistu sniegtajiem veselības aprūpes pakalpojumiem (ar ģimenes ārsta nosūtījumu). Respektīvi – gadījumā, ja ārsts neiztērē tam piešķirtos līdzekļus samaksai par speciālistu sniegtajiem veselības aprūpes pakalpojumiem (ar ģimenes ārsta nosūtījumu), tad viņam ir tiesības saņemt naudas līdzekļus ne vairāk kā 75 % apmērā no piešķirto līdzekļu atlikuma. Savukārt, gadījumā, ja ārsts pārtērē viņam piešķirtos līdzekļus samaksai par speciālistu sniegtajiem veselības aprūpes pakalpojumiem (ar ģimenes ārsta nosūtījumu), tad no ģimenes ārsta kapitācijas naudas tiek novirzīti līdzekļi ne vairāk kā 20% apmērā speciālistu sniegto ambulatoro veselības aprūpes pakalpojumu apmaksai.

[17] Noteikumu Nr.1036 11.pielikuma 9.punkts paredz, ja ģimenes ārsta kontrolēto speciālistu pakalpojumu samaksas līdzekļu ceturkšņa atlikums pārsniedz 30% no ceturksnī aprēķinātās summas, ģimenes ārsta ceturkšņa darbības analīzi par speciālistu pakalpojumu izmantošanu veic aģentūras ārsts eksperts. Aģentūras ārsts eksperts pieņem lēmumu par līdzekļu izmaksu.

Tādejādi ar noteikumiem ir noteikta robeža, kuru pārsniedzot, ir jāveic ģimenes ārsta darbības par speciālistu pakalpojumu izmantošanu izvērtējums, lai secinātu, ka ģimenes ārstam ir tiesības saņemt līdzekļu izmaksu. Līdz ar to

Aģentūrai bija pienākums veikt ģimenes ārsta darbības par speciālistu pakalpojumu izmantošanu novērtējumu, ja kontrolēto speciālistu pakalpojumu samaksas līdzekļu ceturkšņa atlikums pārsniedz 30% no ceturksnī aprēķinātās summas.

[18] Tiesa konstatē, ka *O.M.* ģimenes ārsta praksei saskaņā ar Līguma 1.pielikuma 2.4.punktu plānotais finansējums sekundāro ambulatoro veselības aprūpes pakalpojumu apmaksai *(ar ģimenes ārsta nosūtījumu)* no 2005.gada 1.apriļa līdz 2005.gada 30.junijam uz Līguma noslēgšanas brīdi tika noteikts Ls 1051,00 mēnesī un no 2005.gada 1.jūlija līdz 2005.gada 31.decembrim uz Līguma noslēgšanas brīdi tika noteikts Ls 1120,00 mēnesī *(lietas 112.lapa)*. Atbilstoši līguma 1.pielikuma 3.punkta noteikumiem piemaksu aprēķins tiek mainīts katra mēneša pirmajā datumā, ņemot vērā izmaiņas primārās veselības aprūpes ārsta reģistrēto pacientu sarakstā.

Ar pārsūdzētajiem lēmumiem tika konstatēts, ka Pieteicējas kontrolēto speciālistu pakalpojumu samaksas līdzekļu ceturkšņa atlikums 3.ceturksnī bija 61,1% un 4.ceturksnī bija 70%. Tātad tika pārsniegta Noteikumos Nr.1036 noteiktā 30% robeža. Līdz ar to, lai Pieteicējai tiktu veikta līdzekļu izmaksa par speciālistu sniegtajiem veselības aprūpes pakalpojumiem (ar ģimenes ārsta nosūtījumu), Atbildētājam bija jāveic pieteicējas kā ģimenes ārsta ceturkšņa darbības analīze par speciālistu pakalpojumu izmantošanu un jāpieņem atbilstošs lēmums par līdzekļu izmaksu.

[19] Tiesa secina, ka tiesību normā **nav noteikti kritēriji**, kas ir jāizvērtē, veicot ģimenes ārsta ceturkšņa darbības analīzi par speciālistu pakalpojumu izmantošanu.

Saskaņā ar Administratīvā procesa likuma 15.panta divpadsmito daļu iestāde un tiesa nedrīkst atteikties izlemt jautājumu, pamatojoties uz to, ka šis jautājums nav noregulēts ar likumu vai citu ārējo normatīvo aktu (iestāžu un tiesu juridiskās obstrukcijas aizliegums). Tās nedrīkst atteikties piemērot tiesību normu, pamatojoties uz to, ka šī tiesību norma neparedz piemērošanas mehānismu, ka tas nav pilnīgs vai nav izdoti citi normatīvie akti, kas tuvāk regulētu attiecīgās tiesību normas piemērošanu.

Attiecīgi tiesa vērtējumā iepriekšminētā tiesību norma nosaka, ka lai arī tiesību normās nav noteikti kritēriji, iestādei un tiesai nav iespēju nelemt jautājumu, pamatojoties uz apstākli, ka tiesību normās nav noregulēts problēmjautājums.

Tiesa konstatē, ka lēmumu pieņemšanas brīdī spēkā bija Aģentūras 2006.gada 6.jūnija ieteikumi Nr.1 „Ieteikumi Veselības obligātās apdrošināšanas valsts aģentūras ārstam ekspertam, veicot ģimenes ārsta ceturkšņa darbības analīzi par speciālistu pakalpojumu izmantošanu un pieņemot lēmumu par līdzekļu izmaksu" (publicēti 2006.gada 13.jūnija laikrakstā „Latvijas Vēstnesis" Nr.91 (3459)) (turpmāk arī – Ieteikumi). Šie ieteikumi ir iekšējs normatīvais akts atbilstoši Valsts pārvaldes iekārtas likuma 73.panta pirmās daļas 4.punktam un ir izdoti, ievērojot Valsts pārvaldes iekārtas likumā noteikto iekšējo normatīvo aktu izdošanas kārtību.

[20] Pieteicēja pieteikumā ir norādījusi, ka Aģentūras ārsts eksperts nebija tiesīgs piemērot tādus kritērijus, kādus tas ir piemērojis, jo sākotnējā lēmuma pieņemšanas brīdī nebija nedz ārēja, nedz iekšēja normatīva akta, kas noteiktu kā ir vērtējama ģimenes ārsta darbība speciālistu sniegto pakalpojumu izmantošanā.

Tiesa šādu Pieteicējas argumentu atzīst par nepamatotu. Saskaņā ar Administratīvā procesa likuma 81.panta piekto daļu apstrīdētais administratīvais akts iegūst savu galīgo noformējumu tādā veidā, kādā tas noformēts lēmumā par apstrīdēto administratīvo aktu. Šādā veidā tas ir izpildāms un to var pārsūdzēt tiesā. Tādejādi tiesa vērtē visu administratīvo procesu iestādē kopumā. Tas nozīmē, ka augstāka iestāde, izskatot apstrīdēšanas iesniegumu izskata administratīvo lietu pēc būtības un ir tiesīga piemērot tās tiesību normas (ārējas vai iekšējas), kas ir spēkā galīgā lēmuma pieņemšanas brīdī.

Tā kā pārsūdzētā lēmuma pieņemšanas brīdī Ieteikumi bija spēkā, attiecīgi tiesas vērtējumā Aģentūras augstākā iestāde, kas pieņēma galīgo lēmumu, bija tiesīga tos piemērot, lai izlemtu jautājumu par naudas līdzekļu atmaksu Pieteicējai par speciālistu pakalpojumu izmantošanai atvēlēto līdzekļu izmaksu.

[21] Saskaņā ar Administratīvā procesa likuma 16.panta pirmo daļu Iekšējais normatīvais akts ir saistošs tam publisko tiesību subjektam, kas šo aktu izdevis, kā arī šim publisko tiesību subjektam padotajām institūcijām.

Tā kā starp Atbildētāju un pieteicējas ģimenes ārsta praksi ir noslēgts publisko tiesību līgums, tad atbilstoši Valsts pārvaldes iekārtas likuma 43.panta otrajai daļai starp Aģentūru un Pieteicējas ģimenes ārsta praksi pastāv padotības attiecības.

Tiesa secina, ka pie šādiem apstākļiem Atbildētājs bija tiesīgs piemērot iekšējo normatīvo aktu, lai pieņemtu lēmumu par līdzekļu izmaksu pieteicējai par speciālistu sniegtajiem veselības aprūpes pakalpojumiem (ar ģimenes ārsta nosūtījumu).

[22] Tiesa piekrīt Pieteicējas un Pieteicējas pilnvarotu personu viedoklim, ka ģimenes ārsta darbību *(kvalitāti)*, sniedzot primārās veselības aprūpi pacientiem, ietekmē daudzi un dažādi faktori. Minēto kritērijus tiesas vērtējumā var iedalīt kvantitatīvajos *(pieņemto pacientu skaits, veikto procedūru skaits utt.)* un kvalitatīvajos*(ārsta kvalifikācija, pieredze utt)*. Tiesas vērtējumā, ņemot vērā iespējamo kritēriju daudzumu un dažādību, ir nepieciešams noteikt dažus, konkrētus vērtēšanas kritērijus.

Tiesa kritiski vērtē Pieteicējas un Pieteicējas pilnvaroto personu izteikto argumentu, ka bez kvantitatīvajiem kritērijiem ir nepieciešams arī izmantot ārsta vērtēšanā kvalitatīvos kritērijus*(ārsta kvalifikācija, pieredze, pacientu apkalpošanas kvalitāte, pacientu sūdzības utt)*. Tiesas vērtējumā ir apgrūtināta minēto kvalitatīvo kritēriju precīza noteikšana, kā arī šo kritēriju izmantošana radītu iespēju pārbaudēs parādīties subjektīviem vērtēšanas elementiem. Minēto secinājumu tiesas ieskatā arī apstiprina Ministru kabineta 2002.gada 27.decembra noteikumi Nr.583 „Veselības apdrošināšanas aģentūras nolikums" kuros noteikts, ka Aģentūra administrē valsts obligātās veselības apdrošināšanas

finanšu līdzekļus, attiecīgi tiesa secina, ka Aģentūras viens no uzdevumiem ir finanšu līdzekļu administrēšana.

Savukārt saskaņā ar Ministru kabineta 2005.gada 29.marta noteikumiem Nr.218 „Medicīniskās aprūpes un darbspējas ekspertīzes kvalitātes kontroles inspekcijas nolikums" 1.punktu noteikts, ka minētā iestādes darbības mērķis ir kontrolēt medicīniskās aprūpes profesionālo un darbspējas ekspertīzes kvalitāti ārstniecības iestādes un [...]. Minētais tiesas vērtējumā norāda, ka viens no Medicīniskās aprūpes un darbspējas ekspertīzes kvalitātes kontroles inspekcijas uzdevumiem ir ārstu darbības kvalitātes*(kvalitatīvo rādītāju)*kontrole.

Pamatojoties uz iepriekšminēto, tiesas ieskatā, konkrēti noteiktas, visiem vienādas un skaidri definētas kārtības piemērošana, pamatojoties uz iekšējo aktu, pati par sevi ir garantija, ka attiecībā uz visām personām iestāde rīkojas vienādi, būtiski samazina patvaļīgu lēmumu pieņemšanas iespēju *(sk. Administratīvās apgabaltiesas 2006.gada 6.novembra sprieduma lietā AA 1046-06/10 [16] punktu)*, kā arī pamatota ir Atbildētāja izvēle nosakot ģimenes ārstu darbības pārbaudei kritērijus, kuri pamatoti ar kvantitatīvajiem rādītājiem.

Pie šādiem apstākļiem Atbildētājs nodrošināja vienlīdzības un taisnīguma principu ievērošanu ar Ieteikumiem nosakot konkrētus kritērijus, kas ir piemērojami, pieņemot lēmumu par līdzekļu atlikuma izmaksu ģimenes ārstiem par speciālistu sniegtajiem veselības aprūpes pakalpojumiem (ar ģimenes ārsta nosūtījumu).

[23] Tiesa konstatē, ka saskaņā ar Ieteikumu 6.punktu Ģimenes ārstam, kuram sekundārās ambulatorās veselības aprūpes līdzekļu atlikums pārsniedz 30% no ceturksnim ieplānotā līdzekļu apjoma, ārsts eksperts veic ceturkšņa darbības analīzi par speciālistu pakalpojumu izmantošanu, piemērojot sekojošus kritērijus: vidējais ceturkšņa viena mēneša apmeklējumu skaits uz 100 reģistrētiem pacientiem (turpmāk - apmeklējuma kritērijs); ģimenes ārstam piemaksājamo manipulāciju aprēķināto līdzekļu apjoms vidēji vienā ceturkšņa mēnesī, izteikts latos uz 100 reģistrētiem pacientiem (turpmāk - manipulāciju apjoma kritērijs).

Savukārt, pamatojoties uz Ieteikumu 11.punktu, ārsts eksperts pieņem lēmumu, kas tiek noformēts kā administratīvais akts, atteikt ģimenes ārstam līdzekļu atlikuma, kas nav izlietots samaksai par ģimenes ārstu kontrolētajiem speciālistu sniegtajiem veselības aprūpes pakalpojumiem, izmaksu, ja pēc izvērtēšanas ir konstatēta neatbilstība kaut vienam no Instrukcijas 5.punktā (tiesas ieskatā šeit būtu jābūt atsaucei uz 6.punktu un vērtē šo neatbilstību kā acīmredzamu pārrakstīšanās kļūdu, jo kritēriji ir noteikti Instrukcijas 6.punktā, nevis 5.punktā, uz kuru ir dota atsauce 11.punktā) noteiktajiem kritērijiem (ģimenes ārsta darbības rādītāji pēc apmeklējuma kritērija vai manipulāciju apjoma kritērija ir zemāki par 1,25 M).

Tādejādi atbildētājs ir noteicis divus kumulatīvus kritērijus, kas ir jākonstatē, lai ģimenes ārstam rastos tiesības uz līdzekļu izmaksu par kontrolētajiem speciālistu sniegtajiem veselības aprūpes pakalpojumiem.

Pie šādiem apstākļiem atbildētājam, konstatējot kaut viena kritērija neatbilstību, nebija pienākums veikt izmaksas no atlikuma, kas nav izlietots

samaksai par ģimenes ārstu kontrolētajiem speciālistu sniegtajiem veselības aprūpes pakalpojumiem.

[24] Tiesa secina, ka finanšu līdzekļi, kas ģimenes ārstam tiek piešķirti primārās veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanas finansēšanai, uzticot tam veikt publisko funkciju – nodrošināt personām primāro veselības aprūpi, ir valsts budžeta līdzekļi, kuru administrēšana ir uzticēta Aģentūrai. Tas nozīmē, ka šo līdzekļu izmaksai ir jābūt pārskatāmai un pakļautai kontrolei.

Saskaņā ar Noteikumu Nr.1036 56.punktu primārās veselības aprūpes finansēšanai plāno ne mazāk kā 20 % no valsts budžeta līdzekļiem, kas paredzēti samaksai par veselības aprūpes pakalpojumiem. Saskaņā ar šo noteikumu 57.1.punktu šo noteikumu 56.punktā minētos valsts budžeta līdzekļus aģentūras teritoriālās nodaļas cita starpā plāno novirzīt samaksai par ģimenes ārstu sniegtajiem veselības aprūpes pakalpojumiem, tai skaitā maksājumam, kuru aprēķina, ņemot vērā reģistrēto pacientu skaitu ģimenes ārsta pacientu sarakstā, minēto pacientu dalījumu pa vecuma grupām un ģimenes ārsta pakalpojuma patēriņa koeficientu (kapitācijas naudu) saskaņā ar šo noteikumu 8.pielikumu, paredzot kapitācijas naudas līdzekļus ne mazāk kā 30 % apmērā no šo noteikumu 56.punktā paredzētajiem līdzekļiem samaksai par primārās veselības aprūpes pakalpojumiem.

Savukārt, saskaņā ar Noteikumu Nr.1036 59.punktu, aprēķināto mēneša kapitācijas naudu attiecīgā ģimenes ārsta pacientu veselības aprūpei aģentūras teritoriālā nodaļa sadala: pamatmaksājumā – 85 % apmērā no aprēķinātās mēneša kapitācijas naudas apmēra un ģimenes ārsta darbības novērtējuma mainīgajā maksājumā – 15 % apmērā no aprēķinātās mēneša kapitācijas naudas apmēra.

Tiesas vērtējumā iepriekšminētās tiesību normas norāda, ka ģimenes ārsta ienākumu struktūru veido divu veidu valsts finansējuma avoti, kas sadalās divu veidu ieņēmumos– pamata ieņēmumā, kas ir relatīvi nemainīgs un ir atkarīgs no pie ģimenes ārsta reģistrēto pacientu skaita un mainīgā ieņēmumā, kas mainās atkarībā no ģimenes ārsta darbības novērtējuma.

[25] Saskaņā ar Noteikumu Nr.1036 61.punktu ģimenes ārsta mēneša darbības novērtējuma mainīgo ieņēmumu aģentūras teritoriālās nodaļas aprēķina atbilstoši šo noteikumu 11.pielikumam.

Saskaņā ar Noteikumu Nr.1036 11.pielikuma 1.punktu Ģimenes ārsta darba aktivitāti izvērtē katru mēnesi, piemērojot šādus rādītājus: prakses darbības organizācija – nodala 50 % no līdzekļiem par mēneša darbības novērtējumu; ģimenes ārsta veikto apmeklējumu skaits uz vienu 1., 2. un 3.veida aprūpes epizodi – nodala 25 % no līdzekļiem par mēneša darbības novērtējumu; savu pacientu apmeklējumu skaits mēnesī uz 100 pie ģimenes ārsta reģistrētiem pacientiem – nodala 25 % no līdzekļiem par mēneša darbības novērtējumu; ģimenes ārsta kontrolēto speciālistu pakalpojumu samaksas līdzekļu atlikums procentos no aprēķinātās mēneša summas.

No iepriekš minētā ir secināms, ka ģimenes ārsta kontrolēto speciālistu pakalpojumu samaksas līdzekļu atlikums ir mainīgais maksājums, kurš var svārstīties atkarībā no ārsta darbības speciālistu pakalpojumu izmantošanā.

Respektīvi, gadījumos, kad ģimenes ārsts neizmanto speciālistu pakalpojumiem piešķirtos līdzekļus, veidojas šo līdzekļu atlikums, savukārt, ja ģimenes ārsts tos pārtērē, tad speciālistu sniegto pakalpojumu segšanai līdzekļi tiek novirzīti no ģimenes ārstam atvēlētā pamatmaksājuma – kapitācijas naudas (sk. šā sprieduma [16] punktu).

Noteikumi Nr.1036 nosaka, ka ģimenes ārsts garantēti saņems kontrolēto speciālistu pakalpojumu samaksas līdzekļu atlikumu *(75% apmērā)* pie nosacījuma, ja šis atlikums nepārsniedz 30% no ceturksnī aprēķinātās summas.

Pamatojoties uz iepriekšminēto tiesa secina, ka tiesības saņemt kontrolēto speciālistu pakalpojumu samaksas līdzekļu atlikumu ir tiem ģimenes ārstiem, kas ir spējuši sniegt primārās veselības aprūpes pakalpojumus atbilstoši izvirzītajiem pakalpojuma sniegšanas kritērijiem. Turklāt jebkura novirze no izvirzītā standarta ir uzskatāma par primārās veselības aprūpes pakalpojuma neatbilstošu sniegšanu – vai nu nepamatoti nenosūtot pacientus pie sekundārās veselības aprūpes speciālistiem, vai arī nosūtot tos pie speciālistiem pārlieku bieži.

[26] Saskaņā ar Līguma 4.2.2.punktu Aģentūra neapmaksā ģimenes ārsta sniegtos veselības aprūpes pakalpojumus, ja pakalpojums veikts nepilnīgi vai nekvalitatīvi, kas konstatēts, Aģentūras ārstam ekspertam vai citai pilnvarotai personai, sastādot aktu.

Tādejādi, ja Aģentūra konstatē, ka ģimenes ārsts primārās veselības aprūpes pakalpojumus ir sniedzis nepilnīgi vai nekvalitatīvi, tad Aģentūrai ir tiesības neapmaksāt ģimenes ārstam sniegtos veselības aprūpes pakalpojumus. Tiesa secina, ka konkrētajā gadījuma tas norāda, ka netiek izmaksāts mainīgais maksājums par ģimenes ārsta kontrolēto pakalpojumu samaksu – speciālistu sniegtajiem veselības aprūpes pakalpojumiem (ar ģimenes ārsta nosūtījumu), jo ir akts, ar kuru konstatēts, ka ģimenes ārsta darbība neatbilst izvirzītajiem kritērijiem *(sniegts nepilnīgi vai nekvalitatīvi)*.

Pamatojoties uz iepriekšminēto tiesa secina, ka attiecīgi nav pamatots Pieteicējas arguments, ka Noteikumu 58.7.punktā norādītie līdzekļi samaksai par speciālistu sniegtajiem veselības aprūpes pakalpojumiem (ar ģimenes ārsta nosūtījumu) ir vienmēr izmaksājami ģimenes ārstam, ja ir radies šo līdzekļu pārpalikums tā iemesla dēļ, ka ģimenes ārsts nav tos izmantojis, nosūtot pacientus pie speciālistiem.

[27] Tiesas ieskatā Aģentūras ārsta eksperta *A.S.* 2006.gada 13.aprīļa lēmums Nr.R-NOS/1719 un 2006.gada 13.aprīļa lēmums Nr.R-NOS/1698 ir uzskatāmi par aktiem līguma 4.2.2.punkta izpratnē, ar kuriem tika konstatēts, ka Pieteicēja primāro veselības aprūpi nav veikusi atbilstoši noteiktajiem kritērijiem*(sniegts nepilnīgi vai nekvalitatīvi)*.

Tiesa konstatē, ka atbilstoši Līguma 5.4.punktam puses ir apņēmušās ar Līguma izpildi saistītos strīdus risināt sarunu ceļā. Strīdus, kuros nav panākta vienošanās, puses risina tiesā.

2006.gada 9.maijā Pieteicēja vēršas ar administratīvā akta apstrīdēšanas iesniegumu *(lietas 24.-27.lapas)*Aģentūrā.

Tādejādi Pieteicējas vēršanos pie Aģentūras ar apstrīdēšanas iesniegumiem tiesa uzskata par Līguma 5.4.punkta izpildi attiecībā uz strīdu risināšanas kārtību pirmstiesas procesā iestādē.

[28] No procesa dalībnieku rakstveida un mutvārdu paskaidrojumiem tiesa secina, ka lietā ir strīds, vai Atbildētājs ir pamatoti noteicis kritērijus, kurus ir jāsasniedz ģimenes ārsta darbības rādītajiem, gadījumos, kad tiek lemts par speciālistu sniegto veselības aprūpes pakalpojumu (ar ģimenes ārsta nosūtījumu)līdzekļu atlikuma*(virs 30%)* izmaksāšanu ģimenes ārstam.

Tiesa konstatē, ka saskaņā ar Ieteikumiem ir noteikti divi kritēriji, kuri ir jāsasniedz *(jāpārsniedz)* ģimenes ārsta darbības rādītajiem lai veiktu speciālistu sniegto veselības aprūpes pakalpojumu (ar ģimenes ārsta nosūtījumu)līdzekļu atlikuma*(virs 30%)* izmaksāšanu ģimenes ārstam.

Instrukcijā piemērotajiem kritērijiem, lai novērtētu ģimenes ārsta darbību sniedzot primārās veselības aprūpes pakalpojumu attiecībā uz kontrolēto speciālistu pakalpojumu izmantošanu, tiesa secina, ka kritēriji ir izvēlēti tādi, kas savā būtībā korelē ar izvērtējamo objektu (speciālistu pakalpojumu izmantošanu).

Tiesa secina, ka viens no noteiktajiem kritērijiem balstīts uz skaitliskiem radītājiem par to, kāds ir bijis vidējais apmeklējumu skaits pie konkrētā ģimenes ārsta un norāda uz to, kāda ir bijusi konkrētā ārsta pacientu apmeklējumu intensitāte *(netieši norāda arī uz ārsta noslogotības apjomu)*.

Savukārt, otrs kritērijs balstīts uz ģimenes ārsta veikto manipulāciju daudzumu un norāda uz to, cik lielā apmērā ģimenes ārsts pats ir spējīgs aprūpēt un veikt izmeklēšanu saviem pacientiem, nenosūtot tos pie speciālista.

Pamatojoties uz iepriekšminēto tiesa secina, ka Atbildētājs ir izvēlējies kritērijus, kuru pamatā ir ģimenes ārsta darbības kvantitatīvais *(skaitliskais)* vērtējums.

[29] Tiesas vērtējumā Atbildētāja izvēlētie kritēriji *(kvantitatīvie)*ir pamatoti balstoties uz zemāk minētajiem apsvērumiem.

Tiesa secina, ka, ja apmeklējuma daudzuma kritērijs atbilst mediānas zemākajai pieļaujamības robežai, tad ir secināms, ka ārsts ir strādājis pietiekami aktīvi, pie viņa ir nākuši pacienti un viņa darbs ir atbilstošs minimālajiem ārsta apmeklējuma rādītājiem.

Savukārt, ja manipulāciju *(veikto procedūru)* daudzums atbilst mediānas zemākajai pieļaujamības robežai, tad ir secināms, ka ārsts ir strādājis ne tikai kvantitatīvi *(veikto procedūru daudzums),* bet arī tiesa ieskatā norāda arī uz ārsta darba kvalitāti, jo pats veicis vienkāršākās manipulācijas, bet sarežģītākajos gadījumos, kad pats nav spējis nodrošināt pacienta aprūpi, nosūtījis tos pie speciālistiem. Līdz ar to ir novērojams līdzsvars starp ģimenes ārsta paša veiktajām manipulācijām un speciālistu sniegtajiem pakalpojumiem ar ģimenes ārsta nosūtījumu. Šajā gadījumā samazinās nepieciešamība nepamatoti tērēt speciālistu sniegtajiem veselības aprūpes pakalpojumiem paredzēto naudu.

Pie šādiem apstākļiem abi šie kritēriji tiesas ieskatā liecina par ģimenes ārsta darbības rādītājiem *(atbilstību noteiktajiem kritērijiem)*kopumā un dod

iespēju Aģentūrai izvērtēt ģimenes ārsta darbības rādītājus par speciālistu pakalpojumu izmantošanu.

Pie tam, konstatējot neatbilstību kaut vienam no izvēlētajiem kritērijiem, ir secināms, ka ģimenes ārsta darbības neatbilst Līgumā un Ieteikumos noteiktajiem kritērijiem *(ārsta darbības kvalitātes rādītājiem)*, vai arī primārā aprūpe tiek sniegta nepilnīgi, kas var būt par pamatu atteikties ārstam izmaksāt mainīgo maksājumu par ģimenes ārsta kontrolētajiem speciālistu pakalpojumu apmaksas atlikumu. .

Tā piemēram, ja ģimenes ārsta apmeklējuma kritērijs ir neatbilstošs, tad ir secināms, ka ģimenes ārsts konkrētajā laika periodā ir aprūpējis nelielu pacientu skaitu. Tātad viņa darba apjoms ir bijis salīdzinoši mazāks ar kritērijam atbilstošu ģimenes ārstu darba apjomu. Tādejādi šāda ārsta darbība nebūtu vērtējama kā atbilstoši sniegts primārās veselības aprūpes pakalpojums, jo konkrētā ģimenes ārsta noslodze ir bijusi mazāka nekā citiem ģimenes ārstiem. Līdz ar to tiesas vērtējumā nebūtu taisnīgi, ja ģimenes ārsts, kura noslodze ir mazāka, saņemtu papildus mainīgo maksājumu lielākā apmērā, nekā ģimenes ārsts, kurš ir aprūpējis lielāku pacientu skaitu un attiecīgi aktīvāk izlietojis speciālistu pakalpojumu apmaksai atvēlētos naudas līdzekļus vai pat tos pārtērējis.

Tāpat arī neatbilstība manipulāciju (veikto procedūru) daudzuma kritērijam dod pamatu secināt, ka ģimenes ārsts ir attiecīgi mazāk aktīvi veicis manipulācijas, kuras viņam tiek apmaksātas atbilstoši Noteikumu Nr.1036 58.3.punktam un 9.pielikumam. Līdz ar to var secināt, ka ģimenes ārsta darbība nav bijusi līdzvērtīga citu ģimenes ārstu darbībai, veicot manipulācijas. Pie tam ģimenes ārstam par viņa paša veiktajām manipulācijām tiek samaksāts. Līdz ar to ģimenes ārsts ir ieinteresēts veikt manipulācijas pats un nosūtīt pacientu pie speciālista tikai tajos gadījumos, kad tas tiešām ir nepieciešams. Tādejādi liels ģimenes ārsta veikto manipulāciju skaits liecina par ģimenes ārsta aktīvu *(kvalitātīvu)* darbu, bet mazs šo manipulāciju skaits norāda uz ģimenes ārsta nepilnīgi sniegtu pacientu veselības aprūpi.

[30] Tiesas ieskatā, konkrēti šajā situācijā, Atbildētājs pamatoti ir izvēlējies vērtēt ģimenes ārstu darbību speciālistu sniegto pakalpojumu izmantošanā, piemērojot matemātisko aprēķinu sistēmu, – izvērtējot katra konkrētā ārsta darbības rādītājus attiecībā pret citu ģimenes ārstu darbības rādītājiem.

Tā kā visu ģimenes ārstu pamatuzdevums ir veikt pacientu primārās veselības aprūpi un ģimenes ārsti darbojas saskaņā ar vieniem un tiem pašiem principiem, tad ir iespējams izdarīt secinājumu par viena ārsta darbību, par atskaites punktu ņemot citu ģimenes ārstu darbības rādītājus. Līdz ar to šāda rādītāju salīdzināšana ir atzīstama par objektīvu un pieņemamu, lai varētu spriest par ģimenes ārsta darbības kvalitāti kopumā.

Attiecīgi pamatojoties uz iepriekšminēto tiesa secina, ka nav pamatots Pieteicēja precizētais prasījums (pieteikuma lūguma daļas 2.punkts) *(lietas 102.lapa),* saskaņā ar kuru Pieteicējs lūdz, lai tiesa uzliek par pienākumu Atbildētāja ārstam ekspertam pieņemt lēmumus par Pieteicējas, kā ģimenes

ārstes kontrolēto speciālistu pakalpojumu samaksa līdzekļu atlikuma izmaksu, jo minētais precizētais prasījums tiesas ieskatā norāda, ka Pieteicēja vēlas lai izmaksa tiktu noteikta neveicot ģimenes ārsta darbības vērtēšanu atbilstoši noteiktajiem kritērijiem.

[31] Tiesa konstatē, ka saskaņā ar Ieteikumu 7. un 9.punktu attiecīgi apmeklējuma kritērija un manipulāciju apjoma kritērija rādītāji tika aprēķināti izmantojot matemātisko vērtību mediānu, paredzot, ka zemākā pieļaujamības robeža ir 1,25M (mediāna reizināta ar 1,25).

Tiesa secina, ka šādu aprēķinu metodi Atbildētājs ir izmantojis, piemērojot analoģiju ar Noteikumu Nr.1036 11.pielikuma 7. un 8.punktu, kuri nosaka ģimenes ārsta darbības novērtējuma kārtību, lai ģimenes ārsts varētu saņemt mainīgo maksājumu.

Saskaņā ar Noteikumu Nr.1036 7.punktu ģimenes ārsta veikto apmeklējumu skaitu uz vienu aprūpes epizodi kā ģimenes ārsta mēneša darbības novērtējumu izvērtē šādi:

7.1. pie ģimenes ārsta reģistrēto pacientu skaitu attiecīgajā mēnesī fiksē pēc pacientu skaita, kuru pasē ir personas kods un kuri ir reģistrēti Iedzīvotāju reģistrā, uz katra mēneša divdesmito datumu;

7.2. atbilstoši ārstniecības iestāžu iesniegtajai informācijai par veikto darbu (informācijas avots – ambulatorā pacienta talons) katram ģimenes ārstam aprēķina viņa pacientiem veikto 1., 2. un 3.veida aprūpes epizožu kopskaitu, šīm epizodēm atbilstošo kopējo apmeklējumu skaitu un apmeklējumu skaitu uz vienu aprūpes epizodi;

7.3. no aģentūras nodaļas ģimenes ārstu rādītājiem aprēķina mediānu (turpmāk – M) un tā zemāko pieļaujamības robežu – 0,75 M;

7.4. ja ģimenes ārstam aprēķinātais rādītājs ir mazāks par 0,75 M, aprēķināto līdzekļu apmēru viņam neizmaksā;

7.5. ja ģimenes ārstam aprēķinātais rādītājs ir 0,75 M vai lielāks, aprēķināto līdzekļu apmēru viņam izmaksā pilnā apmērā.

Savukārt saskaņā ar Noteikumu Nr.1036 8.punktu kopējo ģimenes ārsta veikto apmeklējumu skaitu mēnesī uz 100 reģistrētiem pacientiem kā ģimenes ārsta mēneša darbības novērtējumu izvērtē, izmantojot šādus kritērijus:

8.1. atbilstoši ārstniecības iestāžu iesniegtajai informācijai par veikto darbu (informācijas avots – ambulatorā pacienta talons) aprēķina ģimenes ārsta veikto pie viņa reģistrēto pacientu apmeklējumu kopskaitu visu veidu (1., 2., 3., 4., 5. un 6.veida) aprūpes epizodēs;

8.2. izmantojot šī pielikuma 7.1. un 8.1.apakšpunktā minētos rādītājus, katram ģimenes ārstam aprēķina apmeklējumu skaitu uz 100 pie viņa reģistrētajiem pacientiem;

8.3. no aģentūras nodaļas ģimenes ārstu rādītājiem aprēķina mediānu un tā zemāko pieļaujamības robežu – 0,75 M;

8.4. ja ģimenes ārstam aprēķinātais rādītājs ir mazāks par 0,75 M, aprēķināto līdzekļu apmēru viņam neizmaksā;

8.5. ja ģimenes ārstam aprēķinātais rādītājs ir 0,75 M vai lielāks, aprēķināto līdzekļu apmēru viņam izmaksā pilnā apmērā.

No citētajām tiesību normām ir secināms, ka Ministru kabinets ir noteicis kārtību, kādā tiek veikts ģimenes ārsta darbības novērtējums un zemāko pieļaujamības robežu, kad šī darbība ir atzīstama par atbilstošu. Respektīvi, zemākā pieļaujamības robeža Ministru kabineta noteikumos ir noteikta **0,75M** *(mediāna reizināta ar 0,75)*.

[32] Tiesa secina, ka Atbildētājs Ieteikumos ir noteicis atšķirīgu zemākās pieļaujamības robežas vērtību, nekā to ir noteicis Ministru kabinets.

Tiesa šādu Ieteikumos ietverto zemākās pieļaujamības robežas vērtību atzīst par neatbilstošu ārējam normatīvam aktam – Ministru kabineta noteikumiem, turpmāk minēto iemeslu dēļ:

[32.1] ģimenes ārsta kontrolēto speciālistu pakalpojumu samaksas līdzekļu atlikums no aprēķinātās mēneša summas ir viens no rādītajiem, kas atbilstoši Noteikumu Nr.1036 11.pielikuma 1.punktam ir jāizvērtē, nosakot ģimenes ārsta darbības aktivitāti.

Tas nozīmē, ka vērtējot ģimenes ārsta darbības aktivitāti, iestādei ir jārīkojas atbilstoši Noteikumos Nr.1036 noteiktajai kārtībai un kritērijiem.

[32.2] ģimenes ārsta darbības par speciālistu pakalpojumu izmantošanu izvērtēšanai Noteikumi Nr.1036 nav noteikuši konkrētus pārbaudāmos kritērijus un to pieļaujamās robežas. Līdz ar to Atbildētājs varēja izmantot tikai tādus kritērijus, kas objektīvi ir pārbaudāmi un iekļaujas vispārējā ārsta darbības novērtēšanas sistēmā.

[32.3] tiesa jau iepriekš secināja, ka Atbildētājs ir izvēlējies atbilstošus kritērijus, lai izdarītu secinājumu par ģimenes ārsta darbību speciālistu pakalpojumu izmantošanā.

Kā vienu no kritērijiem Atbildētājs ir izvēlējies Noteikumu Nr.1036 11.pielikuma 1.3.punktam analogu kritēriju – viena mēneša apmeklējumu skaits uz 100 reģistrētiem pacientiem.

Noteikumu Nr.1036 8.punkts jau ir paredzējis zemāko pieļaujamības robežu šā kritērija izvērtēšanā un noteicis to 0,75M. Tādejādi, ja ģimenes ārstam aprēķinātais rādītājs ir 0,75M vai lielāks, tad ģimenes ārsta darbība ir atzīstama par atbilstošu.

Pamatojoties uz iepriekšminēto tiesa secina, ka Atbildētājam nebija pamata noteikt lielāku ģimenes ārsta darbības atbilstības radītāju *(zemāko pieļaujamības robežu)*, nekā to ir noteicis Ministru kabinets. Tādā veidā samazinot to ārstu skaitu, kuru darbības rādītāji ir atbilstoši kritērijam, kas balstīts uz apmeklējuma skaitu.

[32.4] Līdz ar to nav pamata arī kritērijam, kas balstīts uz veikto manipulāciju daudzumu piemērot citādu aprēķināšanas kārtību, nekā to ir noteicis Ministru kabinets, ja par pamatu tiek izmantota mediāna un tās zemākās pieļaujamības robežas noteikšana.

Citiem vārdiem sakot, iestāde nav tiesīga noteikt savādāku matemātiskā lieluma robežu, nekā tas ir noteikts ārējā normatīvajā aktā, un kurā tiek lietota analoga darba kvalitātes raksturojošie kvantitatīvie kritēriji. Nosakot ārējā normatīvā aktā konkrētu aprēķināšanas metodi un atbilstības robežu Ministru kabinets jau ir izdarījis apsvērumus un atzinis šādu vērtējumu par samērīgu un

atbilstošu ģimenes ārstu darbības novērtējuma objektīvajiem kritērijiem. Tādejādi iestādei vairs netiek dota rīcības brīvība noteikt atšķirīgu vērtēšanas rādītāju matemātisko robežu, kas samazina attiecīgam kritērijam atbilstošo personu loku.

[33] Ņemot vērā iepriekš norādīto, tiesa uzskata, ka šāda nepamatota aprēķinu metodes izvēle ir novedusi pie tiesību normām neatbilstošas publisko tiesību līguma izpildes.

Līdz ar to tiesa konstatē, ka publisko tiesību līgums ir izpildīts nepareizi, jo Aģentūra nepareizi ir novērtējusi ģimenes ārsta sniegto pakalpojumu darbības kvalitāti par ģimenes ārsta kontrolēto speciālistu pakalpojumu līdzekļu izlietojumu. Konkrēti, atbildētāja veiktie aprēķini darbības novērtējumā ir pretrunā tiesību normu prasībām – Noteikumu Nr.1036 norādītajiem ģimenes ārsta darbības izvērtēšanas matemātiskajiem *(kvantitatīvajiem)* rādītājiem.

Atbildētājam, izvērtējot ģimenes ārsta darba aktivitāti gan apmeklējuma kritērijam, gan arī veikto manipulāciju apjoma kritērijam bija jāpiemēro Noteikumu Nr.1036 11.pielikumā norādītā aprēķinu metode – no ģimenes ārstu attiecīgajiem rādītājiem jāaprēķina mediānu (M) un tā zemāko pieļaujamības robežu – 0,75 (mediāna jāreizina ar 0,75), nevis 1,25.

Līdz ar to attiecīgi arī to ģimenes ārstu, kam aprēķinātais rādītājs ir vienāds vai lielāks par 0,75M darbība ir atzīstama par atbilstošu noteiktajiem kritērijiem un viņiem ir izmaksājams ģimenes ārsta kontrolēto speciālistu pakalpojumu samaksas līdzekļu atlikums procentos no aprēķinātās mēneša summas. Savukārt tiem ģimenes ārstiem, kuru aprēķinātais rādītājs ir mazāks par 0,75M līdzekļu izmaksa ir atsakāma, pamatojoties uz līguma 4.2.2.punktu, jo viņu sniegtie pakalpojumi speciālistu pakalpojumu izmantošanā nav atzīstami par pietiekami kvalitatīviem *(neatbilstošiem kvantitatīvajiem rādītājiem)*.

[34] Saskaņā ar līguma 7.1.punktu līgums stājas spēkā pēc tā parakstīšanas un attiecas uz laika periodu no 2005.gada 1.aprīļa līdz 2007.gada 31.decembrim. Līgums ir spēkā līdz pušu saistību pilnīgai izpildei.

Ievērojot to, ka Aģentūra līgumu ir izpildījusi nepareizi un iespējams nav izpildījusi visas no tā izrietošās saistības ar pieteicēju, tad tiesai ir pamats uzlikt par pienākumu Aģentūrai izpildīt līgumu pareizi, kā tas ir norādīts šā sprieduma [33] punktā.

Rezolutīvā daļa

Ņemot vērā iepriekš konstatēto un pamatojoties uz Administratīvā procesa likuma 246.-251. pantu, 256.[1] panta ceturto daļu, Administratīvā rajona tiesa

nosprieda:

O.M. pilnvarotās personas biedrības „Latvijas Ģimenes ārstu asociācija" pieteikumu **apmierināt.**

Konstatēt, ka 2005.gada 31.martā noslēgtais publisko tiesību līgums Nr.0302/PM-3259/2005R, kas noslēgts starp *O.M.* ģimenes ārsta un Veselības obligātās apdrošināšanas valsts aģentūru ir izpildīts nepareizi.

Uzlikt par pienākumu Veselības obligātās apdrošināšanas valsts aģentūrai viena mēneša laikā no šā sprieduma likumīgā spēkā stāšanās dienas izpildīt līgumu pareizi, – izvērtējot ģimenes ārsta atbilstību kritērijam, kas balstīts uz apmeklējuma daudzumu un kritērijam, kas balstīts uz veikto manipulāciju skaitu piemērot sekojošu aprēķinu metodi, – no visu ģimenes ārstu attiecīgajiem rādītājiem aprēķināt mediānu (M) un tā zemāko pieļaujamības robežu – 0,75 (mediāna jāreizina ar 0,75). Ja abi aprēķinātie rādītāji ir vienādi vai lielāki par 0,75M, pieņemt lēmumu par ģimenes ārsta kontrolēto speciālistu pakalpojumu (ar ģimenes ārsta nosūtījumu) līdzekļu atlikuma izmaksu.

Spriedumu var pārsūdzēt Administratīvajā apgabaltiesā 20 dienu laikā no tā sastādīšanas dienas, iesniedzot apelācijas sūdzību Administratīvajā rajona tiesā.

Tiesnesis /paraksts/ A.Vīksne

NORAKSTS PAREIZS
Administratīvās rajona tiesas
tiesnesis A.Vīksne
Rīgā, 2008.gada 7.maijā