Lieta Nr. A42534207
A931–10/5

SPRIEDUMS
Latvijas tautas vārdā

Rīgā 2010. gada 19. janvārī

Administratīvā rajona tiesa
šādā sastāvā: tiesnese Irina Kaļiņina,

piedaloties pieteicējai *I.K.*, biedrības „Latvijas Ģimenes ārstu asociācija" (turpmāk – Biedrība) kā *I.K.* tiesību un tiesisko interešu aizstāvja pilnvarotajai pārstāvei *D.Z.*, atbildētāja Latvijas Republikas pusē pieaicinātās iestādes Veselības norēķinu centra pilnvarotajiem pārstāvjiem *L.G.* un *G.Č.*,

2009. gada 30. decembrī atklātā tiesas sēdē izskatīja Biedrības pieteikumu, kas iesniegts aizstāvot Biedrības biedres *I.K.* tiesības un tiesiskās intereses, par Veselības obligātās apdrošināšanas valsts aģentūras direktores 2007. gada 24. maija lēmuma Nr. 4.1.1-10/3146 atcelšanu un labvēlīga administratīvā akta izdošanu.

Aprakstošā daļa

[1] Ar Veselības obligātās apdrošināšanas valsts aģentūras direktores 2007. gada 24. maija lēmumu Nr. 4.1.1-10/3146 (turpmāk – Lēmums) iestādē noslēdzies administratīvais process, kura rezultātā no ģimenes ārstes *I.K.* (turpmāk – ārste) tika nolemts ieturēt kapitācijas naudu Ls 495,53 apmērā par 2006. gada 3. ceturksni.

Lēmums pamatots ar turpmāk minētajiem argumentiem.

Pārtēriņa ieturēšana no ģimenes ārsta kapitācijas naudas pamatota ar Ministru kabineta 2004. gada 21. decembra noteikumu Nr. 1036 „Veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtība" (turpmāk – noteikumi Nr. 1036, zaudējuši spēku ar 2007. gada 1. janvāri) 83. punktu.

Veidojot vienoto ambulatoras veselības aprūpes modeli, primārās veselības aprūpes sadaļā kā vispārējs princips tika iestrādāta Pasaules Veselības organizācijas atbalstītā ģimenes ārsta „vārtu vērēja" funkcija, kas paredz, ka ģimenes ārsts, nosūtot pacientu pie speciālista, lemj par pacientam nepieciešamo konsultāciju un izmeklējumu apjomu, tādējādi nodrošinot racionālāko veselības aprūpes valsts budžeta līdzekļu izlietojumu.

Lai ģimenes ārsts būtu motivēts realizēt šo „vārtu vērēja" funkciju, noteikumos Nr. 1036 ir paredzēti šādi mehānismi.

1. Daļa no speciālistu pakalpojumu apmaksas līdzekļiem tiek „iezīmēta" un nodota ģimenes ārsta pārvaldībā. Atbilstoši noteikumu Nr. 1036 57.6. apakšpunktam, līdzekļi, kas ieplānoti speciālistu sniegtajiem veselības aprūpes pakalpojumiem (ar ģimenes ārsta nosūtījumu), ir domāti tieši sekundārās veselības aprūpes speciālistu pakalpojumu apmaksai, un to izlietošanu ar savu nosūtījumu palīdzību ģimenes ārsts tikai kontrolē.

2. Ģimenes ārsta motivācija līdzekļus izlietot vislietderīgākajā un efektīvākajā veidā tiek materiāli stimulēta pēc šādas shēmas: ja līdzekļu atlikums nepārsniedz 30% no aprēķinātajiem līdzekļiem, tas nozīmē, ka ģimenes ārsts savas kompetences ietvaros ir nodrošinājis racionālu budžeta līdzekļu izlietošanu un par to ir tiesīgs saņemt papildus ieņēmumus 75% apmērā no līdzekļu atlikuma (noteikumu Nr. 1036 58.7. apakšpunkts);

ja līdzekļu atlikums ir lielāks par 30% no aprēķinātajiem līdzekļiem, tas nozīmē, ka ģimenes ārsts, iespējams, ir pārāk ierobežojis sekundārās veselības aprūpes pakalpojumu saņemšanu pacientiem, tāpēc šādos gadījumos tiek veikta ģimenes ārsta darbības analīze. Ja analīzes rezultātā atlikuma izveidošanās tiek atzīta par pamatotu, ģimenes ārsts ir tiesīgs saņemt 75% no līdzekļu atlikuma (noteikumu Nr. 1036 58.7. apakšpunkts un 11. pielikuma 9. punkts); ja ģimenes ārsts ir pārtērējis aprēķinātos sekundārās veselības aprūpes pakalpojumu apmaksas līdzekļus un tādējādi, iespējams, nav pienācīgi un racionāli realizējis „vārtu vērēja" funkciju, aģentūra var ieturēt līdz 20% no ģimenes ārsta kapitācijas naudas, lai segtu izdevumus par sekundārās veselības aprūpes pakalpojumiem (noteikumu Nr.1036 83. punkts).

Tādējādi apmaksas modelī ir iekļauti nosacījumi, kas no vienas puses nodrošina pacientiem iespēju vajadzības gadījumā saņemt nepieciešamos nosūtījumus pie speciālistiem, un no otras puses veicina ģimenes ārstus īstenot „vārtu vērēja" funkciju, ierobežojot izmaksas neefektīvu un no medicīniskā viedokļa nepamatotu sekundārās veselības aprūpes speciālistu pakalpojumu saņemšanu un pakalpojumu apmaksai paredzēto līdzekļu izlietojumu.

Aģentūras Rīgas nodaļa ir veikusi ģimenes ārsta darbības analīzi par 2006. gada 3. ceturksni, kuros pārtērēti speciālistu pakalpojumu apmaksai (ar ģimenes ārsta nosūtījumu) paredzētie līdzekļi, lai noskaidrotu, vai ģimenes ārsta darbību neraksturo apstākļi, kas attaisnotu līdzekļu pārtēriņa rašanos. Pārtēriņa rašanos attaisnojošus apstākļus Aģentūras Rīgas nodaļa ģimenes ārsta darbībā nav konstatējusi.

Ārste iestādei iebilda, ka Aģentūras Rīgas nodaļas lēmumi tika pieņemti, balstoties uz 2006. gada 11. oktobra iekšējo normatīvo aktu Nr. 2 „Ieteikumi Veselības obligātās apdrošināšanas valsts aģentūras darbiniekiem, veicot ģimenes ārsta kontrolēto speciālistu pakalpojumu apmaksai paredzēto līdzekļu pārtēriņa daļas ieturēšanu no ģimenes ārsta kapitācijas naudas" (turpmāk – Ieteikumi).

Ieteikumu 4. punktā norādīts, ka lēmums tiek pieņemts par katru ceturksni līdz tam sekojošā mēneša pēdējam datumam. Līdz ar to lēmumu par 2006. gada 3. ceturksni Aģentūra ir pieņēmusi ar atpakaļejošu datumu.

Aģentūra norāda, ka Ieteikumi tika izstrādāti, lai noteiktu vadlīnijas, kas aģentūras darbiniekiem jāņem vērā, piemērojot noteikumu Nr. 1036 83. punktu, un iekšējā normatīvā akta trūkums nevar būt par pamatu noteikumu Nr. 1036 neievērošanai.

Pieņemot lēmumu, Aģentūras Rīgas nodaļa to ir pamatojusi ar likumu un Ministru kabineta noteikumiem, kā to paredz Administratīvā procesa likuma (turpmāk arī – APL) 67. panta ceturtā daļa, bet Ieteikumiem ir tikai informatīvs raksturs.

[2] 2007. gada 25. jūnijā Administratīvajā rajona tiesā saņemts Biedrības pieteikums un ierosināta administratīvā lieta par Lēmuma atcelšanu un labvēlīga administratīvā akta izdošanu.

Pieteikums pamatots ar turpmāk minētajiem argumentiem.

Ģimenes ārste sniedz pacientiem primārās veselības aprūpes pakalpojumus saskaņā ar līgumu, kas noslēgts ar Aģentūru atbilstoši noteikumiem Nr. 1036. Ja pacientam ir nepieciešama tāda slimības diagnostika vai ārstēšana, kuru ģimenes ārsts pats nespēj veikt, ģimenes ārsts nosūta pacientu pie speciālista. Šim nolūkam ģimenes ārsta un Aģentūras noslēgtajā līgumā ir paredzēts noteikts sekundārās ambulatorās veselības aprūpes līdzekļu apjoms (konkrētajam ģimenes ārstam 4408,63 lati 2006. gada 3. ceturksnī), kuru ģimenes ārste kontrolē.

Noteikumu Nr. 1036 58. punktā noteikti astoņi ģimenes ārstu mēneša ieņēmumu avoti par pacientu aprūpi, tostarp kapitācijas nauda. Ja maksa par speciālistu sniegtajiem ambulatorajiem veselības aprūpes pakalpojumiem (ar ģimenes ārsta nosūtījumu) pārsniedz ģimenes ārstam līgumā šim nolūkam piešķirto apmēru, Aģentūra pārtēriņa

summu vismaz daļēji ietur no ģimenes ārsta kapitācijas naudas, kā tas paredzēts minēto noteikumu 83. punktā.

Saskaņā ar Aģentūras Vadības informācijas sistēmā esošo informāciju par ģimenes ārstes darbību 2006. gada 3. ceturksnī aprēķinātie sekundārās ambulatorās veselības aprūpes līdzekļi bija Ls 4408,63; izlietotie sekundārās ambulatorās aprūpes līdzekļi Ls 5150,75; pamatmaksājums no aprēķinātās mēneša kapitācijas naudas Ls 2477,64; pārtēriņa procentuālā attiecība pret ģimenes ārsta kapitācijas naudu 30% apmērā.

Lēmums nav pamatots un ir atceļams, jo ģimenes ārstes prakses darbība pamatā tika vērtēta pēc Ieteikumiem, kas publicēti laikrakstā „Latvijas Vēstnesis" 2006. gada 24. oktobrī, nevis pēc noteikumiem Nr. 1036. Ģimenes ārste nevarēja pirms Ieteikumu publicēšanas zināt, pēc kādiem principiem organizēt speciālistu pakalpojumu apmaksai paredzēto līdzekļu izlietošanu, lai to pārtēriņa gadījumā Aģentūra neieturētu līdzekļus no kapitācijas naudas.

Apstrīdot Aģentūras Rīgas nodaļas vadītāja lēmumu, ģimenes ārste iesniegumā Aģentūras direktorei norādīja, ka nepiekrīt lēmumā izmantotajam ģimenes ārsta darbības vērtēšanas kritērijam (attaisnojošam faktoram) – paaugstināta hronisko slimnieku īpatsvara, kas mērīts ar vidējo piemaksu apjomu par hronisko slimnieku aprūpi – noteikšanai. Uz to Aģentūras direktore savā lēmumā norādīja, ka atbilstība mediānai nav bijusi ģimenes ārsta darbības vērtēšanas kritērijs un ka atbilstoši Ieteikumu 3.1. punktam atbilstība mediānai ir viens no faktoriem, pamatojoties uz kuru Aģentūras nodaļas vadītājs pieņem lēmumu par līdzekļu pārtēriņa neieturēšanu no ģimenes ārsta kapitācijas naudas, un to nevar uzskatīt par ģimenes ārsta darbības vērtēšanas kritēriju.

Aģentūras direktore Lēmumā nav norādījusi, ar ko pēc būtības atšķiras ģimenes ārsta lietotais jēdziens „ģimenes ārsta darbības vērtēšanas kritērijs" no Aģentūras nodaļas vadītāja lietotā jēdziena „faktors" vai „viens no faktoriem", pamatojoties uz kuru Aģentūras Rīgas nodaļas vadītājs pieņēma lēmumu. Biedrība uzskata, ka šie jēdzieni pēc būtības apzīmē vienu un to pašu vērtēšanas darbību lēmuma pieņemšanai ar tām pašām tiesiskajām sekām un nav izšķirošas nozīmes tam, vai faktors (vērtēšanas kritērijs) ir vienīgais, vai viens no vairākiem, ja vien no tā ir atkarīgs lēmuma saturs.

Pretēji APL 81. panta ceturtās daļas prasībām Aģentūras direktore savā Lēmumā nav norādījusi argumentus attiecībā uz ģimenes ārsta minētajiem trijiem apstrīdēšanas pamatojumiem attiecībā uz mediānas nepiemērojamību.

Lai gan Aģentūras direktore Lēmumā piekrīt ģimenes ārstei, ka nav pieļaujams, ka piešķirtos ģimenes ārsta kontrolētos speciālistu pakalpojumu maksas līdzekļus var izmantot speciālisti bez ģimenes ārsta nosūtījuma, tomēr Aģentūra pašas izveidotajā ģimenes ārstu un speciālistu pakalpojumu apmaksas sistēmā ir pieļāvusi šādu iespēju. Par to liecina Ieteikumu 3.3. apakšpunkts, kurā šis ir minēts kā attaisnojošs apstāklis līdzekļu pārtēriņam. Kaut Lēmumā noteikts, ka ģimenes ārstei Vadības informācijas sistēmā ir pieejami visi savu pacientu dati un ir iespēja konstatēt neatbilstību starp ģimenes ārsta izrakstītajiem nosūtījumiem un saņemtajiem sekundārajiem ambulatorajiem pakalpojumiem, faktiski tas ģimenes ārstam ir bezjēdzīgi loģisku iemeslu dēļ un apgrūtināti tehnisku iemeslu dēļ.

Pirmais loģiskais iemesls: speciālisti parasti ievada datorizētajā sistēmā datus par sniegtajiem pakalpojumiem, tostarp par ģimenes ārstu kontrolētajiem līdzekļiem nevis ik dienu, bet mēneša beigās. Tātad ģimenes ārstam ir teorētiska iespēja ceturkšņa 2. un 3. mēneša sākumā konstatēt līdzekļu patēriņu ar un bez nosūtījuma attiecīgajos iepriekšējos mēnešos un aptuveni plānot līdzekļu pārpalikuma izlietojumu trešajā mēnesī. Tomēr ģimenes ārstam nav tiesisku iespēju ietekmēt speciālistus, lai viņi nesniegtu pacientiem pakalpojumus par ģimenes ārsta līdzekļiem bez nosūtījuma. Līdz

ar to ģimenes ārstam ir samazinātas iespējas izmantot līdzekļus pacientu ārstniecībai pēc ģimenes ārsta izvēlētā ārstēšanas plāna.

Otrais loģiskais iemesls: ģimenes ārstam ir grūti Vadības informācijas sistēmā daudzo nosūtījumu vidū atklāt speciālistu izdarītos nosūtījumus. Tehniskais iemesls izpaužas tādējādi, ka bieži nav piekļuves datorizētajai Vadības informācijas sistēmai, tāpēc ģimenes ārsts nevarēja uzzināt līdzekļu pārtēriņa apmēru. Ģimenes ārste *I.K.* tikai 2006. gada 27. septembrī saņēma paroli, kas nepieciešama piekļuvei datiem Vadības informācijas sistēmā.

[3] 2007. gada 6. augustā tiesā saņemti Aģentūras rakstveida paskaidrojumi, kuros papildus Lēmumā norādītajam paskaidrots, ka ārste bija informēta, ka gadījumā, ja tiks pārtērēti attiecīgajam periodam ģimenes ārstam aprēķinātie speciālistu pakalpojumu samaksai paredzētie līdzekļi, Aģentūra ir tiesīga šos līdzekļus ieturēt no ģimenes ārsta kapitācijas naudas. Aģentūra norāda, ka ģimenes ārsta pienākums ir nosūtīt pacientu pie speciālista uz konsultāciju vai nepieciešamajiem izmeklējumiem pamatotas nepieciešamības gadījumā. Šāda nepieciešamība izriet no pacienta veselības stāvokļa, nevis Aģentūras Ieteikumos minētajām vadlīnijām vai ģimenes ārstam aprēķinātā speciālistu pakalpojumu apmaksai paredzēto līdzekļu daudzuma, kas attiecīgajā periodā jāiztērē vai jāietaupa.

Veicot līdzekļu ieturēšanu no ģimenes ārstes kapitācijas naudas, netiek veikta ģimenes ārsta darbības vērtēšana pēc būtības, bet tiek noskaidroti apstākļi, saskaņā ar kuriem ģimenes ārstam aprēķināto sekundārās ambulatorās veselības aprūpes līdzekļu pārtēriņu varētu uzskatīt par attaisnojošu. Aģentūra ir konstatējusi vispārēju nepieciešamību veikt līdzekļu ieturēšanu sakarā ar to, ka resursu, tajā skaitā finanšu līdzekļu trūkuma dēļ speciālistu sniegto veselības aprūpes pakalpojumu saņemšana nav pieejama nekavējoties. Pieņemot lēmumu par līdzekļu ieturēšanu no ģimenes ārstes kapitācijas naudas, Aģentūra nav konstatējusi apstākļus, pamatojoties uz kuriem varētu neveikt līdzekļu ieturēšanu. Arī ģimenes ārstes iesniegumā nav norādīts neviens iemesls, ko varētu uzskatīt par speciālistu pakalpojumu apmaksas pārtēriņu attaisnojošu individuālu apstākli.

Aģentūra norāda, ka neatkarīgi no tā, kad speciālists ir ievadījis informāciju Vadības informācijas sistēmā, ģimenes ārstam, konstatējot, ka speciālists ģimenes ārstam aprēķinātos speciālistu pakalpojumu samaksas līdzekļus ir izmantojis bez ģimenes ārsta nosūtījuma, ir tiesības vērsties Aģentūrā un informēt par šādiem konstatētajiem gadījumiem. Aģentūrai nav pamata uzskatīt, ka speciālisti izmantojuši ģimenes ārsta kontrolētos speciālistu pakalpojumu samaksas līdzekļus bez ģimenes ārsta nosūtījuma. Šī argumenta pamatojumu var dot tikai pats ģimenes ārsts, informējot par konkrētiem gadījumiem. No ģimenes ārstes Aģentūrā šāda informācija nav saņemta.

Attiecībā uz to, ka ārste tikai 2006. gada 27. septembrī ieguvusi pieejas paroli Vadības informācijas sistēmai, un ir grūtības konstatēt neatbilstības, Aģentūra norāda, ka ģimenes ārstam nav šķēršļu vērsties Aģentūrā un saņemt nepieciešamo informāciju.

Biedrība pieteikumā norāda, ka visi ārstes veiktie nosūtījumi pie speciālistiem ir bijuši medicīniski indicēti un nepiekrīt tam, ka speciālistu pakalpojumu apmaksas līdzekļu pārtēriņš uzskatāms par pārkāpumu, kura attaisnošanai ģimenes ārstam jāiesniedz pierādījumi. No Ministru kabineta 2002. gada 27. decembra noteikumu Nr. 583 „Veselības obligātās apdrošināšanas valsts aģentūras nolikums" 1. punkta un noteikumu Nr. 1036 121. punkta izriet, ka Aģentūras darbības sfērā ietilpst viss, kas saistīts ar veselības aprūpes finanšu līdzekļu administrēšanu. Aģentūra nevar izvērtēt jautājumus, kas saistīti ar medicīnisko nosūtījumu pamatotību un veiktās ārstniecības kvalitāti, jo tas neietilpst Aģentūras kompetencē, bet attiecas uz Medicīniskās aprūpes un darbspējas ekspertīzes kvalitātes kontroles inspekcijas darbības sfēru. Noteikumu Nr. 1036 83. punkts neuzliek pienākumu Aģentūrai vērtēt speciālistu pakalpojumu apmaksas līdzekļu medicīnisko pamatojumu, bet nosaka Aģentūras tiesības

nepieciešamības gadījumā veikt līdzekļu ieturējumu no ģimenes ārsta kapitācijas naudas.

Aģentūra norāda, ka tā pilnībā neatzīst pieteikumu, kā arī pieteikumā minētos argumentus un apsvērumus un uzskata, ka pirms lēmuma administratīvajā lietā pieņemšanas, ir iegūta visa nepieciešama informācija tā pieņemšanai atbilstoši normatīvo aktu prasībām.

[4] 2009. gada 25. martā Biedrība iesniedza tiesā rakstveida paskaidrojumu un prasījuma precizējumu, kurā norādīti šādi apsvērumi.

Noteikumu Nr. 1036 83. punkts paredz ieturēt līdz 20 % no kapitācijas naudas un procentuālajai attiecībai nav juridiskas nozīmes lēmuma pieņemšanā. Speciālistu sniegtie veselības aprūpes pakalpojumu apmaksas līdzekļi un kapitācijas nauda tiek aprēķināta atsevišķi un tai ir atšķirīga izlietošanas kārtība.

Lēmumā nav pietiekoša faktu konstatējuma un pamatojuma APL 67. panta otrās daļas 5. un 6. punkta izpratnē. Saskaņā ar noteikumiem Nr. 1036 ārstam ir tiesības uz kapitācijas naudu, taču minēto noteikumu 83. punkts ir interpretējams kā tiesību uz kapitācijas naudu daļēju noraidīšanu APL 67. panta otrās daļas 8. punkta izpratnē.

Aģentūras tiesības veikt ieturējumus no kapitācijas naudas, nenozīmē, ka Aģentūrai pašai vairs nav pienākuma vērtēt pārtēriņa pamatotību un iemeslus, kā arī iegūt informāciju noteikumu Nr. 1036 121. punkta izpratnē.

Biedrība nepiekrīt, ka jautājumi par medicīnisko nosūtījumu pamatotību nav Aģentūras kompetencē. Noteikumu Nr. 1036 121. punkta izpratnē Aģentūra pārbauda arī nosūtījumu pamatotību. Finanšu līdzekļu administrēšana neizslēdz, ka administrēšanas ietvaros jāveic medicīnisku jautājumu izvērtēšana. Nav iespējams efektīvi kontrolēt veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu, nepārbaudot līdzekļu izlietojuma pamatu – medicīniskās indikācijas, to cēloņus. Tomēr, ja Aģentūra uzskata, ka tās kompetencē nav jautājumu izskatīšana par medicīnisko nosūtījumu pamatotību, tad saskaņā ar APL 59. pantu šo informāciju Aģentūrai vajadzēja iegūt no ekspertiem vai citām institūcijām.

Biedrība uzskata, ka Lēmumā nav konkrēts faktu konstatējums un pietiekoši pierādījumi, uz kuriem pamatoti secinājumi. Pacientam ir tiesības saņemt veselības aprūpes pakalpojumu – vai nu pie ģimenes ārsta, vai speciālista.

Lēmumā norādītais arguments, ka, ieturot pārtērētos līdzekļus no kapitācijas naudas, Aģentūra nodrošina veselības aprūpei paredzēto līdzekļu izmantošanu sabiedrības interesēs, nav uzskatāms par pamatotu, tādējādi nepareizi veikti lietderības apsvērumi. Ja izdara ieturējumus no kapitācijas naudas, tad samazinās ģimenes ārsta ieņēmumi, tiek apdraudēta prakses darbība un līdz ar to arī pacientu tiesības turpmāk saņemt Latvijas Republikas Satversmē garantētās primārās ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumus. Ja līdzekļu pārtēriņš radies nosūtot pacientu pie speciālista pamatotu medicīnisku indikāciju dēļ, tad tas pats par sevi nav uzskatāms par prettiesisku.

2009. gada 11. augustā Administratīvajā rajona tiesa saņemti ārstes kā pieteicējas pieteikuma pamata un priekšmeta grozījumi administratīvajā lietā Nr. A42534207 (lietas 2. sējuma 95. – 97. lapa), kurā ārste norāda, ka 2006. gada 2. maijā starp Aģentūru un ģimenes ārstes *I.K.* praksi noslēgts līgums Nr. 0302/PM–9105/2006R par primārās veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu un apmaksu, kas ir publisko tiesību līgums. Tā kā ārste par 2006. gada 3. ceturksni nav pārtērējusi sekundārās ambulatorās veselības aprūpes līdzekļus, bet izveidojies līdzekļu atlikums Ls 771,88 apmērā, tad ārste lūdz tiesu konstatēt, ka Aģentūra nepareizi izpildījusi iepriekš minēto līgumu, tādēļ Aģentūrai uzliekams par pienākumu vienā mēneša laikā no sprieduma spēkā stāšanas dienas izmaksāt ārstei 75 % no atlikuma summas par 2006. gada 3. ceturksni no faktiski neizlietoto līdzekļu atlikuma apjoma samaksai par speciālistu sniegtajiem veselības aprūpes pakalpojumiem.

[5] Tiesas sēdē ārste un Biedrības pārstāve pieteikumos ietvertos prasījumus uzturēja, balstoties uz pieteikumā un pieteikuma papildinājumos izteiktajiem apsvērumiem.

Atbildētāja pārstāvji tiesas sēdē pieteikumu neatzina, pamatojot to ar Lēmumā un rakstveida paskaidrojumā minētajiem argumentiem.

Motīvu daļa

[6] Iepazinusies ar lietas materiāliem un izvērtējusi administratīvā procesa dalībnieku izvirzīto argumentu pamatotību kopsakarā ar lietā iesniegtajiem pierādījumiem, tiesa atzīst, ka Biedrības un ārstes pieteikums nav pamatots un tādēļ tas ir noraidāms.

[7] Tiesa konstatē šādus lietas faktiskos apstākļus.

[7.1] 2006. gada 2. maijā starp Aģentūru un ģimenes ārstes *I.K.* praksi noslēgts līgums Nr. 0302/PM-9105/2006R par primārās veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu un apmaksu (turpmāk – Līgums, lietas 1. sējuma 91. – 115. lapa).

[7.2] 2006. gada 8. novembrī Aģentūras Rīgas nodaļa lūgusi ārstei viedokli sakarā ar ģimenes ārsta kontrolēto speciālistu pakalpojumu apmaksai paredzēto līdzekļu pārtēriņa rašanās iemesliem.

[7.3] Ārste 2006. gada 16. novembrī savu viedokli sniedza rakstveidā Aģentūras Rīgas nodaļai (lietas 1. sējuma 36. – 38. lapa).

[7.4] Ar Veselības obligātās apdrošināšanas valsts aģentūras Rīgas nodaļas 2006. gada 11. decembra lēmumu R-NOS/6578 „Par ģimenes ārsta kontrolēto speciālistu pakalpojumu samaksas līdzekļu patēriņa daļas ieturēšanu no ģimenes ārsta kapitācijas naudas par 2006. gada 3. ceturksni" (lietas 1. sējuma 34. – 35. lapa) nolemts ieturēt no ģimenes ārstes *I.K.* kapitācijas naudu Ls 495,53 apmērā par 2006. gada 3. ceturksni.

[7.5] Minēto lēmumu 2007. gada 15. janvārī ārste apstrīdēja Aģentūras direktorei (lietas 1. sējuma 39. – 41. lapa).

[7.6] Ar Lēmumu atstāts negrozīts Aģentūras Rīgas nodaļas 2006. gada 11. decembra lēmums Nr. R – NOS/6578.

[7.7] Ar 2009. gada 18. decembra Veselības norēķinu centra [uz Aģentūras bāzes izveidota tiešās pārvaldes iestāde, atbilstoši Ministru kabineta 2009. gada 29. jūlija rīkojuma Nr. 509 "Par Veselības ministrijas padotībā esošo valsts pārvaldes iestāžu reorganizāciju" 1.2.2. apakšpunktam, kas noteic pienākumu, saskaņā ar Valsts pārvaldes iekārtas likuma 15. panta pirmo, trešo un ceturto daļu un Publisko aģentūru likuma 8. panta pirmo daļu reorganizēt (likvidēt) šādas valsts pārvaldes iestādes: (..) līdz 2009. gada 1. oktobrim Veselības obligātās apdrošināšanas valsts aģentūru un uz tās bāzes izveidot tiešās pārvaldes iestādi „Veselības norēķinu centrs"] vēstuli Nr. 4/1.1-10/1401 (lietas 2. sējuma 119. – 161. lapa) pēc atkārtotās pārbaudes apstiprināts ārstes sekundārās ambulatorās veselības aprūpes līdzekļu pārtēriņš par 2006. gada 3. ceturksni Ls 657,23 apmērā.

[8] Pārbaudot, vai Līgums uzskatāms par publisko pakalpojumu līgumu, tiesa konstatē, ka tā priekšmets tiek definēts šādā apjomā: 1.1. punkts – „Izpildītājs apņemas Līguma darbības laikā sniegt valsts garantētās medicīniskās palīdzības apjomā ietilpstošos veselības aprūpes pakalpojumus Latvijas Republikas valsts veselības obligātās apdrošināšanas dalībniekiem un citām personām atbilstoši spēkā esošajiem normatīvajiem aktiem un Līgumam, bet Aģentūra apņemas sniegtos pakalpojumus novērtēt un apmaksāt saskaņā ar Līguma noteikumiem."; 1.2. punkts – „Veselības aprūpes pakalpojumu veidi un apjoms (turpmāk pakalpojumi), pakalpojumu apmaksas noteikumi, kā arī maksimālā summa, kuras ietvaros Aģentūra pakalpojumus apmaksā, tiek noteikta līguma pielikumos" (lietas 1. sējuma 91. lapa).

Tas nozīmē, ka Līguma priekšmets pēc būtības ir valsts garantētās medicīniskās palīdzības apjomā ietilpstošo veselības aprūpes pakalpojumu nodrošināšana iedzīvotājiem.

Valsts pārvaldes iekārtas likuma 12. panta pirmā daļa noteic, lai nodrošinātu valsts pārvaldes funkciju efektīvu izpildi, piekritīgā iestāde likumā noteiktajā kārtībā slēdz publisko tiesību līgumus valsts pārvaldes jomā.

Šajā tiesību normā ir minēti četri publisko tiesību līguma veidi – sadarbības līgums, administratīvais līgums, deleģēšanas līgums, līdzdarbības līgums. Minētā panta trešā daļa pieļauj, ka likumā var būt noteikti arī citi publisko tiesību līgumu veidi un nosacījumi, kas nav minēti šajā pantā.

Lai atbildētu uz jautājumu, vai attiecīgais līgums ir publisko tiesību līgums, ir jākonstatē tā atbilstību šādām pazīmēm: līguma regulējuma priekšmets attiecas uz valsts pārvaldes jomu; viena no līguma slēdzējpusēm ir piekritīgā iestāde; līguma slēgšanas pamatu noteic likums; līgums tiek slēgts ar mērķi nodrošināt valsts pārvaldes funkciju efektīvu izpildi.

Latvijas Republikas Satversmes 111. pants noteic, ka valsts aizsargā cilvēku veselību un garantē ikvienam medicīniskās palīdzības minimumu.

Tādējādi konkrētā gadījumā Līguma regulējuma priekšmets attiecas uz valsts pārvaldes jomu.

Atbilstoši Ministru kabineta 2002. gada 27. decembra noteikumu Nr. 583 „Veselības obligātās apdrošināšanas valsts aģentūras nolikums" (turpmāk – noteikumi Nr. 583, spēkā līdz 2009. gada 9. oktobrim) 1. punktam 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 līdzekļus. Saskaņā ar šo noteikumu 4.1. un 4.2. punktu Aģentūra administrē valsts obligātās apdrošināšanas finanšu līdzekļus, slēdz līgumus par valsts apmaksāto veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu.

Tādējādi izpildās arī otra publisko tiesību līguma pazīme – viena no līgumslēdzēju pusēm konkrētajā gadījumā ir piekritīgā iestāde.

Lai īstenotu Latvijas Republikas Satversmē valsts garantētā medicīniskās palīdzības minimuma nodrošināšanu ikvienam sabiedrības loceklim, Latvijā izveidota veselības aprūpes sistēma.

Atbilstoši Ārstniecības likuma 4. panta pirmajai daļai valsts garantētās veselības aprūpes finansēšanas kārtību, ārstniecības pakalpojumu veidus un apjomu, kuri tiek apmaksāti no valsts pamatbudžeta un pakalpojumu saņēmēju līdzekļiem, kā arī šīs samaksas kārtību nosaka Ministru kabinets.

Līguma noslēgšanas, kā arī tā izpildes laikā, veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtību reglamentēja noteikumi Nr. 1036, kuru 13. punkts noteica, ka no valsts budžeta apmaksātos veselības aprūpes pakalpojumus sniedz tās ārstnieciskās iestādes, kuras noslēgušas līgumu ar aģentūru, kā arī valsts aģentūras un valsts pārvaldes iestādes, kuras veselības aprūpes pakalpojumus sniedz saskaņā ar nolikumu.

Sistēmiski iztulkojot Ārstniecības likuma, noteikumu Nr. 583 un Nr. 1036 citētās normas, secināms, ka attiecīgā līguma slēgšana ir pamatota ar likumu.

Tādējādi lietā izpildās arī trešā publisko tiesību līguma pazīme – līguma slēgšanas pamats izriet no likuma.

Lai nodrošinātu valsts garantēto medicīniskās palīdzības minimumu iedzīvotajiem, ir nepieciešama privāto ārstniecības personu un ārstniecības iestāžu piesaiste, vienlaicīgi nodrošinot kontroli par šim mērķim paredzēto līdzekļu izlietojumu. Tiesas ieskatā publisko tiesību līgums ir instruments, ar kura palīdzību ir iespējams nodrošināt valsts pārvaldes funkcijas izpildi veselības aprūpes jomā un šīs funkcijas nodrošināšanai paredzēto budžeta līdzekļu racionālu un lietderīgu izmantošanu, tas ir, nodrošināt valsts pārvaldes funkciju efektīvu izpildi. Kā tas redzams

no Līguma būtības, Līgums starp Aģentūru un ģimenes ārstes praksi noslēgts, lai īstenotu iepriekšminēto valsts pārvaldes funkciju. Tādējādi Līgums atbilst arī ceturtajai publisko līgumu pazīmei, līdz ar to uzskatāms par publisko tiesību līgumu.

[9] Ievērojot iepriekš konstatēto, tiesa secina, ka Lēmums nav uzskatāms par administratīvo aktu, bet gan par lēmumu, kas ir pieņemts, izpildot publisko tiesību līgumu. Tādējādi lietā pieteikuma priekšmets nav administratīvā akta atcelšana un jauna administratīvā akta izdošana, bet gan publisko tiesību līguma izpildes pareizības pārbaude.

Līdz ar to tiesai lietā ir jāpārbauda, vai Aģentūra, pieņemot Lēmumu, ir pareizi izpildījusi starp ģimenes ārstes praksi un Aģentūru noslēgto Līgumu. Attiecīgi tiesa saskaņā ar APL 256.[1]panta ceturto daļu lietā taisīs spriedumu, kurā konstatēs, vai publisko tiesību līgums ir izpildīts pareizi.

Saskaņā ar APL 250. panta ceturto daļu tiesa taisa spriedumu par publisko tiesību līguma izpildes pareizību, pārbaudījusi, vai publisko tiesību līgums noslēgts atbilstoši materiālo un procesuālo normu prasībām un vai līguma nosacījumi un izpilde atbilst šo normu prasībām.

[10] Noteikumu Nr. 1036 83. punkts [šeit un turpmāk redakcijā uz 2006. gada 1. jūliju] noteica, ka papildus šo noteikumu 82. punktā minētajiem līdzekļiem [līdzekļi samaksai par sekundārās un terciārās veselības aprūpes pakalpojumiem] 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.

Noteikumu Nr. 1036 82.1. apakšpunkts noteic, ka līdzekļus samaksai par sekundārās un terciārās veselības aprūpes pakalpojumiem aģentūra plāno samaksai par speciālistu sniegtajiem ģimenes ārstu kontrolētajiem (ar ģimenes ārsta nosūtījumu) ambulatorajiem veselības aprūpes pakalpojumiem, kuru katram ģimenes ārstam aprēķina, izmantojot vienu no noteiktajiem maksājumiem.

Saskaņā ar Noteikumu Nr. 1036 59.1. apakšpunktu aprēķināto mēneša kapitācijas naudu attiecīgā ģimenes ārsta pacientu veselības aprūpei aģentūras teritoriālā nodaļa sadala pamatmaksājumā – 85 % apmērā no aprēķinātās mēneša kapitācijas naudas apmēra.

No minētā izriet, ka Aģentūra plāno speciālistu sniegto ambulatoro veselības aprūpes pakalpojumu apmaksai paredzētos līdzekļus. Plānoto līdzekļu izlietošana ir ģimenes ārsta kontrolē. Ja maksa par speciālistu sniegtajiem ambulatorajiem veselības aprūpes pakalpojumiem (ar ģimenes ārsta nosūtījumu) pārsniedz plānotos līdzekļus, Aģentūra, ja nepieciešams, novirza pārsniegtos maksājumus no ģimenes ārsta kapitācijas naudas, bet ne vairāk kā 20 % apmērā.

Saskaņā ar Līguma 3. pielikuma 2.10. punktu Aģentūra atbilstoši Noteikumu Nr. 1036 58.7. apakšpunktam un 83. punktam vienu reizi ceturksnī veic pārrēķinu par primārās veselības aprūpes ārsta kontrolēto sekundārās veselības aprūpes līdzekļu izlietojumu (lietas 1. sējuma 103. lapa).

Ievērojot minēto, tiesa secina, ka atbilstoši Noteikumu Nr. 1036 83. punktam ne vienmēr, kad maksa par speciālistu sniegtajiem ambulatorajiem veselības aprūpes pakalpojumiem (ar ģimenes ārsta nosūtījumu) pārsniedz Aģentūras plānoto un Līgumā noteikto apmēru, pārtērētie līdzekļi ieturami no ģimenes ārsta kapitācijas naudas, bet tikai gadījumos, kad tas ir nepieciešams. Tādējādi Aģentūra ir tiesīga pieņemt lēmumu gan par attiecīgo līdzekļu ieturēšanu, gan par līdzekļu neieturēšanu.

Līdz ar to izskatāmajā gadījumā tiesai ir jāpārbauda, vai Aģentūra, izmantojot tai piešķirto rīcības brīvību, ir rīkojusies tiesiski.

Aģentūra Lēmumā ir norādījusi, ka iespēja ieturēt līdzekļus ir paredzēta, lai Aģentūrai nepieciešamības gadījumā būtu iespējams sabalansēt līdzekļu pārdali starp primāro un sekundāro ambulatoro veselības aprūpi, tādējādi nodrošinot minēto veselības aprūpes pakalpojumu pieejamību un samazinot rindas pie speciālistiem. Šādā veidā Aģentūra nodrošina veselībai paredzēto līdzekļu izmantošanu sabiedrības interesēs. Sekundāro ambulatoro veselības pakalpojumu saņemšana 2006. gadā nebija pieejama nekavējoties, jo gan finanšu, gan personāla resursu trūkuma dēļ Aģentūras Rīgas nodaļas teritorijā esošajās ārstniecības iestādēs bija izveidojušās pacientu rindas, kas ir pamatojums daļējai kapitācijas naudas ieturēšanai tiem ģimenes ārstiem, kuri bija pārtērējuši sekundārās ambulatorās veselības aprūpes līdzekļus bez attaisnojoša iemesla.

[11] Tiesa konstatē, ka Lēmuma pieņemšanas brīdī spēkā bija Veselības ministrijas 2006. gada 11. oktobra ieteikumi Nr. 2 „Ieteikumi Veselības obligātās apdrošināšanas valsts aģentūras darbiniekiem, veicot ģimenes ārsta kontrolēto speciālistu pakalpojumu apmaksai paredzēto līdzekļu pārtēriņa daļas ieturēšanu no ģimenes ārsta kapitācijas naudas", kuri ir izdoti, ievērojot Valsts pārvaldes iekārtas likumā noteikto iekšējo normatīvo aktu izdošanas kārtību, atbilstoši Valsts pārvaldes iekārtas likuma 73. panta pirmās daļas 4. punktam, un kuriem ir iekšēja normatīva akta statuss.

Ieteikumu 1. punkts noteica vadlīnijas, kas Aģentūras darbiniekiem jāņem vērā, pieņemot lēmumu par līdzekļu ieturēšanu no ģimenes ārsta kapitācijas naudas saskaņā ar Noteikumu Nr. 1036 83. punktu, ja ir izveidojies ģimenes ārsta kontrolēto speciālistu pakalpojumu apmaksai paredzēto līdzekļu pārtēriņš, vai pieņemot lēmumu par līdzekļu neieturēšanu, ja pastāv pamatoti iemesli, kuru dēļ līdzekļu pārtēriņš ir radies, kā arī veicot ģimenes ārsta kontrolēto speciālistu pakalpojumu apmaksai paredzēto līdzekļu pārtēriņa daļas ieturēšanu no ģimenes ārsta kapitācijas naudas (šeit un turpmāk Ieteikumu sākotnējā redakcijā).

Saskaņā ar Ieteikumu 2. punktu lēmums par ieturēšanu ir administratīvs akts, ja nepastāv attaisnojoši faktori, kas pamato līdzekļu pārtēriņu. Ieturējums tiek veikts par visu pārtēriņa summu, bet nepārsniedzot 20 % no ģimenes ārsta ceturkšņa kapitācijas naudas.

Kā izriet no Ieteikumu 3. punkta, lēmumu par līdzekļu pārtēriņa neieturēšanu no ģimenes ārsta kapitācijas naudas pieņem, ja ģimenes ārsta darbību raksturo kāds no zemāk minētajiem attaisnojošiem faktoriem: 3.1. ģimenes ārstam ir paaugstināts hronisko slimnieku īpatsvars, t.i., ceturkšņa laikā ģimenes ārstam izmaksātās vidējās piemaksas par hronisko slimnieku aprūpi latos uz 100 reģistrētajiem pacientiem rādītājs 1,25 reizes pārsniedz piemaksas par hronisko slimnieku aprūpi mediānas vērtību konkrētajā teritoriālajā nodaļā, kas tiek noteikts šādi: Aģentūras teritoriālās nodaļas atbildīgais darbinieks katram ģimenes ārstam, kuram ir izmaksātas vidējās piemaksas par hronisko slimnieku aprūpi, aprēķina vidējo naudas apjomu uz 100 reģistrētajiem pacientiem mēnesī pēc formulas - ceturkšņa aprēķināto līdzekļu summu par piemaksām izdala ar ceturkšņa trīs mēnešos reģistrēto pacientu skaitu un reizina to ar 100. No iegūtajām vērtībām visiem teritoriālās nodaļas ģimenes ārstiem aprēķina mediānu teritoriālajā nodaļā. Aprēķināto mediānu (turpmāk - M) reizina ar 1,25, tādējādi iegūstot mediānas vērtību - 1,25 M. Iegūto mediānas vērtību 1,25 M salīdzina ar katram ģimenes ārstam aprēķināto vidējo piemaksu apjoma rādītāju. Ģimenes ārsta, kura piemaksu par hronisko slimnieku aprūpi apjoma rādītājs ir vienāds vai pārsniedz 1,25 M, darbība ir uzskatāma par atbilstošu šajā punktā minētajam faktoram. Aprēķinam nepieciešamie dati tiek iegūti no Aģentūras Vadības informācijas sistēmas ambulatoro pakalpojumu apmaksas norēķinu sistēmas programmatūrā ievadītās uzskaites dokumentu informācijas par ceturksni; 3.2. ģimenes ārsts ceturkšņa laikā aizvietojis citu ģimenes ārstu tā prombūtnes vai slimības gadījumā ilgāk par vienu mēnesi; 3.3. citi faktori, kas raksturo ģimenes ārsta darbību, piemēram, speciālistu pakalpojumi sniegti bez ģimenes ārsta

nosūtījuma, bet speciālistu sniegtā ārstniecības pakalpojuma ambulatorā talonā kā nosūtītājs norādīts konkrētais ģimenes ārsts, vai ģimenes ārsta pacientus raksturo saslimstības pieaugums sakarā ar nelabvēlīgu epidemioloģisko situāciju.

Pieteikumā argumentēts, ka Aģentūrai nebija tiesību vērtēt ģimenes ārstes prakses darbību pēc Ieteikumiem, kas publicēti laikrakstā „Latvijas Vēstnesis" 2006. gada 24. oktobrī, un ģimenes ārste nevarēja pirms Ieteikumu publicēšanas zināt, pēc kādiem principiem organizēt speciālistu pakalpojumu apmaksai paredzēto līdzekļu izlietošanu, lai to pārtēriņa gadījumā Aģentūra neieturētu līdzekļus no kapitācijas naudas. Tiesa šo argumentu uzskata par nepamatotu, jo, kā tika citēts iepriekš, Ieteikumi noteica vadlīnijas, kas Aģentūras darbiniekiem jāņem vērā, pieņemot lēmumu par līdzekļu ieturēšanu no ģimenes ārsta kapitācijas naudas saskaņā ar Noteikumu Nr. 1036 83. punktu. Savukārt ģimenes ārstei atbilstoši noslēgtajam Līgumam ar Aģentūru bija jāievēro finanšu disciplīna un tās neievērošanas gadījumā bija jārēķinās ar tām noteikumu Nr. 1036 83. punktā noteiktām sekām, kādas var iestāties. Turklāt Ieteikumos ietvertās normas tika piemērotas laikā, kad tas jau bija spēkā, līdz ar to Aģentūras darbinieki nebija tiesīgi tās neievērot.

Administratīvo tiesu praksē nostiprināta atziņa, ka noteiktas, visiem vienādas 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 *(sal.sk. Administratīvās apgabaltiesas 2006. gada 6. novembra sprieduma lietā AA 1046-06/10 [16] punktu)*.

Tādējādi tiesa secina, ka ar Ieteikumiem tika noteikta vienota izvērtēšanas kārtība par līdzekļu ieturēšanu no ģimenes ārsta kapitācijas naudas, līdz ar to noteiktas, visiem ģimenes ārstiem vienādas kārtības piemērošana, ir garantija, ka tiek nodrošināta vienlīdzības un taisnīguma principu ievērošana.

No minētā izriet, ka, lemjot par ieturējumu no ģimenes ārsta kapitācijas naudas, tiek veikti aprēķini saskaņā ar Vadības informācijas sistēmas datiem un tiek ņemti vērā vairāki faktori, kas, iespējams, ietekmējuši ārsta profesionālo darbību pārbaudāmā periodā, – hronisko pacientu, kas atrodas konkrētā ārsta medicīniskā aprūpē, skaitu; saslimstības pieauguma iespējamību sakarā ar nelabvēlīgu epidemioloģisko situāciju; kā arī tiek identificēti gadījumi, kad pacienti, iespējams, izmantojuši speciālistu pakalpojumu bez ģimenes ārsta nosūtījuma.

[12] Konkrētajā lietā Aģentūra analizēja ārstes praksē apkalpoto pacientu sastāvu un izvērtēja katru no ārstes izteiktajiem iebildumiem par konkrētajiem pacientiem (lietas 2. sējuma 98. – 116. lapas un 120. – 161. lapa) izsniegtajiem nosūtījumiem, secinot, ka ārstes darbībās nav bijuši attaisnojošie faktori pieļautajam līdzekļu pārtēriņam. Pati ārste 2009. gada 30. marta tiesas sēdē kā galveno argumentu, kura dēļ radies līdzekļu pārtēriņš 2006. gada 3. ceturksnī, norādījusi apstākli, ka tikko [2006. gada maijā] bija atvērusi savu praksi un nav zinājusi kā pareizi aizpildīt pacientu kartes (sk. lietas 1. sējuma 116. lapas 2. lapaspusi). Tiesa atzīst, ka ārstes norādītais arguments nevar būt par pamatu, lai šo faktoru atzītu kā attaisnojošo, kas tiesiski pamatotu piešķirto līdzekļu pārtēriņu.

Ģimenes ārstes sagatavotības pakāpe medicīniskās dokumentācijas noformēšanā nedrīkst ietekmēt valsts noteiktās finanšu disciplīnas ievērošanu.

Attiecībā uz ārstes argumentu, ka speciālisti pieņem pacientus bez ģimenes ārsta nosūtījuma, attiecinot izmaksas uz ģimenes ārstam piešķirto finansējumu, tiesa norāda, ka ģimenes ārstam, konstatējot šādus gadījumus, ir iespēja vērsties Aģentūrā, lai katrs gadījums tiktu izvērtēts individuāli. Aģentūra paskaidrojumā norādījusi, ka no ģimenes ārstes šāda informācija līdz Lēmuma pieņemšanas laikam par 2006. gada 3. ceturksni nebija saņemta.

Ārste 2009. gada 11. augusta pieteikuma pamata un priekšmeta grozījumā norādījusi, ka par 2006. gada 3. ceturksni ārste nav pārtērējusi sekundārās ambulatorās

veselības aprūpes līdzekļus, bet izveidojies līdzekļu atlikums Ls 771,88 apmērā, līdz ar to ārste lūdz tiesu konstatēt, ka Aģentūra nepareizi izpildījusi noslēgto Līgumu, tādēļ Aģentūrai būtu uzliekams par pienākumu viena mēneša laikā no sprieduma spēkā stāšanas dienas izmaksāt ārstei 75 % no atlikuma summas par 2006. gada 3. ceturksni no faktiski neizlietoto līdzekļu atlikuma apjoma samaksai par speciālistu sniegtajiem veselības aprūpes pakalpojumiem.

Pārbaudot šā argumenta pamatotību, tiesa norāda, ka ārstes aprēķini (lietas 2. sējuma 1. – 67. lapa) ir pretrunā ar Aģentūras atkārtotajā pārbaudē noskaidrotiem apstākļiem (lietas 2. sējuma 99. – 110. lapa), jo ārste kļūdaini izlietotajos līdzekļos nav iekļāvusi pēc ārstes nosūtījumiem speciālistu veikto manipulāciju izmaksu apjomu.

[13] Augstākās tiesas Senāta Administratīvo lietu departaments 2008. gada 2. oktobra spriedumā lietā Nr. SKA-378/2008 (sk. 22. punktu) norādījis, ka Senāts, atsaucoties uz Eiropas Cilvēktiesību tiesas atziņām, vairākkārt savos nolēmumos ir norādījis, ka no Eiropas Cilvēka tiesību un pamatbrīvību aizsardzības konvencijas 6. panta izriet tiesas pienākums argumentēt spriedumus, bet tas nav saprotams kā prasība detalizēti atbildēt uz jebkuru argumentu. Tiesnešiem ir jāuzklausa argumenti, bet viņiem nav pienākums detalizēti atrunāt jebkuru iesniegumu vai skaidri atbildēt uz jebkuru paskaidrojumu. Tiesai ir atļauts izvērtēt argumentus, kurus tā uzskata par nozīmīgiem no tiesību viedokļa *(sk. Senāta 2004. gada 23. novembra sprieduma lietā Nr. SKA-216/2004 8. punktu; 2005. gada 22. novembra sprieduma lietā Nr. SKA-378/2005 12. punktu).*

Biedrības un ārstes pieteikumā izteiktos apsvērumus tiesa ir izvērtējusi, izskatot pieteikumu pēc būtības, bet spriedumā katru atsevišķi neatrunās, jo tiem konkrētajā lietā nav izšķirošas nozīmes lietas pareizā izspriešanā.

[14] Pastāvot iepriekš konstatētajiem apstākļiem, tiesa secina, ka Aģentūras Lēmums saistībā ar Līguma izpildi tika pieņemts saskaņā ar normatīvo aktu noteikto tiesisko regulējumu un nav pamatots pieteikumā izteiktais apgalvojums, ka Aģentūra nav izvērtējusi visus apstākļus lietā.

Kā tiesa norādījusi iepriekš, saskaņā ar noslēgto Līgumu ārstei piešķirts noteikts līdzekļu apjoms sekundāro ambulatoro veselības aprūpes pakalpojumu apmaksai, kuru izlietošana, nodrošinot racionālāko veselības aprūpes valsts budžeta līdzekļu izlietojumu, ir ārstes kontrolē, līdz ar to ārste ir atbildīga par finanšu disciplīnas ievērošanu un ārstei ir jārēķinās ar tām sekām, kādas var iestāties piešķirtā finansējuma pārtēriņa gadījumā.

Tā kā konkrētajā lietā Aģentūra konstatēja, ka ārstes pārtēriņa rašanās iemesli nav attaisnojoši, tiesa secina, ka Aģentūras ieturēto līdzekļu apmērs no ārstes kapitācijas naudas ir samērīgs. Proti, ārstes finansiālo interešu aizskārums ir samērīgs ar sabiedrības interesēm – piešķirtais finansējums no valsts budžeta līdzekļiem ir jāizmanto pamatoti.

Rezolutīvā daļa

Pamatojoties uz Administratīvā procesa likuma 246. – 251. pantu, 256.[1] panta ceturto daļu, Administratīvā rajona tiesa

nosprieda

noraidīt *I.K.* un biedrības „Latvijas Ģimenes ārstu asociācija" pieteikumu, kas iesniegts aizstāvot ģimenes ārstes *I.K.* tiesības un tiesiskās intereses.

Atzīt, ka 2006. gada 2. maijā starp Veselības obligātās apdrošināšanas valsts aģentūru un ģimenes ārstes *I.K.* praksi noslēgtais publisko tiesību līgums Nr. 0302/PM–9105/2006R par primārās veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu un apmaksu ir izpildīts pareizi.

Spriedumu var pārsūdzēt Administratīvajā apgabaltiesā divdesmit dienu laikā no sprieduma sastādīšanas dienas, iesniedzot apelācijas sūdzību Administratīvās rajona tiesas Rīgas tiesu namā.

Tiesnese I. Kaļiņina