Lieta Nr.A42545607
A3060-08/3

SPRIEDUMS
Latvijas tautas vārdā

Rīgā 2008.gada 24.jūlijā

Administratīvā rajona tiesa šādā sastāvā:
tiesnese D.Suipe,

piedaloties pieteicējai *L.K.*, pieteicējas pārstāvei *D.Z.*, biedrības „Latvijas Ģimenes ārstu asociācija" pārstāvei *S.V.*, pilnvarotajam pārstāvim zvērinātam advokātam *A.E.* un
atbildētāja Latvijas Republikas pusē pieaicinātās iestādes Veselības obligātās apdrošināšanas valsts aģentūras pilnvarotajiem pārstāvjiem Agnesei Gusarovai, Gintam Čanderam un Atim Mārtiņsonam,
atklātā tiesas sēdē izskatīja administratīvo lietu, kas ierosināta par Veselības obligātās apdrošināšanas valsts aģentūras 2007.gada 8.jūnija lēmuma Nr.4/1 1-10/3364 un jauna administratīvā akta izdošanu.

Aprakstošā daļa

[1] 2007. gada 9.jūlijā Administratīvajā rajona tiesā saņemts biedrības „Latvijas Ģimenes ārstu asociācija" pieteikums par Veselības obligātās apdrošināšanas valsts aģentūras (turpmāk arī – atbildētājs vai Aģentūra) 2007.gada 8.jūnija lēmuma Nr.4/1 1-10/3364 (turpmāk – pārsūdzētais lēmums) atcelšanu un jauna administratīvā akta izdošanu, kuru tā iesniegusi kā ģimenes ārsta *L.K.* (turpmāk – pieteicēja) pilnvarotā persona.

[2] 2006. gada 11.decembrī Aģentūras Rīgas nodaļas vadītājs pieņēma lēmumu Nr.R-NOS/6572 ar kuru nolēma ieturēt no ģimenes ārsta *L.K.* kapitācijas naudas speciālistu darba apmaksai (ar ģimenes ārsta nosūtījumu) paredzēto līdzekļu pārtēriņa summu Ls 483,64 apmērā par 2006. gada 1. ceturksni.

2006. gada 11.decembrī Aģentūras Rīgas nodaļas vadītājs pieņēma lēmumu Nr.R-NOS/6574 ar kuru nolēma ieturēt no ģimenes ārsta *L.K.* kapitācijas naudas speciālistu darba apmaksai (ar ģimenes ārsta nosūtījumu) paredzēto līdzekļu pārtēriņa summu Ls 486,77 apmērā par 2006. gada 2. ceturksni.

2006. gada 11.decembrī Aģentūras Rīgas nodaļas vadītājs pieņēma lēmumu Nr.R-NOS/6576 ar kuru nolēma ieturēt no ģimenes ārsta *L.K.* kapitācijas naudas speciālistu darba apmaksai (ar ģimenes ārsta nosūtījumu) paredzēto līdzekļu pārtēriņa summu Ls 496,06 apmērā par 2006. gada 3. ceturksni.

2007. gada 15.janvārī pieteicēja apstrīdēja minētos Aģentūras Rīgas nodaļas vadītāja lēmumus Aģentūras direktorei.

2007. gada 8.jūnijā Aģentūras direktore pieņēma pārsūdzēto lēmumu, ar kuru Aģentūras Rīgas nodaļas vadītāja lēmumi atstāti negrozīti.

Pārsūdzētajā lēmumā norādīts turpmāk minētais.

[2.1] Ministru kabineta 2004.gada 21.decembra noteikumu Nr.1036 „Veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtība" (turpmāk – Noteikumi Nr.1036) 83.punkts noteic, ka 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.

Saskaņā ar Aģentūras Vadības informācijas sistēmā esošo informāciju ģimenes ārsta *L.K.* darbību par 2006.gada 1.ceturksni raksturo – aprēķinātie sekundārās ambulatorās veselības aprūpes līdzekļi Ls 4205,51, izlietotie sekundārās ambulatorās veselības aprūpes līdzekļi Ls 8118,18, sekundārās ambulatorās veselības aprūpes līdzekļu pārtēriņš Ls 3912,67, pamatmaksājums no aprēķinātās ikmēneša kapitācijas naudas apmēra Ls 2418,21, pārtēriņa procentuālā attiecība pret ģimenes ārsta kapitācijas naudu 161,80%.

Saskaņā ar Aģentūras Vadības informācijas sistēmā esošo informāciju ģimenes ārsta *L.K.* darbību par 2006.gada 2.ceturksni raksturo – aprēķinātie sekundārās ambulatorās veselības aprūpes līdzekļi Ls 4209,92, izlietotie sekundārās ambulatorās veselības aprūpes līdzekļi Ls 6308,80, sekundārās ambulatorās veselības aprūpes līdzekļu pārtēriņš Ls 2090,88, pamatmaksājums no aprēķinātās ikmēneša kapitācijas naudas apmēra Ls 2433,84, pārtēriņa procentuālā attiecība pret ģimenes ārsta kapitācijas naudu 86,20%.

Saskaņā ar Aģentūras Vadības informācijas sistēmā esošo informāciju ģimenes ārsta *L.K.* darbību par 2006.gada 3.ceturksni raksturo – aprēķinātie sekundārās ambulatorās veselības aprūpes līdzekļi Ls 4312,88, izlietotie sekundārās ambulatorās veselības aprūpes līdzekļi Ls 5886,20, sekundārās ambulatorās veselības aprūpes līdzekļu pārtēriņš Ls 1573,32, pamatmaksājums no aprēķinātās ikmēneša kapitācijas naudas apmēra Ls 2480,28, pārtēriņa procentuālā attiecība pret ģimenes ārsta kapitācijas naudu 63,40%.

Nosūtot pacientu pie speciālista, ģimenes ārsta lemj par pacientam nepieciešamo konsultāciju un izmeklējumu apjomu, tādējādi, nodrošinot racionālāko veselības aprūpes valsts budžeta līdzekļu izlietojumu.

Līdz ar to, Noteikumi Nr.1036 paredz mehānismu: 1) daļa speciālistiem paredzētās naudas tiek nodota ģimenes ārstu pārvaldībā un atbilstoši Noteikumu Nr.1036 57.6.punktam ģimenes ārsts to izlietošanu kontrolē ar nosūtījumu palīdzību; 2) ja ģimenes ārsts ir pārtērējis aprēķinātos sekundārās aprūpes pakalpojumu apmaksas līdzekļus, Aģentūra var ieturēt līdz 20% no ģimenes ārsta kapitācijas naudas, sekundārās veselības aprūpes pakalpojumu izdevumu segšanai.

Veicot ģimenes ārsta *L.K.* darbības analīzi par 2006.gada 1., 2., 3.ceturksni, pārtēriņu attaisnojošus apstākļus Aģentūra nav konstatējusi. Līdz ar to, nolēma ieturēt no kapitācijas naudas.

[2.2] Saskaņā ar Administratīvā procesa likuma (turpmāk – APL) 59.pantu pieprasīta informācija no pieteicējas.

Apstrīdēšanas iesniegumā pieteicēja nav norādījusi faktus par pacientu saņemto sekundāro ambulatoro pakalpojumu neatbilstību ģimenes ārsta nosūtījumam, līdz ar to nav pamatots pieteicējas apgalvojums, ka pacienti izmantojuši pakalpojumus bez nosūtījuma.

Pieteicēja nav norādījusi arī pārtēriņa rašanās iemeslus. Līdz ar to, pieteicēja nav izmantojusi APL 59.pantā minēto pienākumu iesniegt pierādījumus, kas ir viņas rīcībā un kas var būt būtiski lietā un norādītu attaisnojošus apstākļus.

Aģentūra norāda, ka piekrīt pieteicējas argumentam par pacientu nosūtīšanu uz analīzēm un izmeklējumiem pamatojoties uz medicīniskajām indikācijām. Tomēr, Noteikumu Nr.1036 83.punkts attiecas arī uz līdzekļu pārtēriņu sakarā ar nosūtījumiem uz laboratoriskajiem izmeklējumiem.

Saskaņā ar Vadības informācijas sistēmas datiem pieteicējas praksē reģistrēto hronisko slimnieku aprūpei 2006.gada 1.līdz 3.ceturksnī izlietoti Ls 1424,78, tādējādi, tērējot 11% no attiecīgajam periodam aprēķinātajiem sekundāro ambulatoro veselības aprūpes pakalpojumu apmaksas līdzekļiem. Tādējādi, hronisko pacientu aprūpe nav iemesls, kādēļ izveidojies pārtēriņš.

Saskaņā ar Vadības informācijas sistēmas datiem 2006.gada 1.ceturksnī ar nosūtījumu veikta viena plānveida operācija, taču ambulatorie izmeklējumi pirms šīs operācijas nav veikti. Dienas stacionārā veiktas oftalmoloģiskās operācijas trīs pacientiem, izmeklējumi pirms operācijām – Ls 29,80 apmērā. Izmaksas sastāda Ls 502,92, tas ir 12% no sekundārās ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumu līdzekļiem.

Savukārt, 2006.gada 2.ceturksnī – Ls 209,92, bet 3.ceturksnī – Ls 351,46, kas veido attiecīgi 5% un 8%.

Ņemot vērā minēto, Aģentūras ieskatā plānveida oftalmoloģiskās operācijas un atkārtotas okulistu konsultācijas pēcoperāciju periodā ir iemesls, kādēļ izveidojies līdzekļu pārtēriņš.

Attiecībā uz pieteicējas norādi par nelabvēlīgo epidemioloģisko situāciju, reģistrēto pacientu apmeklējumu skaits ar akūtām saslimšanām 2006.gada 1.ceturksnī ir mazāks kā vidēji Rīgā (pieteicējas praksē 17,9 pacienti uz 100, Rīgā – vidēji 19,23). Tādējādi, minētais arguments nav pamatots.

[2.3] Izvērtējot minēto, Aģentūra secina, ka lēmums ieturēt līdzekļus no pieteicējas ģimenes ārsta praksei piešķirtās kapitācijas naudas ir samērīgs ar sabiedrības interesēm. Proti, iespēja ieturēt līdzekļus no kapitācijas naudas ir paredzēta, lai Aģentūrai būtu iespējams sabalansēt līdzekļu pārdali starp primāro un sekundāro veselības aprūpi, tādējādi, nodrošinot pakalpojumu pieejamību un samazinot rindas pie speciālistiem.

[3] Nepiekrītot pārsūdzētajam lēmumam, pieteicēja vērsās Administratīvajā rajona tiesā, lūdzot to atcelt un izdot jaunu administratīvo aktu, šādu motīvu dēļ.

[3.1] Ģimenes ārste *L.K.* sniedz primārās veselības aprūpes pakalpojumus saskaņā ar līgumu, kas noslēgts ar Aģentūru, un normatīvajiem aktiem. Līgumā paredzēts noteikts sekundārās ambulatorās veselības aprūpes līdzekļu apjoms (konkrētajā lietā Ls 4205,51 1.ceturksnī, Ls 4209,92 2.ceturksnī, Ls 4312,88 3.ceturksnī), kuru ģimenes ārsts kontrolē.

Saskaņā ar Noteikumu Nr.1036 58.punktu noteikti astoņi ģimenes ārstu ienākumu avoti pa pacientu aprūpi. 58.1.punkts noteic, ka kapitācijas nauda ir maksājums, kuru aprēķina, ņemot vērā reģistrēto pacientu skaitu ģimenes ārsta pacientu sarakstā, minēto pacientu dalījumu pa vecuma grupām un ģimenes ārsta pakalpojuma patēriņa koeficientu saskaņā ar šo noteikumu 8.pielikumu. Atbilstoši 59.punktam, aprēķināto mēneša kapitācijas naudu attiecīgā ģimenes ārsta pacientu veselības aprūpei aģentūras teritoriālā nodaļa sadala: pamatmaksājumā – 85 % apmērā no aprēķinātās mēneša kapitācijas naudas apmēra; ģimenes ārsta darbības novērtējuma mainīgajā maksājumā – 15 % apmērā no aprēķinātās mēneša kapitācijas naudas apmēra.

Ja maksa par speciālistu sniegtajiem ambulatorajiem veselības aprūpes pakalpojumiem (ar ģimenes ārsta nosūtījumu) pārsniedz ārstam līgumā šim nolūkam piešķirto apmēru, Aģentūra pārtēriņa summu daļēji ietur no ģimenes ārsta kapitācijas naudas saskaņā ar Noteikumu Nr.1036 83.punktu. Proti, 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.

Konkrētajā lietā Aģentūra konstatēja, ka pieteicēja ir pārtērējusi līgumā paredzēto līdzekļu apmēru sekundārās ambulatorās veselības aprūpei, un nolēma ieturēt no pieteicējas kapitācijas naudas par 2006.gada 1., 2., 3.ceturksni.

Pārsūdzētajā lēmumā nav pareizi noteikts pārtērēto līdzekļu apmērs, tādējādi, nav pamatoti ieturēt maksimāli paredzēto 20% apmēru. Līdz ar to, pieņemot pārsūdzēto lēmumu, nav izdarīti lietderības apsvērumi.

[3.2] Aģentūra vērtēja pieteicējas izlietotos līdzekļus saskaņā ar Aģentūras iekšējo normatīvo aktu „Ieteikumi Veselības obligātās apdrošināšanas aģentūras darbiniekiem, veicot ģimenes ārsta kontrolēto speciālistu pakalpojumu apmaksai paredzēto līdzekļu pārtēriņa daļas ieturēšanu no ģimenes ārsta kapitācijas naudas (publicēti Latvijas Vēstnesī 2006.gada 24.oktobrī). Pieteicēja nevarēja zināt par ieteikumiem.

[3.3] Nav pamatots Aģentūras arguments, ka paaugstināta hronisko slimnieku īpatsvars nav ģimenes ārsta vērtēšanas kritērijs, bet viens no faktoriem, jo nav norādīts, kā atšķiras „ģimenes ārsta darbības vērtēšanas kritērijs" no Aģentūras lietotā jēdziena „viens no faktoriem". Pieteicējas ieskatā tas ir viens un tas pats.

[3.4] Ģimenes ārsts teorētiski var kontrolēt līdzekļu pārtēriņu saskaņā ar Vadības informācijas sistēmas datiem, tomēr, ģimenes ārsta nevar ietekmēt

pacientu pieņemšanu pie sekundārās aprūpes speciālistiem bez ģimenes ārsta norīkojuma.

[3.5] Nosūtījumi pie speciālistiem bija medicīniski indicēti un līdzekļu pārtēriņš pats par sevi nav uzskatāms par pārkāpumu.

Nav pamatots Aģentūras apgalvojums, ka veiktās ārstniecības kvalitātes izvērtējums Aģentūrai nav jāvērtē.

[4] Tiesai iesniegtajā paskaidrojumā atbildētājs norāda, ka pieteikumu uzskata par nepamatotu un noraidāmu saskaņā ar pārsūdzētajā lēmumā minēto, papildus norādot turpmāko.

[4.1] APL 16.panta pirmā daļa noteic, ka iekšējais normatīvais akts ir saistošs tam publisko tiesību subjektam, kas šo normatīvo aktu ir izdevis. Privātpersonām iekšējais normatīvais akts nav saistošs. APL 67.panta sestā daļa noteic, ka iestāde nedrīkst pamatots administratīvo aktu ar iekšējo normatīvo aktu. Ja iestāde ir piemērojusi iekšējo normatīvo aktu, to min administratīvā akta pamatojumā. Šai norādei ir informatīvs raksturs.

Kā izriet no Noteikumu Nr.1036 83.punkta, ģimenes ārstiem, ja tiek pārtērēti attiecīgajam periodam aprēķinātie speciālistu pakalpojumu samaksai paredzētie līdzekļi, tiek ieturēti šie līdzekļi no kapitācijas naudas.

Tādējādi, 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 ieteikumiem vai ģimenes ārstam aprēķinātā līdzekļu daudzuma. Turklāt, ģimenes ārsts ar savu darbību nevar ietekmēt nevienu no Aģentūras ieteikumos minētajiem faktoriem saskaņā ar kuriem tiek pieņemts lēmums par līdzekļu ieturēšanu no kapitācijas naudas.

[4.2] Ieteikumos minētais faktors – paaugstināts hronisko slimnieku skaits, tiek vērtēts nevis ģimenes ārsta darbības ietvaros, bet kā apstāklis, kas var ietekmēt ģimenes ārsta darbību speciālistu pakalpojumu izmantošanā. Minētais ir viens no faktoriem, pieņemot lēmumu par līdzekļu ieturēšanu, bet nav ģimenes ārsta darbības vērtēšanas kritērijs.

[4.3] Ikvienam ģimenes ārstam ir tiesības saņemt pieeju Vadības informācijas sistēmai. Pieteicēja šādu lūgumu nav izteikusi.

[4.4] Noteikumu Nr.1036 1.punkts noteic, ka 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.

Kā izriet no Noteikumu Nr.1036 121.punkta, lai nodrošinātu šo noteikumu 108.punktā minētā līguma izpildi, aģentūra pārbauda pakalpojumu pamatotību un efektivitāti, medicīnisko un finanšu dokumentāciju attiecībā uz veselības aprūpes pakalpojumiem, kurus apmaksā no valsts budžeta līdzekļiem, kā arī ne retāk kā reizi ceturksnī kontrolē datus par plānotā finanšu apmēra sasniegšanu un to prognozēto sadalījumu pa ceturkšņiem.

Saskaņā ar Ministru kabineta 2002.gada 27.decembra noteikumu Nr.583 „Veselības obligātās apdrošināšanas valsts aģentūras nolikums" (turpmāk –

Noteikumi Nr.583) 1.punktu 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.

No minētā izriet, ka Aģentūra administrē veselības aprūpes finanšu līdzekļus. Jautājuma, vai ģimenes ārsts ir pamatoti nosūtījis pacientu pie speciālista, izvērtēšana nav Aģentūras kompetencē.

Pirms lēmuma pieņemšanas iegūta informācija saskaņā ar APL 59.pantu.

[5] Tiesas sēdē pieteicēja pieteikumu uzturēja uz tajā norādīto argumentu pamata. Tāpat tiesas sēdē pieteicējas pārstāvis iesniedza rakstveida paskaidrojumus, ar kuriem tiesas sēdē iepazinās atbildētājs un tiesa.

[6] Tiesas sēdē atbildētāja pilnvarotie pārstāvji pieteikumu neatzina saskaņā ar pārsūdzētajā lēmumā un paskaidrojumā tiesai norādītajiem argumentiem.

Motīvu daļa

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

[8] Izvērtējot lietas materiālus, tiesa konstatē turpmāk minēto.

[8.1] 2005.gada 5.aprīlī starp pieteicējas ģimenes ārsta praksi un Aģentūru noslēgts līgums par primārās veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu un apmaksu (lietas 74.-82.lapa).

Ar 2005.gada 29.decembra grozījumiem minētajā līgumā 1.pielikums izteikts jaunā redakcijā – plānotā kapitācijas nauda 2006.gadam noteikta Ls 9758, plānotais finansējums sekundāro ambulatoro veselības aprūpes pakalpojumu apmaksai 2006.gadam – Ls 17084, no tiem 1.pusgadā – Ls 8439 (mēnesī Ls 1407), 2.pusgadā – Ls 8645 (mēnesī – Ls 1441) (lietas 103.lapa).

[8.2] 2006.gada 8.novembrī Aģentūra nosūtīja pieteicējai vēstuli par viedokļa noskaidrošanu sakarā ar ģimenes ārsta kontrolēto speciālistu pakalpojumu apmaksai paredzēto līdzekļu pārtēriņu (lietas 38.lapa).

2006.gada 21.novembrī pieteicēja sniedza informāciju Aģentūrai, kurā paskaidroja, ka viņas praksē reģistrēti daudz hronisko pacientu, invalīdi un pacienti ar arodslimībām, kuriem nepieciešanas speciālistu konsultācijas. Pieteicējas ieskatā nosūtījumi pie speciālistiem bija pamatoti un pārtēriņš radies dēļ nelabvēlīgās epidemioloģiskās situācijas 2006.gada sākumā, plānveida operācijām (sevišķi oftalmoloģiskās), kā arī pēcoperāciju konsultācijas, pieteicējai nav iespējams kontrolēt, ja pacients dodas pie speciālista bez norīkojuma (lietas 39.lapa).

[9] Ņemot vērā minēto, tiesa secina, ka lietā pastāv strīds par to, vai pieteicēja pamatoti pārtērēja noslēgtā līguma ietvaros paredzēto finansējumu sekundāro ambulatoro veselības aprūpes pakalpojumu apmaksai 2006.gada 1., 2., 3.ceturksnī, kā arī atbildētājs pamatoti nolēma ieturēt no pieteicējas kapitācijas naudas speciālistu darba apmaksai paredzēto līdzekļu pārtēriņa summu.

[10] Noteikumu Nr.1036 83.punkts noteic, ka 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.

Noteikumu Nr.1036 82.1.punkts 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.punktu 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.

Konkrētajā lietā nav strīda par to, ka pieteicēja ir pārtērējusi plānotos maksājumus par speciālistu sniegtajiem ambulatorajiem veselības aprūpes pakalpojumiem (ar ģimenes ārsta nosūtījumu). Tiesas ieskatā nav nozīmes, cik procentuāli liels ir pārtērēto līdzekļu apjoms kā pret ģimenes ārsta kapitācijas naudu, tā pret aprēķinātajiem līdzekļiem, jo iepriekš minētās tiesību normas neparedz konkrētu pārtēriņa apjomu. Proti, pārtērētie līdzekļi tiek novirzīti no ģimenes ārstam aprēķinātās kapitācijas naudas ne vairāk kā 20% apmērā.

Tādējādi, tiesa secina, ka lietā ir strīds par to, vai ieturētie maksājumi no pieteicējas kapitācijas naudas ir samērīgi. Proti, vai atbildētājs pamatoti aprēķināja ieturējumu summu maksimālajā apmērā.

Kā izriet no pieteicējas Aģentūrai sniegtās informācijas, līdzekļu pārtēriņš radies, jo viņas praksē reģistrēti daudz hronisko pacientu, invalīdi un pacienti ar arodslimībām, kuriem nepieciešanas speciālistu konsultācijas. Pieteicējas ieskatā nosūtījumi pie speciālistiem bija pamatoti un pārtēriņš radies dēļ nelabvēlīgās epidemioloģiskās situācijas 2006.gada sākumā, plānveida operācijām (sevišķi oftalmoloģiskās), kā arī pēcoperāciju konsultācijas, pieteicējai nav iespējams kontrolēt, ja pacients dodas pie speciālista bez norīkojuma (lietas 39.lapa).

Tādējādi, tiesai jāvērtē, vai Aģentūra, pieņemot pārsūdzēto lēmumu, izvērtēja visus apstākļus lietā un noteica samērīgu ieturēto maksājumu apmēru.

[11] Saskaņā ar APL 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.

Saskaņā ar APL 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.

Tiesa konstatē, ka lēmumu 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" (turpmāk – 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.

Kā norādīts tiesu praksē, 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 noteikta vienota izvērtēšanas kārtība. Pie šādiem apstākļiem atbildētājs bija tiesīgs piemērot iekšējo normatīvo aktu, lai pieņemtu lēmumu par pārtērēto līdzekļu ieturēšanu. Tiesas ieskatā noteiktas, visiem vienādas kārtības piemērošana, pamatojoties uz iekšējo aktu, pati par sevi ir garantija, ka tiek nodrošināta vienlīdzības un taisnīguma principu ievērošanu. Tiesa norāda, ka nav nozīmes, vai pieteicēja zināja par Ieteikumos ietvertajām prasībām, jo Ieteikumi attiecināmi uz Aģentūras darbiniekiem, nodrošinot vienotu lēmumu pieņemšanas kārtību.

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.

Pie šādiem apstākļiem atbildētājs bija tiesīgs piemērot iekšējo normatīvo aktu, lai pieņemtu lēmumu par līdzekļu ieturēšanu par pieteicējas kontrolēto speciālistu sniegtajiem veselības aprūpes pakalpojumu (ar ģimenes ārsta nosūtījumu) apmaksai paredzēto līdzekļu pārtēriņu.

[12] Ieteikumu 1.punkts noteic 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 (arī turpmāk redakcijā, kas bija spēkā līdz 2007.gada 17.maijam).

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 neieturēšanu pieņem, ja tiek konstatēts kāds no attaisnojošiem faktoriem – paaugstināts hronisko slimnieku skaits. 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.

Tiek ņemti vērā arī citi faktori - 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.

No minētā izriet, ka, lemjot par ieturējumu no ģimenes ārsta kapitācijas naudas, tiek veikti aprēķini saskaņā ar Vadības informācijas sistēmas datiem par hronisko pacientu skaitu. Tiek ņemts vērā arī faktors, ka pacienti izmanto speciālistu pakalpojumu bez ģimenes ārsta nosūtījuma, kā arī saslimstības pieaugums sakarā ar nelabvēlīgu epidemioloģisko situāciju. Pietiek, ja tiek konstatēts kāds no minētajiem attaisnojošiem faktoriem.

Konkrētajā lietā Aģentūra izvērtēja pieteicējas norādītos faktorus un secināja, ka norādītie iemesli nav attaisnojoši. Proti, pieteicēja nav iesniegusi pierādījumus par saņemto sekundāro ambulatoro pakalpojumu neatbilstību ģimenes ārsta nosūtījumam. Kā norāda pieteicēja, viņai nav pieejas Vadības informācijas sistēmas datiem. Savukārt, saskaņā ar Aģentūras rīcībā esošo informāciju pieteicēja nav lūgusi pieeju Vadības informācijas sistēmas datiem.

Tādējādi, tiesa secina, ka pieteicējai bija iespējams pārliecināties, vai viņas pacienti neizmanto speciālistu pakalpojumus un iesniegt attiecīgus pierādījumus Aģentūrā, bet šādu iespēju viņa nav izmantojusi.

Attiecīgi Aģentūra izvērtēja arī pieteicējas argumentus, ka viņas praksē ir paaugstināts hronisko pacientu skaits, saskaņā ar Vadības informācijas sistēmas datiem un secināja, ka hronisko pacientu aprūpe nav iemesls, kādēļ izveidojies pārtēriņš. Minētais attiecināms arī pieteicējas norādīto faktoru – nelabvēlīgo epidemioloģisko situāciju – vidējais rādītājs Rīgā saskaņā ar Vadības informācijas sistēmas datiem ir bijis augstāks kā pieteicējas praksē.

Attiecībā uz pieteicējas norādi par plānveida operācijām (sevišķi oftalmoloģiskās), kā arī pēcoperāciju konsultācijām, Aģentūra secināja, ka minētais ir attaisnojošs iemesls.

Izvērtējot iepriekš minēto, tiesa secina, ka pārsūdzētais lēmums pieņemts saskaņā ar Ieteikumu prasībām un nav pamatots pieteicējas apgalvojums, ka Aģentūra nav izvērtējusi visus apstākļus lietā.

[13] APL 59.pants noteic, pēc administratīvās lietas ierosināšanas iestāde iegūst informāciju, kas saskaņā ar normatīvajiem aktiem ir nepieciešama, lai pieņemtu attiecīgo lēmumu. Lai iegūtu nepieciešamo informāciju un panāktu tiesisku, taisnīgu un efektīvu lietas izskatīšanu, iestāde pēc iespējas dod administratīvā procesa dalībniekiem norādījumus un ieteikumus.

Iegūstot informāciju, iestāde var izmantot visas tiesiskās metodes, arī iegūt informāciju no administratīvā procesa dalībniekiem, citām institūcijām, kā arī ar liecinieku, ekspertu, apskates, dokumentu un cita veida pierādījumu palīdzību. Ja iestādei nepieciešamā informācija ir nevis administratīvā procesa dalībnieku, bet gan citas institūcijas rīcībā, iestāde to iegūst pati, nevis pieprasa no administratīvā procesa dalībniekiem.

Procesa dalībniekam ir pienākums iesniegt pierādījumus, kas ir viņa rīcībā, un paziņot iestādei par faktiem, kas viņam ir zināmi un konkrētajā lietā varētu būt būtiski.

Noteikumu Nr.583 1.punkts noteic, ka 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.

Ministru kabineta 2005.gada 29.marta noteikumi Nr.218 "Medicīniskās aprūpes un darbspējas ekspertīzes kvalitātes kontroles inspekcijas nolikums" (bija spēkā līdz 2008.gada 9.februārim) noteica Medicīniskās aprūpes un darbspējas ekspertīzes kvalitātes kontroles inspekcijas kompetenci - veikt ekspertīzes un sniegt atzinumus par medicīniskās aprūpes kvalitāti.

No minētā izriet, ka Aģentūra administrē veselības aprūpes finanšu līdzekļus. Jautājuma par ģimenes ārsta sniegtās medicīniskās aprūpes kvalitāti izvērtēšana nav Aģentūras kompetencē. Medicīniskās aprūpes kvalitāti izvērtēt līdz 2008.gada 9.februārim bija Medicīniskās aprūpes un darbspējas ekspertīzes kvalitātes kontroles inspekcijas kompetencē. Aģentūra, izskatot lietu, var pieprasīt informāciju kā no ģimenes ārsta, tā no citām institūcijām.

Konkrētajā lietā Aģentūra pieprasīja informāciju no pieteicējas un, pieņemot pārsūdzēto lēmumu, to izvērtēja (skat.[8.2]). Pieņemot pārsūdzēto lēmumu, Aģentūra izmantoja arī Vadības informācijas sistēmas datus, kuri ir pieejami arī pieteicējai, bet pieteicēja šādu pieeju nav pieprasījusi.

Tiesas ieskatā Aģentūrai nebija pamata pieprasīt izvērtēt pieteicējas ģimenes ārsta praksē sniegtās medicīniskās aprūpes kvalitāti Medicīniskās aprūpes un darbspējas ekspertīzes kvalitātes kontroles inspekcijai, jo pārsūdzētais lēmums pieņemts vienīgi izmantojot Vadības sistēmas datu bāzi. Proti, Aģentūras lēmums balstīts uz statistikas datiem tās kompetences ietvaros. Pieteicējas ģimenes ārsta praksē sniegtās medicīniskās aprūpes kvalitātei nav nozīmes, izvērtējot jautājumu par pārtērēto līdzekļu ieturēšanu. Ieteikumos ietvertie kritēriji Aģentūrai jāpamato vienīgi saskaņā ar matemātiskiem aprēķiniem.

Līdz ar to, tiesa secina, ka nav pamatots pieteicējas apgalvojums, ka, pieņemot pārsūdzēto lēmumu, Aģentūrai bija jāizvērtē pieteicējas ģimenes ārsta

praksē sniegto pakalpojumu kvalitāte. Pārsūdzētais lēmums pieņemts Aģentūras kompetences ietvaros - administrēt valsts obligātās veselības apdrošināšanas finanšu līdzekļus. Proti, pārsūdzētais lēmums pieņemts ģimenes ārsta izlietoto finanšu līdzekļu uzraudzības ietvaros un Aģentūrai nebija jāpieprasa informācija no Medicīniskās aprūpes un darbspējas ekspertīzes kvalitātes kontroles inspekcijas par pieteicējas ģimenes ārsta prakses darba kvalitātes izvērtēšanu. Konkrētajā lietā nav strīda par to, ka pieteicēja nekvalitatīvi veic savu darbu, bet gan par to, vai pieteicēja pietiekami kontrolē piešķirotos valsts obligātās veselības apdrošināšanas finanšu līdzekļus.

Saskaņā ar noslēgto līgumu (skat.[8.1]) pieteicējai piešķirts noteikts apjoms līdzekļu sekundāro ambulatoro veselības aprūpes pakalpojumu apmaksai, kuru izlietošana ir pieteicējas kontrolē. Pieteicējai, pieprasot pieeju Vadības informācijas sistēmai, ir iespēja iepazīties ar sistēmas datiem un plānot ģimenes ārsta praksei piešķirto līdzekļu izlietojumu. Minētajam nav nekāda sakara ar pieteicējas darba kvalitātes izvērtējumu, bet vienīgi ar finanšu disciplīnas ievērošanu.

Tādējādi, tiesa piekrīt atbildētāja argumentam, ka ģimenes ārsta pienākums ir nosūtīt pacientu pie speciālista, ja tam ir nepieciešamība un šāda nepieciešamība izriet no pacienta veselības stāvokļa nevis piešķirto līdzekļu apjoma. Pārtēriņš ir iespējams – tādēļ Aģentūra izvērtē Ieteikumos minētos faktorus. Ja faktori ir attaisnojoši, Aģentūra var pieņemt lēmumu par līdzekļu neieturēšanu.

Konkrētajā lietā Aģentūra konstatēja, ka pieteicējas norādītie pārtēriņa rašanās iemesli nav attaisnojoši (skat.[12]). Tādējādi, tiesa secina, ka Aģentūras ieturēto līdzekļu apmērs no pieteicējas kapitācijas naudas ir samērīgs. Proti, pieteicējas finansiālo interešu aizskārums ir samērīgs ar sabiedrības interesēm – piešķirtais finansējums no valsts budžeta līdzekļiem ir jāizmanto pamatoti.

[14] Ņemot vērā šajā spriedumā minēto, tiesa secina, ka pārsūdzētais lēmums ir tiesisks, bet pieteikums noraidāms.

Rezolutīvā daļa

Ņemot vērā iepriekš konstatēto un pamatojoties uz Administratīvā procesa likuma 246.-251. pantu, Administratīvā rajona tiesa

nosprieda:

noraidīt *L.K.* pilnvarotās personas biedrības „Latvijas Ģimenes ārstu asociācija” pieteikumu par Veselības obligātās apdrošināšanas valsts aģentūras 2007.gada 8.jūnija lēmuma Nr.4/1 1-10/3364 atcelšanu un jauna administratīvā akta izdošanu.

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

Tiesnese D.Suipe