NORAKSTS
Lieta Nr.A42512006
AA43-0701-09/10

SPRIEDUMS
Latvijas tautas vārdā

Rīgā 2009.gada 15.jūnijā

Administratīvā apgabaltiesa šādā sastāvā:
tiesas sēdes priekšsēdētāja M.Osmane,
tiesneses S.Gintere un V.Zommere,

piedaloties pieteicējam *M.N.*, pieteikuma iesniedzējas biedrības „Latvijas Ģimenes ārstu asociācija" pārstāvjiem *S.V.* un *A.E.*, atbildētājas Latvijas Republikas pusē pieaicinātās iestādes Veselības obligātās apdrošināšanas valsts aģentūras pārstāvjiem Gintam Čanderam un Līgai Gaigalai,

atklātā tiesas sēdē izskatīja administratīvo lietu, kas ierosināta, pamatojoties uz biedrības „Latvijas Ģimenes ārstu asociācija" pieteikumu par Veselības obligātās apdrošināšanas valsts aģentūras 2006.gada 24.augusta lēmuma Nr.2015 atcelšanu un jauna administratīvā akta izdošanu, sakarā ar Veselības obligātās apdrošināšanas valsts aģentūras apelācijas sūdzību par Administratīvās rajona tiesas 2008.gada 7.maija spriedumu.

Aprakstošā daļa

[1] Veselības obligātās apdrošināšanas valsts aģentūra (turpmāk arī – Aģentūra), izskatot ģimenes ārsta *M.N.* iesniegumu par administratīvā akta apstrīdēšanu, 2006.gada 24.augustā pieņēma lēmumu Nr.2015, ar kuru nolēma atstāt negrozītu Aģentūras Vidzemes nodaļas ekspertīzes ārsta *A.C.* 2006.gada 21.aprīļa lēmumu Nr.V-NOS/776 „Par ģimenes ārsta kontrolēto speciālistu pakalpojumu samaksas līdzekļu atlikuma izmaksu par 2005.gada 3.ceturksni" un 2006.gada 21.aprīļa lēmumu Nr.V-NOS/775 „Par ģimenes ārsta kontrolēto speciālistu pakalpojumu samaksas līdzekļu atlikuma izmaksu par 2005.gada 4.ceturksni".

Aģentūras 2006.gada 24.augusta lēmums Nr.2015 pamatots ar turpmāk norādītajiem argumentiem.

[1.1] Ministru kabineta 2004.gada 21.decembra noteikumu Nr.1036 „Veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtība (turpmāk – Noteikumi Nr.1036) 58.7.punkts noteic, ka ģimenes ārstu ienākumus 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. Savukārt Noteikumu Nr.1036 11.pielikuma 9.punkts noteic, 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.

[1.2] Saskaņā ar Aģentūras Vadības informācijas sistēmā esošo informāciju *M.N.* darbības par 2005.gada 3.ceturksni atlikuma procentuālā attiecība pret aprēķinātajiem līdzekļiem ir 38% un par 2005.gada 4.ceturksni – 40%, tāpēc tika veikta ģimenes ārsta *M.N.* prakses darbības analīze par speciālistu pakalpojumu samaksas līdzekļu izlietojumu, ievērojot turpmāk norādītos kritērijus:

[1.2.1] ģimenes ārsta ambulatoro apmeklējumu skaits uz 100 reģistrētiem pacientiem – rezultāts par 2005.gada 3. un 4. ceturksni ir neatbilstošs;

[1.2.2] ģimenes ārsta veikto piemaksājamo manipulāciju apjoms latos uz 100 reģistrētiem pacientiem – rezultāts par 2005.gada 3. un 4.ceturksni ir atbilstošs;

[1.2.3] ģimenes ārsta prakses organizācijas un darbības atbilstības papildus analīze – netika vērtēta.

[2] 2006.gada 25.septembrī Administratīvajā rajona tiesā saņemts biedrības „Latvijas Ģimenes ārstu asociācija" (turpmāk arī – Biedrība), kas aizstāv ģimenes ārsta *M.N.* (turpmāk arī – pieteicējs) tiesības un tiesiskās intereses, pieteikums par Aģentūras 2006.gada 24.augusta lēmuma Nr.2015 (turpmāk arī – pārsūdzētais lēmums) atcelšanu un jauna administratīvā akta izdošanu.

Pieteikums pamatots ar turpmāk norādītajiem argumentiem.

[2.1] Aģentūras ekspertīzes ārsta un pārsūdzētajā lēmumā 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. Šie 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.

[2.2] Ģimenes ārsta darbības vērtēšanai saistībā ar līdzekļu atlikuma rašanos nevar piekrist to piemērošanas kārtībai bez diferenciācijas – izdot administratīvo aktu par līdzekļu atlikuma izmaksu 75% apmērā vai par atteikumu izmaksāt 75% no atlikuma. Šāds tikai divu iespējamo administratīvo aktu veidu pielietojums sašaurina Noteikumu Nr.1036 58.7.punkta piemērošanas iespējas ģimenes ārsta darbības motivēšanai. No normā 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.

[2.3] Biedrība uzskata, ka ir lietderīgi veikt katra ģimenes ārsta pacienta slimību vēstures un ģimenes ārsta norīkojumu pie speciālistiem pamatotības izvērtējumu, jo 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.

[2.4] Pieteicējs 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:

1) ģimenes ārsta ambulatoro apmeklējumu skaits uz 100 reģistrētiem pacientiem;

2) ģimenes ārsta veikto piemaksājamo manipulāciju apjoms latos uz 100 reģistrētiem pacientiem;

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 izlietojums, 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.

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

Biedrība nepiekrīt 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.

[2.6] Biedrība nepiekrīt pārsūdzētajā lēmumā norādītajam, ja pacientam nav bijuši pieejami vai nav bijuši nepieciešami speciālistu pakalpojumi, nav pamata 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. Biedrība 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 Biedrības 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.

[2.7] Biedrība nepiekrīt Aģentūras viedoklim, ka neizmaksājot līdzekļu atlikumu, netiek veikta ģimenes ārsta pamattiesību uz atbilstošu finansējumu ierobežošana. Citviet Aģentūra norāda, ka ģimenes ārsta viedokļa noskaidrošana atbilstoši Administratīvā procesa likuma (turpmāk arī – APL) 2.pantam nebija nepieciešama, ņemot vērā to, ka pieteicēja darbības analīze tika veikta, apkopojot un analizējot Aģentūras Vadības informācijas sistēmas statistikas datus, līdz ar to pieteicēja 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. Biedrība 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, neatbilst arī APL 62.panta otrās daļas 3.punktam. Tas paredz izņēmuma gadījumu, kad personas viedokļa noskaidrošana nav nepieciešama, ja tā nav adekvāta. Kaut arī pārsūdzētajā lēmumā minēts, 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.

[3] Aģentūra (turpmāk arī – atbildētāja) tiesai iesniegtajā paskaidrojumā pieteikumu uzskata par nepamatotu un noraidāmu turpmāk norādīto apsvērumu dēļ.

[3.1] 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.

Ministru kabineta 2002.gada 27.decembra noteikumu Nr.583 „Veselības obligātās apdrošināšanas valsts aģentūras nolikums" 1.punkts noteic, ka 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 noteikumu 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. Tādējādi 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.

[3.2] Vienas nevalstiskās organizācijas viedoklis par kādas valsts iestādes izstrādātu kritēriju pamatotību vai nepamatotību nevar būt par pamatu kritēriju atzīšanai par nepamatotiem. Pārsūdzētajā lēmumā ir norādīts piemērotā kritērija pamatojums. Tas, ka kādam tas šķiet nepietiekoši, nav iemesls kritēriju atzīšanai par nepamatotiem.

[3.3] Aģentūra piekrīt Biedrības minētajam, ka neviens ārējais normatīvais akts nenosaka kārtību, kādā Aģentūras ārstam ekspertam būtu veicama ģimenes ārsta kontrolēto speciālistu pakalpojumu samaksai paredzēto līdzekļu izlietojuma analīze. Saskaņā 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.

[3.4] Pārsūdzētajā lēmumā norādīts, 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.

[3.5] 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.

[3.6] 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.

[3.7] 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.

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

[3.9] Trešā kritērija pamatojums tika norādīts pārsūdzētajā lēmumā. Attiecībā uz šo Aģentūra papildus informē, ka, izstrādājot iekšējo normatīvo aktu „Ieteikumi Aģentūras ārstam ekspertam, veicot ģimenes ārsta ceturkšņa darbības analīzi par speciālistu pakalpojumu izmantošanu un pieņemot lēmumu par līdzekļu izmaksu", 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 šā 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.

[3.10] 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 norādītu uz

medicīnisko indikāciju trūkumu. It sevišķi, ņemot vērā, ka 4.ceturksnis ir paaugstinātas saslimstības periods visu ģimenes ārstu pacientiem, ģimenes ārsta *M.N.* darbības rādītāji norāda uz lielu speciālistu pakalpojumu samaksai paredzēto līdzekļu atlikumu: 2005.gada 3.ceturksnī – 38%, 4.ceturksnī – 40%.

[3.11] Aģentūra piekrīt tam, ka ģimenes ārstam *M.N.* ir labs rādītājs pacientu veselības aprūpes apmeklējuma skaita ziņā, taču abos ceturkšņos rezultāts neatbilst izcilas darbības kritērijiem. Līdz ar to pastāv šaubas par šā iemesla pamatojumu.

Ģimenes ārsta *M.N.* darbības rādītāji norāda uz augstu manipulāciju apjomu, rēķinot vidējo summu uz 100 reģistrētajiem pacientiem, kas 2005.gada 3.ceturksnī bija 19,1 Ls (salīdzinājumā ar vidējo rādītāju Vidzemes nodaļas ārstiem 20,3), bet 2005.gada 4.ceturksnī bija 27,2 Ls (salīdzinājumā ar vidējo rādītāju Vidzemes nodaļas ārstiem 24,7 Ls). Minētie rādītāji atbilst izcilas darbības kritērijiem.

[3.12] 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.

[4] Administratīvā rajona tiesa ar 2008.gada 7.maija spriedumu Biedrības pieteikumu apmierināja. Administratīvā rajona tiesa konstatēja, ka 2005.gada 1.aprīlī noslēgtais publisko tiesību līgums Nr.0302/PM-3091/2005, kas noslēgts starp *M.N.* ģimenes ārsta praksi un Aģentūru, ir izpildīts nepareizi.

Administratīvā rajona tiesa uzlika par pienākumu 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.

Administratīvās rajona tiesas spriedums pamatots ar turpmāk norādītajiem motīviem.

[4.1] Tiesa konstatēja, ka lietā pastāv strīds par to, vai atbildētāja pamatoti ir atteikusies izmaksāt *M.N.* 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).

[4.2] Tiesa konstatēja, ka starp Aģentūru un *M.N.* ģimenes ārsta praksi 2005.gada 1.aprīlī tika noslēgts līgums Nr.0302/PM-3091/2005 par primārās veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu un apmaksu (turpmāk arī – Līgums).

Līguma parakstīšanas brīdī spēkā bija Noteikumi Nr.1036 (zaudējuši spēku 2007.gada 1.janvārī).

No Noteikumu Nr.1036 1., 2., 3., 5., 6. un 13.punkta izriet, 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.

Vērtējot Līgumu, tiesa secināja, ka tas ir atzīstams par publisko tiesību līgumu.

[4.3] Tiesa konstatēja, 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.

Tiesa secināja, 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 secināja, ka Aģentūras Vidzemes nodaļas 2006.gada 21.aprīļa lēmums Nr.V-NOS/776, 2006.gada 21.aprīļa lēmums Nr.V-NOS/775 un 2006.gada 24.augusta lēmums Nr.2015 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.

[4.4] Tiesa secināja, ka šajā lietā pieteikuma priekšmets nav administratīvā akta atcelšana un jauna administratīvā akta izdošana, bet gan publisko tiesību līguma izpildes pareizības pārbaude atbilstoši APL 184.panta 4.punktam.

Pamatojoties uz iepriekšminēto, tiesa secināja, ka tiesai šajā lietā ir jāpārbauda, vai Aģentūra, atsakot *M.N.* 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 *M.N.* ģimenes ārsta praksi un Aģentūru 2005.gada 1.aprīlī noslēgto Līgumu.

[4.5] 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 noteic 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.

[4.6] 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.

Tādējādi ar Noteikumiem Nr.1036 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.

Tiesa konstatēja, ka *M.N.* 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.aprīļa līdz 2005.gada 30.jūnijam uz līguma noslēgšanas brīdi tika noteikts Ls 1071,63 mēnesī un no 2005.gada 1.jūlija līdz 2005.gada 31.decembrim 1204,50 Ls. 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.

Aģentūra konstatēja, ka *M.N.* kontrolēto speciālistu pakalpojumu samaksas līdzekļu ceturkšņa atlikums 3.ceturksnī bija 38% un 4.ceturksnī bija 40%. Tātad tika pārsniegta Noteikumos Nr.1036 noteiktā 30% robeža. Līdz ar to, lai *M.N.* tiktu veikta līdzekļu izmaksa par speciālistu sniegtajiem veselības aprūpes pakalpojumiem (ar ģimenes ārsta nosūtījumu), atbildētājai bija jāveic *M.N.* kā ģimenes ārsta ceturkšņa darbības analīze par speciālistu pakalpojumu izmantošanu un jāpieņem atbilstošs lēmums par līdzekļu izmaksu.

[4.7] Tiesa secināja, ka tiesību normā nav noteikti kritēriji, kas ir jāizvērtē, veicot ģimenes ārsta ceturkšņa darbības analīzi par speciālistu pakalpojumu izmantošanu. Tiesa konstatēja, 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 – 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.

Tiesa atzina, ka Aģentūras augstākā iestāde, kas pieņēma galīgo lēmumu, bija tiesīga Ieteikumus piemērot, lai izlemtu jautājumu par naudas līdzekļu atmaksu pieteicējam par speciālistu pakalpojumu izmantošanai atvēlēto līdzekļu izmaksu. Šādi atbildētāja 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).

[4.8] Tiesa konstatēja, 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 ģimenes ārsta darbības rādītāju izvērtēšanas ir konstatēta neatbilstība kaut vienam no atbildētājas noteiktajiem kritērijiem (ģimenes ārsta darbības rādītāji pēc apmeklējuma kritērija vai manipulāciju apjoma kritērija ir zemāki par 1,25M).

Tādējādi Aģentūra ir noteikusi divus kumulatīvus kritērijus, kas ir jākonstatē, lai ģimenes ārstam rastos tiesības uz līdzekļu izmaksu par kontrolētajiem speciālistu sniegtajiem veselības aprūpes pakalpojumiem.

Pie šādiem apstākļiem atbildētājai, konstatējot kaut viena kritērija neatbilstību, nebija pienākums veikt izmaksas no atlikuma, kas nav izlietots samaksai par ģimenes ārstu kontrolētajiem speciālistu sniegtajiem veselības aprūpes pakalpojumiem.

[4.9] Tiesa secināja, 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.

Tiesa uzskatīja, ka 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.

[4.10] 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 tiesa secināja, 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.

Noteikumi Nr.1036 noteic, 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 secināja, 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.

[4.11] 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. Tādējādi, 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 secināja, ka konkrētajā gadījumā 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 (aprūpe sniegta nepilnīgi vai nekvalitatīvi).

Pamatojoties uz iepriekšminēto, tiesa secināja, ka nav pamatots Biedrības arguments, ka Noteikumu Nr.1036 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. Minētais apstiprina, ka ir nepieciešami kritēriji, pēc kuriem ir jāvērtē ģimenes ārsta darbība.

[4.12] Tiesa uzskatīja, ka Aģentūras darbinieka *A.C.* 2006.gada 21.aprīļa lēmums Nr.V-NOS/776 un 2006.gada 21.aprīļa lēmums Nr.V-NOS/775 ir uzskatāmi par aktiem līguma 4.2.2.punkta izpratnē, ar kuriem tika konstatēts, ka *M.N.* primāro veselības aprūpi nav veicis atbilstoši noteiktajiem kritērijiem (aprūpe sniegta nepilnīgi vai nekvalitatīvi).

Tiesa konstatēja, 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 2.maijā pieteicējs vērsās ar administratīvā akta apstrīdēšanas iesniegumu Aģentūrā. Tādējādi pieteicēja vēršanos pie Aģentūras ar apstrīdēšanas iesniegumu tiesa uzskatīja par Līguma 5.4.punkta izpildi attiecībā uz strīdu risināšanas kārtību pirmstiesas procesā iestādē.

[4.13] Tiesa secināja, ka lietā ir strīds, vai atbildētāja ir pamatoti noteikusi kritērijus un to rādītājus (skaitlisko līmeni), 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 konstatēja, ka saskaņā ar Ieteikumiem ir noteikti divi kritēriji, kuri ir jāsasniedz (jāpārsniedz) ģimenes ārsta darbības rādītājiem, lai veiktu speciālistu sniegto veselības aprūpes pakalpojumu (ar ģimenes ārsta nosūtījumu) līdzekļu atlikuma (virs 30%) izmaksāšanu ģimenes ārstam.

Ieteikumos noteiktie kritēriji, lai novērtētu ģimenes ārsta darbību, sniedzot primārās veselības aprūpes pakalpojumu attiecībā uz kontrolēto speciālistu pakalpojumu izmantošanu, tiesas vērtējumā ir izvēlēti tādi, kas savā būtībā korelē ar izvērtējamo objektu (speciālistu pakalpojumu izmantošanu).

Tiesa secināja, 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 secināja, ka Aģentūra ir izvēlējusies kritērijus, kuru pamatā ir ģimenes ārsta darbības kvantitatīvais (skaitliskais) vērtējums.

[4.14] Tiesas vērtējumā Aģentūras izvēlētie kritēriji (kvantitatīvie) ir pamatoti, balstoties uz zemāk minētajiem apsvērumiem.

Tiesa secināja, 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 norāda 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.

Tiesa uzskatīja, ka pie šādiem apstākļiem abi šie kritēriji liecina par ģimenes ārsta darbības rādītājiem (atbilstību noteiktajiem kritērijiem) kopumā un dod iespēju Aģentūrai izvērtēt ģimenes ārsta darbības rādītājus, lemjot par speciālistu pakalpojumu izmantošanas līdzekļu atlikuma sadalīšanu.

Pie tam, konstatējot neatbilstību kaut vienam no izvēlētajiem kritērijiem, ir secināms, ka ģimenes ārsta darbība 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 kontrolēto 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. Tādējādi 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 tiesa vērtēja, ka 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 tiesa secināja, 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. Tādējādi liels ģimenes ārsta veikto manipulāciju skaits liecina par ģimenes ārsta aktīvu (kvalitatīvu) darbu, bet mazs šo manipulāciju skaits norāda uz ģimenes ārsta nepilnīgi sniegtu pacientu veselības aprūpi.

[4.15] Tiesa uzskatīja, ka konkrēti šajā situācijā Aģentūra pamatoti ir izvēlējusies 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.

Pamatojoties uz iepriekšminēto, tiesa secināja, ka nav pamatots Biedrības precizētais pieteikums (pieteikuma lūguma daļas 2.punkts), saskaņā ar kuru Biedrība lūdz, lai tiesa uzliek par pienākumu Aģentūras ārstam ekspertam pieņemt lēmumus par pieteicēja kā ģimenes ārsta kontrolēto speciālistu pakalpojumu samaksa līdzekļu atlikuma izmaksu, jo minētais precizētais prasījums tiesas ieskatā norāda, ka Biedrība vēlas, lai izmaksa tiktu noteikta, neveicot ģimenes ārsta darbības vērtēšanu atbilstoši noteiktajiem kritērijiem.

[4.16] Tiesa konstatēja, 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 secināja, ka šādu aprēķinu metodi Aģentūra ir izmantojusi, 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.

Noteikumu Nr.1036 7. un 8.punkts noteic 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).

[4.17] Tiesa secināja, ka Aģentūra Ieteikumos ir noteikusi atšķirīgu zemākās pieļaujamības robežas vērtību, nekā to ir noteicis Ministru kabinets. Tiesa šādu Ieteikumos ietverto zemākās pieļaujamības robežas vērtību atzina par neatbilstošu ārējam normatīvam aktam – Noteikumiem Nr.1036. Tiesa secināja, ka atbildētājai 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. Tāpēc 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.

Tiesa norādīja, ka iestāde nav tiesīga noteikt savādāku matemātiskā lieluma robežu, nekā tas ir noteikts ārējā normatīvajā aktā, un kurā tiek lietoti 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. Tādējādi iestādei vairs netiek dota rīcības brīvība noteikt atšķirīgu vērtēšanas rādītāju matemātisko robežu, kas samazina attiecīgam kritērijam atbilstošo personu loku.

[4.18] Tiesa uzskatīja, ka šāda nepamatota aprēķinu metodes izvēle ir novedusi pie tiesību normām neatbilstošas publisko tiesību līguma izpildes, jo Aģentūra nepareizi ir novērtējusi ģimenes ārsta sniegto pakalpojumu darbības kvalitāti par ģimenes ārsta kontrolēto speciālistu pakalpojumu līdzekļu izlietojumu. Konkrēti, atbildētājas veiktie aprēķini darbības novērtējumā ir pretrunā tiesību normu prasībām – Noteikumu Nr.1036 norādītajiem ģimenes ārsta darbības izvērtēšanas matemātiskajiem (kvantitatīvajiem) rādītājiem.

Atbildētājai, 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 tās 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).

[4.19] 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. Tiesa atzina, ka, 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.

[4.20] Tiesa konstatēja, ka saskaņā ar Latvijas Ārstu biedrības sniegto informāciju 2008.gada 17.marta vēstulē Nr.01.07.1-93a *A.C.* nav ārsta – eksperta sertifikāta. Tiesa uzskatīja, ka iepriekš minētais apstāklis ir vērtējams kā procesuāls pārkāpums, bet nav būtisks, jo, pamatojoties uz tiesas secināto, ģimenes ārstu novērtēšanas kritēriji balstīti uz kvantitatīvajiem rādītajiem, kuru noteikšanai nav nepieciešamas ārsta – eksperta zināšanas.

[5] Par Administratīvās rajona tiesas 2008.gada 7.maija spriedumu Aģentūra iesniedza apelācijas sūdzību, kas pamatota ar turpmāk norādītajiem argumentiem.

[5.1] Noteikumu Nr.1036 11.pielikuma „Ģimenes ārsta mēneša darbības mainīgais maksājums" 9.punkts noteic, 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.

Ģimenes ārsta darbības par speciālistu pakalpojumu apmaksas līdzekļu izmantošanu izvērtēšanai Noteikumos Nr.1036 nav noteikti kritēriji. To atzina arī tiesa. Normatīvie akti dod Aģentūrai rīcības brīvību vērtēšanā un jautājuma izlemšanā par ģimenes ārsta kontrolēto speciālistu pakalpojumu apmaksas līdzekļu atlikuma izmaksu (jāskata kopsakarībā Noteikumu Nr.1036 57.6., 58.7. un 11.pielikuma 9.punkts), un līdz ar to Aģentūras ārsts eksperts bija tiesīgs lēmumu par līdzekļu izmaksu pieņemt, ņemot vērā rīcības brīvības ietvaros izstrādātus kritērijus un lietderības apsvērumus.

[5.2] Spriedumā ietvertais secinājums, ka publisko tiesību līgums ir izpildīts nepareizi, ir balstīts vienīgi uz apsvērumu par to, ka tiesas ieskatā Aģentūrai nebija pamata noteikt lielāku ģimenes ārstu darbības atbilstības rādītāju (robežvērtību) nekā tas ir noteikts Noteikumu Nr.1036 11.pielikuma 8.punktā.

Aģentūra uzskata, ka konkrētajā gadījumā pastāv būtiska atšķirība starp Noteikumu Nr.1036 11.pielikuma 8.punktā ietverto ģimenes ārsta veikto apmeklējumu skaita mēnesī uz 100 reģistrētiem pacientiem izvērtēšanas mērķi un Noteikumu Nr.1036 11.pielikuma 9.punktā ietverto ģimenes ārsta darbības izvērtēšanu. Tiesa nav ņēmusi vērā, ka ģimenes ārsta kapitācijas nauda, tajā skaitā, mēneša darbības mainīgais maksājums un ģimenes ārsta kontrolētie sekundārās ambulatorās veselības aprūpes līdzekļi ir dažādi finansējumi, kuru izlietojuma mērķis ir pilnīgi atšķirīgs.

Noteikumu Nr.1036 11.nodaļā „Primārās veselības aprūpes finansēšana" 57.1.punktā maksājums ģimenes ārstam par viņa pacientu sarakstā reģistrēto pacientu aprūpi (kapitācijas nauda), kuru atbilstoši

Noteikumu Nr.1036 59.punktam sadala pamatmaksājumā un ģimenes ārsta darbības novērtējuma mainīgajā maksājumā (mēneša un gada), ir primārās veselības aprūpes finansēšanas līdzekļi. Noteikumu Nr.1036 11.pielikuma 8.punktā ietvertās ģimenes ārsta mēneša darbības analīzes mērķis ir izvērtēt ģimenes ārsta darbības ikmēneša aktivitāti, lai izlemtu jautājumu par mainīgā maksājuma piešķiršanu ģimenes ārstam. Tādējādi minētā izvērtējuma mērķis ir lemt par primārās veselības aprūpes līdzekļu izmaksu, kuri jau sākotnēji ir bijuši paredzēti samaksai par ģimenes ārsta darbu un ģimenes ārstam ir izmaksājami, ievērojot Noteikumu Nr.1036 11.pielikuma 8.punktā noteikto zemāko robežvērtību 0,75M minētā kritērija izvērtēšanai.

Savukārt ģimenes ārsta kontrolētie speciālistu pakalpojumu samaksas līdzekļi tiek aprēķināti saskaņā ar Noteikumu Nr.1036 V nodaļas „Sekundārās un terciārās veselības aprūpes finansēšana" 82.punktu un ir uzskatāmi par sekundārās ambulatorās veselības aprūpes apmaksas līdzekļiem. Aģentūra uzskata, ka minēto līdzekļu faktiskajam izlietojumam ir jāatbilst līdzekļu plānošanas mērķim – ar tiem tiek apmaksāti speciālistu sniegtie sekundārie veselības aprūpes pakalpojumi. Noteikumu Nr.1036 11.pielikuma 9.punktā ietvertās ģimenes ārsta ceturkšņa darbības analīzes mērķis ir veikt ģimenes ārsta ceturkšņa darbības izvērtējumu par speciālistu pakalpojumu izmantošanu, lai izlemtu jautājumu par speciālistu apmaksai paredzēto līdzekļu atlikuma piešķiršanu ģimenes ārstam. Līdz ar to minētā izvērtējuma mērķis ir lemt par sekundārās veselības aprūpes līdzekļu izmaksu.

[5.3] Ģimenes ārsta funkcija ir iespējami racionāli lietot speciālistu pakalpojumu apmaksas līdzekļus – nosūtīt pacientu, kam nepieciešami izmeklējumi vai konsultācijas, izvērtējot pašu pacientu iespējas un vēlmes un ierobežojot pakalpojumu saņemšanu, kas nav medicīniski pamatoti. Par šo darbu – sekundārās ambulatorās veselības aprūpes līdzekļu izlietojuma vadību ir paredzēta samaksa – līdz 75% no atlikuma, ja tas ir robežās no 0 – 30% (Noteikumu Nr.1036 58.7.punkts). Ja atlikums ir lielāks kā 30%, tiek pieņemts, ka ģimenes ārsts nav pielicis adekvātas pūles, lai šo darbu atalgotu, izņemot gadījumus, kad ģimenes ārsts atbilst Aģentūras noteiktiem kritērijiem, kas raksturo ģimenes ārsta darbības augstu intensitāti. Nesamaksājot ģimenes ārstam kapitācijas naudu (mēneša darbības mainīgo maksājumu), ģimenes ārsts tiek nosacīti „sodīts", bet, neizmaksājot speciālistu pakalpojumu apmaksas līdzekļu atlikumu, ģimenes ārsts nesaņem „prēmiju" par kontrolē nodoto sekundārās ambulatorās veselības aprūpes līdzekļu administrēšanu.

Tādējādi, lai gan Noteikumu Nr.1036 11.pielikumā ietvertais kritērijs „ģimenes ārsta veikto apmeklējumu skaits mēnesī uz 100 reģistrētiem pacientiem" var tikt piemērots, veicot Noteikumu Nr.1036 11.pielikuma 9.punktā norādīto ģimenes ārsta darbības analīzi speciālistu pakalpojumu izmantošanā, ar Noteikumu Nr.1036 11.pielikuma 9.punktā paredzēto ģimenes ārsta darbības analīzi ir nesaraujami saistīti papildus būtiski

apstākļi, kas liedz Noteikumu Nr.1036 11.pielikuma 8.punktā ietvertā kritērija „ģimenes ārsta veikto apmeklējumu skaits" izvērtēšanai paredzēto robežvērtību 0,75M attiecināt arī uz Noteikumu Nr.1036 11.pielikuma 9.punktā paredzēto ģimenes ārsta darbības analīzi.

Kritērija – ģimenes ārsta veikto apmeklējumu skaits mēnesī uz 100 reģistrētajiem pacientiem – izmantošanai ģimenes ārsta mainīgā maksājuma un speciālistu pakalpojumu apmaksas līdzekļu izmantošanas izvērtēšanai ir atšķirīgs mērķis un tādēļ Aģentūra uzskata, ka vienādas (0,75M) zemākās pieļaujamības robežas noteikšana mediānai visos gadījumos nav pieļaujama un līdz ar to tiesai nebija pamata uzlikt Aģentūrai pienākumu izmantot vienādus kritērijus (mediānas robežu) jeb vienādi vērtēt ģimenes ārsta darbību.

[5.4] Spriedumā ietvertais secinājums, ka Aģentūrai bija jāpiemēro robežvērtība 0,75M, ir pretrunīgs un neatbilst spriedumā ietvertajiem apsvērumiem par ģimenes ārstu vidējai noslodzei atbilstošu veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu kā priekšnosacījumu speciālistu pakalpojumu apmaksas līdzekļu atlikuma izmaksai ģimenes ārstam.

Tiesas spriedumā noteiktā kritēriju robežvērtības samazināšana no 1,25M līdz 0,75M nozīmē, ka sekundārās ambulatorās veselības aprūpes līdzekļu atlikumu varēs saņemt ģimenes ārsti, kuru darbība ir bijusi mazāk intensīva nekā citiem ģimenes ārstiem (tajā skaitā ģimenes ārsti, kuriem darbības intensitāte ir zemāka pat par vidējo) un lielāko līdzekļu atlikumu saņems nevis tie, kas pacientus aprūpējuši visintensīvāk un kuru darbība pacientu aprūpē bijusi kvalitatīvākā, bet gan tie, kuru darbība bijusi salīdzinoši mazāk intensīva, un kuri, iespējams, mākslīgi ietaupījuši speciālistu pakalpojumu apmaksai paredzētos līdzekļus, nesūtot pacientus uz tiem nepieciešamajiem speciālistu izmeklējumiem un konsultācijām. Līdz ar to Aģentūra uzskata, ka robežvērtības 0,75M piemērošana ir netaisnīga attiecībā pret tiem ģimenes ārstiem, kuri aprūpējuši lielāku pacientu skaitu un vairāk izlietojuši speciālistu pakalpojumu apmaksas līdzekļus.

Lai gan kritērijs „ģimenes ārsta veikto apmeklējumu skaits mēnesī uz 100 pacientiem" formāli atbilst Noteikumu Nr.1036 11.pielikuma 8.punktā norādītajam formulējumam, mediānas 0,75M piemērošana attiecībā uz Noteikumu Nr.1036 11.pielikuma 9.punktā norādīto ģimenes ārsta darbības izvērtējumu nozīmētu, ka netiek ņemti vērā konkrētā gadījuma nozīmīgie apstākļi, proti, ka ģimenes ārsta kontrolēto speciālistu pakalpojumu samaksas līdzekļu izmaksa ģimenes ārstam ir pamatota vienīgi gadījumā, ja ģimenes ārsts ir strādājis intensīvāk nekā vidēji citi ģimenes ārsti. Tikai tad, ja ģimenes ārsts ir strādājis ar augstu intensitāti, var secināt, ka speciālistu pakalpojumu samaksas līdzekļu ietaupījums ir radies ģimenes ārsta īpaši intensīvas darbības rezultātā.

Ja Aģentūra piemērotu robežvērtību 0,75M, kas ļautu ģimenes ārstam, pat strādājot ar ievērojami mazāku intensitāti nekā vidēji citiem ģimenes ārstiem, saņemt speciālistu pakalpojumu samaksai paredzētos

līdzekļus, tiktu radīta sistēma, kas veicinātu pacientu nenosūtīšanu pie speciālista arī nepieciešamības gadījumā, jo ģimenes ārstam šādi rastos iespēja, pat nepalielinot darba intensitāti, bet vienīgi nesūtot pacientus pie speciālista, ietaupīt līdzekļus, lai saņemtu līdzekļu atlikumu.

Līdz ar to robežvērtības 0,75M piemērošana radītu rezultātu, kas būtu pretrunā ar speciālistu pakalpojumu samaksas sistēmas mērķi – nodrošināt, ka pacients pamatotas nepieciešamības gadījumā var saņemt speciālista sniegtos veselības aprūpes pakalpojumus, un šādas ģimenes ārstu darbības izvērtēšanas kārtības piemērošana radītu neadekvātas un taisnīguma principam neatbilstošas sekas.

[5.5] No Noteikumu Nr.1036 11.pielikuma 9.punkta secināms, ka Aģentūrai ir rīcības brīvība lemt par ģimenes ārsta darbības analīzes par speciālistu pakalpojumu izmantošanu izvērtēšanas kritērijiem. Minētā rīcības brīvība ir piešķirta ar mērķi nodrošināt, ka, izlemjot jautājumu par ģimenes ārsta kontrolēto speciālistu pakalpojumu samaksas līdzekļu atlikuma izmaksu, tiktu sasniegts piemērotākais un atbilstošākais risinājums.

Spriedumā norādīto robežvērtību 0,75M kritērija „ģimenes ārsta veikto apmeklējumu skaits" izvērtēšanai varētu piemērot vienīgi tad, ja Noteikumu Nr. 1036 11.pielikuma 9.punkts paredzētu Aģentūras obligātu pienākumu piemērot kritēriju „ģimenes ārsta veikto apmeklējumu skaits" un izvērtēt ģimenes ārsta veikto apmeklējumu skaitu. Tā kā Noteikumu Nr.1036 11.pielikuma 9.punktā nav ietverts Aģentūras pienākums piemērot minēto kritēriju, Aģentūrai nav obligāta pienākuma piemērot arī robežvērtību 0,75M.

Ievērojot iepriekš minēto, secināms, ka Aģentūra ir ievērojusi administratīvo aktu izdošanas procesuālos nosacījumus, līdz ar to Aģentūra Noteikumu Nr.1036 11.pielikuma 9.punktā ietverto rīcības brīvību ir izmantojusi pareizi. Tādējādi spriedumā ietvertais secinājums, ka Aģentūrai nebija tiesību noteikt kritēriju „manipulāciju apjoms" un „ģimenes ārsta veikto apmeklējumu skaits" izvērtēšanai piemērojamo robežvērtību 1,25M, ir pretrunā ar noteikumu Nr.1036 11.pielikuma 9.punktu. Līdz ar to spriedums ir atzīstams par prettiesisku.

[5.6] Noteikumu Nr.1036 58.3.apakšpunkts paredz, ka ģimenes ārstu mēneša ieņēmumus par pacientu aprūpi cita starpā veido samaksa par ģimenes ārsta veiktajām manipulācijām (saskaņā ar šo noteikumu 9.pielikumu) 4-7% apmērā no šo noteikumu 56.punktā minētajiem veselības aprūpes finansēšanas līdzekļiem. Tādējādi Noteikumi Nr.1036 neparedz zemāko pieļaujamo robežvērtību ģimenes ārsta veikto manipulāciju skaitam, un par veiktajām manipulācijām visiem ģimenes ārstiem tiek samaksāts pilnā apmērā. Tādējādi secināms, ka tā kā Noteikumi Nr.1036 neparedz mediānas pielietošanu attiecībā uz ģimenes ārsta veikto manipulāciju apjoma novērtēšanu un tādējādi likumdevējs nav noteicis arī mediānas zemākās pieļaujamības robežu, Aģentūrai bija rīcības brīvība, izvērtējot ģimenes ārsta darbības intensitāti speciālistu samaksas

līdzekļu izlietošanā, attiecībā uz kritēriju „manipulāciju skaits" noteikt robežvērtību 1,25M. Līdz ar to spriedumā ietvertais apsvērums, ka Aģentūrai nav rīcības brīvības noteikt atšķirīgu kritērija „manipulāciju skaits" vērtēšanas rādītāja matemātisko robežu nekā to ir noteicis Ministru kabinets, ir nepamatots, un spriedums atzīstams par prettiesisku.

[5.7] Augstākas robežvērtības 1,25M piemērošana attiecībā uz ģimenes ārsta darbības izvērtēšanu par speciālistu pakalpojumu izmantošanu var tikt pamatota arī ar leģitīmu mērķi. Konkrētajā gadījumā, nosakot augstāku robežvērtību, tiek sasniegts nozīmīgs sabiedrības labums, jo veselības aprūpes finansējumu, kura piešķiršanas mērķis jau sākotnēji ir bijis speciālistu sniegto veselības aprūpes pakalpojumu apmaksa, ir iespējams izlietot pacientu ārstēšanai. Tādējādi tiek nodrošināta pacientu tiesību uz speciālistu sniegto veselības aprūpes pakalpojumu saņemšanu īstenošana.

Aģentūra, attiecībā uz ģimenes ārsta darbības analīzes speciālistu pakalpojumu izmantošanā izvērtēšanu nosakot augstāku robežvērtību 1,25M, ir ievērojusi samērīguma principu, jo speciālistu samaksai paredzēto finanšu līdzekļu novirzīšana indivīdu pamattiesību īstenošanai – pacientiem nepieciešamo veselības aprūpes pakalpojumu nodrošināšanai, ir nozīmīgs sabiedrības labums APL 13.panta izpratnē, ar kuru var tikt pamatota arī ģimenes ārstu tiesisko interešu uz minēto līdzekļu atlikuma saņemšanu ierobežošana gadījumos, kad ģimenes ārsti ir strādājuši ar zemāku intensitāti nekā vidēji citiem ģimenes ārstiem.

[6] Biedrība iesniedza Administratīvajai apgabaltiesai paskaidrojumu par apelācijas sūdzību, kurā norādīja, ka piekrīt spriedumā noteiktajai ģimenes ārsta darbības atbilstības rādītāju zemākās pieļaujamības robežai – 0,75M apmērā un tiesas apsvērumiem šādas mediānas robežvērtības noteikšanai.

Ja Aģentūra izvēlējās vērtēt ģimenes ārsta darbību speciālistu pakalpojumu apmaksas līdzekļu izmantošanā pēc aktivitātes kritērija un pamatoja savu lēmumu ar analoģiju ar Noteikumu Nr.1036 11.pielikuma 8.punktu, tad Aģentūrai bija jāpiemēro arī šajā normā noteiktā ģimenes ārsta darbības aktivitātes atbilstības zemākā pieļaujamības robeža 0,75M.

Ģimenes ārsta kontrolēto speciālistu pakalpojumu samaksas līdzekļu atlikums saskaņā ar Noteikumu Nr.1036 58.7.punktu ir viens no ģimenes ārsta ieņēmumu avotiem, savukārt šo līdzekļu pārtēriņa gadījumā saskaņā ar Noteikumu Nr.1036 83.punktu Aģentūra var ieturēt līdz 20% no ģimenes ārsta kapitācijas naudas. Tāpēc Aģentūras argumentu par šo līdzekļu piederību primārās vai sekundārās veselības aprūpes līdzekļiem nevar uzskatīt par būtisku papildus apstākli, kas liedz Noteikumu Nr.1036 11.pielikuma 8.punktā ietvertā kritērija „ģimenes ārsta veikto apmeklējumu skaits" izvērtēšanai paredzēto robežvērtību 0,75M attiecināt arī uz noteikumu Nr.1036 11.pielikuma 9.punktā paredzēto ģimenes ārsta darbības analīzi.

[7] Tiesas sēdē Aģentūras pārstāvji apelācijas sūdzību uzturēja. Pieteicējs un Biedrības pārstāvji apelācijas sūdzību neatzina.

Motīvu daļa

[8] Noklausījusies administratīvā procesa dalībnieku paskaidrojumus, pārbaudījusi lietas materiālus un izvērtējusi lietā esošos pierādījumus to kopsakarā, Administratīvā apgabaltiesa atzīst, ka Aģentūras apelācijas sūdzība ir pamatota un Biedrības pieteikums ir noraidāms.

[9] Pārbaudot pirmās instances tiesas spriedumā ietverto argumentāciju attiecībā uz pieteikuma priekšmetu, apgabaltiesa atzīst, ka pirmās instances tiesa pareizi secinājusi, ka pieteikuma priekšmets šajā lietā ir publisko tiesību līguma izpildes pareizības pārbaude atbilstoši APL 184.panta 4.punktam, līdz ar to apgabaltiesa saskaņā ar APL 307.panta ceturto daļu pievienojas pirmās instances tiesas sprieduma motivācijai šajā daļā un APL 251.panta piektajā daļā norādītos apsvērumus atkārtoti nenorāda.

Ievērojot minēto, apgabaltiesai šajā lietā ir jāpārbauda, vai Aģentūra, atsakot *M.N.* 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 *M.N.* ģimenes ārsta praksi un Aģentūru 2005.gada 1.aprīlī noslēgto Līgumu (*lietas 119.-131.lapa*).

[10] Atbilstoši Līguma 3.pielikuma 1.punktam Aģentūra apmaksā sniegtos veselības aprūpes pakalpojumus saskaņā ar normatīvajos aktos noteikto kārtību. Veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtību nosaka Noteikumi Nr.1036.

[10.1] 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. Atbilstoši Noteikumu 57.1.punktam 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.

No minētajām tiesību normām ir secināms, ka ģimenes ārsta ienākumi tiek iedalīti divu veidu maksājumos – pamatmaksājumā, kas ir relatīvi nemainīgs un ir atkarīgs no pie ģimenes ārsta reģistrēto pacientu skaita un mainīgā maksājuma, kas mainās atkarībā no ģimenes ārsta darbības novērtējuma.

[10.2] Saskaņā ar Noteikumu Nr.1036 61.punktu ģimenes ārsta mēneša darbības novērtējuma mainīgo maksājumu 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.

Saskaņā ar Līguma 3.pielikuma 2.11.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.

[10.3] Atbilstoši Noteikumu Nr.1036 58.7.punktam 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.

Minētās 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). 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.

[10.4] 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. Tādējādi Noteikumi Nr.1036 nosaka robežu, kuru pārsniedzot, ir jāveic ģimenes ārsta darbības par speciālistu pakalpojumu izmantošanu izvērtējums, lai secinātu, ka ģimenes ārstam ir tiesības saņemt līdzekļu izmaksu.

Lietā nav strīda, ka pieteicēja kontrolēto speciālistu pakalpojumu samaksas līdzekļu ceturkšņa atlikums 2005.gada 3.ceturksnī un 4.ceturksnī pārsniedza 30% robežu, līdz ar to, lai pieteicējam tiktu veikta līdzekļu izmaksa par speciālistu sniegtajiem veselības aprūpes pakalpojumiem (ar ģimenes ārsta nosūtījumu), Aģentūrai bija jāveic pieteicēja kā ģimenes ārsta ceturkšņa darbības analīze par speciālistu pakalpojumu izmantošanu un jāpieņem lēmums.

[11] Atbilstoši Noteikumu Nr.1036 61.punktam ģimenes ārsta mēneša darbības novērtējuma mainīgo maksājumu aģentūras teritoriālās nodaļas aprēķina atbilstoši šo noteikumu 11.pielikumam, kurā noteikta kārtībā, kādā tiek novērtēta gan ģimenes ārsta prakses darbība, gan saskaņā ar 9.punktu veikta ģimenes ārsta ceturkšņa darbības analīze par speciālistu pakalpojumu izmantošanu, ja ģimenes ārsta kontrolēto speciālistu pakalpojumu samaksas līdzekļu ceturkšņa atlikums pārsniedz 30% no ceturksnī aprēķinātās summas.

[11.1] Apgabaltiesa secina, ka Noteikumos Nr.1036 nav noteikti kritēriji, kas ir jāizvērtē, veicot ģimenes ārsta ceturkšņa darbības analīzi par speciālistu pakalpojumu izmantošanu.

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.

[11.2] Apgabaltiesa konstatē, ka pārsūdzētā lēmuma pieņemšanas brīdī spēkā bija Ieteikumi. Šie Ieteikumi ir iekšējs normatīvais akts atbilstoši Valsts pārvaldes iekārtas likuma 73.panta pirmās daļas 4.punktam un izdoti saskaņā ar Valsts pārvaldes iekārtas likuma 72.panta pirmās daļas 2.punktu, lai noteiktu, kas jāņem vērā, veicot ģimenes ārsta ceturkšņa darbības analīzi par speciālistu pakalpojumu izmantošanu un līdzekļu atlikuma izmaksu saskaņā ar Noteikumu Nr.1036 58.7.punktu un 11.pielikuma 9.punktu.

No publisko tiesību līguma, tāpat kā no civiltiesiska darījuma izrietošās sekas ir saistošas līguma dalībniekiem (līguma slēdzējiem). Tā kā starp pieteicēju un atbildētāju noslēgtajā publisko tiesību līgumā cita starpā noteikta sniegto pakalpojumu apmaksa, tad pieteicējam ir saistoši arī iekšējie normatīvie akti, kas regulē šo jautājumu, tātad arī Ieteikumi. Tas, ka Noteikumu Nr.1036 11.pielikuma 9.punkta tiesību normu piemērotāji ir Aģentūras ekspertīzes ārsti, nenozīmē, ka Ieteikumi nav saistoši citām Aģentūras padotām personām, tai skaitā ģimenes ārstiem, kuri noslēguši publisko tiesību līgumus.

Apgabaltiesa uzskata, ka pārsūdzētā lēmuma pieņemšanai Aģentūra kā augstāka iestāde bija tiesīga izmantot Ieteikumus, lai, piemērojot tiesību normu, izlemtu jautājumu par ģimenes ārsta darbības analīzi par speciālistu pakalpojumu izmantošanu un piešķirto līdzekļu atlikuma izmaksu.

[11.3] Apgabaltiesa piekrīt Aģentūras argumentam, ka Aģentūrai ir dota rīcības brīvība ģimenes ārsta darbības analīzē par speciālistu pakalpojumu izmantošanu. Tas izriet no Noteikumu Nr.1036 11.pielikuma 9.punkta. Ņemot vērā, ka šī tiesību norma nenosaka, kādi apstākļi darbības analīzes gaitā ir jāizvērtē un pēc kādiem principiem un kādā formā tas ir jādara, secināms, ka atbildētājai ir dota rīcības brīvība noteikt ģimenes ārsta darbības analīzes gaitā izvērtējamos apstākļus (faktus, datus, ziņas), kā arī to izvērtēšanas principus. Aģentūra vērtēšanas kritērijus ir noteikusi Ieteikumos.

Ņemot vērā minēto, apgabaltiesa kā nepamatotu noraida Biedrības argumentu, ka tā kā darbības analīzes kritēriji nav ietverti kādā ārējā normatīvā aktā, tad tos par piemērojamiem varētu atzīt tikai tad, ja tos par objektīviem un piemērojamiem atzītu administratīvā akta adresāts, konkrētajā gadījumā pieteicējs. APL administratīvajā procesā neparedz piemērot tikai tādus lietderības apsvērumus (kritērijus), kurus par pamatotiem atzīst administratīvā akta adresāts.

Apgabaltiesa uzskata, ka pārsūdzētā lēmuma pieņemšanai Aģentūra kā augstāka iestāde bija tiesīga izmantot Ieteikumus, lai, piemērojot tiesību normu, izlemtu jautājumu par ģimenes ārsta darbības analīzi par speciālistu pakalpojumu izmantošanu un piešķirto līdzekļu atlikuma izmaksu.

[11.4] Tāpat apgabaltiesa nevar piekrist Biedrības argumentam, ka, nevērtējot katra ģimenes ārsta pacienta slimības vēsturi un norīkojumu pie speciālista pamatotību, tas nesniedz priekšstatu par iemesliem, kuru dēļ atlikums izveidojies, un ka šie kritēriji raksturo tikai ģimenes ārsta darbības intensitāti savu pacientu aprūpē.

Apgabaltiesas ieskatā, piemērojot Ieteikumus un analizējot visu ģimenes ārstu darbību pēc vienotiem kritērijiem, tiek nodrošināta vienlīdzības un taisnīguma principu ievērošana, ka pie līdzīgiem faktiskajiem un tiesiskajiem apstākļiem tiesiskās sekas ir vienādas.

[12] Ieteikumu II sadaļā ir noteikta kārtība, kā aprēķina ģimenes ārstam izmaksājamo līdzekļu apjomu un ģimenes ārsta darbības analīzes vērtēšanas kritēriji.

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: 1) apmeklējuma kritēriju; 2) manipulāciju apjoma kritēriju.

Saskaņā ar 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 (noteiktajiem kritērijiem (ģimenes ārsta darbības rādītāji pēc apmeklējuma kritērija vai manipulāciju apjoma kritērija ir zemāki par 1,25M).

Tādejādi Ieteikumos ir noteikti divi kumulatīvi kritēriji, kas jākonstatē, lai ģimenes ārstam rastos tiesības uz līdzekļu izmaksu par kontrolētajiem speciālistu sniegtajiem veselības aprūpes pakalpojumiem.

Pie šādiem apstākļiem Aģentūrai, konstatējot kaut viena kritērija neatbilstību, nebija pienākums veikt izmaksas no atlikuma, kas nav izlietots samaksai par ģimenes ārstu kontrolētajiem speciālistu sniegtajiem veselības aprūpes pakalpojumiem.

[13] Kā jau apgabaltiesa iepriekš secināja [9], lietā ir strīds par to, vai Aģentūra pamatoti atteikusi izmaksāt pieteicējam atlikumu no piešķirtajiem līdzekļiem, kas nav izlietoti samaksai par speciālistu sniegtajiem veselības aprūpes pakalpojumiem (ar ģimenes ārsta nosūtījumu).

Tādējādi apgabaltiesa secina, ka lietā nav strīda par to, ka Aģentūra pieteicējam nebūtu izmaksājusi atlīdzību par sniegtajiem primārās veselības aprūpes pakalpojumiem, tai skaitā, par veiktajām manipulācijām.

No augstāk minētā, procesa dalībnieku tiesas sēdē sniegtajiem paskaidrojumiem un lietā esošajiem materiāliem tiesa konstatē, ka lietā ir izvērtējams, pie kādiem līdzekļiem pieskaitāmi Noteikumu Nr.1036 58.7.punktā minētie līdzekļi, kas paredzēti samaksai par speciālistu sniegtajiem veselības aprūpes pakalpojumiem (ar ģimenes ārsta nosūtījumu).

[14] Saskaņā ar Noteikumu Nr.1036 2.punktu veselības aprūpes iedalījums cita starpā ir primārā un sekundārā.

Noteikumu Nr.1036 56.punkts noteic, ka primārās veselības aprūpes finansēšanai plāno ne mazāk kā 20% no valsts budžeta līdzekļiem, kas paredzēti samaksai par veselības aprūpes pakalpojumiem (..) Atbilstoši šo noteikumu 57.punktam 56.punktā minētos valsts budžeta līdzekļus aģentūras teritoriālās nodaļas plāno novirzīt samaksai par ģimenes ārstu sniegtajiem veselības aprūpes pakalpojumiem (57.1.apakšpunkts); māsas un ārsta palīga darbu (57.2.apakšpunkts); (..) un speciālistu sniegtajiem veselības aprūpes pakalpojumiem (ar ģimenes ārstu nosūtījumu) (57.6.apakšpunkts).

Savukārt Noteikumu Nr.1036 82.1.apakšpuntā paredzēts, ka līdzekļus samaksai par sekundārās un terciārās veselības aprūpes pakalpojumiem aģentūra plāno atbilstoši šo noteikumu 55.punktā noteiktajām teritorijām samaksai par speciālistu sniegtajiem ģimenes ārstu kontrolētajiem (ar ģimenes ārsta nosūtījumu) ambulatorajiem veselības aprūpes pakalpojumiem, kuru katram ģimenes ārstam aprēķina, izmantojot vienu no 82.1.apakšpunktā noteiktajiem maksājumiem.

Noteikumu Nr.1036 58.7.punkts noteic, ka viens no ģimenes ārstu mēneša ieņēmumiem par pacientu aprūpi ir 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).

No iepriekš citētajām tiesību normām apgabaltiesa secina, ka primārās veselības aprūpes ietvaros ieplānotie līdzekļi samaksai par speciālistu sniegtajiem veselības aprūpes pakalpojumiem (ar ģimenes ārsta nosūtījumu) ir ģimenes ārstu kontrolētie sekundārās veselības aprūpes līdzekļi, kas izlietojami samaksai par pacientiem sniegtajiem sekundārās veselības aprūpes pakalpojumiem (laboratoriskiem izmeklējumiem, speciālistu konsultācijām). Apgabaltiesas ieskatā pamatota ir Aģentūras norāde, ka šie līdzekļi ir piesaistīti pacientam, lai pacients, kam nepieciešami izmeklējumi vai konsultācijas, saņemtu sekundārās veselības aprūpes pakalpojumu ar ģimenes ārsta nosūtījumu.

[15] No Noteikumos Nr.1036 ietvertajām tiesību normām izriet, ka ģimenes ārsta ienākumi tiek iedalīti divu veidu maksājumos – pamatmaksājumā, kas ir relatīvi nemainīgs un ir atkarīgs no pie ģimenes ārsta reģistrēto pacientu skaita un mainīgā maksājuma, kas mainās atkarībā no ģimenes ārsta darbības novērtējuma.

No minētā izriet, ka ģimenes ārsts, sniedzot primārās veselības aprūpes pakalpojumus, ja nepieciešams, nosūta pacientu pie speciālista sekundārās veselības aprūpes saņemšanai. Primārās un sekundārās veselības aprūpes pakalpojumi tiek apmaksāti no valsts budžeta pēc atšķirīgiem kritērijiem. Ģimenes ārsta ienākumus var sadalīt kapitācijas naudās un maksājumu mainīgajā daļā. Maksājumu mainīgo daļu aprēķina saskaņā ar Noteikumu Nr.1036 11.pielikumu. Kapitācijas naudas ir garantētie ģimenes ārstu ienākumi, savukārt, mainīgā ienākumu daļa atkarīga no nosūtījumu skaita pie speciālistiem sekundārās veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanai. Viena no ģimenes ārsta mainīgās daļas samaksas veidojas ne vairāk kā 75% apmērā no piešķirto līdzekļu atlikuma, kas nav izlietots samaksai par speciālistu sniegtajiem veselības aprūpes pakalpojumiem (ar ģimenes ārsta nosūtījumu). Šo mainīgās samaksas aprēķinu veic saskaņā ar 11.pielikuma 9.punktu. Proti, Noteikumu Nr.1036 58.7.punkts tiek piemērots kopsakarā ar 11.pielikuma 9.punktu – šāds maksājums tiek veikts pēc citiem kritērijiem, nekā pārējie mainīgās daļas aprēķini.

Konkrētajā gadījumā Aģentūra aprēķināja pieteicēja mainīgo ienākumu daļu – piešķirto līdzekļu atlikumu, kas nav izlietots samaksai par speciālistu sniegtajiem veselības aprūpes pakalpojumiem (ar ģimenes ārsta nosūtījumu), piemērojot Noteikumu Nr.1036 58.7.punktu kopsakarā ar 11.pielikuma 9.punktu, un izvērtēja pieteicēja darbību par speciālistu pakalpojumu izmantošanu, pielietojot Ieteikumos noteiktos kritērijus.

[16] Ieteikumu 7.punkts noteic, ka ārsts eksperts, veicot ģimenes ārsta darbības analīzi par speciālistu pakalpojumu izmantošanu, apmeklējuma kritēriju piemēro sekojošā veidā – Aģentūras Vadības informācijas sistēmas ambulatoro pakalpojumu apmaksas norēķinu sistēma katram ģimenes ārstam aprēķina vidējo viena mēneša apmeklējuma rādītāju uz 100 reģistrētiem pacientiem, ceturkšņa trīs mēnešu apmeklējumu skaita summu izdalot ar trīs mēnešu reģistrēto pacientu skaita summu un reizinot to ar 100. No iegūtajām vērtībām izslēdz vērtības, kuras ir vienādas ar nulli, un no pārējām vērtībām aprēķina mediānu. Aprēķināto mediānu (M) reizina ar 1,25, tādējādi iegūstot mediānas vērtību – 1,25M. Iegūto mediānas vērtību 1,25M ārsts eksperts salīdzina ar ģimenes ārsta apmeklējuma rādītāju. Ģimenes ārsta, kuru apmeklējuma rādītājs ir vienāds vai pārsniedz 1,25M, darbība ir uzskatāms par atbilstošu apmeklējuma kritērijam.

Izvērtējot pārsūdzēto lēmumu, apgabaltiesa secina, ka Aģentūra, veicot pieteicēja – ģimenes ārsta ceturkšņu (2005.gada 3.un 4.ceturksnis)

darbības analīzi par speciālistu pakalpojumu izmantošanu izvērtējumu, saskaņā ar Ieteikumu 7.punktu pamatoti atzinusi, ka pieteicējam apmeklējuma kritērijs ir neatbilstošs, jo nepārsniedz 1,25M (*lietas 62. un 67.lapa*). Tā kā abi kritēriji – apmeklējuma un manipulāciju apjoma kritēriji tiek vērtēti kopumā, un neizpildoties vienam, otrs netiek piemērots, secināms, ka pieteicēja ģimenes ārsta darbība par speciālistu pakalpojumu izmantošanu ir neatbilstoša līdzekļu atlikuma izmaksai.

[15] Pieteikumā norādīts, ka nevar piekrist kritēriju robežvērtībām skaitliskā izteiksmē, jo noteiktā 1,25M ir gandrīz neizpildāma.

[15.1] Tādējādi lietā pastāv strīds par kritēriju robežvērtībām skaitliskā izteiksmē. Biedrība norāda, ka pārsūdzētajā 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 0,75M. Savukārt pārsūdzētajā lēmumā par robežvērtību, lai atbilstu pirmajam un otrajam kritērijam, noteikta 1,25M.

Nav strīda, ka Noteikumos Nr.1036 kā zemākais pieļaujamības robeža noteikts rādītājs – 0,75M. Tomēr minētais kritērijs attiecināms tikai uz ģimenes ārstu darbības izvērtēšanu primārās veselības pakalpojumu sniegšanā.

Noteikumu Nr.1036 11.pielikuma 1-8.punkts, kuros noteikta pieļaujamības robeža – 0,75M, nosaka kārtību un kritērijus mainīgā maksājuma aprēķinam, izvērtējot ģimenes ārsta darbību, sniedzot primārās veselības aprūpes pakalpojumus, kurus finansē no primārās veselības aprūpei piešķirtajiem līdzekļiem.

Saskaņā ar šā pielikuma 7.3. un 8.3.punktu zemākā pieļaujamības robeža noteikta 0,75M, ja ģimenes ārstam aprēķinātais rādītājs ir mazāks par 0,75M, aprēķināto līdzekļu apmēru viņam neizmaksā, ja ģimenes ārstam aprēķinātais rādītājs ir 0,75M vai lielāks, aprēķināto līdzekļu apmēru viņam izmaksā pilnā apmērā.

Apgabaltiesas ieskatā pamatots ir Aģentūras viedoklis, ka zemākā pieļaujamības robeža 0,75M ir zemākā iespējamā no vidējā, un tas nozīmē, ka piemērojot šādu robežvērtību sekundārās veselības aprūpes līdzekļu atlikuma izmaksai, tiktu radīta sistēma, kas veicinātu pacientu nenosūtīšanu pie speciālistiem arī nepieciešamības gadījumā, jo ģimenes ārsts būtu ieinteresēts ietaupīt šos līdzekļus un saņemt lielāku šo līdzekļu atlikuma daļu.

[15.2] Apgabaltiesa kā nepamatotu noraida Biedrības argumentu, ka Aģentūra nav tiesīga noteikt savādāku matemātiskā lieluma robežu, nekā tas ir noteikts ārējā normatīvajā aktā. Apgabaltiesa nepiekrīt, ka Ministru kabinets ārējā normatīvā aktā ir noteicis konkrētu aprēķināšanas metodi un atbilstības robežu un ir izdarījis apsvērumus.

Apgabaltiesas ieskatā attiecībā uz ģimenes ārstu kontrolēto speciālistu pakalpojumu samaksas līdzekļu atlikuma izvērtēšanu šis kritērijs un noteiktā robežvērtība 0,75M nav pielietojama, jo pretējā gadījumā tas būtu norādīts tieši Noteikumos Nr.1036 (kā tas noteikts attiecībā uz primārās veselības pakalpojumu izvērtēšanu). Attiecībā uz ģimenes ārstu kontrolēto speciālistu pakalpojumu samaksas līdzekļu atlikuma izvērtēšanu Noteikumos Nr.1036 paredzēts, ka ārsts eksperts veic ģimenes ārsta darbības analīzi par speciālistu pakalpojumu izmantošanu. Tādējādi nav pamatots Biedrības arguments, ka Aģentūrai, lemjot par speciālistu veselības aprūpes pakalpojumu samaksas līdzekļu atlikuma izmaksas kritērijiem un robežvērtībām, kritēriju robežvērtības nedrīkstēja būt būtiski citādākas un ka iestādei vairs netiek dota rīcības brīvība noteikt atšķirīgu vērtēšanas rādītāja matemātisko robežu.

[15.3] Apgabaltiesa par loģisku un pamatotu atzīst Aģentūras norādīto attiecībā uz mediānu pielietošanu, proti, ar mediānu palīdzību vērtējamā grupa tiek sadalīta apakšgrupās, nosacīti „neapmierinošie" – līdz 0,75M, nosacīti „apmierinošie" – no 0,75M līdz 1,25M, nosacīti „labie" – virs 1,25M. Noteikumu Nr.1036 11.pielikumā ar 0,75M vērtības palīdzību atdala „neapmierinošos", kuriem attiecīgos līdzekļus neizmaksā. Vērtējot sekundārās ambulatorās veselības aprūpes līdzekļu izlietojumu, ja līdzekļu ceturkšņa atlikums pārsniedz 30% no aprēķinātā, ar rādītāju pieļaujamības līmeni 1,25M noskaidro „labos", kuriem attiecīgos līdzekļus izmaksā, bet pārējiem ar rādītājiem līdz 1,25M neizmaksā.

Šādu kritēriju paredz Ieteikumu 7.punkts, kurš noteic, kādā veidā ārsts eksperts, veicot ģimenes ārsta darbības analīzi par speciālistu pakalpojumu izmantošanu, piemēro apmeklējuma kritēriju.

Ģimenes ārsta, kuru apmeklējuma rādītājs ir vienāds vai pārsniedz 1,25M, darbība ir uzskatāma par atbilstošu apmeklējuma kritērijam.

[15.4] Apgabaltiesa piekrīt Aģentūras izvērtējumam, ka noteiktā robežvērtība 1,25M ļauj noteikt labākos ģimenes ārstus, kuri visbiežāk veikuši pacienta veselības stāvokļa izvērtējumu un lēmuši par nepieciešamību pacientam saņemt speciālista sniegtos veselības aprūpes pakalpojumus.

Gadījumā, ja ģimenes ārsta noslodze ir bijusi mazāka nekā (vidēji) citiem ģimenes ārstiem (noteiktā laika periodā aprūpēts salīdzinoši neliels pacientu skaits vai ģimenes ārsta darbība nav bijusi līdzvērtīga citu ģimenes ārstu darbībai veicot manipulācijas), šāda ārsta darbība nebūtu vērtējama kā atbilstoši sniegts veselības aprūpes pakalpojums. Atbilstoši taisnīguma principam nav pieļaujami, ka papildu samaksu saņem ģimenes ārsti, kuru darbības intensitāte ir bijusi zemāka par vidējo ģimenes ārstu darbības intensitāti. Līdz ar to konkrētajā lietā obligāts nosacījums, lai ģimenes ārsts varētu saņemt mainīgo maksājumu par ģimenes ārsta konkrētajiem speciālistu pakalpojumiem, ir ģimenes ārsta darbības intensitāte, kas ir tikpat augsta vai augstāka kā vidēji citiem ģimenes ārstiem.

[16] Pieteikumā norādīts, ka nevar piekrist kritēriju piemērošanas kārtībai bez diferenciācijas – izdot administratīvo aktu vai nu par līdzekļu atlikuma izmaksu 75% apmērā, vai par atteikumu izmaksāt 75% no atlikuma. Biedrības ieskatā no Noteikumu Nr.1036 58.7.punkta jēgas izriet, ka ir iespējami arī citi līdzekļu atlikuma izmaksas apmēri.

Apgabaltiesas ieskatā jau pašā tiesību normā (Noteikumu Nr.1036 11.pielikuma 9.punkts) ir iestrādāts pamatprincips, ka tikai tam ģimenes ārstam izmaksājama līdzekļu atlikuma daļa 75% apmērā, ja šis atlikums nepārsniedz 30% no ceturksnī aprēķinātās summas. Ja šis atlikums ir lielāks, tad veicama ģimenes ārsta darbības izvērtēšana.

Kā norāda Aģentūra, tad Ieteikumos nav paredzēta iespēja pēc zināmiem kritērijiem izmaksāt līdzekļu atlikumu daļējā apmērā, jo Noteikumu Nr.1036 jau paredz daļēju piešķirto līdzekļu atlikuma izmaksu – 75% apmērā, gadījumā, ja atlikums samaksai par speciālistu sniegtajiem pakalpojumiem veselības aprūpes pakalpojumiem nepārsniedz 30% no ceturksnī aprēķinātās summas.

Apgabaltiesa piekrīt Aģentūras argumentam, ka diferencētu izmaksu gadījumā Aģentūras pienākums būtu vadīties pēc tiem pašiem principiem, kādi ievēroti, pieņemot pārsūdzēto lēmumu. Diferencētas izmaksas nav pieļaujamas, lai Aģentūra ievērotu APL 6.pantā noteikto vienlīdzības principu. Tā kā Aģentūra savā praksē nav konstatējusi kritērijus vai principus, kurus varētu piemērot diferencētu izmaksu veikšanai, šādas izmaksas nebūtu iespējams nedz aprēķināt, nedz pamatot. Lai nodrošinātu vienlīdzības principa ievērošanu, Aģentūra bija spiesta pieņemt vienādus lēmumus visos gadījumos, kad ģimenes ārstu darbība atbilda (vai tieši pretēji – neatbilda) analīzes kritērijiem.

[17] Izvērtējot Aģentūras piemērotos kritērijus ģimenes ārstu darbības izvērtēšanā par speciālistu sniegtajiem pakalpojumiem, apgabaltiesas ieskatā ir būtiski ņemt vērā, 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 kontrolētai.

[17.1] Saskaņā ar Noteikumu Nr.1036 2.punktu veselības aprūpes iedalījums ir primārā un sekundārā.

Primārās veselības aprūpes ietvaros ieplānotie līdzekļi samaksai par speciālistu sniegtajiem veselības aprūpes pakalpojumiem (ar ģimenes ārsta nosūtījumu) ir ģimenes ārstu kontrolētie sekundārās veselības aprūpes līdzekļi, kas izlietojami samaksai par pacientiem sniegtajiem sekundārās veselības aprūpes pakalpojumiem (laboratoriskiem izmeklējumiem, speciālistu konsultācijām). Šie līdzekļi ir piesaistīti pacientam, lai pacients, kam nepieciešami izmeklējumi vai konsultācijas, saņemtu sekundārās veselības aprūpes pakalpojumu ar ģimenes ārsta nosūtījumu. Tādējādi

ģimenes ārsts pilda „vārtu vērēja" funkciju, un ģimenes ārstam atbilstoši savai kompetencei jāveic pacienta ārstēšana un pēc nepieciešamības pacients jānosūta pie speciālista. Apgabaltiesas ieskatā Aģentūra loģiski secinājusi, ka ģimenes ārstam ar lielu apmeklējumu skaitu izveidojas lielāks līdzekļu atlikums, jo nesūtot pacientu pie speciālista, palielinās apmeklējumu skaits pie ģimenes ārsta. Tādēļ var piekrist atbildētājai, ka izvēlētais kritērijs pietiekoši raksturo ģimenes ārsta darbību speciālistu pakalpojumu izmantošanā.

Kā norādījusi Aģentūra, speciālistu sniegto pakalpojumu apmaksas modeļa mērķis ir izmaksāt speciālistu sniegto veselības aprūpes pakalpojumu apmaksas līdzekļu atlikumu ģimenes ārstiem, kuri visbiežāk veikuši pacienta veselības stāvokļa izvērtējumu un lēmuši par nepieciešamību pacientam saņemt speciālista sniegtos veselības aprūpes pakalpojumus. Līdz ar to, analizējot ārsta darbības intensitāti (piem., apmeklējuma kritēriju) ir iespējams izvērtēt ģimenes ārsta darbību par speciālistu pakalpojumu izmantošanu.

[17.2] Izvērtējot piemērotos kritērijus, apgabaltiesa secina, ka kritēriji ir atbilstoši, lai novērtētu ģimenes ārsta darbību sniedzot primārās veselības aprūpes pakalpojumu attiecībā uz kontrolēto speciālistu pakalpojumu izmantošanu.

Pirmais kritērijs liecina par to, kāds ir bijis vidējais apmeklējumu skaits pie konkrētā ģimenes ārsta un norāda uz to, kāda ir bijusi konkrētā ārsta darba slodze. Savukārt ģimenes ārsta veikto manipulāciju apjoma kritērijs norāda uz to, cik lielā apmērā ģimenes ārsts pats ir spējīgs aprūpēt savus pacientus, nenosūtot tos pie speciālista.

Abi šie kritēriji liecina par ģimenes ārsta darbību kopumā un dod iespēju Aģentūrai izvērtēt ģimenes ārsta darbību par speciālistu pakalpojumu izmantošanu.

Pie tam, konstatējot neatbilstību kaut vienam no izvēlētajiem kritērijiem, ir secināms, ka ģimenes ārsta darbība neatbilst Līgumā noteiktajiem kvalitātes kritērijiem, vai arī primārā aprūpe tiek sniegta nepilnīgi, kas var būt par pamatu atteikties ārstam izmaksāt mainīgo maksājumu par ģimenes ārsta kontrolētajiem speciālistu pakalpojumiem.

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 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.

[17.3] Tāpat arī neatbilstība manipulāciju apjoma 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 darbu, bet mazs šo manipulāciju skaits norāda uz ģimenes ārsta nepilnīgi sniegtu pacientu veselības aprūpi.

Apgabaltiesas ieskatā atbildētāja pamatoti ir izvēlējusies 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.

[18] Ņemot vērā iepriekš secināto, apgabaltiesa atzīst, ka Aģentūrai rīcības brīvības ietvaros ir tiesības noteikt kritērijus ģimenes ārsta darbības vērtēšanai.

Atbildētāja Ieteikumos ir noteikusi divus kumulatīvus kritērijus, kas ir jākonstatē, lai ģimenes ārstam rastos tiesības uz līdzekļu izmaksu par kontrolētajiem speciālistu sniegtajiem veselības aprūpes pakalpojumiem. Konstatējot kaut viena kritērija neatbilstību, atbildētājai nav pienākums veikt izmaksas no atlikuma, kas nav izlietots samaksai par ģimenes ārstu kontrolētajiem speciālistu sniegtajiem veselības aprūpes pakalpojumiem.

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; ģimenes ārstam piemaksājamo manipulāciju aprēķināto līdzekļu apjoms vidēji vienā ceturkšņa mēnesī, izteikts latos uz 100 reģistrētiem pacientiem.

Saskaņā ar 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 noteiktajiem kritērijiem (ģimenes ārsta darbības rādītāji pēc apmeklējuma kritērija vai manipulāciju apjoma kritērija ir zemāki par 1,25M).

Kā jau apgabaltiesa atzina, tad šādi kritēriji ir izmantojami, lai novērtētu līdzekļu atlikuma pamatotību, jo šie līdzekļi jāuzskata par speciālistu pakalpojumu apmaksai paredzētajiem līdzekļiem.

[19] Kā norādīts iepriekš, tad ģimenes ārsta kontrolēto speciālistu pakalpojumu samaksas līdzekļu atlikums ir mainīgais maksājums, kurš var svārstīties atkarībā no ārsta darbības speciālistu pakalpojumu izmantošanā.

Pie tam Noteikumi Nr.1036 garantē, ka ģimenes ārsts noteikti saņems kontrolēto speciālistu pakalpojumu samaksas līdzekļus pie nosacījuma, ja šis atlikums nepārsniedz 30% no ceturksnī aprēķinātās summas. Tiesības saņemt kontrolēto speciālistu pakalpojumu samaksas līdzekļus 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.

Saskaņā ar Līguma 4.2.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.

Apgabaltiesas ieskatā Aģentūras ārsta eksperta *A.C.* 2006.gada 21.aprīļa lēmumi ir uzskatāmi par aktiem Līguma 4.2.punkta izpratnē, ar kuriem tika konstatēts, ka pakalpojums veikts nepilnīgi.

Tādējādi, ja Aģentūra konstatē, ka ģimenes ārsts primārās veselības aprūpes pakalpojumus ir sniedzis nepilnīgi vai nekvalitatīvi, Aģentūrai ir tiesības neapmaksāt ģimenes ārstam sniegtos veselības aprūpes pakalpojumus, konkrētajā gadījumā – mainīgo maksājumu par ģimenes ārsta kontrolēto pakalpojumu samaksu – speciālistu sniegtajiem veselības aprūpes pakalpojumiem (ar ģimenes ārsta nosūtījumu).

Ņemot vērā augstāk minēto, apgabaltiesa secina, ka Aģentūra pamatoti atteikusi pieteicējam Noteikumu Nr.1036 58.7.apakšpunktā paredzētā ienākuma izmaksu, jo viņa ģimenes ārsta prakses darbība attiecībā uz apmeklējumu intensitāti nav atbilstoša.

Līdz ar to apgabaltiesa konstatē, ka publisko tiesību līgums, kas ir noslēgts starp ģimenes ārstu *M.N.* un Aģentūru, izpildīts pareizi.

[20] Apgabaltiesa uzskata, ka pirmās instances tiesas spriedums nav tiesisks un pamatots.

Rezolutīvā daļa

Pamatojoties uz Administratīvā procesa likuma 307. un 309.pantu, Administratīvā apgabaltiesa

nosprieda:

Konstatēt, ka 2005.gada 1.aprīlī starp ģimenes ārstu *M.N.* un Valsts obligātās apdrošināšanas valsts aģentūru noslēgtais līgums Nr.0302/PM-3091/2005 ir izpildīts pareizi un biedrības „Latvijas ģimenes ārstu asociācija" pieteikumu, kas iesniegts *M.N.* interesēs, noraidīt.

Spriedumu var pārsūdzēt Augstākās tiesas Senāta Administratīvo lietu departamentā 30 dienu laikā no sprieduma sastādīšanas dienas, iesniedzot kasācijas sūdzību Administratīvajā apgabaltiesā.

Tiesas sēdes priekšsēdētāja */paraksts/* M.Osmane

Tiesneses */paraksts/* S.Gintere

/paraksts/ V.Zommere

NORAKSTS PAREIZS
Administratīvās apgabaltiesas tiesnese M.Osmane
Rīgā, 2009.gada 15.jūnijā