

2013-03-14 29-2612

Administracinė byla Nr. A⁵²⁵-747/2013
 Teismo proceso Nr. 3-61-3-01270-2011-7
 Procesinio sprendimo kategorijos 38



LIETUVOS VYRIAUSIASIS ADMINISTRACINIS TEISMAS

SPRENDIMAS LIETUVOS RESPUBLIKOS VARDU

2013 m. kovo 6 d.
 Vilnius

Lietuvos vyriausiojo administracinio teismo teisėjų kolegija, susidedanti iš teisėjų Laimučio Alechnavičiaus (pranešėjas), Anatolijaus Baranovo (kolegijos pirmininkas) ir Virginijos Volskienės,

sekretoriaujant Astai Briedienei,

dalyvaujant pareiškėjo atstovėms Astai Vilicnei ir advokatci Virginijai Pilipavičienei,

atsakovo atstovei Vilmai Srogei,

viešame teismo posėdyje apeliacine tvarka nagrinėjant administracinę bylą pagal pareiškėjo uždarnosios akcinės bendrovės „Medicinos paslaugų centras“ apeliacinį skundą dėl Vilniaus apygardos administracinio teismo 2011 m. rugsėjo 22 d. sprendimo administracine byloje pagal pareiškėjo uždarnosios akcinės bendrovės „Medicinos paslaugų centras“ skundą atsakovui Vilniaus teritorinei ligonių kasai, trečiajam suinteresuotam asmeniui Vilniaus teritorinės ligonių kasos taikinimo komisijai dėl sprendimo panaikinimo ir įpareigojimo atlikti veiksmus.

Teisėjų kolegija

n u s t a t ė

I.

Pareiškėjas UAB „Medicinos paslaugų centras“ skundu (b. l. 1–11) kreipėsi į Vilniaus apygardos administracinį teismą, prašydamas:

1) panaikinti Vilniaus teritorinės ligonių kasos taikinimo komisijos (toliau – ir Taikinimo komisija) 2011 m. gegužės 16 d. sprendimą Nr. 23 TK-1 ir Vilniaus teritorinės ligonių kasos (toliau – ir VTLK) 2011 m. balandžio 6 d. sprendimą Nr. 3S-1547;

2) įpareigoti Vilniaus teritorinę ligonių kasą sudaryti su UAB „Medicinos paslaugų centras“ sutartį dėl antrinių ambulatorinių akušerio-ginekologo (1576), kardiologo (1559) (2705), vaikų kardiologo (1576) (2712), echoskopuotojo (1583), oftalmologo (1596), vaikų oftalmologo (1620), otorinolaringologo (1603), neurologo (1595), urologo (1612), endokrinologo (1585) (2702), vaikų endokrinologo (1565) (2709), vaikų neurologo (1569) paslaugų teikimo ir išlaidų kompensavimo iš 2011 metų Privalomojo sveikatos draudimo fondo (toliau – ir PSDF) biudžeto lėšų (atitinkamai papildyti 2011 m. kovo 1 d. sutartį „Dėl asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo

ir šių paslaugų apmokėjimo“);

3) sustabdyti bylos nagrinėjimą ir kreiptis į Lietuvos vyriausiąjį administracinį teismą su prašymu ištirti Teritorinių ligonių kasų ir asmens sveikatos priežiūros įstaigų sutarčių sudarymo tvarkos aprašo, patvirtinto Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2009 m. gruodžio 18 d. įsakymu Nr. V-1051 (toliau – ir Aprašas), 11 punkto dalies, kurioje yra įtvirtintos specialiosios sąlygos sutartims tarp teritorinių ligonių kasų ir asmens sveikatos priežiūros įstaigų sudaryti, atitikimą Lietuvos Respublikos Konstitucijos (toliau – ir Konstitucija) 29 ir 46 straipsniams, Lietuvos Respublikos viešojo administravimo įstatymo (toliau – ir Viešojo administravimo įstatymas) 3 straipsnio 1 punktui, 6 straipsnio 2 daliai, Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymo (toliau – ir Sveikatos sistemos įstatymas) 3 straipsnio 9 daliai, Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymo (toliau – ir Sveikatos draudimo įstatymas) 26 straipsnio 2 daliai, Lietuvos Respublikos konkurencijos įstatymo (toliau – ir Konkurencijos įstatymas) 4 straipsnio 1 ir 2 dalims.

Nurodė, kad ne vienerius metus pagal sutartis su VTLK teikia iš PSDF biudžeto lėšų apmokamas pirminio lygio ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugas. Nuo 2011 m. pradžios įstaiga pradėjo teikti tam tikras antrinio lygio ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugas, dėl to pateikė prašymą VTLK atitinkamai sutarčiai sudaryti. VTLK sutartį sudaryti atsisakė, motyvuodama Aprašo 11 punktu, kuriame nustatyta, kad sutartis dėl kompensuojamųjų paslaugų, kurių teikimo išlaidos einamaisiais metais nebuvo apmokamos iš PSDF biudžeto lėšų, sudaroma, jei šios paslaugos atitinka Aprašo 9 punkte išvardytų programų nuostatas ir Valstybinės ligonių kasos (toliau – ir VLK) patvirtintas prioritетines kryptis ir bent vieną iš 11.1–11.3 punktuose nurodomų specialiųjų sąlygų. Ginčijamu sprendimu nekvestionuojama, kad pareiškėjas atitinka Sveikatos draudimo ir kitų įstatymų reikalavimus bei sąlygas sutarčiai sudaryti, o teikiamos paslaugos atitinka Aprašo 9 punkte išvardytų programų nuostatas ir VLK patvirtintas prioritетines kryptis. VTLK nurodė, kad sutartis pasirašyta negali būti dėl to, kad naujos paslaugos, kurias įstaiga nori įtraukti į sutartį, neatitinka nė vienos iš Aprašo 11 punkte nurodytų specialiųjų sąlygų. Pareiškėjo nuomone, sistemškai aiškinant Sveikatos sistemos įstatymo 3 straipsnio 9 punktą, Sveikatos draudimo įstatymo 9 straipsnio 3 dalies 1 punktą, 26 straipsnį, darytina išvada, kad tik įstatymuose gali būti nustatytos sutarčių tarp teritorinių ligonių kasų ir asmens sveikatos priežiūros įstaigų sudarymo, atsisakymo jas sudaryti sąlygos. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijai (toliau – ir Sveikatos apsaugos ministerija) nesuteikta teisė nustatyti tokių sutarčių sudarymo ar nesudarymo sąlygas. VTLK sprendime išdėstyti atsisakymo sudaryti sutartį motyvai nėra numatyti nei Sveikatos draudimo, nei kituose įstatymuose, jie įtvirtinti Apraše. Be to, netinkamai įvertintas antrinio lygio paslaugų, kurių teikimo išlaidų kompensaciją nori gauti pareiškėjas, atitikimas Aprašo 11.1–11.3 punktų sąlygoms. Pareiškėjo nuomone, įstaiga atitinka Aprašo 11.3 punktą – paslaugoms teikti ir jų plėtrai yra skirtos papildomos 2011 m. PSDF biudžeto lėšos. Tai patvirtina faktas, kad 2011 m. PSDF biudžeto rodiklių patvirtinimo įstatymu 2011 m. PSDF biudžete skirta 5 proc. daugiau lėšų, nei buvo numatyta 2010 m. biudžete. Prioritetinėse kryptyse 2011 metams yra numatyta ekonomiškai efektyvių (ambulatorinių) sveikatos priežiūros paslaugų, t. y. tokių, kurias įstaiga prašo įtraukti į sutartį, 5 proc. padidėjimas. PSDF biudžeto lėšos teritorinėms ligonių kasoms paskirstomos proporcingai prirašytų prie pirminės sveikatos priežiūros paslaugas teikiančių įstaigų gyventojų skaičiui, todėl dalis lėšų turėjo būti skirta ir VTLK. Nurodė, kad VTLK neigia tokių lėšų gavimo faktą, teigdama, kad papildomų PSDF lėšų paslaugoms apmokėti negauta. Pažymėjo, kad ši teiginį paneigia ir VTLK internetinėje svetainėje teikiama informacija apie 2010 m. gruodžio 31 d. ir 2011 m. balandžio 15 d. sutartines sumas. VTLK antrinio lygio ambulatorinėms paslaugoms apmokėti 2011 metais papildomai skirtas PSDF biudžeto lėšas paskirstė ir sutartis pasirašė su kitomis analogiškais paslaugas teikiančiomis įstaigomis. Pažymėjo, kad VšĮ Grigiškių sveikatos priežiūros centrui, kuriam ambulatorinės specializuotos asmens sveikatos priežiūros paslaugos, kaip ir pareiškėjui, 2010 m. nebuvo apmokamos iš PSDF biudžeto,

2011 m. šioms paslaugoms apmokėti lėšos iš PSDF biudžeto buvo skirtos. Be to, Valstybės kontrolė nustatė, kad praėjusiais metais PSDF biudžetas buvo perteklinis, nebuvo išnaudotos visos galimybės PSDF biudžeto lėšas panaudoti efektyviai asmens sveikatos priežiūros paslaugoms apmokėti. Iš VTLK internetinėje svetainėje pateiktų duomenų apie ambulatorinių paslaugų vartojimą laikotarpiu nuo 2010 m. sausio 1 d. iki 2010 m. gruodžio 31 d. matyti, kad kai kurių įstaigų naujai teikiamų antrinio lygio paslaugų, kurias pareiškėjas nori įtraukti į sutartį, vartojimo VTLK zonoje rodiklis yra mažesnis nei šalies vidurkis. Tai reiškia, kad paslaugos atitinka Aprašo 11.1 punkto sąlygą. Ginčijamame sprendime pateikti sveikatos priežiūros įstaigų rodikliai yra netikslūs, nes paslaugos vartojimas apskaičiuotas ne pagal konkrečią paslaugą, kurią apibūdina kodas, o susumuojant visų tos pačios rūšies paslaugų, turinčių skirtingus kodus, vartojimo rodiklius. Be to, sprendimas priimtas, pažeidžiant Sveikatos draudimo įstatymo 26 straipsnio 2 dalies reikalavimą, kad sutartys sudaromos, atsižvelgiant į VTLK ir Privalomojo sveikatos draudimo tarybos nuomones. Rėmėsi Lietuvos vyriausiojo administracinio teismo 2008 m. gegužės 6 d. nutartimi administracinėje byloje Nr. A²⁶¹-339/2008, kurioje konstatuota, kad pagal Sveikatos draudimo įstatymo 26 straipsnio 2 dalį sutartys sudaromos, atsižvelgiant į minėtų įstaigų nuomones. Šiuo atveju nuomonės nebuvo gautos, todėl sprendimas priimtas, pažeidus viešojo administravimo procedūras. Pareiškėjas pažymėjo, kad ginčijamas Taikinimo komisijos sprendimas yra pagrįstas tais pačiais motyvais, kaip ir VTLK sprendimas, dėl pareiškėjo nurodytų argumentų nepasisakyta apskritai. Todėl šis sprendimas priimtas objektyviai neištyrus ir neįvertinus visų aplinkybių, jame nenurodyta jo apskundimo tvarka. Rėmėsi Viešojo administravimo įstatymo 3 straipsnio 1 punktu, Sveikatos sistemos įstatymo 3 straipsnio 9 punktu, 26 straipsnio 2 dalimi. Pabrėžė, kad Sveikatos apsaugos ministerija turi pareigą patvirtinti sutarčių sudarymo tvarką, bet ne nustatyti tokių sutarčių sudarymo sąlygas. Atkreipė dėmesį, kad Sveikatos draudimo įstatymo 26 straipsnio 1 dalis sutartims tarp teritorinių ligonių kasų ir įstaigų sudaryti numato tik dvi sąlygas: įstaiga turi turėti licenciją veiklai vykdyti ir turi būti pareiškusi valią sudaryti sutartį. Papildomų sąlygų įstatymai nenustato, tačiau Aprašo 11.1–11.3 punktuose įtvirtintos trys sąlygos, todėl darytina išvada, kad šis punktas priimtas viršijant įgaliojimus ir todėl galimai prieštarauja Viešojo administravimo įstatymo 3 straipsnio 1 punktui, 6 straipsnio 2 daliai, Sveikatos sistemos įstatymo 3 straipsnio 9 punktui ir Sveikatos draudimo įstatymo 26 straipsnio 2 daliai. Be to, pareiškėjo nuomone, Aprašo 11 punktas galimai prieštarauja ir Lietuvos Respublikos konkurencijos įstatymo nuostatomis. Nurodė, kad Aprašo 11 punkto sąlygos taikomos sudarant sutartis dėl tokių paslaugų, kurių teikimo išlaidos einamaisiais metais nebuvo apmokamos iš PSDF biudžeto lėšų, taigi taikomos tik tokioms įstaigoms, kurios, kaip ir pareiškėjas, plečia savo veiklą, arba naujai įsisteigusioms įstaigoms. Dėl šio teisinio reglamentavimo sudaromos skirtingos sąlygos gauti finansavimą iš PSDF biudžeto, taigi diskriminuoja įstaigas, lyginant su seniau savo veiklą vykdančiais subjektais.

Atsakovas VTLK atsiliepiu į skundą (b. l. 95–101) prašė skundą atmesti kaip nepagrįstą.

Atsakovas nurodė, kad jis, įgyvendindamas suteiktus įgaliojimus sudaryti sutartis su asmens sveikatos priežiūros įstaigomis, vykdo viešojo administravimo veiklą. Tai lemia, kad veiksmai turi būti parcmti viešosios teisės normų imperatyviojo reguliavimo pagrindais, ginant viešuosius interesus sveikatos apsaugos srityje (*Lietuvos vyriausiojo administracinio teismo 2008 m. gegužės 6 d. nutartis administracinėje byloje Nr. A²⁶¹-339/2008*). Pažymėjo, kad jis, vertindamas pareiškėjo prašymą sudaryti sutartį, atsižvelgdamas į tai, jog prašomų paslaugų teikimo nenutraukė kita asmens sveikatos priežiūros įstaiga, negauta papildomų PSDF biudžeto lėšų šioms paslaugoms apmokėti, nustatė, jog pareiškėjo prašomų paslaugų vartojimo rodiklis yra didesnis nei šalies vidurkis. Pareiškėjo prašomos naujos paslaugos neatitinka nė vienos iš Aprašo 11 punkte nurodytų specialiųjų sąlygų, todėl VTLK sutarties pasirašyti dėl šių paslaugų teikimo ir kompensavimo negali. Nurodė, kad pareiškėjo teiginys, kad 2011 m. PSDF biudžete numatyta papildomai lėšų pareiškėjo paslaugoms teikti, yra klaidingas. Nors 2011 m. PSDF biudžeto rodiklių patvirtinimo

įstatymu lėšų numatyta daugiau nei 2010 m., bet vadovaujantis 2003 m. gegužės 14 d. Lietuvos Respublikos Vyriausybės nutarimu patvirtintų Privalomojo sveikatos draudimo fondo-biudžeto sudarymo ir vykdymo taisyklių (toliau – ir Taisyklės) 16 punktu, teritorinės ligonių kasos sutartis sudaro, neviršydamos atitinkamai teritorinei ligonių kasai skirtų asignavimų pagal išlaidų straipsnius. Lyginant 2010 ir 2011 m. PSDF biudžeto asignavimus, skirtus pareiškėjo prašomoms paslaugoms apmokėti, papildomų lėšų nenumatyta. Teiginys, kad endokrinologo, kardiologo ir urologo paslaugų VTLK vartojimas yra mažesnis nei šalies vidurkis, taip pat neteisingas. Asmenims teikiamos ambulatorinės paslaugos – gydytojų specialistų konsultacijos turėtų būti teikiamos arti paciento gyvenamosios vietos ir tai turi būti ribojama vienos savivaldybės teritorija. Gydytojų specialistų paslaugos apjungiamos, nes šias paslaugas teikiantys asmenys turi vienodą licenciją, o specialisto paslaugos turi skirtingus kodus dėl skirtingos paslaugos kainos, kuri priklauso nuo paslaugos teikimo trukmės, apimties ir materialinių sąnaudų bei įstaigos galimybių. Taigi visos, pvz., kardiologo paslaugos yra teikiamos tokią pat licenciją turinčio gydytojo kardiologo ligoniams, sergantiems širdies ligomis. VTLK iš asmens sveikatos priežiūros įstaigų, vaistinių ir optikų per metus gauna apie 400 prašymų sudaryti sutartis dėl paslaugų, apmokamų iš PSDF biudžeto, sprendimai priimami įvertinus, ar prašančios įstaigos atitinka keliamus reikalavimus. Pažymėjo, kad nors Sveikatos draudimo įstatymo 26 straipsnio 2 dalies norma dėl Privalomojo sveikatos draudimo tarybos pritarimo gyvuoja nuo 1996 m., per tą laiką ši taryba nenagrinėjo nė vieno prašymo ir neteikė nuomonės dėl sutarties sudarymo ar nesudarymo. Be to, teisės aktuose ši Privalomojo sveikatos draudimo tarybos funkcija neapibrėžta. Nurodė, kad parciškėjas remiasi Lietuvos vyriausiojo administracinio teismo 2008 m. gegužės 6 d. nutartimi administracinėje byloje Nr. A²⁶¹-339-08, kurioje nurodyta, kad VLK ir Privalomojo sveikatos draudimo tarybos nuomonės yra privalomos, o jų nesant, laikytina, kad pažeistos viešojo administravimo procedūros. Pažymėjo, kad Lietuvos vyriausiojo administracinio teismo nutarties, kuria remiasi pareiškėjas, priėmimo metu dar nebuvo patvirtinta sutarčių tarp teritorinių ligonių kasų ir sveikatos priežiūros įstaigų sudarymo tvarka, kitų kriterijų ar sąlygų, dėl kurių teritorinė ligonių kasa galėtų priimti atitinkamą sprendimą, nebuvo, todėl tuo metu VLK ir Privalomojo sveikatos draudimo tarybos nuomonės buvo būtinos.

Trečiasis suinteresuotas asmuo Taikinimo komisija atsiliepimu į skundą (b. l. 89–90) prašė skundą atmeti kaip nepagrįstą.

Trečiasis suinteresuotas asmuo nurodė, kad 2011 m. gegužės 16 d. apsvarsčius parciškėjo skundą, nutarta, kad VTLK sprendimas yra teisėtas ir pagrįstas, nes priimtas vadovaujantis Aprašo nuostatomis.

II.

Vilniaus apygardos administracinis teismas 2011 m. rugsėjo 22 d. sprendimu (b. l. 125–134) pareiškėjo skundą atmetė kaip nepagrįstą.

Teismas nustatė, kad byloje sprendžiamas klausimas dėl atsisakymo su UAB „Medicinos paslaugų centras“ sudaryti antrinio lygio ambulatorinių asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo sutartį teisėtumo. Nukreipė į Sveikatos draudimo įstatymo (redakcija iki 2011 m. gegužės 2 d.) 4 straipsnio 1 dalį, 33 straipsnio 1 punktą, 26 straipsnio 1 ir 2 dalis. Pažymėjo, kad Aprašas nustato teritorinių ligonių kasų ir asmens sveikatos priežiūros įstaigų sutarčių dėl asmens sveikatos priežiūros paslaugų išlaidų apmokėjimo PSDF biudžeto lėšomis sudarymo tvarką nuo asmens sveikatos priežiūros įstaigos prašymo pateikimo iki sutarties pasirašymo bei įsigaliojimo. Nukreipė į Aprašo 4, 6, 9, 11, 14, 15, 16, 18, 20, 21, 22 punktus. Rėmėsi Lietuvos vyriausiojo administracinio teismo 2008 m. gegužės 6 d. nutartimi administracinėje byloje Nr. A²⁶¹-339/2008 ir 2010 m. lapkričio 25 d. nutartimi administracinėje byloje Nr. A⁵⁰²-1562/2010.

Teismas nustatė, kad pareiškėjas į VTLK kreipėsi, prašydamas sudaryti sutartį dėl antrinio lygio ambulatorinių akušerio-ginekologo, kardiologo, vaikų kardiologo, echoskopuotojo,

oftalmologo, vaikų oftalmologo, otorinolaringologo, neurologo, urologo, endokrinologo, vaikų endokrinologo, vaikų neurologo paslaugų teikimo ir apmokėjimo iš PSDF biudžeto lėšų. Ginčijamas 2011 m. balandžio 6 d. raštas, kuriuo atsisakyta sutartį papildyti antrinio lygio ambulatorinėmis paslaugomis, priimtas vadovaujantis Aprašu. Nurodė, kad, pareiškėjo nuomone, VTLK nepagrįstai susumavo tos pačios rūšies paslaugų, turinčių skirtingus kodus, vartojimo rodiklius, dėl to gautas apskaičiavimas yra netikslus. Pažymėjo, jog skirtingi paslaugos kodai taikomi dėl skirtingų paslaugų įkainių, tačiau, atsižvelgiant į tai, kad vienos rūšies skirtingas paslaugas teikia tokią pačią licenciją turintys gydytojai specialistai, tikslinga skaičiuojant vartojimo rodiklius šias paslaugas apjungti. Darė išvadą, kad pateikti duomenys patvirtina, jog pareiškėjo prašomų paslaugų vartojimo rodiklis VTLK aptarnaujamoje teritorijoje yra visais atvejais didesnis nei šalies vidurkis. Todėl vertino, kad pareiškėjo prašomos paslaugos neatitinka Aprašo 11.1 punkte įtvirtintos sąlygos. Pažymėjo, kad VTLK nurodė, jog prašomų paslaugų teikimo nenutraukė kita asmens sveikatos priežiūros įstaiga, todėl netenkinama ir 11.2 punkte įtvirtinta sąlyga. Teismas kaip nepagrįstą vertino ir pareiškėjo argumentą, kad 2011 m. PSDF biudžete numatyta daugiau lėšų pareiškėjo prašomoms paslaugoms teikti. Nurodė, jog byloje nėra ginčo dėl to, kad 2011 m. PSDF biudžete skirta daugiau lėšų asmens sveikatos priežiūros paslaugų išlaidoms apmokėti, nei jų buvo skirta 2010 m. PSDF biudžete. Pažymėjo, kad vadovaujantis Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų paskirstymo teritorinėms ligonių kasoms pagal gyventojų skaičių tvarkos aprašo, patvirtinto Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2004 m. lapkričio 16 d. įsakymu Nr. V-812, 6.3 punktu, lėšos ambulatorinių specializuotų ir stacionarinių asmens sveikatos priežiūros paslaugų išlaidoms apmokėti TLK paskirstomos pagal tam skirtą formulę. Taip pat nurodė, kad remiantis Taisyklių 16 punktu, teritorinės ligonių kasos, vykdydamos joms pavestas funkcijas, asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo, kompensuojamųjų vaistų ir medicinos pagalbos priemonių išrašymo ir išdavimo, kompensacijų skyrimo, siuntimo gauti paslaugas ir kitos veiklos, dėl kurios patiriamos PSDF biudžeto išlaidos, sutartis sudaro neviršydamos atitinkamai teritorinei ligonių kasai skirtų asignavimų pagal išlaidų straipsnius. Darė išvadą, kad biudžeto asignavimų suma, skirta asmens sveikatos priežiūros išlaidoms apmokėti, dalinama atitinkamai išlaidų grupei pagal formulę ir teigti, kad didesnė asignavimų suma savaime reiškia papildomai skirtas lėšas paslaugų teikimo išlaidoms, nėra pagrindo.

Teismas taip pat atkreipė dėmesį į Lietuvos vyriausiojo administracinio teismo 2008 m. gegužės 6 d. nutartį administracinėje byloje Nr. A²⁶¹-339/2008 ir pažymėjo, kad nagrinėjamoje byloje duomenų apie pateiktas VLK ir Privalomojo sveikatos draudimo tarybos nuomones nėra. Taip pat nurodė, kad priimant minėtą Lietuvos vyriausiojo administracinio teismo nutartį, dar nebuvo patvirtintas Aprašas, todėl nebuvo teisės akto, reglamentuojančio kriterijus, pagal kuriuos vertinama dėl atitinkamos sutarties sudarymo ar nesudarymo. Teismas nukreipė į Privalomojo sveikatos draudimo tarybos nuostatų, patvirtintų Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2003 m. balandžio 18 d. įsakymu Nr. V-230, 4.13 punktą, Valstybinės ligonių kasos nuostatų, patvirtintų sveikatos apsaugos ministro 2003 m. sausio 23 d. įsakymu Nr. V-35, 7.17 punktą. Pažymėjo, kad Sveikatos draudimo įstatymo 26 straipsnio 2 dalies norma yra įtvirtinta nuo 2003 m. kovo 1 d., t. y. nuo naujos šio įstatymo redakcijos priėmimo (Nr. IX-1219, 2002 m. gruodžio 3 d.). Minėta norma buvo įtvirtinta tuo metu, kai nebuvo įgyvendinta kita šios normos nuostata dėl sutarčių sudarymo tvarkos nustatymo, t. y. nei Sveikatos draudimo įstatyme, nei kituose teisės aktuose nebuvo įtvirtinti jokie sutarčių sudarymo kriterijai. Teismas pažymėjo, kad per nurodytą laikotarpį (2003–2011 m.) VLK, sudarydama sutartis su asmens sveikatos priežiūros įstaigomis, nesikreipė į nurodytas institucijas dėl nuomonės gavimo. Taip pat pažymėjo, kad Sveikatos draudimo įstatymo 25 straipsnio nuostata, kurioje buvo nustatyta TLK pareiga sudaryti sutartis su visomis asmens sveikatos priežiūros paslaugų įstaigomis, kurios pageidauja sudaryti tokią sutartį ir yra nustatyta tvarka akredituotos, galiojo tik iki 1997 m. birželio 19 d. Po nurodyto laikotarpio ir šiuo metu galioja nuostata, kurioje nėra įtvirtinta tokia pareiga, yra įtvirtinta sąvoka „sudaro

sutartis“.

Teismas darė išvadą, kad paminėtas reglamentavimas bei jo taikymo praktika patvirtina, jog teritorinė ligonių kasa negali sudaryti sutarčių dėl apdraustųjų asmenų sveikatos priežiūros išlaidų apmokėjimo su visomis asmens sveikatos priežiūros įstaigomis, kurios pageidauja sudaryti tokią sutartį ir yra nustatyta tvarka akredituotos, dėl to, kad privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžetas yra ribotas. Teritorinės ligonių kasos veiksmai, sudarant sutartis, nėra ir negali būti pagrįsti sutarčių sudarymo laisvės principu, teritorinės ligonių kasos, kaip viešojo administravimo institucijos, veiksmai yra ir turi būti pagrįsti tam tikrais objektyviais kriterijais, kurių pagalba būtų vykdoma asmens sveikatos priežiūros įstaigų atranka, sudarant sutartis su asmens sveikatos priežiūros įstaigomis, kurios pageidauja sudaryti tokią sutartį ir yra nustatyta tvarka akredituotos. Sutarčių sudarymo kriterijai yra nustatyti Apraše, kuriuo ginčijamu atveju ir vadovavosi VTLK. Sprendimas sudaryti sutartį atsiranda iš administracinių teisinių santykių, nes šį sprendimą priima viešojo administravimo institucija, kuri privalo vadovautis minėta viešosios teisės normose nustatyta tvarka, kurią nustato Sveikatos draudimo įstatyme nustatyta kita viešojo administravimo institucija – Sveikatos apsaugos ministerija. Šis procesas pagrįstas viešosios teisės normomis todėl, kad yra skirstomas viešosios teisės normų pagrindu surinktas biudžetas, kuris yra, kaip jau buvo minėta, ribotas. Civiliniai teisiniai santykiai atsiranda tik sudarant sutartį bei ją vykdant, tuomet yra aktualus Civilinis kodeksas, kuris yra minimas Sveikatos draudimo įstatymo 26 straipsnio 2 dalyje. Teismas darė išvadą, kad VTLK raštas, kuriuo pareiškėjas informuotas apie priimtą sprendimą atsisakyti pasirašyti sutartį teikti antrines ambulatorines paslaugas, priimtas vadovaujantis teisės aktu nuostatomis, yra teisėtas ir jo naikinti nėra pagrindo. Taip pat konstatavo, kad Taikinimo komisija, patvirtinusi 2011 m. balandžio 6 d. VTLK sprendimą, teisingai išnagrinėjo ginčą išankstinio ginčų nagrinėjimo ne teismo tvarka.

Teismas nurodė, kad pareiškėjas prašo kreiptis į Lietuvos vyriausiąjį administracinį teismą ištirti Aprašo 11 punkto dalies atitikimą Konstitucijos 29 ir 46 straipsniams, Viešojo administravimo įstatymo 3 straipsnio 1 punktui, 6 straipsnio 2 daliai, Sveikatos sistemos įstatymo 3 straipsnio 9 daliai, Sveikatos draudimo įstatymo 26 straipsnio 2 daliai, Konkurencijos įstatymo 4 straipsnio 1 ir 2 dalims. Teismas atkreipė dėmesį į Lietuvos vyriausiojo administracinio teismo 2010 m. lapkričio 25 d. nutartį administracinėje byloje Nr. A⁵⁰²-1562/2010, 2010 m. spalio 14 d. nutartį administracinėje byloje Nr. A⁵⁰²-1037/2010, 2008 m. gegužės 6 d. nutartį administracinėje byloje Nr. A²⁶¹-339/2009. Teismas pabrėžė, kad bet kuri asmens sveikatos priežiūros įstaiga, nepaisant jos nuosavybės formos, privalo vienodai vadovautis Sveikatos draudimo įstatymo ir Aprašo nuostatomis. Nurodė, kad pareiškėjo motyvai dėl Konkurencijos įstatymo 4 straipsnio taikymo negali būti siejami su prašymu kreiptis į Lietuvos vyriausiąjį administracinį teismą dėl norminio teisės akto teisėtumo ištyrimo. Rėmėsi Konkurencijos įstatymo 19 straipsnio 1 dalies 4 punktu, pažymėjo, jog Konkurencijos taryba nagrinėja, ar viešojo administravimo subjektų priimti teisės aktai ar kiti sprendimai atitinka šio įstatymo 4 straipsnio reikalavimus ir, esant pagrindui, kreipiasi į viešojo administravimo subjektus su reikalavimu pakeisti ar panaikinti teisės aktus ar kitus konkurenciją ribojančius sprendimus. Pabrėžė, kad Konkurencijos įstatymo 4 straipsnio reikalavimo vykdymui yra nustatyta atskira nagrinėjimo tvarka, tiesiogiai teismui šių bylų nagrinėjimas nėra priskirtas. Sprendė, kad motyvai dėl Konkurencijos įstatymo 4 straipsnio taikymo negali būti ir administraciniam teismui priskirtinų reikalavimų nagrinėjimo pagrindu, todėl negali būti ir prašymo kreiptis į Lietuvos vyriausiąjį administracinį teismą dėl Aprašo teisėtumo ištyrimo pagrindimu. Kaip neteislingus teismas vertino ir pareiškėjo argumentus dėl Konstitucijos 29 straipsnio taikymo asmens sveikatos priežiūros įstaigų, t. y. juridinių asmenų, atžvilgiu. Rėmėsi Lietuvos Respublikos Konstitucinio Teismo 1993 m. lapkričio 8 d. nutarimu. Pabrėžė, kad kolektyviniams teisės subjektams (organizacijoms, institucijoms) būdinga teisinės padėties įvairovė, todėl tik teisės subjektų tipologijos pagrindu gali būti išskiriamos vienoda specialųjį teisumą turinčios subjektų grupės, tik jos gali būti tarpusavyje lyginamos. Teismas konstatavo, kad neturi

pagrindo abejoti Aprašo teisėtumu ir kreiptis į Lietuvos vyriausiąjį administracinį teismą dėl jo teisėtumo ištyrimo. Taip pat sprendė, kad pareiškėjo skundo argumentai dėl ūkinės veiklos laisvės ribojimo nėra susiję su nagrinėjama byla. Pabrėžė, jog pareiškėjo reikalavimas sudaryti sutartį nėra susijęs su pareiškėjo ūkinės veiklos laisve. Nurodė, kad ginčijamu atveju nėra teisinio pagrindo tvirtinti, jog atsakovas, kuriam pavesta paskirstyti PSDF lėšas, privalėtų kiekvieną kartą organizuoti konkursą ar kitą konkurencingą procedūrą. Atkreipė dėmesį į 2006 m. gruodžio 12 d. priimtą Europos Parlamento ir Tarybos direktyvą 2006/123/EB dėl paslaugų vidaus rinkoje, kuri perkelta į Lietuvos teisės sistemą, priėmus Lietuvos Respublikos paslaugų įstatymą. Pažymėjo, jog Direktyva 2006/123/EB nustatė minimalias sąlygas, kurias turėtų atitikti leidimų vykdyti tam tikrą ūkinę veiklą paslaugų sferoje išdavimas, šios sąlygos turėtų eliminuoti atsitiktinumą kriterijus iš šių leidimų išdavimo proceso. Ūkinės veiklos reglamentavimas paslaugų sferoje turėtų nepažeisti viešojo intereso bei turėtų atitikti proporcingumo ir nediskriminavimo principus. Atkreipė dėmesį į paminėtos direktyvos 62 punktą, 2 straipsnio 23 dalies f punktą. Sprendė, kad nėra pagrindo konstatuoti, jog atsakovas, atsisakydamas sudaryti sutartį su asmens sveikatos priežiūros įstaiga, dėl apdraustųjų asmens sveikatos priežiūros išlaidų apmokėjimo pažeidė pareiškėjo teises todėl, kad neorganizavo tam tikros konkurencingos procedūros.

III.

Pareiškėjas pateikė apeliacinį skundą (b. l. 137–139), kuriuo prašo: 1) panaikinti Vilniaus apygardos administracinio teismo 2011 m. rugsėjo 22 d. sprendimą ir priimti naują sprendimą, jo skundą tenkinant; 2) sustabdyti apeliacinio skundo nagrinėjimą ir ištirti Aprašo 11 punkto dalies, kurioje yra įtvirtintos specialiosios sąlygos sutartims tarp teritorinių ligonių kasų ir asmens sveikatos priežiūros įstaigų sudaryti, atitikimą Viešojo administravimo įstatymo 3 straipsnio 1 punktui, 6 straipsnio 2 daliai, Sveikatos sistemos įstatymo 3 straipsnio 9 daliai, Sveikatos draudimo įstatymo 26 straipsnio 2 daliai. Apeliaciniame skunde nurodo šiuos pagrindinius argumentus:

1. Pažymi, kad teismo išvada, jog pareiškėjo siūlomos paslaugos neatitinka Aprašo 11.1. punkte įtvirtintos sąlygos, negali būti pripažinta teisėta ir pagrįsta. Teigia, jog remiantis Aprašo 11.1. punktu, ar asmens sveikatos priežiūros įstaigų siūlomų paslaugų vartojimo rodiklis yra mažesnis nei šalies vidurkis, turi būti nustatoma, lyginant vartojimo Lietuvoje vidurkį su vartojimu teritorinės ligonių kasos, šiuo atveju VTLK, veiklos zonoje. Remiantis VTK direktoriaus 2002 m. rugsėjo 2 d. įsakymu Nr. 79 „Dėl teritorinių ligonių kasų skaičiaus ir jų teritorinės veiklos zonų nustatymo“, VTLK veiklos zona nesutampa su Vilniaus miesto savivaldybės teritorija, todėl ir paslaugų vartojimo rodiklis Vilniaus miesto savivaldybėje negali būti tapatinamas su paslaugų vartojimo rodikliu VTLK aptarnaujamoje zonoje. Taip pat pabrėžia, kad teismas nepagrįstai pritarė atsakovo taikomai paslaugų vartojimo rodiklių skaičiavimo metodikai, kurią taikant paslaugų vartojimas skaičiuojamas ne pagal konkrečią paslaugą, kurią apibūdina paslaugos kodas, o susumuojant visų tos pačios rūšies paslaugų, turinčių skirtingus paslaugų kodus, vartojimo rodiklius. Pažymi, kad į bylą yra pateikti įrodymai, patvirtinantys, jog kai kurių pareiškėjo siūlomų konkrečių paslaugų vartojimo VTLK zonoje rodiklis yra mažesnis negu šalies vidurkis, o tai tiesiogiai patvirtina, kad minėtos paslaugos atitinka Aprašo 11.1. punkte įtvirtintą sąlygą.

2. Teigia, kad teismo išvada, jog netenkinama ir Aprašo 11.2. punkte įtvirtinta sąlyga, pripažinti pagrįsta nėra pakankamo pagrindo, nes ji padaryta remiantis vieninteliu įrodymu – suinteresuoto asmens (atsakovo) paaiškinimais, kurie nėra patvirtinti jokiais kitais įrodymais. Teismas nepagrįstai nepasiūlė atsakovui pateikti papildomų jo teiginius patvirtinančių įrodymų.

3. Nurodo, kad teismas, vertindamas, ar pareiškėjo siūlomos paslaugos atitinka Aprašo 11.3 punkte numatytą sąlygą, konstatavo, kad biudžeto asignavimų suma, skirta asmens sveikatos priežiūros išlaidoms apmokėti, dalinama atitinkamai išlaidų grupei pagal formulę ir teigti, kad didesnė asignavimų suma savaime reiškia papildomai skirtas lėšas paslaugų teikimo išlaidoms, nėra

pagrindo. Pareiškėjo nuomone, tokia teismo išvada negali būti pripažinta pagrįsta, nes ji prieštarauja į bylą pateiktiems įrodymams – VTLK internetinėje svetainėje pateiktai informacijai apie 2010 m. gruodžio 31 d. ir 2011 m. balandžio 15 d. sutartines sumas, skirtas apmokėti asmens sveikatos priežiūros įstaigų teikiamoms asmens sveikatos priežiūros paslaugoms. Šie įrodymai patvirtina, kad VTLK ambulatorinių specializuotų paslaugų išlaidoms apmokėti 2011 metais skyrė 8 mln. Lt daugiau lėšų negu jų buvo skirta 2010 metais, o kartu patvirtina, kad tokioms pačioms paslaugoms, kokių prašė ir pareiškėjas, papildomai skirtas lėšas VTLK paskirstė ir sutartis pasirašė su kitomis asmens sveikatos priežiūros įstaigomis, o su pareiškėju sutartį pasirašyti atsisakė. Teismas šių įrodymų ne tik nepaneigė, bet jų ir nevertino, sprendime dėl jų visiškai nepasisakė. Taip pat atkreipė dėmesį, kad nuo 2011 m. birželio 1 d. ambulatorinėms specializuotoms paslaugoms apmokėti dėl balo vertės padidinimo VTLK papildomai skyrė (sutartis su asmens sveikatos priežiūros įstaigomis sudarė) dar 3, 3 mln. Lt sumą.

4. Remiasi Lietuvos vyriausiojo administracinio teismo 2008 m. gegužės 6 d. nutartimi administracinėje byloje Nr. A²⁶¹-339/2008, 2010 m. lapkričio 25 d. nutartimi administracinėje byloje Nr. A⁵⁰²-1562/2010, 2011 m. gegužės 12 d. sprendimu administracinėje byloje Nr. A⁸²²-2147/2011 ir pažymi, kad pagal suformuotą Sveikatos draudimo įstatymo 26 straipsnio 2 dalies aiškinimo ir taikymo praktiką, VTLK ir Privalomojo sveikatos draudimo tarybos nuomonės pateikimas yra privalomas teritorinei ligonių kasai priimant sprendimą dėl sutarčių sudarymo, o šios normos nesilaikymas traktuojamas kaip pagrindinės viešojo administravimo procedūros pažeidimas. Pažymi, kad teismas pažeidė Lietuvos Respublikos teismų įstatymo 31 straipsnio 2 dalies reikalavimą, nes šioje byloje nebuvo atsižvelgta į Lietuvos vyriausiojo administracinio teismo suformuotą praktiką. Teigia, kad teismas be pagrindo pritarė atsakovo nuomoni, jog Sveikatos draudimo įstatymo 26 straipsnio 2 dalyje įtvirtinta norma laikytina „mirusia norma“, nors toks teiginys akivaizdžiai neatitinka suformuotos šios normos taikymo praktikos, pagal kurią šioje normoje įtvirtintas reikalavimas traktuojamas kaip imperatyvus. Pažymi, jog iki Aprašo patvirtinimo kriterijai, pagal kuriuos vertinama dėl atitinkamos sutarties sudarymo ar nesudarymo, buvo įtvirtinti kitų institucijų priimtuose teisės aktuose, tačiau Lietuvos vyriausiasis administracinis teismas panašiose savo faktinėmis aplinkybėmis ir teisės taikymo požiūriu bylose nelaikė šių teisės aktų tinkamu teisiniu pagrindu nesudaryti sutarties, kadangi nei Sveikatos draudimo įstatymas, nei kiti įstatymai nenumatė (nenumato ir šiuo metu) šiuose teisės aktuose nurodytų atsisakymo sudaryti sutartį su asmens sveikatos priežiūros įstaiga pagrindų ir šioms institucijoms (taip pat kaip ir Sveikatos apsaugos ministerijai) nesuteikė įgaliojimų nustatyti sutarčių sudarymo (nesudarymo) sąlygų ar kriterijų (*Lietuvos vyriausiojo administracinio teismo 2010 m. spalio 14 d. nutartis administracinėje byloje Nr. A⁵⁰²-1037/2010 ir kt.*).

5. Nurodo, jog teismas visiškai neanalizavo skundo I skyriaus 1 punkte nurodyto teisinio reglamentavimo, kuris patvirtina, kad teisiniai pagrindai, kuriais remiantis teritorinė ligonių kasa sudaro (nesudaro) taikymo sutartis su asmens sveikatos priežiūros įstaigoms, t. y. tokių sutarčių sudarymo (atsisakymo jas sudaryti) sąlygos (kriterijai), turi būti įtvirtintos įstatyme, o ne Sveikatos apsaugos ministerijos akte, todėl padarė nepagrįstą išvadą, kad ginčijamas 2011 m. balandžio 6 d. raštas yra teisėtas, nes priimtas vadovaujantis Aprašu. Remiasi Sveikatos sistemos įstatymo 3 straipsnio 9 punktu, 58 straipsniu, Sveikatos draudimo įstatymo 26 straipsnio 2 dalimi, daro išvadą, kad sutarčių tarp teritorinių ligonių kasų ir asmens sveikatos priežiūros įstaigų sudarymo sąlygos (kriterijai) nustatomos ir sutartys sudaromos, vadovaujantis įstatymais. Kadangi ginčijamame VTLK sprendime išdėstyti atsisakymo sudaryti sutartį pagrindai nėra numatyti įstatymuose, toks sprendimas teismo negalėjo būti pripažintas teisėtu. Teigia, kad teismas visiškai nevertino skundo III skyriaus 1 punkte nurodytų argumentų, kad Sveikatos apsaugos ministerija, nustatydamą specialiąsias sąlygas sutartims tarp teritorinių ligonių kasų ir asmens sveikatos priežiūros įstaigų sudaryti, viršijo jai įstatymų numatytus įgaliojimus, nes, turėdamą teisę nustatyti sutarčių sudarymo tvarką, kartu nustatė ir sutarčių sudarymo sąlygas, kurios gali būti nustatytos tik

įstatymuose. Teismas taip pat nepasisakė, kodėl atmestas prašymas patikrinti Aprašo 11 punkto dalies atitikimą Viešojo administravimo įstatymo 3 straipsnio 1 punkte įtvirtintam įstatymo viršenybės principui, to paties įstatymo 6 straipsnio 2 daliai, Sveikatos sistemos įstatymo 3 straipsnio 9 daliai, Sveikatos draudimo įstatymo 26 straipsnio 2 daliai. Taip pat pažymi, kad teismo sprendimo argumentai dėl Konstitucijos 46 straipsnio 1 dalyje įtvirtinto ūkinės veiklos laisvės ribojimo visiškai nėra susiję su pareiškėjo skundu. Prašymas patikrinti Aprašo 11 punkto dalies atitikimą Konstitucijos 46 straipsniui siejamas su šioje normoje įtvirtinto teisinio reglamentavimo galimais prieštaravimais konkurenciją reglamentuojančioms teisės normoms.

Atsakovas VTLK atsiliepimu į apeliacinį skundą (b. l. 145–148) prašo pirmosios instancijos teismo sprendimą palikti nepakeistą, o apeliacinį skundą atmesti. Atsiliepimą į apeliacinį skundą grindžia šiais pagrindiniais argumentais:

1. Teigia, kad pareiškėjo pozicija dėl teisinių pagrindų, kurių yra laikomasi sudarant sutartis tarp teritorinių ligonių kasų ir asmens sveikatos priežiūros įstaigų, laikytina nepagrįsta. Pažymi, kad teritorinė ligonių kasa pagal Sveikatos draudimo įstatymo 32 ir 33 straipsnius yra teritorinis viešojo administravimo subjektas, sudarantis sutartis su sveikatos priežiūros įstaigomis, šiose sutartyse nustatytu laiku ir tvarka apmokantis suteiktas asmens sveikatos priežiūros paslaugas. Tokios sutartys vertintinos kaip administracinės, atsižvelgiant į tai, kad teisiniai santykiai, kurių pagrindu kyla sutartiniai įsipareigojimai, yra administraciniai, o sutartys viešojo administravimo subjektų sudaromos viešosios teisės normų imperatyviojo reguliavimo pagrindais, ginant viešuosius interesus sveikatos apsaugos srityje (*Lietuvos vyriausiojo administracinio teismo 2008 m. gegužės 6 d. nutartis administracinėje byloje Nr. A²⁶¹-339/2008, 2010 m. spalio 14 d. nutartis administracinėje byloje Nr. A⁵⁰²-1037/2010, 2010 m. lapkričio 25 d. nutartis administracinėje byloje Nr. A⁵⁰²-1562/2010*). Tai lemia šalių diskrecijos ribas, sutarčių sudarymo sąlygas, kurios nustatomos šalių susitarimu, daugiausia teisės normomis, įtvirtintomis specialiuose įstatymuose (*Lietuvos vyriausiojo administracinio teismo 2007 m. kovo mėn. 6 d. nutartis administracinėje byloje Nr. A⁴¹⁵-239-07*). Pabrėžia, kad VTLK diskrecijos ribos dėl sutarčių su asmens sveikatos priežiūros įstaigomis sudarymo yra nustatytos specialiajame įstatyme – Sveikatos draudimo įstatyme. Pažymi, kad nagrinėjo UAB „Medicinos paslaugų centro“ prašymą sudaryti sutartį dėl antrinio lygio paslaugų teikimo ir apmokėjimo iš PSDF biudžeto 2011 m., vadovaudamasis Sveikatos draudimo įstatymo 26 straipsnio 2 dalyje nurodytais teisės aktais ir Aprašo nustatyta tvarka.

2. Nurodo, kad pareiškėjas klaidingai traktuoja Sveikatos sistemos įstatymo 3 straipsnio 9 punktą. Remiasi to paties įstatymo 2 straipsnio 5 dalimi, 11 straipsnio 1 dalimi, pažymi, kad sistemškai analizuojant galiojantį privalomojo sveikatos draudimo teisinį reglamentavimą, pareiškėjo suponuotos išvados ir dėstomi argumentai, susiję su Aprašo teisėtumu ir taikymo privalomumu, yra nepagrįsti. Pabrėžia, kad įstatymų leidėjas suteikia teisę Sveikatos apsaugos ministerijai nustatyti papildomus kriterijus paslaugų teikėjams, todėl Sveikatos draudimo įstatymo 26 straipsnio 1 dalyje nėra įtvirtintas imperatyvus reikalavimas sudaryti sutartis su visais pageidaujanciaisiais. Atkreipia dėmesį, kad Sveikatos draudimo įstatymo 26 straipsnio 2 dalis nukreipia į Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro nustatytą sutarčių sudarymo tvarką.

3. Teigia, kad pareiškėjo dėstomi argumentai dėl Aprašo prieštaravimo konkurenciją reglamentuojančioms teisės normoms yra nepagrįsti todėl, kad sutarčių dėl asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo sudarymo tvarka yra taikoma visiems subjektams, pageidaujantiems sudaryti asmens sveikatos priežiūros sutartis su Vilniaus TLK, t. y. visiems subjektams yra taikomi vienodi teisės akte nustatyti reikalavimai, nė vienas subjektas nėra diskriminuojamas.

4. Nesutinka su apeliacinio skundo teiginiu, kuriuo ginėjama asmens sveikatos priežiūros įstaigų siūlomų paslaugų vartojimo rodiklio skaičiavimo metodika. Pažymi, kad vertindamas pareiškėjo įstaigą, vadovavosi Aprašo 11 punktu. Atkreipia dėmesį, kad pareiškėjo prašomos ambulatorinės specializuotos asmens sveikatos priežiūros paslaugos yra įtrauktos į VLK 2010 m. liepos 12 d. įsakymu Nr. 1K-138 patvirtintą prioritetinių kryptių sąrašą, kuriame

nustatytos paslaugos ir jų pagrindiniai kriterijai. Pažymi, jog vertindamas pareiškėjo prašymą sudaryti sutartį dėl antrinio lygio paslaugų teikimo ir apmokėjimo iš PSDF biudžeto 2011 m., atsižvelgė į tai, kad prašomų paslaugų teikimo nenutraukė kita asmens sveikatos priežiūros įstaiga, ir nebuvo gauta papildomų PSDF biudžeto lėšų šioms paslaugoms apmokėti, taip pat nustatė, kad pareiškėjo prašomų paslaugų vartojimo rodiklis yra didesnis nei šalies vidurkis. Kadangi neatitiko nė vienos iš Aprašo 11 punkte nurodytų specialiųjų sąlygų, VTLK dėl šių paslaugų teikimo ir kompensavimo iš PSDF biudžeto sutarties 2011 m. su pareiškėjo įstaiga pasirašyti negalėjo.

5. Teigia, kad Vilniaus apygardos administracinis teismas tinkamai įvertino VTLK skaičiavimą dėl vienos rūšies skirtingų paslaugų, kurias teikia tokią pačią licenciją turintys gydytojai specialistai, apjungimo.

6. Pažymi, kad pareiškėjo teiginiai dėl 2010 m. birželio 1 d. PSDF biudžeto papildymo 3,3 mln. suma, yra nepagrįsti todėl, kad, vadovaudamasis Sveikatos draudimo įstatymu ir atsižvelgdamas į Privalomojo sveikatos draudimo tarybos 2011 m. gegužės 27 d. nutarimą Nr. 4/1 „Dėl lėšų skyrimo iš 2011 metų Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto rezervo asmens sveikatos priežiūros paslaugų bazinių kainų balo vertei atkurti“, Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministras 2011 m. gegužės 31 d. įsakymo Nr. V-555 „Dėl bazinių kainų balo vertės“ 1 papunkčiu nustatė, kad: „asmens sveikatos priežiūros paslaugų (įskaitant medicininės reabilitacijos ir sanatorinio gydymo bei sveikatos programose numatytas paslaugas), kur išlaidos apmokamos PSDF biudžeto lėšomis bazinių kainų 1 balo vertė lygi 0,92 lito<...>“. Daro išvadą, kad buvo koreguota bazinių kainų balo vertė, o ne paslaugoms teikti ir (ar) jų plėtrai skirtos papildomos PSDF biudžeto lėšos.

7. Nurodo, kad pareiškėjas laikosi pozicijos, jog VTLK, priimdama sprendimą dėl sutarties ambulatorinėms specializuotoms paslaugoms sudarymo, turėjo gauti ir atsižvelgti į VLK ir Privalomojo sveikatos draudimo tarybos nuomones. Nagrinėjamoje byloje, sudarant sutartį su pareiškėju, tokių nuomonių negauta. Teigia, kad atsiliepime į skundą pateikta ir teisminio nagrinėjimo metu išdėstyta VTLK pozicija dėl šiuo metu galiojančio teisinio reglamentavimo ir susiklosčiusios praktikos yra pagrįsta, todėl pirmosios instancijos teismas priėmė tinkamą sprendimą. Pabrėžia, kad VLK ir Privalomojo sveikatos draudimo taryba dalyvavo ir teikė savo nuomones, kuriant Sveikatos draudimo įstatymo 26 straipsnio 2 dalyje numatytą sutarčių sudarymo tvarką, t. y. Aprašą.

Trečiasis suinteresuotas asmuo Taikinimo komisija atsiliepimu į apeliacinį skundą (b. l. 143–144) prašo pirmosios instancijos teismo sprendimą palikti nepakeistą, o apeliacinį skundą atmesti.

Trečiasis suinteresuotas asmuo nurodo, kad savo skundžiamo sprendimo argumentus išdėstė atsiliepime į skundą. Pažymi, kad pareiškėjas apeliaciniame skunde remiasi tais pačiais argumentais, kuriuos išdėstė skunde, bei ginčija pirmosios instancijos teismo priimtą sprendimą. Teigia, kad pirmosios instancijos teismas priėmė teisėtą ir pagrįstą sprendimą.

Teismo posėdyje (2013 02 19) pareiškėjo atstovai pareiškė, jog atsisako reikalavimo įpareigoti atsakovą su pareiškėju sudaryti antrinių medicininių paslaugų teikimo ir išlaidų kompensavimo sutartį iš 2011 metų Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų (atitinkamai papildant 2011 m. kovo 1 d. sutartį „Dėl asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo ir šių paslaugų apmokėjimo“).

Teisėjų kolegija

konstatuoja:

IV.

Apeliacinis skundas tenkintinas.

Byloje pareiškėjas ginčija atsakovo 2011 m. balandžio 6 d. sprendimą Nr. 3S-1547 (toliau – ir Sprendimas Nr. 1) ir Taikinimo komisijos 2011 m. gegužės 16 d. sprendimą Nr. 23 TK-1 (toliau – ir Sprendimas Nr. 2).

Sprendimas Nr. 1 priimtas motyvuojant tuo, jog pareiškėjo naujos paslaugos, kurias jis nori įtraukti į sutartį, neatitinka nei vienos iš Aprašo 11 punkte nurodytų specialiųjų sąlygų (b. l. 12–14). Sprendime Nr. 2 nurodyta, kad Sprendimas Nr. 1 yra teisėtas ir pagrįstas, nes priimtas vadovaujantis Aprašo 11 punktu (b. l. 16–17). Taigi Sprendimo Nr. 1 ir Sprendimo Nr. 2 pagrindas – Aprašo 11 punkto dalis, įtvirtinusi specialiosios sąlygos sutartims tarp teritorinių ligonių kasų ir asmens sveikatos priežiūros įstaigų sudaryti.

Pažymėtina, jog šioje byloje apeliacinės instancijos teismas tenkino pareiškėjo prašymą iširti Aprašo 11 punkto dalies, kurioje įtvirtintos specialiosios sąlygos sutartims tarp teritorinių ligonių kasų ir asmens sveikatos priežiūros įstaigų sudaryti, atitikimą Konstitucijos 29 ir 46 straipsniams, Viešojo administravimo įstatymo 3 straipsnio 1 punktui, 6 straipsnio 2 daliai, Sveikatos sistemos įstatymo 3 straipsnio 9 daliai Sveikatos draudimo įstatymo 26 straipsnio 2 daliai ir Konkurencijos įstatymo 4 straipsnio 1 ir 2 dalims. Lietuvos vyriausiojo administracinio teismo išplėstinė teisėjų kolegija, išnagrinėjusi norminę administracinę bylą Nr. I⁸²²-29/2012, 2012m. lapkričio 19d. sprendimu pripažino, kad Aprašo (2009 m. gruodžio 18 d. įsakymu Nr. V-1051 redakcija) 11 punktas prieštaravo Viešojo administravimo įstatymo 3 straipsnio 1 punktui ir Sveikatos draudimo įstatymo 26 straipsnio 2 daliai, o Aprašo (2011 m. spalio 19 d. įsakymo Nr. V-914 redakcija) 11 punktas nurodyta apimtimi prieštarauja Viešojo administravimo įstatymo 3 straipsnio 1 punktui Sveikatos draudimo įstatymo 26 straipsnio 2 daliai (b. l. 175–184).

Atsižvelgiant į tai, jog Lietuvos Vyriausiojo administracinio teismo 2012m. lapkričio 19d. sprendimu buvo pripažinta, jog Aprašo 11 punktas prieštaravo ir prieštarauja aukštesnės galios teisės aktams, darytina išvada, jog šioje administracinė byloje ginčijami atsakovo sprendimai, priimti Aprašo 11 punkto pagrindu, taip pat prieštarauja aukštesnės galios teisės aktams – Viešojo administravimo įstatymo 3 straipsnio 1 punktui ir Sveikatos draudimo įstatymo 26 straipsnio 2 daliai, todėl yra naikintini.

Dėl išdėstytų argumentų konstatuotina, jog pirmosios instancijos teismas netinkamai aiškino ir taikė materialinės teisės normas, todėl priėmė nepagrįstą sprendimą, kuris naikintinas ir priimtinas naujas sprendimas, kuriuo pareiškėjo reikalavimas dėl ginčo sprendimų panaikinimo tenkintinas.

Kaip minėta anksčiau, teismo posėdžio metu pareiškėjas atsisakė reikalavimo įpareigoti atsakovą su pareiškėju sudaryti antrinių medicininių paslaugų teikimo ir išlaidų kompensavimo sutartį iš 2011 metų Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų (atitinkamai papildant 2011 m. kovo 1 d. sutartį „Dėl asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo ir šių paslaugų apmokėjimo“).

ABTĮ 52 straipsnis (pažymėtina, kad šio straipsnio nuostatos yra įstatymo I skyriaus „Bendrosios nuostatos“ dalis) įtvirtina pareiškėjo teisę atsakyti skundo bet kurioje bylos nagrinėjimo stadijoje iki teismui išeinant į pasitarimo kambarį.

Kaip yra nurodęs Lietuvos vyriausiasis administracinis teismas, aiškindamas šią procesinės teisės normą, joje yra įtvirtintas proceso šaliai – pareiškėjui – taikytinas dispozityvumo principas, pagal kurį pareiškėjas turi apsisprendimo teisę kreiptis į teismą, siekiant apginti teismine tvarka savo (tariamai) pažeistą teisę ar įstatymų saugomus interesus (ABTĮ 5 str. 1 d., 3 d. 1 p., 22 str. 1 d.), ir teisę atsakyti šios gynybos po tokio kreipimosi. Teismas taip pat išaiškino, jog, atsižvelgiant į tai, kad nurodyta teisės norma yra bendroji, ir į tai, kad samprata „bylos nagrinėjimo stadija“ nėra ribojama proceso pirmosios instancijos teisme, svarstomo straipsnio nurodytos galimybės atsakyti skundo riba (iki teismui išeinant į pasitarimo kambarį) aiškintina tik kaip

nustatyta, siekiant išvengti priešingu atveju galimo sutrukdyto teismui paskelbti priimtą procesinį sprendimą (nutartį). Todėl toks teisės atsisakyti skundo apribojimas negali būti vertinamas (aiškinamas) kaip minėto dispozityvumo ribų suvaržymas. Padaryta išvada, kad tokia ABTĮ 52 straipsnio nuostata taikytina ir nagrinėjant bylą apeliacinės instancijos teisme, t. y. pareiškėjas gali atsisakyti pirmosios instancijos teismui paduoto skundo ir po to, kai byla nagrinėjama apeliacinės instancijos teisme.

Atsižvelgiant į nurodytas aplinkybes, į tai, kad byloje nėra pagrindo išvadai, jog pareiškėjo atsisakymas savo paduoto skundo gali turėti įtakos kitų asmenų teisėms bei įstatymo saugomiems interesams, konstatuotina, jog pareiškėjo atsisakymas nuo skundo yra pakankamas pagrindas panaikinti šioje dalyje pirmosios instancijos teismo priimtą sprendimą ir bylą nutraukti (ABTĮ 101 str. 3 p., 133 str., 140 str. 1 d. 5 p.).

Vadovaudamasi Lietuvos Respublikos administracinių bylų teisenos įstatymo 140 straipsnio 1 dalies 2 punktu, teisėjų kolegija

n u s p r e n d ž i a

pareiškėjo uždarnosios akcinės bendrovės „Medicinos paslaugų centras“ apeliacinį skundą tenkinti.

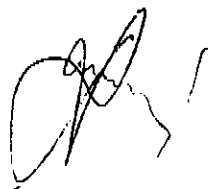
Vilniaus apygardos administracinio teismo 2011 m. rugsėjo 22 d. sprendimą panaikinti ir priimti naują sprendimą.

Panaikinti Vilniaus teritorinės ligonių kasos 2011 m. balandžio 6 d. sprendimą Nr. 3S-1547 ir Vilniaus teritorinės ligonių kasos taikinimo komisijos 2011 m. gegužės 16 d. sprendimą Nr. 23 TK-1.

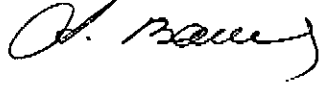
Administracinę bylą dėl reikalavimo įpareigoti Vilniaus teritorinę ligonių kasą sudaryti su UAB „Medicinos paslaugų centras“ sutartį dėl antrinių ambulatorinių akušerio-ginekologo (1576), kardiologo (1559) (2705), vaikų kardiologo (1576) (2712), echoskopuotojo (1583), oftalmologo (1596), vaikų oftalmologo (1620), otorinolaringologo (1603), neurologo (1595), urologo (1612), endokrinologo (1585) (2702), vaikų endokrinologo (1565) (2709), vaikų neurologo (1569) paslaugų teikimo ir išlaidų kompensavimo iš 2011 metų Privalomojo sveikatos draudimo fondo (toliau – ir PSDF) biudžeto lėšų (atitinkamai papildyti 2011 m. kovo 1 d. sutartį „Dėl asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo ir šių paslaugų apmokėjimo“) nutraukti.

Sprendimas neskundžiamas.

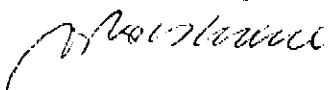
Teisėjai



Laimutis Alechnavičius



Anatolijus Baranovas



Virginija Volskienė