

Administracinė byla Nr. A⁵⁵²-77/2013
Teisminio proceso Nr. 3-61-3-02105-2010-4
Procesinio sprendimo kategorijos: 38
(S)

LIETUVOS VYRIAUSIASIS ADMINISTRACINIS TEISMAS

NUTARTIS LIETUVOS RESPUBLIKOS VARDU

2013 m. sausio 31 d.
Vilnius

Lietuvos vyriausiojo administracinio teismo teisėjų kolegija, susidedanti iš teisėjų Ramūno Gadliausko (pranešėjas), Veslavos Ruskan (kolegijos pirmininkė) ir Arūno Sutkevičiaus, sekretoriaujant Gitanai Aleliūnaitei, dalyvaujant pareiškėjo atstovei advokatei Stasei Kazlauskienei, atsakovo atstovei Vilmai Srogei, viešame teismo posėdyje apeliacine tvarka išnagrinėjo administracinę bylą pagal atsakovo Vilniaus teritorinės ligonių kasos apeliacinį skundą dėl Vilniaus apygardos administracinio teismo 2012 m. gegužės 21 d. sprendimo administracinėje byloje pagal pareiškėjo viešosios įstaigos Respublikinės Vilniaus psichiatrijos ligoninės skundą atsakovui Vilniaus teritorinei ligonių kasai, tretiesiems suinteresuotiems asmenims Valstybinei ligonių kasai prie Sveikatos apsaugos ministerijos ir Sveikatos apsaugos ministerijai dėl sprendimų panaikinimo.

Teisėjų kolegija

n u s t a t ė:

I.

Pareiškėjas viešoji įstaiga Respublikinė Vilniaus psichiatrijos ligoninė (toliau – ir pareiškėjas, Ligoninė) skundu (I t., b. l. 1–5, 93–96) kreipėsi į Vilniaus apygardos administracinį teismą, prašydamas panaikinti Vilniaus teritorinės ligonių kasos (toliau – ir atsakovas, Vilniaus TLK) 2010 m. birželio 14 d. ekspertizės protokolo Nr. 1EP-62 ir jo 2010 m. rugpjūčio 5 d. pakeitimo dalį dėl priskaičiuotos 99 379,72 Lt žalos privalomojo sveikatos draudimo fondo (toliau – ir Fondas) biudžetui ir dėl Išvykusio iš stacionaro asmens statistinės kortelės (forma 066/a-LK) grafos „Lovadienių“ skaičiaus pildymo.

Pareiškėjas nurodė, kad atsakovas atliko patikrinimą dėl asmens sveikatos priežiūros paslaugų (esant II lygio endogeniniams psichikos sutrikimams) teikimo asmenims, kuriems suteiktos paslaugos apmokamos iš privalomojo sveikatos draudimo fondo lėšų. Pagal Valstybinės ligonių kasos prie Sveikatos apsaugos ministerijos (toliau – ir VLK) direktoriaus 2006 m. kovo 26 d. įsakymu Nr. 1K-41 ir 2010 m. gegužės 25 d. įsakymu Nr. 1K-101 (nauja redakcija) patvirtintą Asmens sveikatos priežiūros įstaigų, vaistinių bei kitų įmonių ir įstaigų, sudariusių sutartis su Valstybine ligonių kasa prie Sveikatos apsaugos ministerijos ar teritorinėmis ligonių kasomis, kontrolės tvarkos aprašą (toliau – ir Tvarkos aprašas), po patikrinimo pažymos parengimo, pastabų pateikimo ir jų aptarimo dalyvaujant šalių atstovams, atsakovas 2010 m. birželio 14 d. parengė ekspertizės protokolą Nr. 1EP-62. Juo patvirtino patikrinimo rezultatus ? tariamai pareiškėjo padarytą žalą Fondo biudžetui. Nurodė, kad neteisingai pildomos išvykusio iš stacionaro asmens statistinės kortelės. Atsakovas, gavęs iš teismo skundą, sudarė komisiją ir inicijavo ginčo sprendimą iš naujo. Komisija, išnagrinėjusi skundą ir pateiktą medžiagą, 2010

m. rugpjūčio 5 d. nusprendė pakeisti 2010 m. birželio 14 d. ekspertizės protokolo Nr. 1EP-62 7.2.2 p., sumažinant žalą iki 99 379,72 Lt. Nurodė, kad 54 pacientams, gydytiems dėl endogeninių psichikos sutrikimų, pirmųjų ir kartotinių hospitalizacijų normatyvinių gydymo profilių trukmė neatitiko nustatytųjų reikalavimų ir buvo apmokėta iš Fondo biudžeto lėšų pažeidžiant Sveikatos apsaugos ministro 1998 m. birželio 18 d. įsakymu Nr. 329 „Dėl bazinių kainų patvirtinimo“ patvirtintos Asmens sveikatos priežiūros paslaugų organizavimo ir apmokėjimo tvarkos (toliau – Apmokėjimo tvarka) 4.18 p. nuostatas.

Pažymėjo, kad nei viename teisės akte nėra nustatyta, jog hospitalizacijos ir rehospitalizacijų lovadienių skaičius yra sumuojamas. Pareiškėjo nuomone, atsakovas, neturėdamas teisės aiškinti Sveikatos apsaugos ministro įsakymų, nepagrįstai teigia, kad už vieno paciento gydymą per hospitalizaciją ir visas rehospitalizacijas bendroje sumoje negali būti mokama iš Fondo biudžeto daugiau nei už 52 lovadienius. Tačiau toks reikalavimas yra neteisėtas, nes pažeidžia pareiškėjo bei pacientų teises ir teisėtus interesus, asmens sveikatos priežiūros esmę. Nurodė, kad pareiškėjas vadovaujasi Sveikatos apsaugos ministro įsakymais, įdiegta informacinė sistema „Sveidra“, tačiau praktikoje esantys šios sistemos trūkumai neleidžia įvesti pirmos hospitalizacijos perskaičiavimo duomenų. Pirmosios hospitalizacijos apmokama normatyvinė trukmė yra 52 dienos. Esant rehospitalizacijai gydymo įstaiga privalo perskaičiuoti pirmosios hospitalizacijos apmokėjimą, formos Nr. 066/a-LK 3-io skyriaus 5-oje grafoje (lovadienių skaičius) gydymo įstaiga nurodo apmokamų lovadienių skaičių. Faktinių lovadienių skaičių automatiškai apskaičiuoja programa „Sveidra“ ir pažymi minėtoje formoje. Dėl to, kad nėra galimybės duomenis keisti ar teikti papildomus tikslinančius duomenis informacinėje sistemoje „Sveidra“ ir nėra nustatytos ataskaitos formos, kurių reikėtų pildyti atliekant perskaičiavimą dėl pirmosios hospitalizacijos, gydymo įstaigos kaltės nėra. Nurodė, kad atsakovas tariamai žalai paskaičiuoti pateikė patikslintą lentelę, kurioje analizuoti 54 pacientų gydymo atvejai. Nustatyta aplinkybė, jog skiriasi pirmos ir antros (sudarytos po skundo nagrinėjimo komisijoje) lentelių tikrinimo duomenys pagal tas pačias ligos istorijas, perskaičiuojant I ir II hospitalizacijų apmokėjimą taikytos skirtingos metodikos, įrodo atsakovo šališkumą ir nepagrįstą, skirtingą kiekvieno komisijos nario taikomą skaičiavimą. Atsakovo pateikta pirmoji lentelė neatspindėjo pirmosios hospitalizacijos lovadienių perskaičiavimo, tik automatiškai buvo nurodomas faktinis lovadienių skaičius. Skirtumas tarp pateiktos apmokėti sąskaitos už 52 lovadienius iki perskaičiavimo įvardijamas tariama žala. Patikslintoje lentelėje atsakovas įvedė naują grafą „Faktinis lovadienių skaičius“, tačiau vis tiek priskaičiavo tariamą žalą. Pažymėjo, kad skundžiamieji aktai surašyti formaliai, be motyvų, tik išvardinti teisės aktai, nenurodant tariamų klaidų ir nesiekiant pažeidimų užkardymo ateityje.

Atsakovas Vilniaus TLK atsiliepime (I t., b. l. 54–57, 114–115) prašė pareiškėjo skundą atmesti.

Atsakovas nurodė, kad pareiškėjas nesilaikė įstatymu nustatytos ikiteisminės ginčų nagrinėjimo tvarkos, t. y. dėl ginčo nesikreipė į Vilniaus TLK Taikinimo komisiją, todėl byla nutrauktina. Pažymėjo, kad pareiškėjas neteislingai traktuoja apmokėjimo tvarką už pirminę hospitalizaciją ir pakartotines hospitalizacijas (rehospitalizacijas), teigdamas, kad už kiekvieną hospitalizaciją, net jei ji yra pakartotinė per 90 dienų po pirmosios, normatyvinė gydymo trukmė yra skaičiuojama iš naujo. Atsakovo nuomone, Apmokėjimo tvarkos 4.18 p. nurodyta taisyklė, kuri neleidžia viršyti bendros pirmosios ir pakartotinės hospitalizacijos normatyvinės gydymo profilio trukmės. Pakartotinės hospitalizacijos išlaidos apmokamos tik už likusius normatyvinės gydymo trukmės lovadienius, perskaičius abiejų lovadienių faktinę trukmę. Pacientui sumuojamos ne visos gydymo trukmės, o tik pakartotinės hospitalizacijos per 90 dienų po pirmosios hospitalizacijos. Šis laikotarpis skaičiuojamas nuo pirmosios hospitalizacijos, pakartotinės hospitalizacijos per šį laikotarpį netraktuojamos kaip pirma hospitalizacija. Pareiškėjas pakartotines hospitalizacijas praėjus daugiau nei 90 dienų po pirminės hospitalizacijos (tačiau mažiau kaip 90 dienų po pakartotinės hospitalizacijos) netinkamai įformindavo įvesdama į informacinę sistemą „Sveidra“ rehospitalizacijos kodą 2459 ar 2461, vietoje pirminės hospitalizacijos (kodai 2458 ir 2460). Vilniaus TLK protokolo Nr. 1EP-62 pakeitime ištaisytos padarytos klaidos ir perskaičiuojant tokios rehospitalizacijos traktuotos kaip pirminės hospitalizacijos, dėl ko sumažėjo nustatyta žala Fondo biudžetui. Dėl pacientų, kurie jau išnaudojo normatyvinę gydymo trukmę, gydymo problemų neturėtų kilti, nes nustatyta normatyvinė gydymo trukmė yra žymiai ilgesnė nei faktinė vidutinė gydymo trukmė

atitinkamuose gydymo profiliuose. Todėl gydymo įstaiga dažnai gauna didesnę sumą už gydytą pacientą nei reali gydymo kaina, nes pacientui neišbuvus visos normatyvinės gydymo trukmės vis tiek sumokama visa bazinio profilio kaina. Išanalizavus informacinės sistemos „Sveidra“ duomenis, paaiškėjo, kad pareiškėjo gydytų asmenų su kodais 2458, 2459, 2460 ir 2461 nuo 2009 m. gegužės 1 d. iki 2010 m. balandžio 30 d. vidutinė vieno asmens hospitalizavimo trukmė 36,57 dienos. Todėl pati gydymo įstaiga turi prisiimti atsakomybę dėl pacientui teikiamų paslaugų kokybės ir garantuoti tinkamą sveikatos priežiūrą.

Atkreipė dėmesį, kad atlikus kontrolę, 2010 m. gegužės 24 d. buvo surašyta patikrinimo pažyma Nr. 1VP-56/V. Prie pažymos pridėtoje lentelėje Nr. 1 surašyti 57 gydymo epizodai su galima žala Fondo biudžetui pagal kiekvieną pacientą atskirai. 2010 m. birželio 14 d. įvyko ekspertų komisijos posėdis, kuriame dalyvavo ir pareiškėjo atstovai. Posėdžio metu pareiškėjas nenurodė, kad pridėtoje lentelėje yra aritmetinių klaidų, nors dėl to pareiškėjas turėjo galimybę pasisakyti tiek iki ekspertų komisijos posėdžio, tiek jo metu. Vilniaus TLK apie padarytas techninio pobūdžio klaidas, kurios turėjo įtakos bendrai nustatytos žalos Fondo biudžeto sumai, sužinojo iš gauto skundo teisme. Dėl šių ir galimai kitų klaidų peržiūrėjimo Vilniaus TLK direktorius 2010 m. liepos 30 d. įsakymu Nr. 1K-41 sudarė naują ekspertų komisiją pakartotinei ekspertizei atlikti ir galimiems neatitikimams pašalinti. Naujai sudaryta komisija perskaičiavo žalos Fondo biudžetui dydį, atsižvelgdama į pareiškėjo pastabas dėl besidubliuojančių įrašų ir Valstybinės ligonių kasos poziciją dėl pakartotinių hospitalizacijų praėjus 90 dienų nuo pirminės hospitalizacijos. Perskaičiavusi hospitalizacijas ekspertų komisija surašė ekspertizės protokolo Nr. 1EP-62 pakeitimą, o įvertinus padarytas klaidas, Fondo biudžetui padaryta žala buvo patikslinta.

Pažymėjo, kad informacinėje sistemoje „Sveidra“ nėra galimybės duomenis keisti ar teikti papildomus tikslinančius duomenis, nes nėra nustatytos ataskaitos formos, kurią reikėtų pildyti atliekant perskaičiavimą dėl pirmosios hospitalizacijos. Formos Nr. 066/a-LK „Išvykusio iš stacionaro asmens statistinė kortelė“ pildymo metodinės rekomendacijos yra patvirtintos sveikatos apsaugos ministro 1998 m. lapkričio 26 d. įsakymu Nr. 687. Forma pritaikyta visų stacionarinių paslaugų apskaitai, todėl pildant formą psichiatrijos paslaugoms, kurioms taikoma specifinė lovadienių perskaičiavimo taisyklė, susiduriama su techninėmis problemomis. VLK informacinė sistema „Sveidra“ neleidžia taisyti anksčiau įvestų duomenų, todėl pirmosios hospitalizacijos duomenys lieka nepakeisti. Siekiant pritaikyti minėtą lovadienių perskaičiavimo taisyklę, pildant formą rehospitalizacijos atveju įrašoma, kiek lovadienių pacientas faktiškai buvo gydytas, ir įrašoma faktiškai mokėtina suma už perskaičiuotus lovadienius. Kadangi pareiškėjas perskaičiavimo taisyklę traktavo kitaip, nei VLK ir Vilniaus TLK, patikrinimo metu minėti neatitikimai buvo fiksuoti. Patikrinimo pažymoje Vilniaus TLK tai konstatavo kaip formalią (nepadariusią žalos Fondo biudžetui) klaidą.

Trečiasis suinteresuotas asmuo VLK atsiliepimuose į skundą (I t., b. 1. 81–84, 108–109) prašė pareiškėjo skundą atmesti kaip nepagrįstą.

Trečiasis suinteresuotas asmuo nurodė, kad pareiškėjas nesilaikė įstatymu nustatytos ikiteisminės ginčų nagrinėjimo tvarkos. Pabrėžė, kad pareiškėjas klaidingai pritaikė Apmokėjimo tvarkos 4.18 p. nuostatas teikdama apmokėjimui iš Fondo biudžeto stacionarinių psichiatrijos paslaugų išlaidas, nes tik pirmosios hospitalizacijos metu gautą apmokėjimą už pilną normatyvą perskaičiuodavo už faktinę gydymo trukmę. Antrosios hospitalizacijos atveju pareiškėjas nepagrįstai teikdavo apmokėjimui išlaidas už visus faktiškai ligoninėje praleistus lovadienius. Dėl klaidingai traktuojamos lovadienių perskaičiavimo taisyklės, kai kuriais pakartotinės hospitalizacijos (nepakankamai efektyvaus gydymo) atvejais pareiškėjas už abi hospitalizacijas teikė apmokėjimui didesnę, negu yra normatyvinis, lovadienių skaičių. Tais atvejais, kai paciento nereikia pakartotinai hospitalizuoti, paslaugos teikėjas negali gauti Fondo biudžeto lėšų daugiau, negu nustatyta bazinė kaina už normatyvinę gydymo trukmę. Taip pat patvirtino atsakovo poziciją dėl išvykusio iš stacionaro asmens statistinės kortelės (forma 066/a-LK) pildymo.

Vilniaus apygardos administracinis teismas 2012 m. gegužės 21 d. sprendimu (b. l. 84-90) pareiškėjo skundą patenkino ir panaikino Vilniaus teritorinės ligonių kasos 2010 m. birželio 14 d. ekspertizės protokolą Nr. 1EP-62 (pakeistą 2010 m. rugpjūčio 5 d.).

Teismas nustatė, kad Vilniaus TLK, atlikusi pareiškėjo patikrinimą, 2010 m. birželio 14 d. surašė ekspertizės protokolą Nr. 1EP-62, kurio 7 p. užfiksuotos tikrinant nustatytos aplinkybės: Ligoninėje 57 pacientams, gydytiems dėl endogeninių psichikos sutrikimų, pirmųjų ir pakartotinių hospitalizacijų normatyvinių gydymo profilių gydymo trukmė neatitiko nustatytų reikalavimų ir buvo apmokėta iš Fondo biudžeto lėšų pažeidžiant Sveikatos apsaugos ministro 1998 m. birželio 18 d. įsakymo Nr. 329 „Dėl bazinių kainų patvirtinimo“ 4.18 p. nuostatas. Žala Fondo biudžetui – 176 765,10 Lt. Vadovaujantis Sveikatos priežiūros įstaigų įstatymo 59 str. 3 p. (žala išieškoma nuo 2009 m. gegužės 24 d.), žala Fondo biudžetui 148 739,48 Lt (7.2.2 p.); Ligoninė, pildydama Išvykusio iš stacionaro asmens statistinės kortelės (forma 066/a-LK) grafą „Lovadienių skaičius“, pažeidė Sveikatos apsaugos ministro 1998 m. lapkričio 26 d. įsakymu Nr. 687 „Dėl medicininės apskaitos dokumentų formų tvirtinimo“ patvirtintų formos Nr. 066/a-LK metodinių rekomendacijų III dalies 5 p. bei Vilniaus TLK ir Ligoninės 2009 m. vasario 27 d. sutarties Nr. 10-09 4.1.1 p. reikalavimus (7.2.3 p.). Šio protokolo 8 p. nurodoma, kad Fondo biudžetui yra padaryta 148 739,48 Lt žala, o 9 p. nustatytas įpareigojimas iki 2010 m. liepos 14 d. grąžinti Fondo biudžetui padarytą žalą, pervedant minėtą sumą į Valstybinės ligonių kasos sąskaitą.

Nurodė, kad Vilniaus TLK 2010 m. rugpjūčio 5 d. priėmė 2010 m. birželio 14 d. ekspertizės protokolo Nr. 1EP-62 pakeitimą, kuriuo šio protokolo 7.2.2 p. pakeistas išdėstant jį taip: Ligoninėje 54 pacientams, gydytiems dėl endogeninių psichikos sutrikimų, pirmųjų ir pakartotinių hospitalizacijų normatyvinių gydymo profilių trukmė neatitiko nustatytų reikalavimų ir buvo apmokėta iš Fondo biudžeto lėšų pažeidžiant Sveikatos apsaugos ministro 1998 m. birželio 18 d. įsakymu Nr. 329 „Dėl bazinių kainų patvirtinimo“ patvirtinto 4.18 p. nuostatas; žala Fondo biudžetui 131 267,16 Lt; vadovaujantis Sveikatos priežiūros įstaigų įstatymo 59 str. 3 p. (žala išieškoma už laikotarpį nuo 2009 m. gegužės 24 d.), Fondo biudžetui padaryta žala – 99 379,72 Lt.

Vadovaudamasis Viešojo administravimo įstatymo 8 straipsnio 1 dalies nuostatomis, pažymėjo, kad iš ginčijamo Vilniaus TLK 2010 m. birželio 14 d. ekspertizės protokolo Nr. 1EP-62 (pakeisto 2010 m. rugpjūčio 5 d.) matyti, kad pareiškėjui formuluojami įpareigojimai yra nustatyti šio protokolo 9 p. (iki 2011 m. liepos 14 d. grąžinti Fondo biudžetui 148 739, 48 Lt padarytą žalą) ir 11 p. (įpareigojimas griežtai vadovautis Sveikatos apsaugos ministerijos 1998 m. lapkričio 26 d. įsakymu Nr. 687 „Dėl medicininės apskaitos dokumentų formų tvirtinimo“, Sveikatos apsaugos ministerijos 1998 m. birželio 18 d. įsakymo Nr. 329 „Dėl bazinių kainų patvirtinimo“ bei Vilniaus TLK ir Ligoninės sutarties nuostatomis). Nurodė, kad Vilniaus TLK 2010 m. birželio 14 d. ekspertizės protokolas (pakeisto 2010 m. rugpjūčio 5 d.) laikytinas viešojo administravimo aktu, todėl nenuginčijus (neginčijant) jo teisėtumo ir pagrįstumo, protokole formuluojami reikalavimai ir nurodymai turi būti vykdomi. Ekspertizės protokolo teisinė reikšmė suponuoja ir tai, kad jame turi būti tiksliai nurodyta reikalavimų apimtis (mastas), t. y. Fondui dėl galimai neteisėtų pareiškėjo veiksmų padaryta žala turi būti grindžiama tiksliais, aiškiais, detaliais apskaičiavimais, o pareiškėjai adresuojamas privalomasis nurodymas šią žalą atlyginti turi būti pagrįstas objektyviai nustatytais faktais.

Atkreipė dėmesį, kad Vilniaus TLK 2010 m. rugpjūčio 5 d. ekspertizės protokolo 2010 m. birželio 14 d. Nr. 1EP-62 pakeitimu buvo pakeistas pirminio ekspertizės protokolo 7.2.2 punktas. Tai, jog Fondui padarytos ir pagal Sveikatos įstaigų priežiūros įstatymo 59 str. 3 d. išieškinamos iš Ligoninės žalos dydis yra 99 379,72 Lt, iš esmės buvo pakeista konstatuojamoji sprendimo dalis, kurioje išvardinamos ekspertizės metu nustatytos aplinkybės. Tačiau pažymėjo, kad pareiškėjui tiesiogines pasekmes sukelia Vilniaus TLK 2010 m. birželio 14 d. ekspertizės protokolo Nr. 1EP-62 (pakeisto 2010 m. rugpjūčio 5 d.) 9 p., kuriuo pareiškėjas įpareigojamas iki 2010 m. liepos 14 d. grąžinti Fondo biudžetui 148 739, 48 Lt padarytą žalą, ir šioje dalyje ginčijamas sprendimas nebuvo keičiamas.

Įvertinęs nurodytas aplinkybes, teismas padarė išvadą, kad skundžiamame Vilniaus TLK 2010 m. birželio 14 d. ekspertizės protokole Nr. 1EP-62 (pakeistame 2010 m. rugpjūčio 5 d.) pareiškėjui formuluojami privalomieji įpareigojimai – iki 2011 m. liepos 14 d. grąžinti Fondo biudžetui 148 739, 48

Lt padarytą žalą – savo mastu prieštarauja to paties protokolo 7.2.2 p. nurodytoms ir atsakovo nustatytoms faktinėms aplinkybėms (apskaičiuota 99 379,22 Lt Fondui padarytos žala), todėl ginčijamas sprendimas šioje dalyje nelaikytinas pagrįstu ir teisėtu.

Be to, įvertinęs Vilniaus TLK pirminėje žalos Fondo biudžetui apskaičiavimo lentelėje pateiktus duomenis, pažymėjo, kad jie yra grindžiami 57 pozicijomis (I t., b. l. 9–18). Tuo tarpu Vilniaus TLK 2010 m. rugpjūčio 5 d. ekspertizės protokolo 2010 m. birželio 14 d. Nr. 1EP-62 pakeitimas yra grindžiamas naujai sudarytoje lentelėje pateiktais apskaičiavimais iš 54 pozicijų (I t., b. l. 58–66). Pabrėžė, kad lyginant 2010 m. rugpjūčio 5 d. sudarytoje lentelėse pateiktus apskaičiavimus, kurie laikytini skundžiamo sprendimo sudėtine dalimi, matyti, kad visos atskirose pozicijose nurodytos sumos yra perskaičiuotos ir nesutampa su pirminėje lentelėje apskaičiuotomis sumomis. Nors atsakovas atsiliepime teismui patvirtino, kad Fondui padaryta žala buvo perskaičiuota dėl padarytų skaičiavimo klaidų, tačiau dėl kokių prižasčių patikslinus apskaičiavimus buvo pašalintos 3 pozicijos, buvusios pirminiuose apskaičiavimuose, nenurodė.

Teismas atkreipė dėmesį, kad Vilniaus TLK 2010 m. birželio 14 d. ekspertizės protokole Nr. 1EP-62 (pakeistame 2010 m. rugpjūčio 5 d.) nurodoma, kad, vadovaujantis Sveikatos priežiūros įstaigų įstatymo 59 str. 3 d. nuostatomis, žala yra išieškoma už laikotarpį nuo 2009 m. gegužės 24 d. Sveikatos priežiūros įstaigų įstatymo 59 str. 3 d. nustatyta, kad sprendimas dėl įstaigų kontrolės priemonių taikymo, išskyrus pagal nurodytą šio įstatymo 58 straipsnio 1 dalies 2 punktą, privalo būti priimtas per tris mėnesius nuo pažeidimo nustatymo dienos. Tačiau iš Fondui padarytos žalos lentelėje (I t., b. l. 58–66) pateiktų duomenų analizės matyti, kad pozicijose Nr. 8, 11, 14, 37, 39, 40, 43 nurodyti laikotarpiai pilnai nepatenka į nuo 2009 m. gegužės 24 d. skaičiuotiną laikotarpį, todėl, teismo vertinimu, šiose pozicijose nurodytos sumos į Fondui padarytos žalos patikslintus apskaičiavimus yra įtrauktos nepagrįstai.

Atsižvelgiant į tai, teismas padarė išvadą, kad Vilniaus TLK 2010 m. birželio 14 d. ekspertizės protokolo Nr. 1EP-62 (pakeisto 2010 m. rugpjūčio 5 d.) 7.2.2 p. nustatytos aplinkybės (faktinis ginčijamo sprendimo pagrindas), jog nuo 2009 m. gegužės 24 d. Fondo biudžetui padaryta ir išieškotina 99 379,72 Lt žala, nėra pagrįstos objektyviais duomenimis. Todėl konstatavo, kad Vilniaus TLK 2010 m. birželio 14 d. ekspertizės protokolo Nr. 1EP-62 (pakeisto 2010 m. rugpjūčio 5 d.) dalis, kuria pareiškėjui nustatytas reikalavimas atlyginti 99 379,72 Lt žalą (9p.), pagal Viešojo administravimo įstatymo 8 str. 1 d. laikytina nepagrįsta ir neteisėta, todėl naikintina.

Dėl Vilniaus TLK 2010 m. birželio 14 d. ekspertizės protokolo 11 p. pareiškėjui formuluojamo nurodymo, pažymėjo, kad iš šalių argumentų matyti, kad tarp jų nėra ginčo dėl tų aplinkybių, jog, pildant išvykusio iš stacionaro asmens statistinės kortelės grafą „Lovadienių skaičius“, įrašai turi būti atliekami vadovaujantis Sveikatos apsaugos ministerijos 1998 m. lapkričio 26 d. įsakymo Nr. 687 „Dėl medicininės apskaitos dokumentų formų tvirtinimo“ patvirtintos formos Nr. 066/a-LK rekomendacijomis. Tačiau teismas įvertino pareiškėjo motyvus dėl naudojamos įdiegtos informacinės sistemos „Sveidra“ trūkumų, nes šioje sistemoje nenumatytas duomenų keitimas, kai pacientas 90 dienų laikotarpyje yra rehospitalizuojamas bei atsakovo argumentus, kad informacinė sistema „Sveidra“ neleidžia taisyti anksčiau įrašytų duomenų esant pakartotinei hospitalizacijai, todėl padarė išvadą, kad 2010 m. birželio 14 d. ekspertizės protokolo (pakeisto 2010 m. rugpjūčio 5 d.) 11 p. formuluojamas reikalavimas dėl stacionaro asmens statistinių kortelių pildymo negali būti pareiškėjo tinkamai įvykdytas dėl įdiegtos informacinės sistemos „Sveidra“ trūkumų, todėl minėtame punkte nurodytas įpareigojimas pagal Viešojo administravimo įstatymo 8 straipsnio 1 dalį nelaikytinas pagrįstu ir yra naikintinas.

III.

Atsakovas Vilniaus TLK (toliau – ir apeliantas) pateikė apeliacinį skundą (b. l. 88-93), kuriuo prašo panaikinti Vilniaus apygardos administracinio teismo 2012 m. gegužės 21 d. sprendimą ir priimti naują sprendimą – pareiškėjo skundą atmesti. Iš esmės pakartotojo atsiliepimuose į skundą pirmosios instancijos teismui išdėstyta poziciją.

Apeliacinis skundas grindžiamas šiais pagrindiniais argumentais:

1. Pirmosios instancijos teismas netinkamai įvertino objektyvius bylos duomenis, vertindamas ekspertizės protokolo 9 punkto nurodymą pareiškėjui iki 2011 m. liepos 14 d. gražinti Fondo biudžetui 148 739,48 padarytą žalą, nepagrįstai konstatavo, kad pareiškėjui suformuotas reikalavimas neatitiko ekspertizės metu nustatytų aplinkybių. Mano, kad 2010 m. rugpjūčio 5 d. ištaisius skaičiavimo klaidas buvo tinkamai pakeistas pirminio ekspertizės protokolo 7.2.2 punktas, Teismas padarė neteisingą išvadą dėl pareiškėjui formuluojamų privalomųjų įpareigojimų prieštaravimų. Apeliantas, siekdamas teisminiam nagrinėjimui pateikti tikslūs ir teisingus duomenis bei pripažindamas savo klaidas, sumažino Fondo biudžetui padarytos žalos dydį nuo 148 739,48 Lt iki 99 379,22 Lt, taip 2010 m. rugpjūčio 5 d. ištaisydamas skaičiavimo klaidas. Teismas šioje dalyje ginčijamą ekspertizės protokolą laikydamas prieštaraujančiu tam pačiam protokolui, padarė nepagrįstą išvadą, kad pasikeitęs žalos Fondo biudžetui dydis klaidina pareiškėją. Mano, kad jeigu Vilniaus TLK būtų keitusi ir kitus protokolo punktus (pvz., 8, 9 ir 10.1) jau prasidėjus teisminiam procesui, tai būtų neaišku, kokius iš tikrųjų punktus pareiškėjas ginčijo 2010 m. birželio 10 d. skunde teismui.
2. Skundžiamas 2010 m. birželio 14 d. ekspertizės protokolas Nr. 1EP-62 buvo tikslus, suprantamas, nedviprasmiškas, t. y., leidžiantis pareiškėjui suvokti, kokios priežastys lėmė tokį Vilniaus TLK sprendimą, t. y. remiantis ekspertizės protokolo 9 p. - iki 2010 m. liepos 14 d. gražinti Fondo biudžetui padarytą žalą. Vertinant faktines bylos aplinkybes akivaizdu, kad pareiškėjas aiškiai suvokė Vilniaus TLK administraciniame sprendime suformuluotus įpareigojimus, o nesutikdamas su jais ir skirtingai negu Vilniaus TLK traktuodamas Apmokėjimo tvarkos 4.18 punktą, 2010 m. birželio 14 d. pateikė skundą teismui dėl 2010 m. birželio 14 d. ekspertizės protokolo Nr. 1EP-62 dalies panaikinimo.
3. Mano, kad sprendime nurodęs, kad iš Fondo biudžetui padarytos žalos lentelėje pateiktų duomenų analizės matyti, kad pozicijose Nr. 8, 11, 14, 37, 39, 40, 43 nurodyti laikotarpiai nevisiškai nepatenka į nuo 2009 m. gegužės 24 d. skaičiuotiną laikotarpį, teismas padarė nepagrįstą išvadą, jog šiose pozicijose nurodytos sumos į patikslintus žalos skaičiavimus yra įtrauktos nepagrįstai. Teismas padarė neteisingą išvadą, nes, vertindamas lentelėje esančius duomenis, sistemiškai nevertino visų pacientų gydymosi laikotarpių 90 dienų laikotarpiu, kaip numato Apmokėjimo tvarkos 4.18 punktas. Apelianto nuomone, teismas padarė nepagrįstą išvadą, kad pozicijose nurodyti gydymosi laikotarpiai į tikrinimo pažymą įtraukti nepagrįstai, nes atitinkami ligonių hospitalizavimo atvejai yra ankstesni negu Vilniaus TLK atlikto patikrinimo pradžia (2009 m. gegužės 24 d.). Pabrėžia, kad Apmokėjimo tvarkos 4.18 punktas, reglamentuojantis paslaugų apmokėjimo pakartotinio hospitalizavimo atvejais tvarką, įtvirtina sveikatos priežiūros įstaigos pareigą, kai pacientai pakartotinai hospitalizuojami pagal jame nurodytus gydymo profilius per 90 dienų laikotarpį, perskaičiuojant ankstesnį mokėjimą už pirmą hospitalizaciją, už abi hospitalizacijas lėšas skaičiuojant pagal faktinę ligonio gulėjimo trukmę. Todėl atkreipia dėmesį, kad tikrinimo laikotarpis pradedamas skaičiuoti nuo 2009 m. gegužės 24 d., tačiau pacientų gydymo laikotarpių trukmė turi būti vertinama sistemiškai. Apmokėjimo tvarkos 4.18 punktas nustato apmokėjimo už pirmą ir kitas hospitalizacijas taisyklę, kuri įpareigoja atlikti vertinimą visų paciento gydymo laikotarpių, visų hospitalizacijų trukmę (90 dienų laikotarpiu). Pažymi, kad patikrinimo duomenys nurodo pirminių ir vėlesnių pakartotinių hospitalizacijų laikotarpiai, kurie dėl nurodytų aplinkybių yra ankstesni už patikrinimo pradžios (2009 m. gegužės 24 d.) laikotarpį.
4. Forma Nr. 066/a-LK „Išvykusio iš stacionaro asmens statistinė kortelė“ pritaikyta visų stacionarinių paslaugų apskaitai, todėl pildant formą psichiatrijos paslaugoms, kurioms taikoma specifinė lovadienių perskaičiavimo taisyklė, susiduriama su techninėmis problemomis, tačiau, siekiant pritaikyti minėtą Apmokėjimo tvarkos 4.18 punktu nustatytą paslaugų apmokėjimo taisyklę, pildant formą rehospitalizacijos atveju įrašoma, kiek

lovadienių pacientas faktiškai buvo gydytas, ir įrašoma faktiškai mokėtina suma už perskaičiuotus lovadienius. Todėl teismo išvada, kad pareiškėjas dėl techninio pobūdžio problemų negali tinkamai vykdyti Apmokėjimo tvarkos 4.18 punkto nuostatų yra nepagrįsta.

Trečiasis suinteresuotas asmuo VLK atsiliepime į atsakovo Vilniaus TLK apeliacinį skundą (b. l. 99-104) nurodo, kad su juo sutinka ir prašo jį patenkinti, pirmosios instancijos teismo sprendimą panaikinti, o pareiškėjo skundą atmesti. Atsiliepime iš esmės pakartojo atsiliepime į skundą pirmosios instancijos teismui išdėstyta poziciją bei palaikė atsakovo apeliacinio skundo motyvus.

Teisėjų kolegija

k o n s t a t u o j a :

IV.

Apeliacinis skundas atmestinas.

Nagrinėjamas administracinis ginčas kilo dėl Vilniaus teritorinės ligonių kasos 2010 m. birželio 14 d. ekspertizės protokolo Nr. 1EP-62 ir jo 2010 m. rugpjūčio 5 d. pakeitimo dalies dėl priskaičiuotos 99 379,72 Lt žalos privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžetui ir dėl Išvykusio iš stacionaro asmens statistinės kortelės (forma 066/a-LK) grafos „Lovadienių“ skaičiaus pildymo.

Pirmosios instancijos teismas pareiškėjo skundą patenkino ir panaikino Vilniaus teritorinės ligonių kasos 2010 m. birželio 14 d. ekspertizės protokolą Nr. 1EP-62 (pakeistą 2010 m. rugpjūčio 5 d.). Teismas konstatavo, jog ginčijamas ekspertizės protokolas yra grindžiamas netiksliais apskaičiavimais, o įpareigojimas atlyginti žalą prieštarauja sprendime nurodytoms aplinkybėms.

Atsakovas apeliaciniu skundu prašo panaikinti Vilniaus apygardos administracinio teismo 2012 m. gegužės 21 d. sprendimą ir priimti naują sprendimą – pareiškėjo skundą atmesti. Apeliantas teigia, kad pirmosios instancijos teismas netinkamai įvertino kai kurias faktines bylos aplinkybes, be to, nurodo, kad byloje šalys iš esmės ginčijosi dėl Apmokėjimo tvarkos 4.18 punkto taikymo, tačiau pirmosios instancijos teismas dėl šio klausimo nepasisakė.

Lietuvos vyriausiojo administracinio teismo teisėjų kolegija pažymi, kad tarp šalių ginčas dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 1998 m. birželio 18 d. įsakymo Nr. 329 „Dėl bazinių kainų patvirtinimo“ 4.18 punkto, kuris nurodo, kad „pakartotinai hospitalizuojant pagal gydymo profilius: psichosomatiniai susirgimai, endogeniniai psichikos sutrikimai, neuroziniai susirgimai per 90 dienų laikotarpį, mokėjimas už pirmą hospitalizaciją perskaičiuojamas ir mokama už faktinę gulėjimo trukmę, o už antrą hospitalizaciją taip pat mokama pagal faktinę gulėjimo trukmę, neviršijant sveikatos apsaugos ministro patvirtinto normatyvo“, bei Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2008 m. gegužės 16 d. įsakymo Nr. V-466 „Dėl stacionarių asmens sveikatos priežiūros paslaugų, kurių išlaidos apmokamos privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis ir bazinių kainų sąrašo patvirtinimo“ (būtent 155, 156 ir kt. eilučių), taikymo.

Lietuvos vyriausiasis administracinis teismas 2012 m. lapkričio 22 d. nutartyje administracinėje byloje Nr. A⁴⁸-2652/2012 konstatavo, kad Sveikatos apsaugos ministro 2008 m. gegužės 16 d. įsakyme Nr. V-466 dėl asmens sveikatos priežiūros paslaugų, būtent hospitalizacijos atvejų (Nr. 155, 157, 159, 161, 163, 164, 166), nustatytas normatyvas negali būti taikomas gydymo trukmei, kuri gaunama susumavus hospitalizacijos ir rehospitalizacijos laikotarpius. Rehospitalizacijos atveju turi būti mokama už faktinį gydymo laikotarpį, netaikant hospitalizacijai nustatyto normatyvo.

Pagal Lietuvos Respublikos teismų įstatymo 33 straipsnio 4 dalį (2008 m. liepos 3 d. įstatymo Nr. X-1685 redakcija) teismai, priimdami sprendimus atitinkamų kategorijų bylose, yra saistomi savo pačių sukurtų teisės aiškinimo taisyklių, suformuluotų analogiškose ar iš esmės panašiose bylose <...>; teismų praktika atitinkamų kategorijų bylose turi būti keičiama ir naujos teisės aiškinimo taisyklės analogiškose ar iš esmės panašiose bylose gali būti kuriamos tik tais atvejais, kai tai yra neišvengiama ar objektyviai būtina. Teisėjų kolegijos nuomone, nagrinėjamoje byloje nėra nei teisinio, nei faktinio pagrindo,

leidžiančio daryti išvadą, kad šioje byloje yra sąlygos kurti naują precedentą ar nukrypti nuo ankstesnės Lietuvos vyriausiojo administracinio teismo praktikos.

Teisėjų kolegijai pripažinus, kad antros hospitalizacijos atveju turi būti mokama už faktinį gydymo laikotarpį, netaikant pirmai hospitalizacijai nustatyto normatyvo, ginčo baigčiai nėra reikšmingi šalių argumentai dėl informacinės sistemos „Sveidra“ techninių savybių, todėl teisėjų kolegija dėl jų nepasisako.

Teisėjų kolegija taip pat pažymi, kad pagal Europos Žmogaus Teisių Teismo jurisprudenciją teismo pareiga motyvuoti priimtą sprendimą nėra suprantama kaip reikalavimas detaliam atsakymui į kiekvieną pareiškėjo argumentą. Todėl, atmesdamas apeliacinį skundą, apeliacinės instancijos teismas gali tiesiog pritarti žemesnės instancijos teismo priimto sprendimo motyvams (žr. Europos Žmogaus Teisių Teismo 1994 m. balandžio 19 d. sprendimą byloje *Van de Hurk v Netherlands*, pareiškimo Nr. 16034/90, 1997 m. gruodžio 19 d. sprendimą byloje *Helle v Finland*, pareiškimo Nr. 20772/92, 1999 m. sausio 21 d. sprendimą byloje *Garcia Ruiz v Spain*, pareiškimo Nr. 30544/96). Teisėjų kolegija pritaria pirmosios instancijos teismo atliktam faktinių aplinkybių vertinimui, susijusiam su ginčijamo ekspertizės protokolo nenuoseklumu, netikslumu bei neatitikimu Viešojo administravimo įstatymo 8 straipsnio 1 dalies reikalavimams.

Atsižvelgdama į pirmiau išdėstytus argumentus teisėjų kolegija daro išvadą, kad pirmosios instancijos teismas iš esmės priėmė teisėtą ir pagrįstą sprendimą, todėl atsakovo apeliacinis skundas atmestinas, o pirmosios instancijos teismo sprendimas paliktinas nepakeistas.

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

n u t a r i a:

atsakovo Vilniaus teritorinės ligonių kasos apeliacinį skundą atmesti.

Vilniaus apygardos administracinio teismo 2012 m. gegužės 21 d. sprendimą palikti nepakeistą.

Nutartis neskundžiama.

Teisėjai Ramūnas Gadliauskas

Veslava Ruskan

Arūnas Sutkevičius