

ŽALOS PRIVALOMOJO SVEIKATOS DRAUDIMO FONDO BIUDŽETUI KONCEPTUALIZACIJA

Darius Jucys, Birutė Paulikienė
Klaipėdos universitetinė ligoninė

Raktažodžiai: privalomasis sveikatos draudimo fondo biudžetas, žala, asmens sveikatos priežiūros įstaigos.

Santrauka

Asmens sveikatos priežiūros įstaigų Žalos privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžetui samprata tiek moksliniu tiek praktiniu lygmeniu aptariama labai retai. Dėl sudėtingos apmokėjimo už asmens sveikatos priežiūros paslaugas įstaigoms sistemos, mišraus pobūdžio - sutartinių ir administracinių santykių tarp teritorinių ligonių kasų ir asmens sveikatos priežiūros įstaigų, praktikoje yra problematiškas objektyvios Žalos Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžetui nustatymas. Šiame straipsnyje, remiantis teisės aktų nuostatomis, teismų praktikos analize, siekiama pateikti Žalos Privalomojo sveikatos draudimo fondui sampratos koncepciją.

Ivadas

Šio straipsnio tyrimo objektas – Žalos Privalomojo sveikatos draudimo fondo (toliau tekste - PSDF) biudžetui samprata, jos realumo suvokimas sveikatos priežiūros įstaigų kontrolės procedūrą atliekančiose teritorinėse ligonių kasose (toliau tekste - TLK) ir Lietuvos Respublikos (toliau tekste - LR) teismų praktikoje. Temos aktualumą lemia labai specifinis apmokėjimo už asmens sveikatos priežiūros paslaugas Lietuvoje reglamentavimas. LR teisės aktai reglamentuoja sudėtingą apmokėjimo už paslaugas sistemą, kurioje, siekiant subalansuoti valstybinius, asmens sveikatos priežiūros įstaigoms (toliau tekste - ASPI) skiriamus metinius biudžetus bei suteikiamų paslaugų poreikį, suteiktų paslaugų skaičius dauginamas iš tam tikrų koeficientų. Praktikoje įstaigų gaunama suma priklauso ne nuo suteiktų paslaugų skaičiaus, o nuo iš anksto suplanuoto ir metų pradžioje paskirto biudžeto dydžio. Dėl šių aplinkybių ir žalos PSDF biudžetui klausimas tampa labai painus. Jei žala PSDF biudžetui iš įstaigų būtų išieškoma nepagrįstai, tokia situacija prieštarautų teisinių santykių stabilumo, teisėtų lūkesčių bei teisinės valstybės

principams. Žalos PSDF biudžetui samprata nėra aiškiai išplėtotą LR teisės aktuose, o negausi teismų praktika šioje srityje tik po truputį pradeda plėtoti realios žalos PSDF biudžetui koncepciją.

Mokslinėje literatūroje asmens sveikatos priežiūros įstaigų padaromos žalos PSDF biudžetui problematika dėl savo specifiškumo dar nėra nagrinėta. Moksliniai straipsniai, nagrinėjantys asmens sveikatos priežiūros įstaigų civilinės atsakomybės ir žalos atlyginimo klausimus, apsiriboja turitinės ir neturitinės žalos pacientų sveikatai analize.

Darbo tikslas: sisteminės teisės aktų ir teismų praktikos analizės pagrindu pasiūlyti žalos PSDF biudžetui sampratos koncepciją.

Darbo objektas ir metodas

Darbo objektas: žalos PSDF biudžetui samprata. Straipsnyje taikomas kokybinės turinio analizės metodas.

Siekiant išsiskirti tikslo, straipsnyje išskirti esminiai santykių tarp teritorinių ligonių kasų ir asmens sveikatos priežiūros įstaigų bruožai, išanalizuota žalos PSDF biudžetui sąvoka LR teisės aktuose, atlikta sisteminė Lietuvos teismų praktikos analizė.

1. Teisinių santykių tarp asmens sveikatos priežiūros įstaigų ir teritorinių ligonių kasų ypatumai. Dabartinis Lietuvos sveikatos priežiūros finansavimo modelis ir institucinė sveikatos draudimo sąranga turi tiek nacionalinės sveikatos sistemos tarnybos (Bevirdžio), tiek Socialinio sveikatos draudimo (Bismarko modelis) elementų [20]. Teritorinių ligonių kasų steigėja yra Valstybinė ligonių kasa, teisės aktų nustatyta tvarka prižiūrinti jų veiklą. Teritorinės ligonių kasos disponuoja Valstybinės ligonių kasos perduota PSDF lėšų dalimi. Šias lėšas TLK nustatyta tvarka naudoja išlaidoms už gydymo įstaigų suteiktas paslaugas apmokėti ir kompensuoti už išduotus vaistus.

Lietuvos Aukščiausiojo Teismo 2010-07-07 nutartyje civilinėje byloje Nr. 3K-3-320/2010 pateikti pamatiniai – ASPI ir TLK santykių principai ir teisinis jų vertinimas: „Apdraustųjų asmens sveikatos priežiūros išlaidos apmo-

kamos vadovaujantis teritorinės ligonių kasos ir sveikatos priežiūros įstaigos sutartimis. Teritorinės ligonių kasos sudaro sutartis su valstybės, savivaldybių ir kitomis licenciją sveikatos priežiūros veiklai turinčiomis arba akredituotomis šiais veiklais bei pageidaujancieriomis tokias sutartis sudaryti asmens sveikatos priežiūros įstaigomis. Teritorinių ligonių kasų ir asmens sveikatos priežiūros įstaigų sutartys, vadovaujantis LR Civiliniu kodeksu, LR Sveikatos draudimo įstatymu ir kitais įstatymais, sudaromos Sveikatos apsaugos ministerijos nustatyta tvarka, atsižvelgiant į Valstybinės ligonių kasos ir Privalomojo sveikatos draudimo tarybos nuomones (Sveikatos draudimo įstatymo 26 straipsnis). Teritorinės ligonių kasos sutartyse numatytais sąlygomis, neviršydamos patvirtinto Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto skirtų asignavimų, privalo apmokėti asmens sveikatos priežiūros įstaigų, su kuriomis jos yra sudariusios sutartis, pateiktas sąskaitas (Sveikatos draudimo įstatymo 27 straipsnis).

Pirmiau nurodytos Sveikatos draudimo įstatymo nuostatos, įtvirtinančios sutartinį teisinių santykių pobūdį tarp teritorinių ligonių kasų, kaip subjekto, vykdančio privalomąjį sveikatos draudimą, ir sveikatos priežiūros įstaigų, kartu parodo ir tarp šių subjektų susiformuojančių teisinių santykių mišrų pobūdį, suponuotą *a priori* vienos iš sutarties šalių išskirtine teisine padėtimi dėl jos kaip viešojo administravimo įgalinimus turinčio subjekto, ne tik administruojančio Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto skirtus asignavimus, bet ir atliekančio teikiamų paslaugų kiekio ir kokybės bei su tuo susijusios sveikatos priežiūros įstaigų veiklos kontrolės funkcijas, statuso. Sveikatos draudimo įstatymo 31, 32 ir 33 straipsniuose, apibrėžiančiuose Valstybinės ligonių kasos ir teritorinių ligonių kasų kompetenciją, nustatyta pareiga kontroliuoti asmens sveikatos priežiūros paslaugų, apmokamų iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto, kiekį ir kokybę, taip pat kad suteiktos asmens sveikatos priežiūros paslaugos atitiktų nustatytus reikalavimus bei su tuo susijusią sveikatos priežiūros įstaigų veiklą; tikrinti, ar teisingai išrašomos sveikatos priežiūros įstaigų sąskaitos ir su tuo susijusius buhalterinius bei kitus dokumentus. Šie administracinio teisinio pobūdžio santykiai lemia specifinę atliekant kontrolės funkcijas priimamų teisės taikymo aktų teisinę reikšmę.“ [6].

Nurodytas teisinis reglamentavimas ir jo teisinis išaiškinimas pagrindžia, kad santykiai tarp TLK ir ASPĮ yra mišraus pobūdžio. Santykiai atsiranda sutarties pagrindu, bet TLK kaip viešojo administravimo subjektas turi ir viešojo administravimo funkcijas. Lietuvos vyriausiojo administracinio teismo praktikoje TLK veiksmai buvo vertinami viešojo administravimo įstatymo aspektu: „Šios minėtose teisės normose numatytos sutartys yra administracinės, o terito-

rinė ligonių kasa, įgyvendindama jai suteiktus įgaliojimus sudaryti sutartis su asmens sveikatos priežiūros įstaigomis dėl apdraustųjų asmens sveikatos priežiūros išlaidų apmokėjimo, vykdo viešojo administravimo veiklą, kas lemia, jog atitinkamos teritorinės ligonių kasos veiksmai, atliekant šią viešojo administravimo veiklą, pirmiausia yra vertinami pagal viešąjį administravimą reglamentuojančias nuostatas, įtvirtintas Lietuvos Respublikos viešojo administravimo įstatyme.“ [12-14].

Apmokėjimo tvarką už asmens sveikatos priežiūros paslaugas reglamentuojantis LR sveikatos apsaugos ministro 2006 m. gruodžio 22 d. įsakymu Nr. V-1113 patvirtintas „Asmens sveikatos priežiūros paslaugų išlaidų apmokėjimo tvarkos aprašas“ nulemia specifinį paslaugų apmokėjimo modelį, kai už paslaugas atsiskaitoma ne pagal realiai suteiktas paslaugas ir nustatytas jų nekintančias kainas, o mokama už faktiškai suteiktą paslaugų kiekį pagal šių paslaugų bazines kainas (balais), taikant sveikatos apsaugos ministro nustatytą bazinių kainų balo vertę [9]. Balo vertės dydis kinta priklausomai nuo įstaigos suteikto paslaugų kiekio, t.y. kuo daugiau paslaugų įstaiga suteikia, tuo mažesnė paslaugos kaina. TLK ir ASPĮ, sudarydamos sutartis dėl paslaugų teikimo ir apmokėjimo iš PSDF biudžeto susitaria dėl galutinių metinių sutartinių sumų. Sutartinė suma yra realiai gydymo įstaigai iš PSDF sumokėta suma, tačiau ji nebūtinai atitinka gydymo įstaigos realiai suteiktų asmens sveikatos priežiūros paslaugų kiekį ir kainą. Teisinis reglamentavimas nulemia, kad kiekvieną mėnesį gydymo įstaigos gauna finansavimą, neviršijantį 1/12 metinės sutartinės sumos: jeigu ASP paslaugų suteikta mažiau nei numatyta mėnesio finansavimo suma, įstaigai finansavimas skiriamas pagal faktą, jeigu suteiktų paslaugų kaina viršija numatytą sutartinį mėnesio biudžetą, įstaigai mokama sutartinė suma. Metų pabaigoje, jeigu yra galimybė, Valstybinė ligonių kasa skiria papildomas (viršsutartines) lėšas, iš kurių įstaigoms dalinai sumokama už suteiktas ASP paslaugas, už kurias liko nesumokėta metų eigoje. Asmens sveikatos priežiūros įstaigų finansavimas vyksta griežtai pagal sutartyje numatytas sumas, neatsižvelgiant į ligoninės realiai suteiktų asmens sveikatos priežiūros paslaugų kiekį, todėl iš esmės net ir teoriškai šiuo atveju neįmanomas realios turinės žalos padarymas. Apmokėjimo už paslaugas tvarka dėl savo apimties ir sudėtingumo nėra šio straipsnio tyrimo objektas, todėl skirtingų paslaugų grupių apmokėjimo ypatumai šio tyrimo apimtyje nagrinėjami nebus.

Praktikoje pasitaikančios situacijos, kad įstaigos TLK pateikia apmokėjimui paslaugą, su klaidingu kodu arba už kurią, TLK nuomone, neturėjo būti mokama PSDF biudžeto lėšomis. Tokie atvejai traktuojami kaip neteisėti įstaigų veiksmai. Nustatomas skirtumas tarp suteiktos paslaugos

kainos ir, TLK nuomone, turėtos suteikti paslaugos kainos. Ši suma ekspertizės pažymoje įvardijama kaip žala PSDF biudžetui ir įstaigoms nustatomas įpareigojimas grąžinti šią žalą. Jei įstaiga nebūtų pateikusi apmokėjimui paslaugos, kuri, kaip TLK teigia, buvo pateikta neteisėtai, įstaiga pagal galiojančią paslaugų apmokėjimo tvarką (slankiojantį balą) vis tiek būtų gavusi tą pačią pinigų sumą, tik faktiškai suteiktų paslaugų suma būtų dauginta iš didesnės balo vertės. Būtent dėl šių apmokėjimo už paslaugas subtilybių kyla tiek teorinė, tiek praktinė problema, kaip gali įstaiga padaryti žalą PSDF biudžetui, jei už paslaugas atsiskaitoma kintančiu balu.

Remiantis TLK viešai skelbiamais veiklos plano įgyvendinimo ataskaitų duomenimis, 2017 metais TLK skelbia nustatytos žalos PSDF biudžetui dydį bei informaciją apie žalos sumas, dėl kurių yra kilęs ginčas ir kurių grąžinimo klausimas yra atidėtas [2, 5, 17-19] (1 lentelė).

Pateikti duomenys pagrindžia, kad praktikoje TLK nustato žalos PSDF biudžetui padarymo atvejų, tačiau jie yra labai nežymi PSDF biudžeto dalis. 2016 m. gruodžio 22 d. LR 2017 metų privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto rodiklių patvirtinimo įstatyme buvo patvirtintas 2017 metų Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžetas – 1 574 487 tūkst. eurų pajamų ir 1 574 487 tūkst. eurų išlaidų.

Taip pat šiame įstatyme buvo numatyta, kad planuojama išieškamos ar grąžinamos lėšos už PSDF biudžetui padarytą žalą 2 379 tūkst. Eur [8].

Iš viešai pateiktų duomenų, informacija apie tai, kiek teisminių ginčų, kokio dydžio sumos yra ginčijamos teismuose, nėra visiškai aišku, kadangi skirtingos TLK skirtingai supranta ir pildo šią ataskaitos grafą. Tačiau iš šių neišsamių duomenų visgi galima daryti išvadą, kad praktikoje teisminių ginčų tarp TLK ir ASPĮ pasitaiko retai. Galima to priežastis – įstaigos vengia konfliktuoti su institucija, kurios paskirtos PSDF biudžeto lėšos yra esminė ir pagrindinė asmens sveikatos priežiūros įstaigų biudžetų dalis, arba neaiški žalos PSDF biudžetui samprata ir sudėtingas ir ilgas procesas, kurio metu apskaičiuojamas objektyvus žalos dydis.

Objektyvios žalos nustatymo faktui sukelia keblumų ir liginų kasų dokumentacijos dviprasmiškumas. Atkreiptinas dėmesys į baigiamąjį TLK patikrinimų dokumentą – ekspertizės pažymą. Pats dokumento pavadinimas – ekspertizė supponuoja nuomonę, jog žala nustatyta teisingai. Net teismai, nagrinėdami tokio pobūdžio bylas, suklysta dėl tokio dokumento teisinės reikšmės. Štai Klaipėdos apylinkės teismas civilinėje byloje Nr. e2-5042-639/2017, nagrinėdamas bylą dėl galimos žalos PSDF biudžetui, konstatavo, kad buvo pa-

1 lentelė. 2017 metais teritorinės ligonių kasų nustatytos žalos PSDF biudžetui dydis bei žalos sumos, dėl kurių yra kilęs ginčas ir kurių grąžinimo klausimas yra atidėtas.

Teritorinė ligonių kasa	2017 m. nustatytos žalos PSDF biudžetui dydis	Informacija dėl 2017 m. žalos dydžio dėl kurios yra kilęs teisminis ginčas	Dokumentas
Vilniaus TLK	133 232,45 Eur	Žala PSDF biudžetui atlyginta 100 proc.	Vilniaus teritorinės ligonių kasos veiklos plano įgyvendinimo 2018-02-28 ataskaita Nr.4BR-71 [18]
Kauno TLK	45 835,11 Eur	Gauta iš ASPĮ ir vaistinių, pagal ekspertizės protokoluose numatytus terminus bei pervesta į VLK 132 470.23 Eur.	Kauno teritorinės ligonių kasos veiklos plano įgyvendinimo 2018-02-27 ataskaita Nr. 3-419 [2]
Klaipėdos TLK	90 835,66 Eur	ASPĮ grąžino žalą nurodytais terminais.	Klaipėdos teritorinės ligonių kasos veiklos plano įgyvendinimo 2018-03-06 ataskaita Nr. A5-1 [5]
Šiaulių TLK	27 821,35 Eur	TLK taikinimo komisijos sprendimu 23 247,97 Eur sumos grąžinimo klausimas atidėtas iki galutinio civilinės bylos dėl analogiškų aplinkybių išsprendimo.	Šiaulių teritorinės ligonių kasos veiklos plano įgyvendinimo 2018-02-28 ataskaita Nr. VN-3 [19]
Pavenėžio TLK	83 874,01 Eur	Dėl vykstančių teisminių ginčų, iki jie pasibaigs, iš dviejų ASPĮ gautina suma už padarytą žalą užregistruota apskaitoje kaip neapibrėžtasis turtas. Visos kitos įstaigos žalą grąžino laiku.	Panevėžio teritorinės ligonių kasos veiklos plano įgyvendinimo 2018-03-01 ataskaita Nr. 14-468 [16]

pildomai atlikta patikrinimo pažymos ekspertizė, ekspertizės pažyma nėra nugincyta ir yra galiojanti. Nors jokio papildomo veiksmo ar ekspertizės LR CPK 212-219 straipsnių prasme TLK neatliko. Tuo tarpu Lietuvos vyriausiasis administracinis teismas pakartoję analogišką Lietuvos vyriausiojo administracinio teismo praktikoje suformuotą poziciją, jog „ekspertizės pažyma nėra individualus administracinis aktas ir pati savaime teisiųjų pasekmių nesukuria. Dėl šios priežasties aplinkybė, jog ekspertizės pažyma nėra nugincyta ir yra galiojanti, savaime nereiškia, jog ligonių kasos neturi įrodyti pažymoje užfiksuotų aplinkybių, taip pat ir žalos egzistavimo“ [15]. Todėl apeliacinės instancijos teismas ištaisė esminę klaidą ir konstatavo, jog pirmosios instancijos teismas nepagrįstai rėmėsi išimtinai ieškovės surašytais dokumentais – patikrinimo pažyma ir ekspertizės pažyma, kurie yra atliktos kontrolės procedūros dokumentai, tačiau nevertino ir neanalizavo jų turinio, nustatytų pažeidimų ir žalos dydžio, nenustatė, ar egzistuoja visos privalomosios civilinės atsakomybės sąlygos, taip pat, atsakovei neigiant galimos žalos realumą, nevertino atsakovės pateiktų įrodymų, nenustatė, ar PSDF biudžetui padaryta reali žala.

Toks reglamentavimas reiškia, kad teismo proceso metu tiek asmens sveikatos priežiūros įstaiga, tiek TLK yra lygiateisės proceso dalyvės ir abiem galioja įpareigojimas grįsti savo motyvus įrodymais ir rungtis teismo proceso metu. Tokios pozicijos laikosi ir kasacinis teismas, pavyzdžiui, Lietuvos Aukščiausiojo Teismo 2010-07-07 nutartis, priimta civilinėje byloje Nr. 3K-3-320/2011 [6], 2018 m. rugsėjo 6 d. Klaipėdos apygardos teismo nutartis, priimta civilinėje byloje Nr. e2A-343-513/2018 [3], išaiškinęs, jog nepriklausomai nuo tarp šalių susiklosčiusių specifinių teisiųjų santykių pobūdžio, šios kategorijos bylose taip pat galioja rungtimosi principas (LR CPK 12 straipsnis), reiškiantis, kad įrodinėjimo pareiga ir pagrindinis vaidmuo įrodinėjant tenka įrodinėjamų aplinkybių nustatymu suinteresuotoms šalims (LR CPK 178 straipsnis), o nagrinėjama ekspertizės pažyma, kaip jau minėta, nėra įrodymas, savaime turintis didesnę įrodomąją galią.

Kaip vieną pagrindinių problemų, nagrinėjant analogiško pobūdžio bylas, teismai ir nurodo aplinkybę, kad kontrolės funkciją atliekanti institucija nė vienu atveju neįrodinėja aplinkybės, kaip sveikatos priežiūros įstaigos padarytas veikimas ar neveikimas, pvz., suteiktos paslaugos kodavimo klaida, galėjo lemti išmokėtos pagal sutartį sumos dydį ar jos pasikeitimą.

Apibendrinant galima teigti, kad teritorinių ligonių kasų ir asmens sveikatos priežiūros įstaigų santykių specifiškumą lemia tai, kad santykiai tarp šių šalių yra mišraus pobūdžio - administraciniai ir sutartiniai. Apmokėjimo už paslaugas reglamentavimas yra labai sudėtingas žaidimais balais, sie-

kiant subalansuoti biudžetą, už paslaugas mokama faktiškai suteiktų paslaugų skaičių dauginant iš kintančio balo. Dėl žalą nustatančių dokumentų dviprasmiškos teisinės reikšmės, yra negausi ginčų tarp šalių ikiteisminė ir teisminė praktika. Dėl to būtina žalos PSDF biudžetui sampratos teorinė ir praktinė analizė.

2. Žalos privalomojo sveikatos draudimo fondui teisinis reglamentavimas. Teisės aktai labai lakoniškai reglamentuoja žalos PSDF biudžetui sąvoką. LR sveikatos draudimo įstatymo 2 straipsnis numato, kad Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžetas yra įstatyme nustatytų pajamų ir išlaidų planas biudžetiniams metams [10].

Valstybinės ligonių kasos direktoriaus 2016 m. birželio 13 d. įsakymu Nr. 1K-182 patvirtintame „Asmens sveikatos priežiūros įstaigų, vaistinių ir kitų įmonių bei įstaigų, sudariusių sutartis su Valstybine ligonių kasa prie Sveikatos apsaugos ministerijos ar teritorinėmis ligonių kasomis, padarytos žalos Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžetui nustatymo tvarkos aprašo“ 2 punkte yra nustatyta žalos PSDF biudžetui sąvoka: „Žala PSDF biudžetui – PSDF biudžeto išlaidos, susidariusios dėl asmens sveikatos priežiūros įstaigų, vaistinių ir kitų įmonių bei įstaigų, sudariusių sutartis su Valstybine ligonių kasa prie Sveikatos apsaugos ministerijos ar teritorinėmis ligonių kasomis, padarytų teisės aktų pažeidimų ar kitų pažeidimų, dėl kurių pasikeičia iš PSDF biudžeto mokama kompensuojamoji suma už suteiktas asmens sveikatos priežiūros paslaugas, skirtus, išrašytus ir išduotus (parduotus) vaistus ir medicinos pagalbos priemones bei pagamintas ir (ar) pritaikytas ortopedijos technines priemones.“ [11].

Būtent šiai aprašo sąvokai reikalinga gilesnė analizė. Pagal šią nuostatą, žala PSDF biudžetui yra – PSDF biudžeto išlaidos, dėl kurių pasikeičia iš PSDF biudžeto mokama kompensuojamoji suma. Esminė praktinė problema ir yra, kaip TLK ir įstaigoms teisingai apskaičiuoti, kaip dėl įstaigos atliktų veiksmų pasikeitė iš PSDF biudžeto mokama kompensuojamoji suma. Šio pokyčio apskaičiavimas ir įrodymas yra pamatinis ginčo tarp šalių objektas. Apraše nurodyta lakoniška pokyčio apskaičiavimo formuluotė yra netiksli ir neaiški, iš jos nėra neaišku, ar apskaičiuojant žalą, atsižvelgiama į apmokėjimo už paslaugas pagal balų sistemą tvarką, visą sutartinę sumą, realiai suteiktų paslaugų kiekį ir pan.

Lietuvos Aukščiausiojo Teismo, nagrinėdamas specifinius ginčus tarp teritorinių ligonių kasų ir asmens sveikatos priežiūros įstaigų nurodė, kokias teisiniais pagrindais TLK privalo vadovautis, reikalaujamos atlyginti žalą PSDF biudžetui: „teritorinių ligonių kasų teisė reikalauti atlyginti žalą reglamentuojama ir specialaus Sveikatos draudimo įstatymo 33 straipsnio 9 punkte, pagal kurį, vadovaudamasi CK ir kitais įstatymais, jos reikalauja iš sveikatos priežiūros įstaigų

atlyginti Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžetui padarytą žalą. Taigi teritorinės ligonių kasos, vykdydamos Sveikatos draudimo įstatymo 33 straipsnio 6, 7 punktuose nustatytas kontrolės funkcijas ir nustačiusios sutarčių, sudarytų su asmens sveikatos priežiūros įstaigomis, pažeidimus, Sveikatos draudimo įstatymu įpareigotos reikalauti atlyginti iš asmens sveikatos priežiūros įstaigų Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžetui padarytą žalą.“ [6]

Žalos PSDF biudžetui priteisimo klausimai reglamentuojami LR CK bendrosiomis nuostatomis dėl sutartinių prievolių vykdymo ir civilinės atsakomybės kilimo sąlygų. LR civilinio kodekso 6.256 str. 1 d. reglamentuojama, kad kiekvienas asmuo privalo tinkamai ir laiku vykdyti savo sutartines prievoles. LR civilinio kodekso 6.246 str. 1 d. numato, jog civilinė atsakomybė atsiranda neįvykdžius įstatymuose ar sutartyje nustatytos pareigos (neteisėtas neveikimas) arba atlikus veiksmus, kuriuos įstatymai ar sutartis draudžia atlikti (neteisėtas veikimas), arba pažeidus bendro pobūdžio pareigą elgtis atidžiai ir rūpestingai.

Lietuvos Aukščiausiojo Teismo 2014-07-03 nutartyje civilinėje byloje Nr. 3K-3-369/2014 pateikti pagrindiniai civilinės atsakomybės taikymo principai: „Civilinė atsakomybė – tai turtinė prievolė, kurios viena šalis turi teisę reikalauti atlyginti nuostolius (žalą) ar sumokėti netesybas (baudą, delspinigius), o kita šalis privalo atlyginti padarytus nuostolius (žalą) ar sumokėti netesybas (baudą, delspinigius) (CK 6.245 straipsnio 1 dalis). Pagal CK 6.246 straipsnį, civilinė atsakomybė atsiranda neįvykdžius įstatymuose ar sutartyje nustatytos pareigos (neteisėtas neveikimas) arba atlikus veiksmus, kuriuos įstatymai ar sutartis draudžia atlikti (neteisėtas veikimas), arba pažeidus bendro pobūdžio pareigą elgtis atidžiai ir rūpestingai. Neteisėtumu laikomas ne tik konkretaus įstatymuose ar sutartyje nustatyto įpareigojimo nevykdymas, bet ir bendro pobūdžio pareigos elgtis atidžiai ir rūpestingai pažeidimas. Neteisėti veiksmai – tai veikimas arba neveikimas, bet abiem atvejais jie turi būti neteisėti – prieštarauti teisinių aktų (įstatymų, kitų norminių aktų) nuostatomis ar teisei (pažeidžiama bendro pobūdžio pareiga elgtis atidžiai ir rūpestingai). Neveikimas yra tada, kai asmeniui nustatyta pareiga ką nors atlikti, ką nors daryti, koku nors būdu elgtis ar dar kitoks nurodymas būti aktyviam, bet asmuo tos pareigos nevykdo. Tai neteisėta, jeigu nurodyto pobūdžio elgesio reikalaujama teisės aktų ar teisės pagrindu. Neteisėti veiksmai, kaip civilinės atsakomybės pagrindas, nustatomi pagal tai, ar asmuo turėjo teisinę pareigą ir ar objektyviai šią pareigą įvykdė. Reikalaujanti atlyginti žalą šalis turi įrodyti, kokį konkretų įstatymo ar sutarties įpareigojimą pažeidė atsakovas arba koku būdu jis asmeniškai pažeidė bendrą atidumo ir rūpestingumo pareigą Pažymėtina, kad civilinė atsakomybė taikytina tik esant visoms įstatyme numatytoms

privalomoms jos atsiradimo sąlygoms (CK 6.246 –6.249 straipsniai)“ [7].

LR civilinio kodekso 6.249 str. 1 dalis nustato, kad žala yra asmens turto netekimas arba sužalojimas, turėtos išlaidos (tiesioginiai nuostoliai), taip pat negautos pajamos, kurias asmuo būtų gavęs, jeigu nebūtų buvę neteisėtų veiksmų. Esminis principas, siekiant prisiteisti žalą, yra tas, kad žala yra privaloma civilinės atsakomybės sąlyga, ji nėra preziumuojama, todėl jos faktą ir dydį privalo įrodyti ieškovas, nurodydamas žalos dydį bei pateikdamas įrodymus, patvirtinančius reikalavimą atlyginti padarytą žalą. Kiekvienu atveju taikant sutartinę atsakomybę turi būti analizuojamos ir vertinamos visos civilinės atsakomybės taikymo sąlygos (CK 6.245–6.2.249 str.).

Tokios pačios pozicijos laikosi ir kasacinis teismas, išaiškinęs, kad remiantis bendrosiomis CPK įvirtintomis įrodinėjimo taisyklėmis, šalis, veikianti kaip kontrolės funkcijas atlikęs subjektas ir kartu kaip įstatymo įpareigotas reikalauti PSDF biudžetui padarytos žalos atlyginimo subjektas, įgyja pareigą visomis CPK leistinomis įrodinėjimo priemonėmis įrodinėti tokį kitos šalies ginčijamą pažeidimą buvus [6].

Taigi šios nuostatos suponuoja, kad teritorinės ligonių kasos, kaip sutarties šalis ir kaip viešojo administravimo įgaliojimus turintis subjektas, manydamas, kad buvo atlikti neteisėti veiksmai ir padaryta žala PSDF biudžetui, turi teisę ir pareigą ją išieškoti, vadovaudamasi LR civilinio proceso kodekso nuostatomis, taikant civilinės atsakomybės instituto elementus – civilinio proceso kodekso leistinomis įrodinėjimo priemonėmis įrodyti ir pagrįsti civilinės atsakomybės kilimo sąlygas (neteisėtus veiksmus, žalą, kaltą, priežastinį ryšį).

3. Žalos samprata PSDF biudžetui pagal Lietuvos Respublikos teismų praktiką. Praktinis TLK ir ASPI ginčų nagrinėjimas teismuose yra labai sudėtingas ir ilgas procesas, reikalaujantis specializuotų žinių, kartais net kompleksinių ekspertinių vertinimų. Bet tik tokie sudėtingi teisiniai procesai padėjo suformuoti praktinius aukščiau nurodytų teisės aktų taikymo aspektus.

Nagrinėjant tokio pobūdžio bylas ir skaičiuojant, ar tikrai buvo padaryta žala PSDF biudžetui naudojamos specialiomis žiniomis, t.y. atitinkamą išsilavinimą bei specialiai suteiktą teisę teikti išvadas, specialistų žiniomis. Panevėžio apygardos teismo civilinėje byloje Nr. 2A-6-212/2018 [16], Klaipėdos apylinkės teismo civilinėje byloje Nr. e2-1034-1032/2018 [4] buvo paskirtos apskaitos ir finansų ekspertizės, kurias atliko Lietuvos teismo ekspertizės centras. Ekspertų ir auditorių išvados – žalos PSDF biudžetui padaryta nebuvo. Eksperto išvada yra vienas iš įrodymų, numatytų LR civilinio proceso kodekso 177 straipsnyje. Teismų praktikos analizė rodo, kad tokio pobūdžio byloje, siekiant teisingai apskai-

čiuoti ir nustatyti, ar buvo padaryta žala PSDF biudžetui, reikalingos specialiosios žinios. Specialiosios žinios – tai mokslo, technikos ar bet kurios kitos žmogiškosios veiklos srities žinios, įgytos išsilavinimo, specialaus studijavimo arba profesinės veiklos dėka, naudojamos gauti įrodomąją arba kitą informaciją [1].

Klaipėdos apygardos teismo 2018 m. rugsėjo 6 d. nutartyje civilinėje byloje Nr. e2A-343-513/2018 buvo nagrinėjamas ginčas tarp TLK ir ASPĮ [3]. Teismas, įvertinęs įprastai TLK nurodomą argumentą, jog teisės aktai nenumato pareigos apskaičiuoti realiai padarytą žalą, nes vadovaujantis Valstybinės ligonių kasos direktoriaus 2012-11-15 įsakymu Nr. 1K-282 patvirtintu Žalos nustatymo principų aprašo 4.1 punktu žalos PSDF biudžetui dydis atitinka dalį kompensuojamosios ASPP kainos, kai asmens sveikatos priežiūros įstaigų apskaitos dokumentuose nurodoma brangesnė ASPP (stacionarinė ar ambulatorinė) nei buvo suteikta, paneigė šį teiginį. Teismas pažymėjo, jog ši įsakymo nuostata nepaneigia ieškovės pareigos įrodyti žalą buvus realią. To paties įsakymo 2 punkte apibrėžta, jog „žala PSDF biudžetui – PSDF biudžeto išlaidos, susidariusios dėl asmens sveikatos priežiūros įstaigų (...), sudariusių sutartis su Valstybine ligonių kasa prie Sveikatos apsaugos ministerijos ar teritorinėmis ligonių kasomis, teisės aktų pažeidimų ar kitų pažeidimų, dėl kurių pasikeičia iš PSDF biudžeto skiriama kompensuojamoji suma už suteiktas ASPP (...)“. Todėl, teismo formuojama koncepcija, kad kiekvienu atveju TLK privalo įrodyti, jog dėl tam tikrų asmens sveikatos priežiūros įstaigos veiksmų PSDF biudžetas realiai patyrė išlaidas, ypač vertinant nustatytą aplinkybę, jog įstaiga ASP paslaugų suteikė daugiau nei jai buvo sumokėta iš PSDF biudžeto, ir ar atitinkamais metais išmokėtos sumos neviršijo ASPI sutartyje numatyto PSDF biudžeto metams.

Analogiška nuomonė išsakyta Utenos apylinkės teismo Anykščių rūmų 2016 m. gruodžio 20 d. sprendime Nr. 2-935-266/2016 [21], Panevėžio apygardos teismo 2018-04-23 d. nutartyje Nr. 2A-6-212/2018 [17], Klaipėdos apylinkės teismo Klaipėdos miesto rūmų 2018-06-29 d. sprendime Nr. e2-1034-1032/2018 [4].

Klaipėdos apygardos teismo 2018 m. rugsėjo 6 d. nutartyje civilinėje byloje Nr. e2A-343-513/2018 toliau išplėtotą žalos sampratos koncepcija: „turtinės žalos atlyginimas pirmiausia turi būti vertinamas kaip kompensacinė priemonė, būtina atkurti realius, o ne menamus turtinius praradimus. Teismas, vertindamas visą bylos aplinkybių kontekstą, nustatė, kad TLK prašoma priteisti žalą šiuo atveju nebuvo reali, bet labiau hipotetinė, o teisė reguliuoja tik tai, kas yra įmanoma bei egzistuoja tikrovėje (*ius imposibilitatum est non iuris*), todėl menami turtiniai praradimai negali būti kompensuojami.“ Tokiu požiūriu teismas teisingai įvertino ir

atsižvelgė į TLK ir ASPĮ paslaugų apmokėjimo specifiką [3].

Taip pat labai svarbu atkreipti dėmesį, jog teismas nepanaikina įstaigos pareigos elgtis sąžiningai ir teisėtai, laikytis teisės aktų nuostatų bei sutartinių įsipareigojimų. Klaipėdos apygardos teismas šioje nutartyje neginčijo sveikatos priežiūros įstaigos pareigos prisiimti atsakomybę už savo neteisėtai veiksmais ar neveikimu sukeltus nuostolius: „tačiau žalos dydis turi būti nustatomas toks, kuris kompensuotų patirtus realius turtinius praradimus, tačiau nesuteiktų pasipelnymo galimybės ir nesukurtų piniginio laimėjimo galimybės ieškovės naudai atsakovės sąskaita. TLK neįrodžius vienos iš privalomų civilinės atsakomybės sąlygų egzistavimo – žalos. Nenustačius vienos iš būtinųjų civilinės atsakomybės sąlygų, nėra teisinio pagrindo kilti ASPĮ civilinei atsakomybei.“

Teismų formuojamos praktikos žalos PSDF biudžetui priteisimo bylose rodo tendencijas, kad žala PSDF biudžetui privalo būti reali ir įrodyta LR civilinio proceso kodekso leidžiamomis įrodinėjimo priemonėmis, remiantis šalių rungtinėjimo principu.

Išvados

1. Santykiai tarp TLK ir ASPĮ yra mišraus pobūdžio – sutartiniai ir administraciniai. TLK, disponuodamos joms perduota PSDF biudžeto lėšų dalimi, vadovaujasi teisės atkais, kurie nulemia specifinį paslaugų apmokėjimo modelį, kai už paslaugas atsiskaitoma ne pagal realiai suteiktą paslaugų skaičių ir nustatytas jų nekintančias kainas, o mokama už faktiškai suteiktą paslaugų kiekį pagal šių paslaugų bazines kainas (balais), taikant sveikatos apsaugos ministro nustatytą bazinių kainų balo vertę.

2. Dviprasmiškas TLK statuso reglamentavimas ir sudėtinga apmokėjimo už paslaugas sistema nulemia objektyvios žalos PSDF biudžetui nustatymo problematiką, kurią išspręsti galima sisteminės teismų praktikos analogiškose bylose analizės pagalba.

3. Teismų praktikos išplėtotą koncepcija, kad TLK ekspertizės pažyma nėra individualus administracinis aktas ir pati savaime teisinių pasekmių nesukuria, suformavo teisinį požiūrį, kad tiek ASPĮ tiek TLK yra lygiateisės proceso dalyvės ir abiem galioja įpareigojimas grįsti savo motyvus įrodymais ir rungtis teismo proceso metu.

4. Kadangi specialieji teisės aktai labai lakoniškai reglamentuoja žalos PSDF biudžetui sąvoką, TLK, kaip sutarties šalis ir kaip viešojo administravimo įgaliojimus turintis subjektas, manydamas, kad buvo atlikti neteisėti veiksmai ir padaryta žala PSDF biudžetui, turi teisę ir pareigą ją išieškoti, vadovaudamasi LR civilinio proceso kodekso nuostatomis, taikant civilinės atsakomybės instituto elementus – civilinio proceso kodekso lestinomis įrodinėjimo priemonėmis įrodyti ir pagrįsti civilinės atsakomybės kilimo

sąlygas (neteisėtus veiksmus, žalą, kaltą, priežastinį ryšį).

5. Teismų praktikos suformuotas esminis žalos PSDF biudžetui elementas - ieškovė privalo įrodyti žalą buvus realią, t.y. kiekvienu atveju TLK privalo įrodyti, jog dėl tam tikrų asmens sveikatos priežiūros įstaigos veiksmų PSDF biudžetas realiai patyrė išlaidas. Turtinės žalos atlyginimas pirmiausia turi būti vertinamas kaip kompensacinė priemonė, būtina atkurti realius, o ne menamus turtinius praradimus. Nenustačius vienos iš būtinųjų civilinės atsakomybės sąlygų, nėra teisinio pagrindo kilti ASPĮ civilinei atsakomybei

6. Finansavimui vykstant griežtai pagal sutartyje numatytas sumas, neatsižvelgiant į sveikatos priežiūros įstaigos realiai suteiktų asmens sveikatos priežiūros paslaugų kiekį, todėl iš esmės net ir teoriškai neįmanomas realios turtinės žalos padarymas.

7. Teismų praktika nepanaikina įstaigos pareigos elgtis sąžiningai ir teisėtai, laikytis teisės aktų nuostatų bei sutartinių įsipareigojimų.

Literatūra

- Juškevičiūtė J. Specialių žinių panaudojimas tiriant nusikaltimus: būklė ir perspektyvos. Daktaro disertacija. Vilnius, 1998.
- Kauno teritorinės ligonių kasos veiklos plano įgyvendinimo 2018-02-27 ataskaita Nr. 3-419.
- Klaipėdos apygardos teismo 2018 m. rugsėjo 6 d. nutartyje civilinėje byloje Nr. e2A-343-513/2018.
- Klaipėdos apylinkės teismo Klaipėdos miesto rūmų 2018-06-29 d. sprendimas civilinėje byloje Nr. e2-1034-1032/2018.
- Klaipėdos teritorinės ligonių kasos veiklos plano įgyvendinimo 2018-03-06 ataskaita Nr. A5-1.
- Lietuvos Aukščiausiojo Teismo 2010-07-07 nutartis civilinėje byloje Nr. 3K-3-320/2010.
- Lietuvos Aukščiausiojo Teismo 2014-07-03 nutartis civilinėje byloje Nr. 3K-3-369/2014.
- LR 2017 metų privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto rodiklių patvirtinimo įstatymas 2016 m. gruodžio 22 d.
- LR sveikatos apsaugos ministro 2006 m. gruodžio 22 d. įsakymu Nr. V-1113 patvirtintas „Asmens sveikatos priežiūros paslaugų išlaidų apmokėjimo tvarkos aprašas“.
- LR sveikatos draudimo įstatymas. Nr. IX-1219, 2002-12-03, Žin., 2002, Nr. 123-5512 (2002-12-24).
- LR Valstybinės ligonių kasos direktoriaus 2016 m. birželio 13 d. įsakymu Nr. 1K-182 patvirtintame „Asmens sveikatos priežiūros įstaigų, vaistinių ir kitų įmonių bei įstaigų, sudariusių sutartis su Valstybine ligonių kasa prie Sveikatos apsaugos ministerijos ar teritorinėmis ligonių kasomis, padarytos žalos Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžetui nustatymo tvarkos aprašo“.
- Lietuvos Vyriausiojo Administracinio Teismo 2010 m. lapkričio 25 d. nutartis administracinėje byloje Nr. A⁵⁰²-1562/2010.
- Lietuvos Vyriausiojo Administracinio Teismo 2011 m. gegužės 12 d. nutartis administracinėje byloje Nr. A⁸²²-2147/2011.
- Lietuvos Vyriausiojo Administracinio Teismo 2012 m. gegužės 24 d. nutartis administracinėje byloje Nr. A⁵⁵²-1753/2012.
- Lietuvos Vyriausiojo Administracinio Teismo 2016-05-11 nutartis administracinėje byloje Nr. eAS-483-552/2016.
- Panevėžio apygardos teismo 2018-04-23 nutartis civilinėje byloje Nr. 2A-6-212/2018.
- Panevėžio teritorinės ligonių kasos veiklos plano įgyvendinimo 2018-03-01 ataskaita Nr. 14-468.
- Vilniaus teritorinės ligonių kasos veiklos plano įgyvendinimo 2018-02-28 ataskaita Nr.4BR-71.
- Šiaulių teritorinės ligonių kasos veiklos plano įgyvendinimo 2018-02-28 ataskaita Nr. VN-3.
- Švagždienė B. ir kt. Lietuvos ir Vokietijos sveikatos draudimo lyginamoji analizė. *Ekonomika ir vadyba: aktualijos ir perspektyvos*. 2011; 1(21): 124-134.
- Utenos apylinkės teismo Anykščių rūmų 2016 m. gruodžio 20 d. sprendimas civilinėje byloje Nr. 2-935-266/2016.

CONCEPTUALIZATION OF HARM TO THE BUDGET OF THE COMPULSORY HEALTH INSURANCE FUND

D.Jucys, B.Paulikienė

Key words: budget of the compulsory health insurance fund, harm, personal healthcare institutions.

Summary

Object. The object of the analysis of this article is the concept of harm to the budget of the Compulsory Health Insurance Fund (hereinafter referred to as the CHIF), perception of its tangibility in the territorial health insurance funds (hereinafter referred to as the THIF), which carry out the control procedure of healthcare institutions and in the case law of the Republic of Lithuania.

Method. In order to achieve the goal, the following has been covered in the article: the emphasis on the essential features of relations between the territorial health insurance funds and personal healthcare institutions (hereinafter referred to as the PHCI), the analysis of the concept of harm to the CHIF budget in the legal acts of the Republic of Lithuania, and the systematic analysis of Lithuanian case law. Qualitative content analysis approach is applied in the article.

Conclusion. The relationship between the THIF and the PHCI is of a composite nature, both contractual and administrative. An essential element of harm to the CHIF budget formed by the case law - the plaintiff must prove that the damage has actually occurred, i.e. in each case, the THIF must prove that, due to certain actions of the personal healthcare institution, the CHIF budget has actually incurred costs. Compensation for material damage must first be seen as a compensatory measure; it is necessary to restore the substantive, not the apparent, material losses. If one of the requirements for third-party liability is not established, there is no legal basis for the third-party liability of the PHCI to arise. The case law does not overrule the institution's duty to act in a fair and lawful manner and comply with the provisions of legal acts and contractual obligations.

Correspondence to: jucys@kul.lt