

РЕШЕНИЕ

№ 2370

гр. София, 11.04.2022 г.

В ИМЕТО НА НАРОДА

АДМИНИСТРАТИВЕН СЪД - СОФИЯ-ГРАД, Второ отделение 25 състав,
в публично заседание на 27.09.2021 г. в следния състав:

СЪДИЯ: Боряна Петкова

при участието на секретаря Мая Миланова, като разгледа дело номер **12002** по описа за **2020** година докладвано от съдията, и за да се произнесе взе предвид следното:

Производството е по чл.145 – чл.178 от Административно-процесуалния кодекс (АПК) във връзка с чл.76а, ал.4 от Закона за здравното осигуряване (ЗЗО).

Образувано е по жалба на [фирма], ЕИК[ЕИК], срещу ПИСМЕНА ПОКАНА за възстановяване на суми, получени без правно основание, с изх. №РД-25ПП-235/04.11.2020г. на управителя на Националната здравно-осигурителна каса (НЗОК). С оспорения административен акт, на основание чл.76а, ал.1 ЗЗО, дружеството е приканено доброволно да възстанови неоснователно получена сума в размер на 4400 (четири хиляди и четиристотин) лева и му е указано, че при неизпълнение на поканата, посочената сума ще бъде прихваната от следващото плащане по сключения Договор №22-2462/25.02.2020г. за оказване на болнична помощ по клинични пътеки (КП).

Жалбоподателят претендира за недействителност на оспорвания административен акт, като постановен при неспазване на установената форма, в противоречие с приложимите материалноправни норми и с целта на закона. Поддържа, че Поканата не е мотивирана и в нея не се сочи конкретно действие или бездействие от страна на лечебното заведение, което да обоснове извод, че изплатените по договора суми са получени без основание. Твърди, че актът съдържа баланкетно изброяване на правни норми, което въвежда неяснота относно естеството на нарушенията. Изтъква, че освен изброените и проверени 2 броя истории на заболяването (ИЗ) в акта не се съдържат фактически констатации за установени нарушения. Смята, че липсват данни на какво основание стойностите по проверените

ИЗ на здравноосигурени лица (З.) по КП 217.1 следва да бъдат удържани. Претендира, че лечебното заведение е изпълнило в пълен обем задължението си за оказване на медицинска помощ срещу което за здравноосигурителната каса е възникнало насрещно задължение за заплащането на тази помощ, съгласно чл.45 и чл.47 ЗЗО. Според жалбоподателя Поканата е издадена и в противоречие с принципа на съразмерност, установен в чл.6 АПК. По същество твърди, че на пациентите е била издадена фактура на стойност 650 (шестстотин и петдесет) лева, каквато е стойността на вложените медицински изделия Ultra fast fix, които не са включени в стойността на КП №217.1 и съгласно чл.82б, ал.3 от Закона за здравето (ЗЗДр.) се заплащат от пациентите по цени, определени от лечебните заведения. Поддържа, че при издаване на фактурите е било сгрешено основанието за плащане – „шев на менискус“, вместо действителното „медицински изделия, които не се заплащат от НЗОК“. Чрез процесуалния си представител адв. М., моли съда да отмени Писмена покана с изх. №РД-25ПП-235/04.11.2020г. и да осъди ответника да му възстанови сторените разноски по водене на делото пред настоящата инстанция, съгласно представения списък. Доводи за незаконосъобразност на административния акт излага и в представени по делото писмени бележки по същества на спора.

Ответникът – УПРАВИТЕЛ на Националната здравноосигурителна каса (НЗОК), оспорва жалбата. Чрез процесуалния си представител юрк. Ч. поддържа, че процесната Писмена покана е законосъобразен административен акт и не са налице сочените основания за отмяна. Не претендира за разноски. Доводи за неоснователност на жалбата излага и в представени по делото писмени бележки.

СЪДЪТ, след като обсъди доводите на страните и доказателствата събрани по делото, приема за установено от фактическа страна следното:

Жалбоподателят Многопрофилна болница за активно лечение [фирма] (МБАЛ „Св. Б.“) е лечебно заведение по смисъла на чл.9, ал.1, т.1 от Закона за лечебните заведения (ЗЛЗ). Не е спорно между страните, че в това си качество дружеството е сключило с НЗОК Договор №22-2462/25.02.2020г. за оказване на болнична помощ по клинични пътеки.

Със Заповед №РД-25-441/25.09.2020г. на управителя на НЗОК е наредено, на основание 72, ал. 2 ЗЗО, да бъде извършена проверка на МБАЛ „Света Б.“ по изпълнение на договорите на лечебното заведение за оказване на болнична медицинска помощ в съответствие с Националния рамков договор за медицинските дейности за 2020 – 2022г. (Н. 2020-2022г.) (л. 101).

За резултатите от проверката са съставени Протокол №РД-25-441-1/15.10.2020г. и Протокол за неоснователно получени суми №РД-25-441-2/15.10.2020г., които видно от отбелязванията на последните им страници, са били връчени на представляващия дружеството (л. 102 - 135).

Срещу констатациите, отразени в Протокола за неоснователно получени суми, жалбоподателят е представил писмено възражение с вх. №11-02-1093/21.10.2020г. (л. 136 - 138), в което твърди, че е била допусната техническа грешка при посочване на основанието за издаване на фактурите, като вместо „медицинско изделие, което не се заплаща от НЗОК“ е записан видът на операцията - „шев на менискус“. Изтъква, че грешката е коригирана, с издаване на кредитни известия и нови фактури, копия от които прилага.

Административното производство е приключило с постановяване на

процесната Писмена покана с изх. №РД-25ПП-235/04.11.2020г. В мотивите на административния акт е възприето следното: От приложените фактури с №, № 6806/17.07.2020г., 6778/19.06.2020г. е видно, че З. Д. В. М. и Н. В. А. са заплатили суми в размер по 650 (шестотин и петдесет) лева за „шев на менискус“, което е основната оперативна процедура с код *81.43. Същата медицинска дейност е описана в оперативните протоколи, с което се доказва, че на пациентите М. и А. е била извършена процедура „шев на менискус“, която е заплатена от З.. При отчитане на медицинската дейност в НЗОК, респ. РЗОК, лечебното заведение е било наясно, че за едно и също нещо ще получи два пъти заплащане – един път от НЗОК и втори път от пациентите. Това поведение административният орган е определил като недопустимо от страна на лечебното заведение, тъй като на пациентите са издадени фактури за „шев на менискус“, а не за медицински изделия, които не се заплащат от НЗОК, като само се твърди, че е допусната техническа грешка. В резултат на тези установявания управителят на НЗОК е приел, че сумата 4400 лева по КП № 217.1 „Оперативни процедури с голям обем и сложност на таза и долен крайник“, основен код *81.43 „триадно възстановяване на коляно“, за лечението на З. Д. В. М., ИЗ № 528 и на З. Н. В. А., ИЗ № 417, е била недължимо платена на лечебното заведение.

За изясняване на делото от фактическа страна е приета съдебно-медицинска експертиза (СМЕ). Заключение на вещото лице д-р В. С., специалист по ортопедия и травматология, не е оспорено от страните и съдът го кредитира като обективно и компетентно и съответно ще го обсъди при формиране на правните изводи.

При така установените факти, съдът приема от правна страна следното:

Жалбата е ПРОЦЕСУАЛНО ДОПУСТИМА.

Насочена е срещу индивидуален административен акт който подлежи на съдебен контрол за законосъобразност, съгласно разпоредбата на чл.76а, ал.4 ЗЗО. Подадена е в преклузивния срок за оспорване от активно легитимирано лице – адресат на акта.

Разгледана по същество жалбата е НЕОСНОВАТЕЛНА.

Като взе предвид изложените от жалбоподателя оплаквания и извърши проверка на оспорвания акт на всички основания за законосъобразност, съдът достигна до следните изводи:

Писмена покана изх. №РД-25ПП-235/04.11.2020г. е издадена от компетентен административен орган, в кръга на правомощията му, съгласно чл.76а, ал.3 ЗЗО.

При постановяване на оспорвания административен акт не са допуснати нарушения на административнопроцесуалните правила, които да бъдат определени като съществени и да мотивират неговата отмяна. Съдът споделя разбирането, че нарушението на процесуалните правила е съществено само тогава, когато е повлияло или е могло да повлияе върху крайното решение по същество на административния орган.

Редът и условията за осъществяване на контрол по изпълнението на договорите с НЗОК за оказване на медицинска помощ на здравноосигурените лица са изрично и изчерпателно уредени в чл.70 – чл.80 ЗЗО. В случаите когато изпълнителят на медицинска и/или дентална помощ е получил суми без правно основание, които не са свързани с извършване на нарушение по смисъла на ЗЗО или на Н., и това е установено при проверка от длъжностни лица на НЗОК, изпълнителят е длъжен да възстанови сумите, по силата на изричната разпоредба на чл.76а, ал.1 ЗЗО (приложимата редакция ДВ, бр.48/2015г.). Съгласно ал.2 на същата норма, констатациите на контролните органи се отразяват в Протокол за неоснователно

получени суми, срещу който лицето - обект на проверката, има право да представи писмено възражение.

Законът за здравното осигуряване не дава легално определение на понятието „суми, получени без правно основание“. Предвид на това настоящият състав приема, че по аналогия следва да бъде приложен гражданскоправният институт на неоснователното обогатяване – чл.55, ал.1 от Закона за задълженията и договорите (ЗЗД). Следователно фактическият състав на чл.76а, ал.1 ЗЗО изисква кумулативно наличие на три предпоставки: а) даване – преминаване на определена парична сума от НЗОК към изпълнител на медицинска и/или дентална помощ; б) получаване – увеличаване на имуществото на лицето - изпълнител на медицинска и/или дентална помощ, с дадената сума; в) даването и съответно получаването да е без основание (независимо от това дали е налице първоначална липса или последващо отпадане на основанието).

Редът и условията за предоставяне на болнична медицинска помощ, в рамките на чл.55 ЗЗО, са регламентирани в Националния рамков договор №РД-НС-01-4/23.12.2019г. за медицинските дейности между Националната здравноосигурителна каса и Българския лекарски съюз за 2020 - 2022г. Според определението, дадено в чл.288, ал.1 Н. 2020 - 2022г., клиничната пътека е система от изисквания и указания за поведение на различни видове медицински специалисти при изпълнението на определени по вид и обхват дейности по отношение на пациенти със заболявания, изискващи хоспитализация и непрекъснат болничен престой не по-кратък от 48 часа. Основните компоненти на КП, които са задължителни за изпълнение от лечебните заведения, са изрично и изчерпателно изброени в чл.292 Н. 2020 - 2022г. Според т.4 и т.6, буква „б“ на чл.292 Н. 2020 - 2022г. основен компонент за всяка КП са: а) основни кодове на процедури за всяка хирургична/интервенционална КП; процедурите в тези КП - по вид, обем, сложност, начин на осъществяване и условия за провеждане, съответстват на изискванията, посочени в утвърдените медицински стандарти, а при липса на стандарти за посочените специалности - в подписаните или приети от научните дружества за тях консенсусни протоколи за лечение (т.4) и б) индикации за хоспитализация, диагностично-лечебен алгоритъм, поставяне на окончателна диагноза и критерии за дехоспитализация, включващи: диагностично-лечебен алгоритъм: диагностично-лечебният алгоритъм е съобразен с утвърдените медицински стандарти или консенсусни протоколи и е задължителен за изпълнение, както и фармако-терапевтичните ръководства (съгласно чл.264, ал. 1, т. 4 ЗЛПХМ), за тези които са приети (т. 6, буква „б“). Съгласно чл.350 Н. 2020 - 2022г. НЗОК заплаща за периода на хоспитализация само по една КП на един пациент за комплексно лечение на основно заболяване, придружаващи заболявания и усложнения. В чл.354, ал.1 Н. 2020 - 2022г. е регламентирано, че при КП, която не е завършена, индикациите за хоспитализация, диагностично-лечебният алгоритъм и/или критериите за дехоспитализация не са спазени, дейността не се заплаща, както и вложените медицински изделия и приложените лекарствени продукти, чиято стойност не се включва в цената на КП.

В случая няма спор между страните и се установява с приетата и неоспорена СМЕ, че и при двете З. М. и А. проверяваното лечебно заведение е спазило изискванията за процедурата по клиничната пътека по вид, обем, сложност и начин на провеждане. Според заключението на вещото лице при проследяване на процесните две ИЗ на З. Д. М. и Н. А. се установява, че предоставената медицинска помощ

съответства по вид, обем и качество на договорената и на изискванията на КП №217.1. Спорни по делото са въпросите получило ли е лечебното заведение двойно заплащане за извършване на една и съща дейност по двете хоспитализации; спазен ли е диагностично-лечебният алгоритъм на КП. Извършените оперативни процедури по КП №217.1 при пациент с ИЗ №528/2020г. и при пациент с ИЗ № 417/2020г., подробно описани в епикризите, са били проведени съобразно код *81.43 от посочената клинична пътека (видно от Оперативен протокол №404/15.07.2020г. и Оперативен протокол №319/10.06.2020г.). Тези оперативни процедури са част от КП №217.1, влизат в цената на КП и не се заплащат отделно от пациента. Описаните в оперативните протоколи процедури с код *81.43 са част от диагностично-лечебния алгоритъм на КП №217.1 и са включени в цената на клиничната пътека, която НЗОК е заплатила на лечебното заведение. Повторното им заплащане е недопустимо съгласно чл.30, т.5 Н. 2020 - 2022г. Установено е, че лечебното заведение е получило двойно заплащане за извършване на една и съща дейност по двете хоспитализации. Лечебното заведение е отчело медицинска дейност по КП №217.1, *81.43 „Триадно възстановяване на коляно“ и за двамата посочени пациенти, която влиза в цената на клиничната пътека и е гарантирана от бюджета на НЗОК. Следователно, З. не е следвало да заплащат на лечебното заведение за тази дейност. След като диагностично-лечебният алгоритъм на КП №217.1 не е спазен, като е изисквано заплащане на дейност с код 81.43 – част от него, която влиза в цената на КП, на основание чл.354, ал.1 Н. 2020 - 2022г., дейността на КП не следва да се заплати, а заплатената такава следва да се възстанови на НЗОК като неоснователно получена. Настоящият съдебен състав намира за безспорно извършването на необходимата и дължима оперативна дейност от лечебното заведение, но тя не е следвало да са заплаща от З..

Неоснователно е направеното от жалбоподателя възражение, че административният акт не е мотивиран. В оспорената покана ясно е отразено и безспорно е установено, че и при двете хоспитализации пациентите са заплатили основната оперативна дейност, включена в цената на КП и заплатена от НЗОК на лечебното заведение. Отражено е че „Заплатената услуга от пациента към лечебното заведение влиза в цената на КП и е извършена съобразно оперативния протокол и М. код, с което лечебното заведение отчита дейността за заплащане към НЗОК/РЗОК“. Описана е фактическата обстановка, изведена от съответните ИЗ и като доказателства за плащането са посочени двете фактури - №6806/17.07.2020г. и №6778/19.06.2020 г.

Съдът намира за правилно решението на административния орган да не кредитира издадените впоследствие коригирани фактури. Видно от събраните писмени доказателства З. Д. М. с ИЗ №528 по КП №217.1 е извършил плащане с фактура №6808/17.07.2020г. на стойност 650 лева, като основание за заплащане е посочено „шев на менискус“. Впоследствие, видно от кредитно известие №6846/14.10.2020г., поради установена „техническа грешка“ в посочената фактура последната е сторнирана и е издадена нова фактура №6847/14.10.2020г., в която основанието „шев на менискус“ е заменено с „медицински изделия, които не се заплащат от НЗОК“, като стойността е останала непроменена (л. 140). Другото З. Н. А. с ИЗ №417 по КП №217.1 е извършил плащане с фактура № 6778/19.06.2020 г. на стойност 650 лева, като основание за заплащане е посочено „шев на менискус“. Впоследствие, видно от кредитно известие №6848/14.10.2020г. поради

установена „техническа грешка“ в посочената по-горе фактура, тя е сторнирана и е издадена нова фактура №6849/14.10.2020 ., в която основанието „шев на менискус“ е заменено с „медицински изделия, които не се заплащат от НЗОК“, като стойността е останала непроменена (л. 139). Тези доказателства, преценени в хипотезите на чл.115 и чл.116 от Закона за данъка върху добавената стойност (ЗДДС), съдът смята, че не изпълняват редовен фактически състав на редовна счетоводна операция. Съгласно чл.115, ал.1 и ал.2 ЗДДС при изменение на данъчната основа на доставка или при развалянето на доставка, за която е издадена фактура, доставчикът е длъжен да издаде известие към фактурата. Известието се издава задължително не по-късно от 5 дни от възникване на съответното обстоятелство по ал.1. Съгласно чл.116, ал.1 ЗДДС погрешно съставени или поправени документи се анулират и се издават нови. Известието се издава само при наличието на две обстоятелства – промяна на данъчната основа или разваляне на доставката, като основанието за издаването му трябва изрично да е посочено в документа. В случая този реквизит не е налице, т.е. основание „промяна на основанието“ не е част от фактическия състав от хипотезата на чл.115 ЗДДС. Следва да се има предвид и че датата на издаване на коригираните фактури – 14.10.2020г., е след издаването на заповедта за проверка и образуване на административното производство и след приключването ѝ на 30.09.2020г. с издаване на протокол от 15.10.2020г., обективиращ резултатите от проверката. За да породи целения ефект корекцията е следвало да бъде извършена преди отчитане на дейността на лечебното заведение пред НЗОК. Посочването само, че е допусната техническа грешка не може да се приеме като достатъчно основание за отпадане на отговорността за това неправомерно действие.

По изложените доводи, съдът в решаващия си състав приема, че Писмена покана с изх. №РД-25ПП-235/04.11.2020г. е издадена при спазване на административнопроизводствените правила и в съответствие с приложимите материалноправни норми, поради което жалбата срещу нея следва да бъде оставена без уважение.

Така мотивиран и на основание чл.172, ал.2 АПК, АДМИНИСТРАТИВЕН СЪД С.-град, ВТОРО ОТДЕЛЕНИЕ, 25^{ТИ} състав,

РЕШИ

ОТХВЪРЛЯ жалбата на [фирма], ЕИК[ЕИК], срещу ПИСМЕНА ПОКАНА за възстановяване на суми, получени без правно основание, с изх. №РД-25ПП-235/04.11.2020г. на управителя на Националната здравно-осигурителна каса.

РЕШЕНИЕТО подлежи на касационно обжалване пред Върховния административен съд на РБългария в 14-дневен срок от съобщаването му на страните.

СЪДИЯ:

Боряна Петкова