

# РЕШЕНИЕ

№ 3631

гр. София, 28.06.2012 г.

## В ИМЕТО НА НАРОДА

**АДМИНИСТРАТИВЕН СЪД СОФИЯ-ГРАД, Второ отделение 38 състав, в публично заседание на 30.05.2012 г. в следния състав:**

**АДМИНИСТРАТИВЕН СЪДИЯ: Татяна Жилова**

при участието на секретаря Цонка Вретенарова, като разгледа дело номер **8502** по описа за **2010** година докладвано от съдията, и за да се произнесе взе предвид следното:

Производството е по реда на чл.145-178 от Административно-процесуалния кодекс във връзка с чл.76 ал.2 от Закона за здравното осигуряване.

Образувано е по жалба на [фирма] със седалище и адрес на управление в [населено място], срещу писмена покана за възстановяване на суми с изх.№29.-05-18 от 20.07.2010г., издадена от директора на Столична здравноосигурителна каса /СЗОК/.

С оспорвания акт жалбоподателят е поканен, на основание чл.37, ал.3 от индивидуален договор № 22-1653/ 2009г., доброволно да възстанови заплатените от СЗОК на изпълнители на медицинска помощ средства за медико диагностични дейности (МДД) и специализирани медицински дейности (СМД), назначени от него извън определените регулативни стандарти за цялата 2009г. заедно с разрешените надвишения, общо в размер на 11 316.10 лева.

Жалбоподателят излага доводи за незаконосъобразност на оспорвания акт като издаден без фактическо и правно основание. Твърди, че не е получавал неоснователно суми. Не оспорва констатираните превишения, но твърди, че регулативните стандарти за 2009г. не са могли да бъдат спазвани, тъй като са определени не с договора, а значително по-късно – в края или по средата на тримесечието, за което се отнасят. Сочи, че разпоредбата на чл.76а от ЗЗО не е съществувала към процесния период и следователно не може да служи като правнооснование за издаване на акта. Отделно от това твърди, че щетата, нанесена на бюджета на СЗОК, не е доказана, тъй като ответникът не е установил на кого и какви суми са изплатени в резултат превишението на регулативните стандарти. Моли

съда да отмени оспорвания акт. Претендира разноски.

Ответникът – директорът на СЗОК, чрез процесуалния си представител, оспорва жалбата. Твърди, че в електронния отчет на СЗОК са отчетени медицински направления бланка, издадени от лекари, работещи при жалбоподателя, над определения брой по регулативен стандарт. Твърди, че жалбоподателят не е получил сумата, тъй като медицинските дейности са реално извършени от други лечебни заведения и са заплатени от СЗОК на тях. Издавайки направления за изследване на пациентите над определения стандарт, жалбоподателят е причинил плащания от бюджета на НЗОК над предвидените средства. Счита, че с превишението на регулативния стандарт жалбоподателят виновно е причинил вреди на НЗОК и следва да ги поправи.

Съдът, след като обсъди приетите по делото доказателства, приема за установено от фактическа страна следното:

Жалбоподателят е лечебно заведение по смисъла на чл.8, ал.1, б."а" от Закона за лечебните заведения. В това си качество последният сключва с Националната здравноосигурителна каса (НЗОК), представлявана от директора на СЗОК, Договор № 221653/24.02.2009г. за оказване на първична извънболнична медицинска помощ. Договорът е с основание чл.59, ал.1 от ЗЗО и в съответствие с Решение № РД-УС-04-17/ 20.01.2009г. на УС на НЗОК и действащите разпоредби на Националния рамков договор от 2006г. (НРД-2006г.) (обн. ДВ, бр. 106 от 2005г., в сила от 01.01.2006г.).

В последствие между лечебното заведение – жалбоподател и директора на СЗОК са подписани Протоколи за определяне на регулативни стандарти на изпълнител на първична извънболнична медицинска помощ както следва: на 06.03.2009г. - за I-во тримесечие; на 08.05.2009г. – за II-ро тримесечие; на 03.08.2009г. - за III-то тримесечие и на 13.11.2009г. – за IV-то тримесечие на 2009г., неразделна част от договора.

Със Заповед № РД-18-609/ 04.05.2010г. , издадена на основание чл.20, ал.1, т.2, чл.72, ал.2 и чл.76а, ал.1 ЗЗО, директорът на СЗОК нарежда да бъде извършена съвместна финансова проверка със служители на НЗОК на лечебното заведение – жалбоподател, със задачи: 1) контрол по изпълнение на Договора; 2) контрол по изпълнение на броя на определените СМД и стойностите на назначаваните МДД за I-во, II-ро, III-то и IV-то тримесечие на 2009г. Резултатите от проверката са отразени в Протоколи за неоснователно получени суми №ФВ-49/12.05.2010г. и № ФВ-56/ 18.05.2010г., връчени на жалбоподателя.

На основание чл.37, ал.3 от индивидуалния договор директорът на СЗОК постановява оспорвания в настоящото производство административен акт.

С административната преписка са представени тримесечните отчети на жалбоподателя за назначените от него медицински дейности.

Ответникът представя изготвен от него електронен отчет, в който са отразени назначените от жалбоподателя медицински дейности и изпълнените от други лица медицински дейности.

В изпълнение на задължението си по чл.171 ал.4 от АПК съдът указва на ответника, че не е ангажирал доказателства какви суми са били изплатени на изпълнителите на СМД и МДД в резултат на превишението на регулативните стандарти от жалбоподателя. В съдебно заседание процесуалният представител на

ответника изрично заяви, че не може да представи такива доказателства. В тази връзка твърди, че дейностите, които са отразени в електронния отчет на СЗОК като изпълнени, са и заплатени. Счита, че електронният отчет на СЗОК, представлява официален документ, поради което записите в него се считат за достоверни и не следва да се доказват.

В съдебно заседание бе изслушана съдебна икономическа експертиза, заключението по която, оспорено от жалбоподателя, се цени от съда като обективно и компетентно. Експертът, проверявайки документите по делото и представените тримесечни отчети от жалбоподателя, потвърждава установеното превишение на определените регулативни стандарти. Поради липса на платежни документи и на насрещни документи, изходящи от изпълнителите на СМД и МДД, вещото лице е определило стойността на превишението съгласно отчета на СЗОК и ценоразпис на дейностите, утвърден от УС на НЗОК, като е установило, че тя съответства на посочената в писмената покана сума.

При така установената фактическа обстановка, съдът намира от правна страна следото:

По допустимостта на жалбата:

Жалбата е процесуално допустима като е подадена в установения срок от надлежна страна и при наличие на правен интерес.

Оспорваната писмена покана представлява индивидуален административен акт по смисъла на чл. 21 от АПК. Поканата е основание за принудително събиране на суми чрез прихващане по административен ред. С нея е изразено едностранно властническо волеизявление на СЗОК, в качеството му на публично учреждение с управленски правомощия. Писмената покана създава задължение за плащане, определя способа за изпълнение на задължението - чрез прихващане, и по този начин засяга законни интереси на адресата.

По основателността на жалбата:

Разгледана по същество, жалбата е основателна.

Актът е издаден от компетентния орган, но в нарушение на производствените правила и в противоречие с материалноправните разпоредби и с целта на закона.

В противоречие с императивната норма на чл. 59, ал. 2, т. 4 АПК, оспорваният акт не посочва изрично правното основание, на което е издаден. В поканата е посочено, че задължението на жалбоподателя за възстановяване на сумата произтича от чл. 37, ал.3 от индивидуалния му договор с НЗОК. От друга страна, поканата е издадена във връзка с Протокол за неоснователно получени суми, поради което и цитираното в него правно основание – чл. 76а, ал. 1 ЗЗО, следва да се приеме като правно основание на административния акт. Това налага съдът да обсъди поотделно и двете сочени основания.

I. Разпоредбата на чл.76а от ЗЗО е неприложима в случая и не може да служи за правно основание на акта.

Редът и условията за осъществяване на контрол по изпълнението на договорите с НЗОК за оказване на извънболнична медицинска помощ на здравноосигурените лица

и налагане на санкции за констатирани нарушения са изрично и изчерпателно уредени в чл. 70 – чл. 80 и чл. 105а – чл. 105з ЗЗО. Съгласно тези норми, когато длъжностни лица от РЗОК (НЗОК) - финансови инспектори и лекари - контрольори (чл. 72, ал. 2 ЗЗО) установят нарушения на условията и реда за оказване на извънболнична медицинска помощ и работата с медицинска и финансова документация съставят Акт за установяване на административно нарушение по чл. 105а – чл. 105ж, а въз основа на него директорът на РЗОК издава Наказателно постановление. Извън санкциите по чл. 105а - чл. 105ж ЗЗО, в чл. 76б, ал. 1 е предвидена възможност директорът на РЗОК да удържа от изпълнителя на медицинска помощ сумите, получени без правно основание, в резултат на установеното по реда на чл. 73 и чл. 74 административно нарушение.

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 (чл. 105а - чл. 105ж), и това е установено при проверка от длъжностни лица на РЗОК, изпълнителят е длъжен да възстанови сумите, по силата на изричната разпоредба на чл. 76а, ал. 1 ЗЗО. Съгласно ал. 2 на същата норма, констатациите на финансовите инспектори се отразяват в Протокол за неоснователно получени суми, срещу който проверяваното лице има право да представи писмено възражение.

От анализа на текста на разпоредбата и по аналогия с гражданскоправния институт на неоснователното обогатяване – чл. 55, ал. 1 от Закона за задълженията и договорите (ЗЗД), съдът приема, че фактическият състав на чл. 76а, ал. 1 ЗЗО изисква кумулативното наличие на три предпоставки: 1/ даване – преминаване на определена парична сума от НЗОК към изпълнител на медицинска и/ или дентална помощ; 2/ получаване – увеличаване на имуществото на лицето - изпълнител на медицинска и/ или дентална помощ, с дадената сума; 3/ даването и съответно получаването да е без основание (независимо от това дали е налице първоначална липса или последващо отпадане на основанието). Следователно, за да е налице хипотезата на чл. 76а, ал. 1 ЗЗО, абсолютно необходимо условие е изпълнителят на медицинска и/ или дентална помощ да се е обогатил без основание чрез реално получаване на определена сума от НЗОК. В процесния случай нито се твърди, нито са ангажирани доказателства жалбоподателят да е получил от НЗОК сума, в размер на процесната, представляващи средства за извършени медико диагностични дейности и специализирани медицински дейности. Следователно нормата на чл. 76а ЗЗО е неприложима поради липса на една от основните предпоставки от фактическия ѝ състав.

Нормата на чл.76а ал.1 от ЗЗО е неприложима и по други съображения. Тя в сила от 01.01.2010г. и няма обратно действие за периода на проверката. Процедурата по възстановяване на неоснователно получени суми до 1.01.2010 г. беше уредена с разпоредбите на чл. 233 - чл. 235 от НРД 2006 г. и Решение № РД-УС-04-17 на НЗОК от 20 януари 2009 г., а след 1.01.2010 г. се урежда от ЗЗО. От 1.01.2010 г. е в сила НРД 2010, и с оглед на § 10 от ПЗР на НРД 2010, само за определени случаи, приложим закон е ЗЗО. Конкретният случай обаче не попада в приложното поле на § 10 от НРД за 2010г., тъй като видно от събраните доказателства, а и от оспорената покана, не е налице констатирано нарушение. Нормата на чл. 76а от ЗЗО е неприложима, тъй като е материално-правна и действа занаяпред. Изключение от този принцип е допустимо само когато по силата на изрична правна норма е предвидено обратното действие (за минал период) на материално правна норма. В конкретния случай и във връзка с тълкуванието по – горе на § 10 от НРД от 2010г. съдът намира, че такова обратно

действие на нормата на чл. 76а от ЗЗО не е придадено.

II. Като правно основание за издаване на поканата е посочен чл. 37 ал. 3 от индивидуалния договор, според който: „Изпълнителят е длъжен да възстанови на Възложителя заплатените средства за МДД и СМД, назначени от Изпълнителя извън разрешените надвишения и задължението за компенсиране”. Тази клауза не намира опора в установените факти.

В практиката си Върховният административен съд многократно е определял отговорността на лечебните заведения като договорна, произтичаща от т.нар административен договор, какъвто характер има индивидуалният договор, сключен с НЗОК. Следователно, макар и в рамките на административен съдебен процес, отговорността следва да се реализира по правилата на исковото производство, относимо към договорната отговорност. По правило договорната отговорност не е обективна. Не е обективна и отговорността на изпълнителя по индивидуалния договор. В тежест на ответника е да установи нанесената му щета и виновното поведение на жалбоподателя, каквито се твърди, че има.

Фактите, които биха могли да ангажират клаузата на чл.37 ал.3 от индивидуалния договор като самостоятелно правно основание за издаване на административния акт, не са доказани. В производството по безспорен начин се установи само фактът на превишението на регулативните стандарти, но не и стойността на заплатените дейности. Електронният отчет на СЗОК, макар и подписан от длъжностно лице, не е съставен от длъжностното лице в кръга на службата му, а представлява само извлечение от софтуерния продукт, с който касата обработва данните, следователно той няма доказателствената сила на официален документ. Обобщени, данните от електронния отчета са пренесени в табличен вид на акта. Електронният отчет, като част от административната преписка, представлява мотиви към административния акт, и подлежи на съдебен контрол. Ценоразписът, утвърден от НЗОК, също не доказва извършените плащания. Стойността на заплатените дейности следва да се установи с платежни документи или с писмени доказателства, изходящи от лицата, които са получили сумите – така, както превишението на регулативните стандарти се установява по тримесечните отчети, изходящи от жалбоподателя. Въпреки указанията, ответникът не се справи с доказателствената тежест.

В административния акт липсват мотиви, обосноваващи виновното поведение на жалбоподателя. Ответникът се е ограничил само да посочи факта на превишението на определените регулативни стандарти. В своя защита жалбоподателят изтъква несвоевременното определяне на регулативните стандарти, което прави обективно невъзможно тяхното спазване. Съгласно чл.36 ал.3 от индивидуалния договор за всяко тримесечие възложителят /НЗОК/ и изпълнителят /жалбоподателят/ подписват протокол за определяне на регулативните стандарти. Разумът изисква протоколът за определяне на стандартите да се подписва преди започване на тримесечието, за което се отнасят, или поне в самото му начало. В разглеждания случай, за първото тримесечие регулативните стандарти са определени едва през последния месец от периода, а за останалите тримесечия – в средата на периода. Възражението на жалбоподателя в тази връзка е основателно. НЗОК не определя регулативните стандарти в разумни срокове, поради което налагането на санкции за тяхното превишаване е необосновано и несправедливо.

III. При издаването на акта е допуснато съществено нарушение на административно-производствените правила, довело до ограничаване на правото на защита на жалбоподателя. За да ангажира договорната отговорност на жалбоподателя със силата на административната принуда, ответникът трябва да установи, че не са налице обстоятелства, които я изключват, каквито са изпълнението на нормативно определени задължения - с други думи казано, че жалбоподателят е действал недобросъвестно като е издавал направления за медицински дейности без да е било нужно. По силата на обратното доказване в исковия процес жалбоподателят може да установи, че са налице обстоятелства, които изключват отговорността му. Предвид липсата на мотиви в административния акт относно обстоятелството с изпълнението на кои точно медицински дейности, назначени от жалбоподателя, и с колко е ощетен бюджета на НЗОК, жалбоподателят не може да организира адекватно защитата си.

IV. Допуснати са и други съществени нарушения, които предвид задължението на съда по чл.168 ал.1 от АПК да провери законосъобразността на административния акт на всички основания, следва също да бъдат обсъдени. Извършената проверка за контрол по изпълнение на договора е извън правомощията на лекарите-контрольори по чл.74 ал.1 от ЗЗО във връзка с чл.4 ал.1 от ЗЗО.

С разпоредбата на чл.4 ал.1 от ЗЗО задължителното здравно осигуряване гарантира свободен достъп на осигурените лица до медицинска помощ чрез пакет от здравни дейности, определен по вид, обхват и обем, както и свободен избор на изпълнител, сключил договор с районна здравноосигурителна каса. Основните параметри на медицинската помощ – вид, обхват и обем - са дефинирани на различни места в законодателството, но преценката за законосъобразността на контрола им налага тяхното систематично тълкуване във връзка с правомощията на лекарите-контрольори по изпълнение на индивидуалните договори. Видът на медицинската помощ се определя в чл.9 от НРД за 2006г: извънболнична и болнична; общомедицинска, специализирана и високоспециализирана. **Обемът** на медицинската помощ е дефиниран в §1 т.10 във връзка с т.3 от ДР на ЗЗО – количеството медицински дейности, услуги и стоки, до които осигурените лица имат достъп при определени условия, регламентирани в НРД и в договорите за доброволно здравно осигуряване. Количественият критерий, заложен в понятието „обем на медицинската помощ”, се отнася до броя на различните медицински дейности, които се предоставят на здравноосигурените лица, а не до броя на обслужените пациенти и назначените изследвания за определено време. **Обхватът** на медицинска помощ е дефиниран в §1 т.11 от ДР на ЗЗО – това са извършваните от изпълнителите: конкретни видове медицински дейности - профилактични, диагностични, лечебни, рехабилитационни; услуги и видовете предоставяни здравни стоки, които се покриват напълно или частично от НЗОК или дружествата за доброволно здравно осигуряване. Следователно обхватът на медицинската помощ се преценява с оглед лечението в рамките на едно конкретно заболяване. Издадените направления за специализирани медицински дейности и медико-диагностична дейности представляват именно диагностична дейност, видно и от наименованието им, и попадат в обхвата на медицинската помощ, а не в обема ѝ.

Клаузата на чл.37 ал.5 от договора възпроизвежда текста на т.169 от Решение №РД-УС-04-17 на НЗОК от 20.01.2009г. - страните по договора са се споразумели контролът по регулативните стандарти да се извършва по реда на глава двадесета и двадесет и първа от НРД 2006г.

Съгласно чл.227 ал.1 от НРД 2006г. лекарите- контрольори по изпълнение на индивидуалните договори разполагат с правомощията по чл. 74 ал.1 от ЗЗО. Контролът, който разпоредбата на чл.74 ал.1 от ЗЗО разписва, се извършва **само** по: 1/**вида и обема** на оказаната медицинската помощ; 2/**по вида и количествата** на предписаните лекарствени средства и 3/**по съответствието** между оказаната помощ и заплатените суми. По аргумент от чл.74 ал.1 т.1 от ЗЗО **обхватът** на медицинската помощ **е изключен** от проверката на лекарите-контрольори. Това не е законодателен пропуск, а законодателно решение, наложено от спецификата на медицинската дейност. Това следва да бъде така, защото лекарят, който извършва конкретните диагностични, лечебни и други дейности, носи сам отговорност за поставената диагноза и назначеното лечение. Да се контролира обхвата на оказаната от изпълнителя помощ, означава да се преценява правилността и адекватността на предприетите дейности – по поставяне на диагнозата, по назначаване на лечението и др. Такива правомощия контрольорите по чл.74 от ЗЗО нямат. Ето защо и НРД от 2006г., и НРД от 2010г. и ЗЗО не предвиждат регулативни стандарти за назначаване на конкретни медицински дейности за определено време, които да са императивни.

Регулативни стандарти за 2009г. са въведени с чл.4 и чл.5 от Закона за бюджета на НЗОК за 2009г. /ЗБНЗОК-2009г./ Съгласно цитираните разпоредби всяко тримесечие към договорите с изпълнителите на първична и специализирана медицинска помощ НЗОК определя броя на назначаваните специализирани медицински дейности и стойността на назначаваните медико-диагностични дейности. НЗОК определя за всяка районна здравноосигурителна каса годишна обща стойност на разходите, разпределена по месеци; от своя страна РЗОК определят задължителни стойности на делегирани бюджети за дейностите за болнична медицинска помощ към договорите с изпълнителите. Регулативните стандарти са с прогнозен характер и отговарят на целта на бюджетния закон – да се обезпечи едногодишния финансов план на НЗОК. Разпоредбата на ал.2 на чл.5 от ЗБНЗОК-2009г. предвижда изпълнението на разходната част от бюджета да се контролира по месеци и да се коригира на тримесечие. Целта на бюджетния закон и на прогнозните регулативни стандарти е да се предприемат гъвкави управленски решения и да се предотвратят злоупотребите с неоснователно назначавани медицински дейности - ето защо и бюджетният закон не противоречи на чл.52 от Конституцията и на чл.4 от ЗЗО, както е посочил К. съд. Но приетите с бюджетния закон регулативни стандарти не могат да ограничават медицинската помощ нито по нейния обхват, нито по брой на лицата, на които е оказана, нито по време – за месец или за тримесечие. Работа на законодателя е да изработи механизъм, с който да гарантира бюджета на НЗОК и да го защити от злоупотреби и недобросъвестни действия без да накърнява достъпа до медицинска помощ.

V. Актът е издаден в противоречие с целта на ЗЗО. Достъпът до медицинска помощ и свободният избор на лекар и лечебно заведение, гарантирани от ЗЗО, са приоритетни пред едногодишния финансов план на НЗОК, защитен от бюджетния закон. За да може да ангажира отговорността на жалбоподателя за допуснатите превишения на регулативните стандарти при сега съществуващата правна уредба, без да противоречи на целта на закона, административният орган следва да установи, че тези медицински дейности са били назначени недобросъвестно от изпълнителя без да е имало обективна необходимост.

Обратното означава: 1/ здравноосигурените лица, потърсили медицинска помощ, включена в пакета от здравни дейности, при избран от тях лекар след изчерпване на определения му регулативен стандарт, да са принудени да заплащат за нея; или 2/ лекарите да отказват медицинска помощ; или 3/ лекарите да поставят диагнози и да назначават лечение без извършване на необходимите изследвания, което увеличава риска от медицинска грешка. Воден от чувството си за справедливост, съдът не може да приеме правен извод, който да има за последица именно този фактически резултат.

Обжалваната покана за възстановяване на суми е незаконосъобразна и следва да бъде отменена.

При този изход на спора разноските са в тежест на ответника. Съдът приема за доказани разноски в размер на 700 (седемстотин) лева, от които 50 лева за държавна такса, 150 лева възнаграждение за експертиза и 500 лева заплатено адвокатско възнаграждение.

По изложените съображения и на основание чл. 172 ал. 2 и чл.143 ал.1 от АПК, съдът

### **РЕШИ:**

**ОТМЕНЯ** писмена покана за възстановяване на суми с изх.№29.-05-18 от 20.07.2010г., издадена от директора на Столична здравноосигурителна каса.

**ОСЪЖДА** Столичната здравноосигурителна каса да заплати на [фирма] със седалище и адрес на управление в [населено място], сумата 700 (седемстотин) лева – разноски по делото.

Решението подлежи на обжалване пред Върховния административен съд с касационна жалба, подадена чрез АССГ в 14- дневен срок от съобщаването му.

**СЪДИЯ:**

