

РЕШЕНИЕ

№ 5572

гр. София, 19.08.2013 г.

В ИМЕТО НА НАРОДА

АДМИНИСТРАТИВЕН СЪД - СОФИЯ-ГРАД, Второ отделение 29 състав,
в публично заседание на 06.02.2013 г. в следния състав:

АДМИНИСТРАТИВЕН СЪДИЯ: Красимира Милачкова

при участието на секретаря Петя Кръстева и при участието на прокурора Ютеров, като разгледа дело номер **11224** по описа за **2012** година докладвано от съдията, и за да се произнесе взе предвид следното:

Производството е по реда на чл. 145-178 от Административнопроцесуалния кодекс (АПК).

Образувано е по жалба на [фирма] срещу писмена покана изх. № 29-07-92/03.09.2012 г., издадена от директора на Столичната здравноосигурителна каса (С.) за възстановяване на суми, представляващи превишение на определените регулативни стандарти за медико-диагностични дейности (М.) и специализирани медицински дейности (С.) за IV-то тримесечие на 2011 г. Ответникът чрез пълномощника си изразява становище за неоснователност на жалбата по съображения, подробно изложени в представени писмени бележки. Прокурорът намира, че жалбата е основателна.

След като прецени доводите на страните и събраните по делото доказателства, съдът в настоящия състав приема следното от фактическа и правна страна.

Административното производство е образувано със заповед № РД-18-923/16.07.2012 г. на директора на С., възлагаща извършването на тематична финансова проверка на жалбоподателя като лечебно заведение за специализирана извънболнична медицинска помощ, по изпълнението на сключен с НЗОК индивидуален договор (ИД) № 22-2545/2012 г. във връзка с изпълнение на регулативните стандарти за IV-то тримесечие на 2011 г. Резултатите от проверката са отразени в протокол за неоснователно получени суми (ПНПС) № ФВ-324/23.07.2012 г., връчен надлежно на

упълномощено лице на лечебното заведение. Проверяващият финансов инспектор е констатирал, че с протокол, представляващ неразделна част от ИД, на изпълнителя на медицинска помощ са определени индивидуални регулативни стандарти за тримесечието за М. – назначени с направление бл. МЗ-НЗОК № 4, в размер съответно от 1690.00 лв. и за С. (бл. МЗ – НЗОК № 3) – 73 броя. Издадени, изпълнени и заплатени са съответно М. за 2047,31лв. и 85 бр. С.. В протокола е инкорпорирана справка в табличен вид, включваща определените по РС суми заедно с допустимото превишение. След съпоставка на регулативните стандарти (РС) с данните за реално изпълнените и отчетени дейности е установено превишение на РС, заедно с разрешените надвишения, в размер на 186 лв. С. и 450,81 лв. за четвъртото тримесечие на 2011 г., като подлежащата на възстановяване от лечебното заведение обща сума възлиза на 636.81 лв. С възражение вх. № 22-2545-29/26.07.2012 г. протоколът за неоснователно получени суми е оспорен. Жалбоподателят е заявил, че съставителят на ПНПС е допуснал грешка, като е включил в сумата на надвишението стойността на 4 дейности, предоставени от С. с нарочни протоколи, приложени към възражението. В становище от 10.08.2012г. са отразени констатациите от извършената проверка по това възражение и съгласно установеното от проверката, при съставяне на ПНПС не са били взети предвид тези допълнителни 4 дейности, като стойността им не е включена в сумата на платените дейности, спрямо които е изчислено превишението на РС. Тези констатации не бяха оборени от жалбоподателя.

Предмет на обжалвания акт е отправената до жалбоподателя, на основание чл. 43, ал. 3 от ИД писмена покана за доброволно възстановяване на заплатените от НЗОК средства за М. и С., посочени по-горе.

Жалбата е допустима – подадена е при надлежно упражнено право на оспорване, а разгледана по същество е неоснователна.

РС представляват метод за определяне на обективни критерии за възлагане на определен брой на специализираните медицински дейности и тяхната стойност за отделните изпълнители на извънболнична медицинска помощ (вж. Решение № 10261/31.07.2009 г. на ВАС по адм. дело № 3407/2009 г.). По допустимостта от установяването им се е произнесъл К. съд на РБ – Решение № 2/22.02.2007 г. по конст. дело № 12/2006 г. Средствата, които НЗОК разходва за здравно-осигурителни плащания се определят ежегодно със закон, т. е., те не са неограничени. Поради това, НЗОК определя към договорите с изпълнителите на първична и специализирана медицинска помощ броя и стойността на назначаваните от тях дейности в съответствие с определените суми на разходите за здравно-осигурителни плащания. В случай, че назначи съответните дейности с бланки на НЗОК над установения с РС брой, И. би предизвикал плащания от бюджета над определените за целта средства. Поради това и е дължимо възстановяването на неправомерно платеното в нарушение на индивидуалния договор между НЗОК и И..

При издаването на оспорения акт не е нарушен редът за извършване на контрол върху дейността на И. по изпълнението на договора му с НЗОК. Резултатът от проверката е обективиран в ПНПС, като на И. е обезпечено и правото да представи възражение по

констатациите на финансовия инспектор.

Предвид изложеното и като провери законосъобразността на акта по реда на чл.168 АПК съдът в настоящия състав намира, че ЕР е издадено от компетентен орган и в установената форма; при това не са допуснати съществени нарушения на административнопроизводствените правила, същото е в съответствие с материалноправните разпоредби и целта на закона. Така мотивиран и на основание чл.172, ал.2 АПК, съдът

РЕШИ:

ОТХВЪРЛЯ жалбата на [фирма], с ЕИК[ЕИК], срещу писмена покана изх. № 29-07-92/03.09.2012 г., издадена от директора на Столичната здравноосигурителна каса.

Решението подлежи на касационно оспорване в 14-дневен срок от съобщаването му, пред Върховния административен съд.

Съдия: