

РЕШЕНИЕ

№ 3993

гр. София, 03.12.2010 г.

В ИМЕТО НА НАРОДА

АДМИНИСТРАТИВЕН СЪД СОФИЯ-ГРАД, Второ отделение 36 състав, в публично заседание на 04.11.2010 г. в следния състав:

АДМИНИСТРАТИВЕН СЪДИЯ: Весела Андонова

при участието на секретаря Виктория Вълчанова, като разгледа дело номер **8634** по описа за **2009** година докладвано от съдията, и за да се произнесе взе предвид следното:

Производството е по реда на чл. 144 - 178 АПК, във връзка с чл. 76 (отм.) от Закона за здравното осигуряване /ЗЗО/.

Образувано е по жалба на "Диагностично консултативен център XVI - С." Е., представляван от управителя Е Ж срещу писмена покана за доброволно възстановяване на суми № 29-07-86/16.11.2009 г. на Директора на С..

В жалбата се излагат съображения, че оспорваната покана е издадена в нарушение на материалното право и административно производствените правила. Посочва се, че констатациите на финансовата проверка са неправилни и неверни, тъй като не е допуснато твърдяното превишение на регулативните стандарти за посочения период. Моли, съдът да отмени писмената покана. В съдебно заседание жалбоподателят се представлява от адвокат П, който поддържа жалбата. Претендират се разноси.

Ответникът – на 21.04.2010 г. е депозирал по делото писмено становище по съществото на спора.

Административен съд - С.-град, след като обсъди доводите на страните и прецени представените по делото доказателства, приема за установено от фактическа страна следното: Дружеството - жалбоподател е диагностично консултативен център изпълнител на специализирана извънболнична медицинска помощ. Между него и Националната здравно-осигурителна каса /НЗОК/ е сключен договор за оказване на специализирана извънболнична медицинска помощ № 22-2234/05.02.2008 г. Договорът е сключен, на основание чл. 59 от ЗЗО, и в съответствие с Решение № РД-УС-04-127/27.12.2007 г. на УС на НЗОК и действащите разпоредби на Националния

рамков договор между НЗОК, БЛС и БЗС за 2006 г. (НРД 2006 г., обн. ДВ, бр. 106/2005 г., в сила от 01.01.2006 г.).

На 04.11.2008 г. между Столична здравно-осигурителна каса /С./ и Д. XVI С. ООД е сключен Протокол към договор 222234/2008 г. за определяне на регулативни стандарти за изпълнител на специализирана извънболнична помощ за IV-то тримесечие на 2008 г. Протоколът е подписан, на основание чл. 4 от Закона за бюджета на НЗОК и Правила за реда за определяне на броя на специализираните медицински дейности и стойността на медико-диагностични дейности за назначаване на изпълнители на специализирана извънболнична медицинска помощ. От същия е видно, че за специализирани медицински дейности - бл. МЗ- НЗОК № 4 за IV-то тримесечие на 2008 г. на жалбоподателя е определена стойност от 7007 лева. От представените по делото Спецификации за извършена медицинска дейност от лечебно заведение за специализирана извънболнична медицинска помощ се установява, че с натрупване за тримесечие стойността на издадените направления бл. МЗ-НЗОК № 4 е 14174,58 лв.

На основание Заповед № РД-18-1376/24.09.2009 г. на Директора на С. е извършена финансова проверка на жалбоподателя. С финансов протокол № Ф-712/24.09.2009 г. контролните органи са констатирали превишение на назначените регулативни стандарти за бл. МЗ-НЗОК №4, за трето тримесечие на 2008 г., съставен е и протокол за неоснователно получени суми № ФВ-112/24.09.2009 г. И двата протокола са връчени на жалбоподателя. Констатациите са оспорени от жалбоподателя, но видно от приложения по делото препис - извлечение от Протокол № 47/29.10.2009 г. на Финансовата арбитражна комисия, същата не е достигнала до решение поради равен брой противоположни гласове.

С оспорваната в настоящото производство писмена покана изх. № 29- 07-86/16.11.2009 г. Д. на С. е поканил жалбоподателя доброволно да възстанови сумата от 1779,61 лв., представляваща стойността на заплатените средства за специализирана медицинска дейност, които са извън разрешените надвишения, определени с регулативните стандарти за IV-то тримесечие на 2008 г. В поканата е посочено, че при невнасяне на посочената сума, същата ще бъде удържана от следващото плащане по сключения договор. Поканата е мотивирана с определени на жалбоподателя с протокол регулативни стандарти за МДД с данните за реално изпълнени и отчетени МДД (бл. МЗ-НЗОК №4) за IV – то календарно тримесечие на 2008 г. В поканата е отразено, че след съпоставяне на определените с протокол регулативни стандарти и отчетените специализирани медицински дейности - бл. МЗ-НЗОК № 4, е констатирано превишение на определените регулативни стандарти в размер на 1779,61 лв. По делото е представено извлечение от електронните отчети на изпълнители на МДД за отчетени по МДД - бл. МЗ-НЗОК № 4, назначени от "Д. XVI - С." Е. за периода 01.10.2008 г. - 31.12.2008 г.

По делото е приета СМЕ от заключението на която се установява, че определените на жалбоподателя регулативни стандарти за МДД по бл. МЗ-НЗОК № 4 за IV-то тримесечие на 2008 г. е в размер на 7707,70 лева, в т.ч. 700,70 лева 10 % с право на превишение за IV-то тримесечие на 2008 г. Изпълнените и отчетени РС за МДД по бл. МЗ-НЗОК № 4 за IV-то тримесечие на 2008 г. са на стойност 8853,31 лева в т.ч. 8780,88 лв. са изпълнени в С. и 72,43 лв. в други РЗКО, като установеното превишаване е в размер на 1779,61 лева. Стойността на издадените направления по бл. МЗ-НЗОК № 4 за м. октомври 2008 г. до подписването на Протокола от 04.11.2008 г. е в размер на 4699 лева.

При така установените факти, Административен съд - С.-град обосновава следните правни изводи:

По допустимостта на жалбата: Оспорваната в производството поканана е връчена на жалбоподателя на 19.11.2009 г. видно от ръкописно направеното отбелязване върху поканата и поставен печат на жалбоподателя. Датата на получаване на поканата не е оспорена от ответника. Жалбата е подадена до съда, чрез ответника на 01.12.2009 г. - вх. № 22-2234-65. При тези данни, съдът приема, че жалбата е подадена в срок, от надлежна страна и при наличие на правен интерес.

Разгледана по същество, жалбата е неоснователна, по следните съображения: Съгласно чл. 168, ал. 1 от АПК, при преценката на законосъобразността на оспорван административен акт съдът не се ограничава само с обсъждане на основанията, посочени от оспорващия, а е длъжен въз основа на представените по делото доказателства да провери законосъобразността на оспорвания административен акт на всички основания, посочени в чл. 146 АПК. Съдът преценява законосъобразността на административния акт, като проверява дали е издаден от компетентен за това орган и в съответната форма, спазени ли са процесуалноправните и материалноправните разпоредби по издаването му и съобразен ли е с целта, която преследва законът.

Цитираната поканана има характера на писмена поканана по чл. 234, ал. 2 от НРД-2006 г. за възстановяване на суми, получени без правно основание.

При издаването на поканата съдът приема, че е спазена изискуемата от чл. 59, ал. 2 АПК форма на административния акт, доколкото той е мотивиран от правна и фактическа страна. Липсата на някой от реквизитите на чл. 59, ал. 2 АПК - напр. пред кой орган и в какъв срок може да се обжалва актът, не съставлява съществен порок на формата, който да обосновава незаконосъобразност на акта и да е довел до ограничаване правото на защита на жалбоподателя.

Съгласно чл. 233, ал. 1 от НРД-2006 г., в случаите когато изпълнителят на медицинска помощ е получил от НЗОК суми без правно основание и това е установено от контролните органи на РЗОК, респ. длъжностни лица НЗОК, изпълнителят е длъжен да възстанови сумите.

В разпоредбите на чл. 234 от НРД-2006 г. е посочена процедурата за установяване на посочените задължения, както и реда за обжалване. Първата алинея на този текст предвижда съставянето на финансов и/или медицински протокол, както и нарочен друг протокол за неоснователно получени суми. Лицето-обект на проверката има право да представи писмено възражение пред директора на РЗОК в 7-дневен срок считано от деня, следващ деня на получаване на протокола. След изтичане на срока за възражение по ал. 1 Д. на РЗОК издава писмена поканана за възстановяване на сумите, получени без правно основание, която се връчва на изпълнителя - ал. 2 от същия текст. Чл. 234, ал. 3 от НРД-2006 г. предвижда 14-дневен срок от получаване на поканата за доброволно внасяне на дължимите суми. Когато този срок изтече се пристъпва към прихващане на дължимата сума от следващото плащане по договора - чл. 234, ал. 4 от НРД-2006 г.

Така посочените норми на чл. 234 от НРД-2006 г. създават процедура, която е задължителна за административния орган и неспазването ѝ представлява съществено нарушение на административнопроизводствените правила, водещо до отмяна на издадения административен акт. Това е така, защото тези норми охраняват правата и законните интереси на изпълнителите на медицинска помощ, които участват в това производство.

В случая посочените норми са били спазени. Налице заповед за възлагане на финансова

проверка на лечебното заведение, финансов протокол и протокол за неоснователно получени суми, които предшестват процесната писмена покана. В последната административният орган се е позовал на Финансов протокол № Ф-712/24.09.2009 г. и протокол за неоснователно получени суми № ФВ-112/24.09.2009 г. Тези протоколи представляват фактическото основание за издаване на поканата за доброволно изпълнение. Посочването в поканата на индивидуален договор от 2009 г. вместо от 2008 г. представлява незначителна фактическа грешка, която не се отразява на правилността на констатациите.

Настоящият съдебен състав приема, че писмената покана е издадена от компетентен орган, доколкото в разпоредбата на чл. 232 от НРД, 2006 г. е предвидено, че когато изпълнител на медицинска помощ не изпълни задълженията си по договор с НЗОК, Д. на РЗОК има право да приложи санкциите, предвидени в глава 21 от НРД. В случая писмената покана е издадена от директора на С..

При издаването на поканата е спазен материалният закон. Съгласно чл. 4, ал. 1 от Закона за бюджета на НЗОК за 2008 г. (отм.), всяко тримесечие към договорите с изпълнителите на първична и специализирана медицинска помощ Националната здравно-осигурителна каса определя: броя на назначаваните специализирани медицински дейности и стойността на назначаваните медико-диагностични дейности. В ал. 2 на същия текст е предвидено, че Управителният съвет на Националната здравно-осигурителна каса утвърждава ред за прилагане на ал. 1. В изпълнение на тези правомощия УС на НЗОК с решение № РД-УС-04-12727.12.2007 г. е приел такива правила. В чл. 171 и чл. 172 от Правилата е предвидено, че Д. на НЗОК утвърждава регионални регулативни стандарти (РС) за разпределението им за всяко тримесечие до края на месеца, предхождащ тримесечието, в зависимост от месечното разпределение и очакваното изпълнение на бюджета на НЗОК, а Районната здравноосигурителна каса определя индивидуалните РС на всеки от отделните изпълнители на извънболнична медицинска помощ при спазване на утвърдените от директора на НЗОК регионални РС за съответното тримесечие.

Под регулативен стандарт се разбира броят на назначавани специализирани медицински дейности и стойността на назначаваните медико-диагностични дейности от изпълнители на медицинска помощ - първична извънболнична или специализирана извънболнична. Видно от текста на чл. 166, ал. 1 от НРД, 2006 г., регулативните стандарти са променливи величини, утвърждавани всяко тримесечие на годината от Директора на НЗОК, след становище на председателя на БЛС, съгласно съвместна методика. Тези стандарти са в зависимост от бюджета на НЗОК, неговото месечно разпределение и очаквано изпълнение. От това следва, че регулативните стандарти имат характера на прогнозна финансова рамка, нямат траен правен характер и не могат да бъдат част от нормативен акт, какъвто е НРД, а само негово приложение. От своя страна, НРД като подзаконов нормативен акт следва да бъде в съответствие със Закона за бюджета на НЗОК /ЗБНОЗК/. С Решение № 2 от 22.02.2007 г. по конст. дело № 12/2006 г. Конституционният съд /КС/ е отхвърлил искането на петдесет и четири народни представители от XL Народно събрание за установяване противоконституционност на чл. 4 и чл. 5 от ЗБНОЗК за 2007 г. КС след тълкуване на разпоредбата на чл. 52, ал. 1 от Конституцията и граматическо тълкуване на чл. 4 от ЗБНОЗК за 2007 г. е приел, че обхватът и обемът на медицинската помощ трябва да бъдат определени, т. е. не са неограничени.

От тази гледна точка, доколкото определянето и лимитирането на регулаторните

станданти за изпълнителите на медицинска помощ от НЗОК е на основание чл. 4 от ЗБНЗОК за 2008 г. и НРД, 2006 г. то е задължително. При нарушаване на извършеното лимитиране изпълнителите са длъжни за възстановят стойността на превишението.

Съгласно чл. 55, ал. 3, т. 2 от ЗЗО /изм. бр. 101/2009г./ за съответната година, за която няма НРД се прилагат определените от Управителния съвет на НЗОК условия по ал. 2, т. 1, 2, 4, 6 и 7 на същия текст. С чл. 4, ал. 2 от ЗБНЗОК за 2008 г. изрично е упълномощен Управителния съвет на НЗОК да утвърждава ред за прилагане на ал. 1. Става дума за законова делегация, въз основа на която са приети Правила за реда за определяне на броя на специализираните медицински дейности и стойността на медико-диагностичните дейности за назначаване от изпълнителите на първична и специализирана медицинска помощ, представляващи Приложение № 16 към Решение на УС на НЗОК № РД- УС -04-127 от 27.12.2007 г. Следователно от компетентността на УС на НЗОК е да определя обема, цените и методиката на заплащане на медицинската помощ /т. 4/. В тази връзка са и § 11 и § 11а от Преходните и заключителни разпоредби на ЗЗО. Съгласно чл. 55, ал. 6 ЗЗО решенията на Управителния съвет на НЗОК по ал. 3, т. 2 се обнародват в "Държавен вестник" и са задължителни за НЗОК, РЗОК и за изпълнителите.

В чл. 42, ал. 1 от Договор № 22-2234 от 05.02.2008 г. за оказване на специализирана извънболнична медицинска помощ изрично е записано, че изпълнителят може да назначава извършване на специализирани медицински дейности /СМД/ и медико-диагностични дейности /МДД/ по брой или стойност на отделните видове, определени в индивидуални регулативни стандарти, а в чл. 43, ал.3 от същия договор е записано, че изпълнителят е длъжен да възстанови на възложителя заплатените средства за МДД и СМД, назначени от Изпълнителя извън разрешените надвишения и задължението за компенсиране.

От представените по делото доказателства се установява по категоричен начин, че е налице превишаване на определените регулативни стандарти. Неотносимо към предмета на спора е твърдението на пълномощника на жалбоподателя, че щом за м. октомври 2008 г. са били извършени дейности за 4699 лева, то неправилно с Протокола от 04.11.2008 г. е определена стойност на процесните РС в размер на 7007 лева. В тази връзка следва да се отбележи, че с посочения протокол се определят РС за тримесечие, а не помесечно. Ако първия месец е изразходван по - голям процент от стойността на РС, през следващите два месеца той може да се регулира. Видно от събраните по делото доказателства, се установява по категоричен начин, че сумата от 634 лева, представляваща остатък за компенсиране от третото тримесечие на 2008 г. е приспадната от сумата за IV тримесечие на 2008 г. Това се установява както от представените по делото протоколи, така и от приетата СИЕ.

Неоснователно е твърдението на жалбоподателя, че допълнително определените РС на лечебното заведение за IV тримесечие на 2008 г. за ЯМР следва да бъдат включени в РС по бл. МЗ-НЗОК № 4. В съответствие с т. 442 от Решение № РД-УС-04-17/20.01.2009 г. на НЗОК, т. 168 от същото се прилага по отношение на договорните правоотношения между НЗОК и ИМП, считано от 01.01.2008 г. В т. 168 е записано, че регионалните и индивидуалните РС се определят съобразно Правилата за реда за определяне на броя на специализираните медицински дейности и стойността на медико-диагностичните дейности за назначаване от изпълнителите на първична и специализирана медицинска помощ, приети с решение на УС на НЗОК. В чл. 20, ал.4 и чл. 21 от Приложение № 16 към посочените правила изрично е записано, че

регулативният стандарт по бл. НЗОК-МЗ № 4 може да се използва и за ядрено-магнитно резонансно изследване. Районните здравноосигурителни каси разпределят допълнително регулативни стандарти за ядрено-магнитно резонансно изследване на изпълнители на СИМП при мотивирано заявена необходимост и по преценка на директора на РЗОК. Това изрично е записано и в Протокола от 04.11.2008 г. за определяне на РС за IV тримесечие на 2008 г. От посочените разпоредби става ясно, че РС по бл. МЗ-НЗОК № 4 може да се използва за ЯМР, но допълнително отпуснатите РС за ЯМР се отпускат именно за ЯМР и не могат да се използват за други МДД по бл. МЗ-НЗОК № 4. Именно заради това, когато стойността на РС по бл. МЗ-НЗОК № 4 не е достатъчна, при мотивирана необходимост и по преценка на РЗОК се разпределят допълнителни РС за скъпоструващото диагностично изследване ЯМР.

Ако назначи съответните дейности с бланки на НЗОК над определения му с регулативните стандарти брой, изпълнителят на медицинска помощ ще причини плащания от бюджета на НЗОК над определените средства. По силата на общото правило, че всеки е длъжен да поправи вредите, които виновно е причинил другиму, ИМП дължи възстановяването на това, което е платено неоснователно и в резултат на допуснатото нарушение на клаузата по индивидуалния договор. (В този смисъл решение № 14766 от 4.12.2009 г. на ВАС по адм. д. № 5429/2009 г., VI о., решение № 15675 от 18.12.2009 по адм. дело № 11122/2009., VI о., решение № 2404 от 23.02.2010 г. по адм. дело № 13043 / 2009, VI о. и др.). Броят на съответните бланки МЗ-НЗОК № 4 е строго определен от РС за IV тримесечие и са заплатени от бюджета на касата, с което дружеството е допринесло за причиняване на щета в посочения размер от писмената покана 1779,61 лв.

Водим от горното и на основание чл. 172, ал. 2, пр.4 и чл. 143, ал.4 от АПК, Административен съд – С. - град, II отделение, 36 състав

Р Е Ш И:

ОТХВЪРЛЯ жалбата на "Диагностично консултативен център XVI - С." Е., представляван от управителя Е Ж срещу писмена покана за доброволно възстановяване на суми № 29-07-86/16.11.2009 г. на Директора на С..

Решението може да се обжалва пред Върховния административен съд на Република Б в 14-дневен срок от съобщението на страните за изготвянето му.

СЪДИЯ: