Р Е Ш Е Н И Е
№ 3055

гр. София, 09.05.2014 г.

В ИМЕТО НА НАРОДА

АДМИНИСТРАТИВЕН СЪД - СОФИЯ-ГРАД, **Второ отделение 22 състав,** в публично заседание на 11.04.2014 г. в следния състав:

АДМИНИСТРАТИВЕН СЪДИЯ: Десислава Корнезова

при участието на секретаря Илияна Тодорова, като разгледа дело номер **790** по описа за **2014** година докладвано от съдията, и за да се произнесе взе предвид следното:

Производството е по реда на чл. 145 – 178 от АПК във вр. с чл.76а ал.4 от Закона за здравното осигуряване /ЗЗО/.

Образувано е по жалба на [фирма], представляван от И. М. Н. срещу ПИСМЕНА ПОКАНА № 29-07-109 от 14.11.2012г. на Директора на Столична здравноосигурителна каса /С./.

В жалбата са развити твърдения за незаконосъобразност на обжалвания административен акт, като постановен в нарушение на материалния закон и процесуалните правила. Подробни правни доводи за основателност на депозираната жалба са развити в писмено становище от 28.04.2014г. , като е заявена претенция за отмяна на оспорения административен акт и присъждане на направените по делото разноски.

Ответникът – Директора на С. - редовно призован, чрез процесуалния си представител юрк. М. А. оспорва жалбата и моли съда да отхвърли същата, като излага конкретни съображения за неоснователност в писмена защита, представена по делото на 24.04.2014г.

СОФИЙСКА ГРАДСКА ПРОКУРАТУРА, редовно уведомена, не изпраща представител, който да даде заключение по основателността на жалбата.

АДМИНИСТРАТИВЕН СЪД С.-град, след като обсъди доводите на страните и прецени събраните и приети по делото писмени доказателства по реда на чл.235 ал.2 ГПК във вр.чл.144 АПК, приема за установена следната фактическа обстановка:

Жалбоподателят [фирма], представляван от И. М. Н. е заведение по см. на чл.8 ал.1 т.1 б.”а” от Закона за лечебните заведения и в това качество е сключил с НЗОК Договор № 221363/07.02.2011г. за оказване на първична извънболнична медицинска помощ в полза на задължително здравноосигурени лица, ведно с приложени към него протоколи за определяне на броя на назначаваните специализирани медицински дейности /С./ и стойността на медико-диагностичните дейности /М./ за IV-то тримесечие на 2011г.

Със Заповед № РД-18-1139 от 11.09.2012г. на директора на Столична здравноосигурителна каса, с която е наредено на осн. чл.20 ал.1 т.2 и чл.72 ал.2 ЗЗО и § 10 от НРДМД 2012, чл. 9, ал. 2 и чл. 10, ал. 2 от Инструкция № РД 16-6/22.02.2010 г. за условията и реда на осъществяване на контрол по чл.72 ал.2 и ал.3 ЗЗО извършването на финансова проверка на жалбоподателя със задача контрол по изпълнение на броя на определените специализирани медицински дейности и стойностите на назначаваните медико - диагностични дейности за IV-то тримесечие на 2011 г. Заповедта е връчена на представител на жалбоподателя на 14.09.2012 г.

За резултатите от извършената проверка е съставен протокол за неоснователно получени суми № ФВ-386 от 17.09.2012 г. връчен на същата дата на представителя д-р И. М. Н.. Съгласно протокола е констатирано превишение на М. /бл.МЗ-НЗОК №4/ в общ размер на 1 051.75 лева за IV-то тримесечие на 2011г. и превишение за С. /бл.МЗ-НЗОК №3/ в общ размер на 1 379.50 лева за IV-то тримесечие на 2011г. Изпълнителят на извънболнична медицинска помощ е упражнил правото си да представи писмено възражение вх.№ 22-1363-8/26.09.2012г. пред Директора на Столична здравноосигурителна каса.

С оспорения административен акт- ПИСМЕНА ПОКАНА № 29-07-109 от 14.11.2012г. Директора на Столична здравноосигурителна каса /С./ на основание чл.38 ал.3 от индивидуален договор № 22-1363/2011г. и §10 от Н.-2012г. и чл.76а ал.1 ЗЗО е поканил жалбоподателя доброволно да възстанови в 14 дневен срок от получаването й заплатените стойности за С. и М. за IV-то тримесечие на 2011г. , назначени извън определените стойности, заедно с разрешените надвишения в общ размер на 2 431.25 лева.

Като част от административната преписка по издаването на акта са приложени справка за превишение на стойността на М. бл. МЗ-НЗОК №4 за IV-то тримесечие на 2011г. на стойност от 1 051.75 лева и справка за превишение на брой С. бл. МЗ-НЗОК №3 за IV-то тримесечие на 2011г. в размер на 1 379.50 лева, както и извлечение от електронните отчети за изпълнителя на М. за отчетени М., назначени за периода на IV-то тримесечие на 2011г. и извлечение от електронните отчети за отчетени медицински направления за консултация или провеждане на съвместно лечение бл.МЗ-НЗОК №3 за същия период.

В изпълнение на съдебно решение № 646/20.01.2014г. по адм.дело № 9131/2013г. на ВАС на РБ, VI-то отделение в процеса е прието заключение на съдебно-икономическа експертиза, изготвена от вещо лице С. Н. Я., от данните по която се установят следните релевантни за предмета на спора факти и обстоятелства:

За IV-то тримесечие, възложения брой С. /бланка МЗ-НЗОК № 3/ от С. по протокол от 04.10.2011г. към договора е в размер на 277 броя за С. /бл. МЗ-НЗОК №3 за тип 1, 2, 4/ и 17 броя за С. /бл.МЗ-НЗОК №3 за тип 7/. Допустимото надвишение за това тримесечие от 10% е 29 броя. Крайната отпусната бройка за този период е 323 броя. След приспадане на превишението за компенсиране от трето тримесечие в

размер на 39 броя, крайният брой за периода се коригира и е в размер на 284 броя. Издадените, изпълнени и сочени за заплатени направления /бл.МЗ-НЗОК №3/ са 373 броя. Налице е превишение на брой С. за периода от 01.10.2011г. до 31.12.2011г. е в размер на 89 броя, възлизащи на 1 379.50 лева.

За IV-то тримесечие възложената стойност за М. /бл.МЗ.НЗОК №4 за тип 1, 2, 4, 6, 7, 8, 9, 10/ от С. по протокол от 04.10.2011г. е в размер на 1 909.00 лева. Допустимото надвишение над тази сума за този период от 10% е 190.90 лева. Крайната отпусната сума е в размер на 2 099.90 лева. След приспадане на сумата за компенсиране от III-то тримесечие в размер на 265.95 лева, крайната сума за периода се коригира и е в размер на 1 833.95 лева. Издадените, изпълнени и сочени за заплатени направления за М. са 2 885.70 лева. Налице е превишение за периода 01.10.2011г. до 31.12.2011г. на стойностите за М. са в размер на 1 051.75 лева.

При така установената фактическа обстановка, АДМИНИСТРАТИВЕН СЪД С.-град достигна до следните правни изводи:

Жалбата е НЕОСНОВАТЕЛНА.

Подадена е от активно процесуално-правно легитимирана по см. на чл.147 АПК страна в преклузивния срок по см. на чл.149 ал.1 АПК, считано от 02.01.2013г.

Оспореният административен акт- ПИСМЕНА ПОКАНА № 29-07-109 от 14.11.2012г. е издадена от компетентен административен орган по см. на чл.76а ал.3 ЗЗО - Директора на С., в предписаната от закона писмена форма по см. на чл.59 ал.2 АПК, като съдържа фактически и правни основания за постановяването й- констатираните с протокола за неоснователно получени суми превишения на РС и приложенията към него, без в хода на административния процес да са допуснати нарушения административно-производствените правила. Видно от обстоятелствената част на акта ответната страна се е запознала, разгледала и обсъдила подаденото писмено възражение от жалбоподателя, като е приела за неоснователно същото. Конкретизираните в писмената покана факти, осъществяват състава на приложимите спрямо тях материално-правни правни норми- чл.76а ал.3 ЗЗО и чл.38 ал.3 от индивидуалния договор № 22-1363/07.02.2011г. Оспорената пред съда писмена покана за възстановяване на сумата от 2 431.25 лева е постановена при спазване на процедурата по чл.76а ЗЗО. Сумите получени без правно основание, след като това не е свързано с извършване на нарушение по ЗЗО са установени при проверка от контролните органи по чл.72 ал.2 ЗЗО, за което е съставен протокол за неоснователно получени суми № ФВ-386/17.09.2012г. Констатацията за превишаване на РС, извън разрешените надвишения за IV-то тримесечие на 2011г. съответства на събраните в административното производство писмени доказателства и на заключението на приетата съдебно-икономическа експертиза.

Процесуалният ред за извършване на проверката и издаване на писмената покана от 14.11.2012г., регламентиран в ЗЗО е спазен. В чл. 10, ал. 2 от Инструкция № РД-16-6 от 22.02.2010 г. за условията и реда за осъществяване на контрол по чл.72 ал.2 и ал.3 ЗЗО, издадена от управителя на НЗОК на основание чл.72 ал.5 ЗЗО, е предвидено заповедта на директора на Р. за възлагане на проверка да съдържа правните и фактическите основания за издаването й с определяне на проверяващото лице/лица, обектът - наименование и месторазположение на изпълнителя на първична, извънболнична медицинска помощ, видът и задачата на проверката. Заповед № РД-18-1139/11.09.2012г., слагаща началото на административното производство по конкретната преписка, съдържа посочените реквизити и изрично възлага контрол по

изпълнение на броя на определените специализирани медицински дейности и стойностите на назначаваните медико-диагностични дейности за релевантния период.
Съгласно чл.76а 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 на закона, и това е установено при проверка от контролните органи по чл. 72, ал. 2, изпълнителят е длъжен да възстанови сумите. В случаите по ал. 1 се съставя протокол за неоснователно получени суми. Лицето - обект на проверката, има право да представи писмено възражение пред директора на Р. в 7-дневен срок от връчване на протокола. След изтичане на срока за възражение по ал. 2 директорът на Р. издава писмена покана за възстановяване на сумите, получени без правно основание, която се връчва на изпълнителя на медицинска и/или дентална помощ. В конкретната хипотеза процедурата е била спазена, съдът не установи нарушения на административно-производствените правила от категорията на съществените. В действителност в заповедта с която е наредено извършването на финансова проверка е допусната неточност като е посочено, че е по изпълнение на договор № 22-1363/2012 г. за оказване на ПИМП, а не на договор № 22-1363/07.02.2011 г., който е сключения между НЗОК, представлявана от директора на С. в качеството му на възложител и [фирма] за процесния период, която е техническа и не противоречи на действително формираната воля на административния орган да извърши проверка именно по изпълнение на договора сключен между НЗОК и жалбоподателя № 22-1363/07.02.2011г. На следващо място, приложените докладни записки и справки имат вътрешно-служебен характер и изричното им съобщаване не е било дължимо. На жалбоподателя е връчен протокола за резултатите от проверката, същият се е възползвал от законоустановената възможност да възрази срещу тях, поради което по никакъв начин не са нарушени правата и законните му интереси.
При установена липса на процесуални нарушения водещи до отмяна на обжалвания акт, правният спор се свежда до законосъобразността на оспорената писмена покана изх. № 29-07-109 от 14.11.2012 г. на директора на Столична здравноосигурителна каса, с която е поискано възстановяване на суми от лечебното заведение за надвишаване на определените регулативни стандарти (РС) за IV-то тримесечие на 2011г., тоест налице ли са материалноправните предпоставки за ангажиране на отговорността на изпълнителя на медицинска помощ.
Между страните по спора за процесния период е бил сключен договор № 22-1363 от 07.02.2011г. за оказване на първична извънболнична медицинска помощ в полза на задължително здравно-осигурени лица. Неразделна част от същия е протокол от 04.10.2011 г. за определяне на броя на назначаваните специализирани медицински дейности (С.) и стойността на назначаваните медико-диагностични дейности (М.) за четвърто тримесечие на 2011 г., които са подписани от представляващия лечебното заведение без възражение, което означава, че той се е съгласил тях.
Съгласно чл.22, ал.1 и ал.2 от ЗЗО бюджетът на Националната здравноосигурителна каса (НЗОК) е основен финансов план за набиране и разходване на паричните средства на задължителното здравно осигуряване, а годишната стойност на разходите за видовете медицинска помощ, изплащана от НЗОК, са неразделна част от бюджета на НЗОК за съответната година. Според чл.3 от Закона за бюджета на Националната здравноосигурителна каса за 2011г. (отм.) всяко тримесечие към
договорите с изпълнителите на първична и специализирана медицинска помощ НЗОК определя: броя на назначаваните специализирани медицински дейности в

съответствие с чл. 1, ал. 2, ред 1.5.2; стойността на назначаваните медико-диагностични дейности в съответствие с чл. 1, ал. 2, ред 1.5.4. Съгласно ал.2 на същата разпоредба надзорният съвет на НЗОК утвърждава ред за прилагане на ал. 1. С решение № РД-НС-04-8/31.01.2011 г. Н. съвет на НЗОК е приел Правила за реда за определяне на броя на специализираните медицински дейности и стойността на медико-диагностични дейности за назначаване от изпълнители на
първична и специализирана медицинска помощ за 2011 г., които уреждат редът по чл. 3, ал. 2 от Закона за бюджета на Националната здравноосигурителна каса за 2011 г. за определяне на регулативните стандарти. Броят на назначаваните С. и стойността на М. за всеки изпълнител на ПИМП се определят по реда на глава II
от тези правила.
Съгласно чл. 38 от цитирания индивидуален договор от 2011 г. броят на определените С. и стойността на назначаваните медико-диагностични дейности М., могат да бъдат преразпределяни между отделните лекари от лечебното заведение- изпълнител съобразно правилата по чл. 3, ал. 2 от Закона за бюджета на НЗОК за 2011 година и могат да бъдат надхвърляни с до 10 %. Надвишението се допуска само за текущото тримесечие и не може да бъде прехвърляно в следващите. През I-во, II-ро и III-то тримесечие изпълнителят може да превишава с допълнителни 15% определените му брой С. и стойност на М., но е длъжен да ги компенсира през следващото тримесечие. Според чл. 37 ал.3 от договора за всяко тримесечие изпълнителят и възложителят подписват протокол за броя на назначаваните С. и стойността на назначаваните М.. Следователно последният цитиран протокол от 04.10.2011 г. (касаещ IV-то тримесечие на 2011г.) е неразделна част от индивидуалния договор и подлежи на изпълнение.
В чл. 38 ал.3 от индивидуалния договор е постигнато съгласие, че изпълнителят е длъжен да възстанови на възложителя заплатените средства за С. и М., назначени от изпълнителя извън разрешените надвишения и задължението за компенсиране. Съгласно чл.76а ал.1 ЗЗО в случаите, когато изпълнителят на медицинска помощ е получил суми без правно основание, които не са свързани с извършване на нарушение по този закон, и това е установено при проверка от контролните органи по чл. 72, ал. 2, изпълнителят е длъжен да възстанови сумите. Тоест, двете цитирани разпоредби са идентични, с аналогично съдържание. Разпоредбата на чл. 38, ал. 3 от договора е във функционална връзка с текста, предвиждащ, че през първите три тримесечия на годината изпълнителят може да превишава с допълнителни 15 процента определените му регулативни стандарти, като е длъжен да ги компенсира през следващото тримесечие, както и с допуснатото надхвърляне на стойностите на назначаваните М. и броят на определените С. с до 10 на сто. Сами по себе си регулативните стандарти не могат да са предмет на проверка за законосъобразност, тъй като те представляват променливи параметри, обусловени пряко от приетия със закон бюджет на НЗОК и имат характер на прогнозна финансова рамка, а специално стойността на

назначаваните М., тоест стойността на разходите за видовете медицинска помощ, изплащана от НЗОК, са неразделна част от бюджета на НЗОК за съответната година /чл.22 ал.2 ЗЗО/. Така наречените "регулативни стандарти" представляват метод за определяне на обективни критерии за възлагане на определен брой медицински дейности и тяхната стойност за отделните изпълнители на извънболнична медицинска помощ, и имат характера на прогнозна финансова рамка. Вместването на медицинските услуги в рамките на утвърдените регулативни стандарти обезпечава финансовият ред в сферата на здравното осигуряване. С оглед на това в индивидуалните договори, сключени между НЗОК, респ. Р., и изпълнителите на медицинска помощ, са установени правила и рамки, в които изпълнителите на медицинска помощ могат да назначават специализирани медицински и медико-диагностични дейности за сметка на НЗОК, което означава, че излизането извън тези рамки е за сметка на изпълнителите на медицинска дейност, защото надвишава обема на медицинските дейности, които другата страна по договора - НЗОК, е приела да финансира. Регулативният стандарт е финансов механизъм за разпределение на лимитирани бюджетни средства за специализирана извънболнична медицинска помощ и медико-диагностична дейност. Възложеният регулативен стандарт задължава изпълнителя на медицинска помощ да издаде определен брой направления или да назначи медико-диагностична дейност в рамките на определена стойност. Приемането от изпълнителя на медицинска помощ на задължението да назначи специализирана медицинска дейност в рамките на регулативния стандарт се удостоверява с подписването на протоколите за възлагане на регулативните стандарти. В процесния протокол за неоснователно получени суми, имащ удостоверителен характер, административният орган в резултат на проверката е счел и е отразил, че е допуснато надвишение, респ. задължение за компенсиране на РС. В съдебното производство, както вече беше посочено е прието заключение на икономическа експертиза, която съдът кредитира като обективно и компетентно дадено, професионално изготвено, доколкото вещото лице е отговорило в пълен обем на поставените задачи, за което е ползвало приложените от ответника към делото документи, приети като доказателства и е извършило задължителните проверки при жалбоподателя и от което се установява, че в действителност има превишение на регулативните стандарти за IV-то тримесечие на 2011г. Вещото лице е категорично, че отразеното в оспорената писмена покана превишение от 89 броя направления, които възлизат на стойност 1 379.50 лв. и превишение на стойност М. /бланка МЗ-НЗОК №4/ от 1 051.75 лева

е действително реализирано от жалбоподателя. При това положение, по никакъв начин констатациите в обжалвания акт не се опровергават. Напротив, те се подкрепят от заключението на вещото лице. Налице е щета за бюджета на НЗОК, чрез издаването на направления за С. за по-голям брой и М. на по-голяма стойност от определения от С. лимит за тези медицински дейности, който лимит е финансово обвързан със Закона за бюджета на НЗОК за съответната година.
С Решение № 2 от 22.02.2007 г. по конст. д. № 12/2006 г., КС на РБ не възприе тълкуването, дадено с решение № 12098/04.12.2006г. по адм.дело № 3696/2006г. на ВАС, петчленен състав, втора колегия и се произнесе в смисъл, че ограничителна норма на чл. 4 ЗБНЗОК не е противоконституционна. В това решение е посочено, че граматическото тълкуване на чл.4 ЗЗО води до извода, че обхватът и обемът на медицинската помощ трябва да бъдат определени, т.е. да не са неограничени. От казаното се налага извода, че регулативните стандарти са регулаторен механизъм, който трябва да кореспондира пряко с разполагаемия бюджет. Дори и да се приеме, че в действителност изпълнителят на медицинска помощ не е получил сумата в размер на 2 431.25 лв. претендирана с писмената покана, то се има предвид, че самото й предписване за сметка на бюджета на НЗОК е без основание, предвид изчерпания лимит на лечебното заведение за тези дейности. Както вече се посочи, съгласно чл. 38, ал. 3 от договора изпълнителят е длъжен да възстанови на възложителя заплатените средства за М. и С., назначени от изпълнителя, извън разрешените надвишения и задължението за компенсиране. Това задължение не е обвързано с реално
получаване на средствата, а е достатъчно С. и М. да са назначени от него. При превишаване на регулативните стандарти от изпълнител на извънболнична медицинска помощ съответната Р. изплаща възнаграждение за назначените от него С. и М., които се изпълняват в същото или в други лечебни заведения, а това
във втората хипотеза (изпълнявани от други лечебни заведения) изключва не само неоснователното обогатяване, но и неоснователно плащане към изпълнителя на извънболнична медицинска помощ, назначил С. или М. над определените му бройки и стойности. В случаите на превишени назначения на С. или М. се касае за
причинени с тях плащания, за които не са предвидени средства в бюджета на НЗОК като разход за съответната година. В случая безспорно се установи, че е налице превишение на утвърдения регулативен стандарт, тоест надвишен е лимита за медицинските дейности. От ангажираните доказателства по никакъв начин не се опровергаха (напротив, напълно се

подкрепят) констатациите на административния орган, намерили отражение в обжалваната покана, че е налице назначаване от изпълнителя на С. на медицински дейности с бланки на НЗОК над определения брой и стойност за съответния период, което от своя страна е причинило непланирани плащания над разрешените бюджетни средства за НЗОК. Установи се нарушение на поетото задължение по чл. 37 от договора за назначаване на С. и М. по брой или стойност на отделните видове в рамките, определени с подписания протокол за съответното тримесечие / в случая е разрешено броя на издаваните бл.МЗ-НЗОК №3 да е общо от 294 броя и стойността по бл.МЗ-НЗОК №4 да е 1 909 лева/, което ангажира отговорността на изпълнителя на медицинска помощ по чл. 38 ал. 3 от договора.

По тези доводи и аргументи, настоящият съдебен състав формира окончателен извод, че волеизявлението на административния орган, обективирано в оспорената **ПИСМЕНА ПОКАНА № 29-07-109 от 14.11.2012г.** е законосъобразно, защото не се констатираха основания за неговата отмяна по см. на чл.146 АПК.

При този изход на спора и на основание чл.143 АПК с оглед заявената претенция на ответника за присъждане на разноските по делото, жалбоподателят следва да му възстанови сумата от 400.19 лева, представляваща юрисконсултско възнаграждение за осъществено процесуално представителство, определен на основание чл.8 ал.1 т.2 от Наредба № 1/09.07.2004г. на Висшия адвокатски съвет за минималните размери на адвокатските възнаграждения /изм.ДВ.бр.28/28.03.2014г./

Мотивиран от горното и на основание чл. 172, ал. 2 от АПК ***АДМИНИСТРАТИВЕН СЪД С.- град***, 22 състав

Р Е Ш И:

ОТХВЪРЛЯ жалбата на [фирма], представляван от И. М. Н. с адрес: [населено място], [улица] със съдебен адрес: [населено място], [улица], ет.2, ап.12, чрез адв.К. Г. *срещу* **ПИСМЕНА ПОКАНА № 29-07-109 от 14.11.2012г.** на Директора на Столична

здравноосигурителна каса, като НЕОСНОВАТЕЛНА.

ОСЪЖДА [фирма], представляван от И. М. Н. с адрес: [населено място], [улица] със съдебен адрес: [населено място], [улица], ет.2, ап.12, чрез адв.К. Г. да заплати на СТОЛИЧНА ЗДРАВНООСИГУРИТЕЛНА КАСА с адрес: [населено място], [улица] сумата от 400.19 лева /четиристотин лева и деветнадесет стотинки/ основание чл.143 АПК.

РЕШЕНИЕТО подлежи на обжалване пред ВАС на РБ с касационна жалба в 14 дневен срок от получаване на съобщенията до страните за неговото постановяване.

ПРЕДСЕДАТЕЛ: