

РЕГУЛАТИВНИ СТАНДАРТИ В ИЗВЪНБОЛНИЧНАТА МЕДИЦИНСКА ПОМОЩ, ЗАПЛАЩАНА ОТ НАЦИОНАЛНАТА ЗДРАВНООСИГУРИТЕЛНА КАСА – РАЗВИТИЕ НА НОРМАТИВНАТА УРЕДБА И СЪДЕБНАТА ПРАКТИКА*

*Мария Pageва***

Институтът на регулативните стандарти е израз на идеята за разпределение на потребностите в извънболничната медицинска помощ, заплащана от Националната здравноосигурителна каса (НЗОК), което логично е свързано и с лимитирането на определени дейности.

Институтът на регулативните стандарти (РС) е въведен с **Национален рамков договор (НРД) 2003¹**. Съгласно чл. 189, ал. 1 НРД 2003 регулативните стандарти за възлагане на специализирани медицински дейности (СМД) на изпълнителите на първична извънболнична медицинска помощ (ПИМП) и специализирана извънболнична медицинска помощ (СИМП) се дефинират като **метод за определяне на обективни критерии за възлагане на СМД от отделните изпълнители на извънболнична медицинска помощ.**

„Въвеждането на системата на регулативните стандарти създава възможност за по-балансирано отчитане на нуждите на общопрактикуващите лекари (ОПЛ) от направления за консултации и изследвания, в зависимост от възрастовете и здравните характеристики на пациентите от листата. Позитивните резултати от тази система могат да се видят в няколко аспекта:

✓ За осигурените лица – по-голяма гарантираност на нуждите на контингенти в неравностойно здравно положение – деца, бременни и диспансерно болни;

✓ За изпълнителите на медицинска помощ – възможност за прогнозиране на приходи и разходи, както и по-лесното управление на здравни контингенти; намаляване на различията в осигуряването на специализирани медицински дейности по региони;

* Текстът е съобразен с действащото законодателство към 13.01.2010 г.

** Юриконсулт, началник „Контрол“ в РЗОК – Русе. Магистър по здравен мениджмънт и обществено здраве.

¹ НРД 2003 – в сила от 1.04.2003 г. до 3.01.2005 г.

✓ За НЗОК – по-гъвкаво и ритмично бюджетиране и контрол над СИМП и МДД¹.

В годишния отчет на НЗОК е направен изводът, че „насочването към специалист и предоставените ресурси на РЗОК за СИМП се обвързват по-ясно със спецификата на болестността и заболяемостта чрез въвеждането на РС.

Новият начин на регулация на дейността на изпълнителите и на разходите за медико-диагностични дейности (МДД) чрез въвеждане на РС е синхронизиран с пазарната логика и минимизира администрирането от страна на НЗОК. Създава се възможност за по-балансирано отчитане на необходимостта от изследвания и дейности, извършени на ЗЗОЛ, както и за повишаване на отговорността на лекаря, назначаващ изследванията.

НРД 2003 предвижда възможност броят на възложените от изпълнителите на медицинска помощ (ИМП) специализирани медицински дейности да се отклонява от определените им стандарти при определени параметри. При превишение на броя възложени СМД извън определените рамки, както и при неизпълнение на условието за компенсация на предвидените превишения през следващото тримесечие се прилагат санкции. Базисният размер на санкциите е равен на стойността на генерираните допълнително СМД и се пресмята по определени в чл. 192, ал. 5 НРД 2003 цени.

От решението по адм. дело № 2973/2006 г. на Върховния административен съд (ВАС) се „...налага изводът, че спазването на регулативните стандарти, определянето на които е нормативно уредено, е задължение на изпълнителите на медицинска помощ и неспазването им е нарушение на установени с НРД 2003 правила и на договорите за оказване на специализирана извънболнична медицинска помощ, което подлежи на санкция. В случая няма място за преценка по целесъобразност. Налице са стандарти и нормативни изисквания, които здравните заведения трябва да спазват.

Правилно в атакуваната заповед директорът на РЗОК – гр. Р., е посочил, че смисълът на регулативните стандарти за възлагане на специализирани медицински дейности на изпълнителите представлява метод за определяне на обективни критерии за възлагане на тези дейности от отделните изпълнители на извънболнична медицинска помощ. Разпределението и стриктното изпълнение на регулативните стандарти е свързано с изпълнението на бюджета на НЗОК и нарушаването на определения регулативен стандарт представлява нарушение на бюджетната дисциплина и е предпоставка за нарушаване на финансовата стабилност на здравноосигурителната система.

Въпросите дали отпуснатите според регулативните стандарти средства и регламентираните отклонения са достатъчни за осъществяването на

¹ Годишен отчет на НЗОК – 2003 г.

дейността на изпълнителите на медицинска помощ не подлежат на преценка в съдебната фаза на административния процес, тъй като съдебният контрол върху административните актове е контрол за законосъобразност. Националният рамков договор за 2003 г. е сключен между Националната здравноосигурителна каса и Българския лекарски съюз и Съюза на стоматолозите в България на основание чл. 53 от Закона за здравето осигуряване и разпоредбите му са задължителни¹.

НРД 2005² дефинира РС в чл. 165 по същия начин, както и предходният рамков договор. Регулативните стандарти определят брой или стойност на отделните видове СМД, които могат да бъдат назначавани от ИМП. Определянето на регулативните стандарти за възлагане на специализирани медицински дейности, както и методиката за корекция на стандартите и цените в хода на изпълнение на договора се съдържат в приложение № 16 на НРД 2005. Регулативните стандарти за изпълнителите се актуализират всяко тримесечие на базата на индивидуалните отчети от предходното тримесечие.

Неизпълнението на РС е свързано с прилагането на санкции за изпълнителите. Член 233 НРД 2005 предвижда, че при превишение на броя възложени СМД извън определените рамки, както и при неизпълнение на условието за компенсация на превишението през следващото тримесечие се възстановява базисният размер на сумата. Предвид систематичното място на чл. 233 в раздел II, глава XX НРД 2005 – „Санкции при констатирани нарушения“, следва да се приеме, че възстановяването на сумите представлява санкция, наложена в резултат на неправомерното поведение на изпълнителите. При налагането на санкциите административният орган следва да спазва съответните процедури за осъществяване на контрол по изпълнение на договорите с изпълнителите на медицинска помощ, съдържащи се в глава XIX НРД 2005.

В този смисъл е и решението на ВАС по адм. дело № 2322/2007 г.: „Върховният административен съд, състав на шесто отделение, не споделя изводите на първоинстанционния съд, че разпоредбата на чл. 233 от НРД 2005 не визира санкция, а предвижда възстановяване на недължимо получени суми.(...) При превишаване броя на специализираните медицински дейности извън определените рамки, след проверка за медицинска целесъобразност, се възстановява базисният размер на сумата. Наличието на договор и персонално определен обем за

¹ В същия смисъл е и решението по адм. дело № 10208/2005 г. на ВАС: „Правилен и обоснован е изводът на С. окръжен съд, че е извършено описаното в атакуваната заповед нарушение и че лечебното заведение носи отговорност за него, тъй като чл. 266 от НРД 2003 г. (отг.) квалифицира надвишаването с повече от 25% средствата за регулативни стандарти като нарушение, за което се налага санкция, чийто размер се определя съобразно изискванията на чл. 192, ал. 5 от НРД 2003“.

² НРД 2005 – в сила от 4.01.2005 г. до 31.12.2005 г.

специализирани медицински дейности за ИМП с възможност за отклонение в рамките на допустимия процент и при наличието на медицинска целесъобразност не характеризират действията на директора на РЗОК при констатиране на нарушения в посочените критерии като такива по възстановяване на недължимо получени суми. Ако това е била идеята на законодателя, той не би прибягнал до технологичния ред за установяване на нарушения и налагане на санкции за тях. Систематично не би експонирал разпоредбата на чл. 233 от НРД 2005 в глава XX“.

НРД 2006¹ продължава възприетата идея на РС. Регулативният стандарт, съгласно определението, дадено в Приложение № 16 към НРД 2006, отново се дефинира като метод за определяне на обективни критерии за възлагане на СМД от отделните изпълнители на извънболнична медицинска помощ. В Приложение № 16 се определят дейностите в регулация, регулативните тримесечия, алгоритмите на изчисляване на РС, редът за определяне и възлагане на РС и корекцията на стандартите и цените в хода на изпълнение на договора, както и дейностите извън регулация.

Предмет на съдебен контрол по адм. дело № 3696/2006 г. на ВАС² са текстовете на НРД 2006, уреждащи институционализирането и прилагането на РС. В производството пред ВАС „...съдът не би могъл да осъществи контрол за законосъобразност на т.нар. „Регулативни стандарти“. Видно от текста на чл. 166, ал. 1 от НДР 2006³, същите са променливи величини, утвърждавани за всяко от тримесечията 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, променят се периодично през годината.(...) Следователно РС имат характеристика на прогнозна финансова рамка, нямат траен правен характер и не могат да бъдат част от нормативен акт, както е НРД, а само негово приложение“.

Развивайки мотиви за отмяната на атакуваните норми, ВАС приема, че: „...ОПЛ следва да се съобрази с две противоречиви фактически обстоятелства – от една страна, „потребностите на здравноосигурените лица“ и в същото време „определен брой медицински направления“ съобразно „регулативните

¹ НРД 2006 – в сила от 1.01.2006 г.

² Решение № 12098/2006 г. на ВАС, обн., ДВ, бр.101 от 2006 г., в сила от 15.12.2006 г.

³ Чл. 166 НРД 2006 (1). Директорът на НЗОК след писмено становище от председателя на БЛС, съгласно съвместна методика, утвърждава регулативните стандарти (РС) за всяко от тримесечията по приложение № 16 „Регулативни стандарти“ до края на месеца, предхождащ тримесечието, в зависимост от бюджета на НЗОК, неговото месечно разпределение и очаквано изпълнение.

стандарти“. Как обаче на практика ОПЛ би могъл да се съобрази с потребностите на тези ЗЗОЛ, доброволно избрали го за „личен лекар“, когато те потърсят необходимата им медицинска помощ в хипотезата на изчерпан брой медицински направления от предварително определения им такъв съобразно РС за съответното тримесечие. Следователно лекарите, оказващи първична извънболнична медицинска помощ (ПИМП), са ограничени във възможността си при нужда (която те като професионалисти считат за обоснована) навреме да насочат пациентите си към консултация със специалист или пък да проведат необходимото им за конкретния случай изследване. Същото е положението и при изпълнителите на СИМП“.

По аналогичен ред, както и при предходните НРД, е уреден и контролът при неизпълнение на РС. Член 238, ал. 3, т. 6 НРД 2006 урежда налагането на санкция и нейния размер при превишение на РС¹. В този смисъл е и практиката на ВАС. В решение по адм. дело № 818/2008 г. по прилагането на НРД 2006 се казва, че „...спазването на регулативните стандарти, определянето на кошто е нормативно уредено, е задължение на изпълнителите на медицинска помощ и неспазването им е нарушение на националните рамкови договори и на индивидуалните договори за оказване на медицинска помощ, което подлежи на санкция“.

Формално чл. 238, ал. 3, т. 6 НРД 2006 не е отменен с решението по адм. дело № 3696/2006 г. на ВАС. С оглед отмяната на текстовете на чл. 167, ал. 1 и 2 НРД 2006, към които нормата препраща, след 15.12.2006 г. липсват материалноправни предпоставки за налагане на санкция при превишаване на РС.

След постановяване на решението по адм. дело № 3696/2006 г. се наблюдава известно противоречие в практиката на ВАС.

С решение по адм. дело № 6056/2007 г. на ВАС е отхвърлена жалбата срещу заповед за налагане на санкция. „Видно от финансовия протокол, превишенията на назначените регулативни стандарти за специализирани медицински дейности извън рамките на чл. 167, ал. 1 от НРД 2006 г. и неизпълнението на условията за компенсацията им по чл. 167, ал. 2 от НРД 2006 г. в частта „медицински направления“ са извършени през първото и второто тримесечие на 2006 г. Следователно както нарушенията са извършени, така и индивидуалният административен акт, с който се налагат санкции, е издаден преди влизане в сила на решение № 12098/4.12.2006 г. по адм. д. № 3696/2006 г. по описа на ВАС,

¹ Чл. 238, ал. 3, т. 6 НРД 2006 – В случаите на превишение на броя или стойността на възложените СМД извън рамките на чл. 167, ал. 1 или ал. 2 и при неизпълнение на условията за компенсация на превишението по чл. 167, ал. 2 през следващото тримесечие на ИМП се налага санкция – финансова неустойка в размер на стойността на превишението, изчислено по действащите в момента на назначаването на дейността цени, по които НЗОК заплаща.

петчленен състав, с което решение се отменя изцяло чл. 167, ал. 1–4 от НРД 2006 г. Цитираното решение е обнародвано в ДВ, бр. 101 от 15.12.2006 г. и съгласно чл. 31 от отменения ЗВАС постановената с това решение отмяна на подзаконовите нормативни разпоредби влиза в сила от деня на обнародването ѝ в „Държавен вестник“. От изложеното категорично се налага изводът, че чл. 167, ал. 1 и 2 от НРД 2006 г. са били приложими както към момента на възникване на спорните правоотношения – извършването на нарушенията, така и към този на издаване на процесната заповед“. Идентични на цитираното решение са и решенията по адм. дело № 6524/2007¹, № 9951/2007.

Противоположно становище при обсъждане на сходен казус (нарушението, проверката и заповедта са санкция за период отпреди 15.12.2006 г.) е изложено в мотивите на решението по адм. дело. № 7274/2007 г.: „Налагането на лимити от НЗОК на изпълнителите на медицинска помощ се извършва в нарушение на ЗЗО. Въпросните регулативни стандарти са опит да се администрира медицинската помощ и лекарската дейност, което е в противоречие с чл. 4 от ЗЗО. Лимитирането на медицинската помощ ограничава правата на гражданите при оказване на извънболнична медицинска помощ, тъй като не могат да я получат в момента на нужда, въпреки редовното внасяне на здравноосигурителни вноски.

С разпоредбата на чл. 167 НРД 2006 г., преди отмяната ѝ с решение № 12098/4.12.2006 г. по адм. дело № 3696/2006 г. на ВАС, се нарушава чл. 15, ал. 3 от Закона за нормативните актове, допускайки с подзаконов акт да се ограничават гарантирани права. Налице е противоречие с норма от по-висок по степен нормативен акт, което изключва налагането на санкция на посоченото основание.

Съгласно чл. 188, ал. 3 ГПК съдът е следвало да вземе предвид постановената с посоченото решение на ВАС отмяна на чл. 167 НРД 2006 г., тъй като това е правен факт, настъпил след подаване на жалбата, който е от значение за спорното право.

Първоинстанционният съд е следвало да констатира противоречието на цитираната в обжалваната заповед правна норма – чл. 167 НРД 2006 г., на по-високия по степен нормативен акт и да отмени акта като незаконосъобразен.

¹ „Следователно нарушенията, проверките и заповедта предшестват влизането в сила на посоченото решение и в тази връзка, с оглед действието му във времето нормите на НРД, които са били в сила към момента на възникване на материалноправните предпоставки, обуславят прилагането на отменените норми, които са от материалноправен характер. Незаконосъобразно е отменените по-късно норми да не се прилагат за по-ранния момент преди отмяната им. Стигайки до различни правни изводи, В. окръжен съд е нарушил материалния закон. Ето защо обжалваното решение се отменя“.

След като не е сторил това, съдът е постановил неправилно решение, което следва да бъде отменено, а спорът – решен по същество от настоящата инстанция“. В този смисъл са и решенията по адм. дело № 5245/2007 г.¹, адм. дело № 4065/2007 г., адм. дело № 5795/2007 г., адм. дело № 10156/2007 г.

През 2007 г. се прилагат действащите разпоредби на НРД 2006 и Решение РД-УС-04-12/2.02.2007 (обн., ДВ, бр. 19 от 2007 г.).

Със Закона за бюджета на НЗОК за 2007 г. регулацията на медицинската дейност е уредена в нормативен акт с висок ранг. Съгласно чл. 4, ал. 1 от закона 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. На УС на НЗОК е вменено утвърждаването на ред за прилагане на ал. 1. С решение № РД-УС-04-11/2.02.2007 г. на УС на НЗОК са приети Правила за реда за определяне броя на назначаваните специализирани медицински дейности и стойността на медико-диагностичните дейности от отделните изпълнители на първична и специализирана медицинска помощ.

Ключов момент в развитието на института на регулативните стандарти е решение № 2/22.02.2007 г. на Конституционния съд по конституционно дело № 12/2006 г. (обн., ДВ, бр. 20 от 2007 г.). Направеното искане за установяване на противоконституционност на чл. 4 ЗБНЗОК 2007 г. е отхвърлено. В мотивите на решението се казва: *„...Законът за бюджета на касата по същество представлява финансов план за разходване на средства. Има ежегодни действие, отразява налични средства и представлява финансов план за разходването им. Съдържанието му не може да се свърже с традиционното определение за закон. Поради това, за да бъде определен смисълът на оспорените текстове,*

¹ Разпоредбата на чл. 4, ал. 2 ЗЗО въздига в принцип забраната за администриране на медицинската помощ. Достъпът до нея е свободен и гарантира предоставянето ѝ в определения вид, обхват и обем пакет от здравни дейности, както и свободен избор на изпълнител, сключил договор с районна здравноосигурителна каса. Налагането на лимити от НЗОК на изпълнителите на медицинска помощ се извършва в нарушение на чл. 4, чл. 5, т. 5 и т. 10 ЗЗО.

С разпоредбата на чл. 167 НРД 2006, преди отмяната ѝ с решение № 12098/4.12.2006 г. по адм. дело № 3696/2006 г. на Върховния административен съд, обн., ДВ, бр. 101 от 15.12.2006 г., се нарушават чл. 5, ал. 1 от АПК и чл. 15, ал. 3 от Закона за нормативните актове, допускайки с подзаконов акт да се ограничават гарантирани права. Налице е противоречие с норма от по-висок по степен нормативен акт, което изключва налагането на санкция на посоченото основание.

Основавайки своя акт на материалноправна норма, неприложима за случая, К. окръжен съд е нарушил материалния закон, касаещо основание за отмяната му по смисъла на чл. 208, т. 3 АПК. Решението му следва да се отмени и вместо него се постанови отмяна на заповед № РД 21-568/6.12.2006 г. на директора на РЗОК – гр. К.“.

трябва да се държи сметка за общата уредба на здравното осигуряване и свързаните с него обществени отношения. Или по друг начин казано, след като бюджетът на касата на основание чл. 29 от Закона за здравното осигуряване е елемент от системата на осигуряването и здравната помощ, тълкуването, което му се дава, трябва да държи сметка за другите елементи от нея.

Това налага да се обсъди съдържанието на общите принципи и цели, заложени в Закона за здравното осигуряване, чиято функция е бюджетът на касата за 2007 г. и по-точно чл. 4. Съдържанието на посочената разпоредба гарантира свободен достъп на осигурените лица до медицинска помощ чрез определен по вид, обхват и обем пакет от здравни помощи, както и избор на изпълнител, договорил се с касата. Граматичното тълкуване на текста води до извода, че обхватът и обемът трябва да бъдат определени, т.е. не са неограничени. Прилагателното „определен“ показва дадена, определена мяра. Ако целта на закона е достъпът до здравните нужди да бъде неограничен, подчиненото изречение „чрез определени по вид, обхват и обем пакет от здравни дейности“ би било излишно....

В заключение: по принцип социалните права се реализират трудно и в зависимост от това, как държавата изпълнява задълженията си да организира здравното осигуряване, което обезпечава здравното обслужване и лечебната помощ, поведението ѝ ще е похвално или укоримо, ако не прави това...“.

В особеното мнение на съдия Л. Нейков се казва: „Противното би означавало, че конституционният законодател дава възможност със закон да се осигурява тази помощ само на част от здравноосигурените граждани. В конкретния случай това биха били само тези, които (понякога с протекции или чрез корупционни схеми, именно поради наложени ограничения) са успели да се включат в лимитираната бройка за дадения период от време, като на останалите, макар и здравноосигурени нуждаещи се граждани, конституционно гарантираната достъпна медицинска помощ се отказва. Едно такова каузално тълкуване на конституционната разпоредба би я обезсмислило, респективно прогласеното от нея основно право се ограничава, след като конституционно гарантираната достъпна медицинска помощ може да бъде отказвана и на здравноосигурени нуждаещи се от нея граждани“.

Сходно по смисъл е и особеното мнение на съдиите В. Гоцев и Вл. Славов: „Практическият резултат от тази разпоредба означава, че не всички нуждаещи се граждани, които са здравноосигурени, ще могат да се ползват от касата. При определения от НЗОК всяко тримесечие брой на специализираната извънболнична медицинска помощ и разпределената по месеци обща годишна стойност на болничната медицинска помощ достъп до тези здравни услуги могат да имат не всички здравноосигурени лица, както повелява чл. 52, ал. 1 от Конституцията. Медицинска помощ чрез касата ще могат да получат само тези, които първи

са я потърсили. Общопрактикуващият лекар ще бъде в невъзможност да даде направление за извънболнична или болнична помощ, ако за съответното време е изчерпал дадения по НЗОК лимит. Вярно е, че чл. 52, ал. 1 от Конституцията установява правилото, че правото на гражданите на здравно осигуряване, гарантиращо им достъпна медицинска помощ и безплатно медицинско обслужване, става при условия и по ред, определени със закон. Това обаче означава, че, от една страна, законът в нарушение на Конституцията не може да лиши някои граждани от правото на здравно осигуряване, гарантиращо им достъпна медицинска помощ и безплатно ползване на медицинско обслужване, и от друга, че законът не може при установен от него обхват и размер на здравни услуги, които се заплащат от касата, да ги ограничи, като каже, че това не се отнася до всички здравноосигурени лица. Всяко от тях трябва да може винаги да получи определена помощ. Недопустимо е да се поставят условия, при които едни нуждаещи се лица да могат да получат съответната помощ, а други да не я получат. Недопустимо е това да се определи от условието, кой по-рано е имал нуждата“.

ЗБНЗОК 2007 и цитираното решение на Конституционния съд институционализират регулаторните механизми в достъпа до медицински услуги при осъществяване на задължителното здравно осигуряване. След произнасянето на Конституционния съд основният проблем пред нормативната уредба се измества от законосъобразността на института на регулативните стандарти към контролните механизми за тяхното спазване, осъществявани от НЗОК.

По изложените по-горе съображения разпоредбите на НРД 2006 относно налагането на санкции при неизпълнение на РС са неприложими. Решение РД-УС-04-12/2.02.2007 г. не съдържа процесуални норми, приложими при осъществяването на контрол.

В индивидуалните договори с изпълнителите на медицинска помощ са включени разпоредби, уреждащи отношенията лечебно заведение – НЗОК в условията на регулирани дейности. Изпълнителят (ЛЗ) е длъжен да възстанови на възложителя (НЗОК) заплатените средства за МДД и СМД, назначени от изпълнителя извън разрешените надвишения и задължението за компенсиране.

Опит да се въведе процедура за контрол на регулативните стандарти е направен с Инструкция за административния одит в РЗОК № РД-16-13/2.06.2007 – Приложение № 1 „Указания за осъществяване на контрол по изпълнението на регулативните стандарти“. Съгласно т. 5 от указанията директорът на РЗОК уведомява писмено изпълнителите на медицинска помощ за необходимостта от възстановяване на заплатените средства в резултат на назначените от тях извън разрешените надвишавания и задължението за компенсиране на РС. Районните каси прилагат цитираните разпоредби основно по два начина.

В първата група са случаите, в които инструкцията се прилага абсолютно формално и на изпълнителите се изпраща писмо, с което са уведомени за размера на сумата, която следва да възстановят съгласно индивидуалния договор. Практиката на ВАС относно така проведената процедура е категорична¹. В решението по адм. дело № 5017/2008 г. се казва, че: „...административният съд правилно е приел, че обжалваното писмо носи белезите на индивидуален административен акт по чл. 21, ал. 1 АПК. То материализира едностранно волеизявление на носител на административни правомощия, което засяга интересите на адресата – създава задължение за възстановяване в 7-дневен срок на парични суми. Страните по индивидуалния договор не действат като равнопоставени субекти и РЗОК по изричен начин е овластена от чл. 73 и сл. от ЗЗО да

¹ Съществува изолирана съдебна практика на Административен съд – Варна, различна от практиката на ВАС. В мотивите на решението (необжалвано и влязло в сила) по адм. дело № 323/2008 на АС – Варна, се сочи: „...видно от приобщената като доказателство по делото Инструкция за административен одит в РЗОК № РД-16-13/2.06.2007 г., утвърдена от директора на НЗОК, са въведени вътрешноведомствени процедури на ниво НЗОК и РЗОК, с които се цели възстановяване от изпълнителите на ПИМП и СИМП на заплатените средства за СМД и ММД в резултат на надвишените регулативни стандарти. Съгласно нея, процедурата на ниво РЗОК е различна от санкционното производство, залегнало в глава XX на НРД 2006. В случая наличието на сума за възстановяване, както бе отбелязано по-горе, не би следвало действително да се тълкува като санкция от страна на административния орган, а като проява на гражданскоправния аспект на НРД 2006, съгласно чиито разпоредби изправната страна по договор би могла да иска от неизправната страна по договора доброволно възстановяване на заплатените вече от РЗОК парични средства, в резултат от превишените от лечебното заведение (изпълнител по договора) регулативни стандарти.

Безспорно е, че правата на пациентите съгласно законите, урегулирущи точно тези отношения, не биха могли да бъдат нарушавани с отказ от издаване на медицински направления за консултация или съвместно лечение, тъй като това би застрашило основно тяхно право – правото на здравеопазване, но съдът отбелязва, че при добра преценка възможност на лечебното заведение е да поиска от РЗОК с мотивирана молба допълнителен регулативен стандарт, който да бъде отпуснат преди изтичане на календарното тримесечие. Това право на изпълнителя по ИД е залегнало в Правилата от Закона за бюджета на НЗОК за 2007 г. и е гарантирано с чл. 24.

НЗОК е учреждение на бюджетна издръжка. За него се отпускат финансови средства от републиканския бюджет и наличието на финансова рамка, особено в условията на валутен борд, е условие, с което НЗОК трябва да се съобразява. Това трябва да става при съобразяване и с бюджета, и с правата на здравноосигурените лица, затова и средствата, които се отпускат, не биха могли да бъдат с променлив капацитет.

Сключването на договор с НЗОК задължава страните да спазват клаузите на договора и да носят отговорност при неизпълнение на задълженията по него.

По изложените съображения съдът приема, че обжалваният акт не страда от пороци, които да обуславят извод за неговата недействителност, поради което жалбата срещу него следва да бъде отхвърлена“.

налага санкции на изпълнителите на медицинска помощ в административни производства за едностранно осъществяван контрол върху дейността им. Установяването на фактите във връзка с регулативните стандарти, които са неразделна част от индивидуалния договор и произтичащите от неспазването им неблагоприятни последици за изпълнителя на медицинска помощ, следва да бъде извършено по пътя на контролната дейност, осъществявана от РЗОК. При определяне на подлежащите на възстановяване средства за СМД и МДИ, назначени от изпълнителя извън разрешените надвишения и задължението за компенсиране, следва да се процедира съобразно специалното административно производство, регламентирано в НРД 2006. В случай че РЗОК не желае да използва специалния административен ред за събиране на изплатените без правно основание суми чрез издаване на писмена покана, тя може да предприеме действия за установяване и събирането на вземането си по общия исков ред. (...) При това положение обжалваното писмо на директора на РЗОК, с което лечебното заведение е задължено да внесе по сметка на РЗОК определената сума, е издадено при съществени нарушения на административнопроцесуалните изисквания за законосъобразност и като го е отменил, административният съд е постановил правилно решение, което следва да бъде оставено в сила. Въпросите във връзка с материалната законосъобразност на обжалваното писмо не подлежат на преценка и обсъждане“. В същия смисъл са и решения по адм. дело № 5771/2008 г., адм. дело № 5020/2008 г., адм. дело № 6674/2008 г., адм. дело № 9933/2008 г., адм. дело № 1955/2008 г., адм. дело № 9727/2008 г., адм. дело № 9725/2008 г., адм. дело № 9728/2008 г. и др. на ВАС.

Във втората група са случаите, в които процедурата по контрол на РС е приключила с писмена покана. „Издадената покана, с която се създава основание за принудително събиране на суми чрез прихващане по административен ред, представлява едностранно властническо волеизявление и подлежи на съдебен контрол“, се казва в мотивите на определение по адм. дело № 7090/2008 г. на ВАС¹. В същия смисъл са и мотивите на решението по адм. дело № 5450/2008 г. на ВАС: „По осъществената в производството по чл. 145 и сл. от АПК съдебна проверка за законосъобразност на писмената покана съдът е приел, че съдържа белезите на индивидуален административен акт по смисъла на чл. 21 от АПК, който е незаконосъобразен, тъй като е издаден, без да е спазена нормативно установената в чл. 233–235 от НРД 2006 процедура – няма издадена заповед за извършване на проверка на лечебното заведение, нито е съставен от съответния компетентен орган констатилен протокол за неоснователно получени суми. По отношение на посоченото в поканата правно основание за издаване

¹ Вж. също и адм. дело № 11684/2008 г. на ВАС.

то ѝ – Приложение № 1 на „Указания за осъществяване на контрол по изпълнение на регулативни стандарти“ към „Инструкция за административен одит на РЗОК № РД-16-13 от 2.06.2007 г.“, утвърдена от директора на НЗОК – е направен извод, че като вътрешнослужебни актове са задължителни за РЗОК, но не за изпълнителя на медицинска помощ и на практика не могат да променят определенията с НРД и със ЗЗО финансови и медицински органи, компетентни да осъществяват контрол за изпълнение на индивидуалния договор...“.

През 2008 г. се прилагат действащите разпоредби на НРД 2006 и Решение РД-УС-04-127/27.12.2007 г. (обн., ДВ бр. 5 от 2008 г.). Член 4 от Закона за бюджета на НЗОК за 2008 г. съдържа идентична уредба, като в бюджетния закон за 2007 г. редът за определяне на РС на изпълнителите на медицинска помощ е приет с Решение № РД-УС-04-12/16.01.2008 г. на УС на НЗОК¹.

Проблемите в подзаконовата нормативна уредба относно контрола на РС от 2007 г. се пренасят и през 2008 г. В разрез с утвърдената съдебна практика контролът по спазване на определените РС е уреден в чл. 13 от Инструкцията за административен контрол върху дейността на структурните звена в РЗОК РД-16-11/3.04.2008 г. В чл. 13, т. 6 е визирано задължението на директора на РЗОК да уведоми изпълнителите за задължението им за възстановяване на заплатените средства в резултат на неспазения РС, като се посочва, че възникналите спорове се уреждат по гражданскоправен ред.

Като се абстрахираме от цитирания вътрешнослужебен акт, за да бъде законосъобразна приложената процедура, основният въпрос, който се поставя, е каква е правната природа на дължимата от изпълнителя сума при неспазен РС.

След постановяване на решение № 12098/4.12.2006 г. по адм. дело № 3696/2006 г. на ВАС няма основание за налагане на **санкция** – финансова неустойка, на основание чл. 238, ал. 3, ал. 6 НРД 2006 на изпълнителите, нарушили възложения РС.

Текстът на съответните разпоредби в индивидуалните договори² обосновава реализирането на **облигационна отговорност**. „Възстановяването на заплатените средства“ по смисъла на индивидуалния договор има обезщетителна

¹ С решение по адм. д. № 10382/2008 г. на ВАС е обявена за нищожна разпоредбата на чл. 173 от Решение РД-УС-04-127/27.12.2007 г., която регламентира как се определят регионалните и индивидуалните РС. Но чл. 172, съгласно който към индивидуалните договори на изпълнителите се определят индивидуални РС, не е бил оспорван пред ВАС.

² Чл. 37, ал. 3 ИД за оказване на ПИМП – „Изпълнителят е длъжен да възстанови на Възложителя заплатените средства за МДД и СМД, назначени от Изпълнителя извън разрешените надвишения и задължението за компенсиране“. Съществува аналогична разпоредба и в индивидуалните договори за оказване на СИМП.

функция. Изпълнителят дължи обезщетяване на РЗОК за заплатените на другите изпълнители средства в повече от предвиденото финансово ограничение. „Възстановяването на заплатените средства“ има характер на обезщетение за неправомерно поведение от страна на изпълнителя, нарушил определения му РС. В мотивите към решение по адм. дело № 9727/2008 г. на ВАС се казва: „При положение че РЗОК не желае да използва специалния административен ред за събиране на изплатените без правно основание суми чрез издаване на писмена покана, тя може да предприеме действия за установяване и събирането на вземането си по общия исков ред“.

Изолирани са случаите, в които РЗОК използват общия исков ред за търсене на обезщетение от изпълнителите при неспазен РС. Пример в това отношение е гр. дело № 4647/2008 г. на Районния съд – гр. Р. Направено е искане да бъде осъдено лечебното заведение да заплати на НЗОК, чрез РЗОК – гр. Р., определена сума, представляваща заплатени средства за СМД за първото тримесечие на 2007 г., извън определения РС. Производството по делото е прекратено предвид доброволното възстановяване на сумите от лечебното заведение – ответник.

Съществуващата съдебна практика приема, че в случаи на нарушен РС следва да се реализират нормите, уреждащи възстановяването на неправомерно получени суми. „Сумите, които НЗОК е заплатила за назначени медико-диагностични дейности извън разрешените надвишения с регулативните стандарти, са получени от изпълнителя на медицинска помощ без правно основание. Установяването на фактите във връзка със спазването на регулативните стандарти, които са неразделна част от индивидуалния договор, следва да бъде извършено по пътя на контролната дейност, осъществявана от РЗОК. Разпоредбата на чл. 234 от НРД 2006 изисква съставянето на „Протокол за неоснователно получени суми“ и осигуряване на възможност на засегнатото лице – обект на проверката, да се защити, като представи писмено възражение пред директора на РЗОК...“¹.

Срещу така развитото становище могат да се изложат съображения в противоположен смисъл, които не се споделят от ВАС. Възложеният регулативен стандарт е част от индивидуалния договор. **Определеният регулативен стандарт не предполага получаване на суми от ИМП.** Регулативният стандарт е финансов механизъм за разпределение на лимитираните бюджетни средства за СИМП и МДД. Възложеният регулативен стандарт задължава изпълнителя на медицинска помощ да издаде определен брой направления или да назначи МДД в рамките на определена стойност. Приемането от изпълнителя на медицинска помощ на задължението да назначава СМД и МДД в рамките на регулативния стандарт се удостоверява с подписването на протоколите за възлагане

¹ Адм. дело № 9727/2008 г. на ВАС.

на РС. Воден от цитираните съображения при провеждане на производството по установяване на неспазен РС, административният орган не е приложил разпоредбите на глава XX и XI НРД 2006, които са неприложими към институционализираните със ЗБНЗОК 2008 регулативни стандарти. НРД 2006 не съдържа специални правила относно контрола на РС, а следователно при издаването на ИАА следа да се прилагат общите разпоредби на АПК, а не разпоредбите на НРД 2006, уреждащи контрола по изпълнението на договорите за оказване на медицинска помощ.

Цитираното становище е развито и в мотивите на касационната жалба, по която е образувано адм. дело № 1402/2009 г. на ВАС. В съдебното решение № 6917/26.05.2009 г. липсва произнасяне относно законосъобразността на проведената от РЗОК административна процедура, но същото е важно за бъдещата дейност на НЗОК с оглед на развитите мотиви. „Със Закона за бюджета на Националната здравноосигурителна каса за 2008 г. са определени финансовите параметри на нейната дейност. Средствата, с които НЗОК ще разполага през 2008 г. за заплащане на специализирани медицински дейности и на медико-диагностични дейности, са определени.(...) **С тези средства разполага НЗОК за 2008 г. и тяхното превишаване е немислимо.** Затова с чл. 4 от цитирания закон на НЗОК е възложено да определя за всяко тримесечие броя на назначаваните от изпълнителите на първична и специализирана медицинска помощ специализирани медицински дейности и медико-диагностични дейности в съответствие с разполагаемите за тях средства.(...)“

Освен това с договора между НЗОК и лечебното заведение са установени правила и рамки, в които това лечебно заведение може да назначава специализирани медицински дейности и медико-диагностични дейности за сметка на бюджета на НЗОК. Това означава, че излизането извън тези рамки трябва да бъде за сметка на лечебното заведение, защото надвишава обема на медицинските дейности, предмет на договора, които другата страна по договора – НЗОК, е приела да финансира“.

Предвид идентичността на правната рамка, заложена в бюджетните закони за 2008 г. и 2009 г., изложените мотиви могат да се приложат и към настоящата правна уредба.

През 2009 г. се прилагат действащите разпоредби на НРД 2006 и Решение РД-УС-04-УС-04-17/20.01.2009 г. (обн., ДВ, бр. 8 от 2009 г.). Законът за бюджета на НЗОК за 2009 г. с разпоредбата на чл. 4 регламентира наличието на регулаторни механизми. Правилата за определяне на РС към договорите с ИМП са приети с Решение на УС на НЗОК № РД-УС-04-10/12.01.2009 г. Точки 166–168 от Решение РД-УС-04-УС-04-17/20.01.2009 г. уреждат регионалните и индивидуалните РС.

Практиката на ВАС от последните две години изправя системата на НЗОК пред необходимост от промяна на подзаконовата нормативна уредба. Опит да се съобразят провежданите от РЗОК контролни процедури с практиката на ВАС са приетите от УС на НЗОК разпоредби.

Съгласно т. 441 от Решение РД-УС-04-УС-04-17/20.01.2009 г. контролът по изпълнение на РС за третото и четвъртото тримесечие на 2008 г. се осъществява по реда на глава XX и XXI НРД 2006, като за целта се извършва проверка; за резултатите от нея освен финансов протокол се съставя „Протокол за неоснователно получени суми“ и се издава писмена покана по реда на производството по чл. 233 и сл. НРД 2006.

Точка 169 от същото решение урежда, че контролът по изпълнение на РС през 2009 г. се осъществява по реда на глава XX и XI НРД 2006. Точка VI от раздел II на Методиката за контрол РД-16-11/2.04.2009 г. урежда, че се издава писмена покана за възстановяване на суми, получени без правно основание, на основание чл. 234, ал. 2 или чл. 235, ал. 2, или чл. 235, ал. 5 НРД 2006. Писмената покана следва да отговаря на изискванията за форма и съдържание на индивидуален административен акт съгласно чл. 59, ал. 1 и 2 АПК и да съдържа размера на сумите, с които ИМП е нанесъл щета на НЗОК/РЗОК и следва да възстанови.

Въпреки изложените по-горе съображения за неприложимост на глава XX и XI НРД 2006 цитираните норми въвеждат единна процедура в системата на НЗОК, която да гарантира ефективен контрол относно спазването на регулативните стандарти. Преценката за законосъобразност на разписаната административна процедура ще бъде направена от бъдещата съдебна практика¹.

През 2010 г. прилагането на разпоредбите, уреждащи регулацията на дейностите в извънболничната медицинска помощ, поставя редица практически въпроси, произтичащи от измененията на Закона за здравното осигуряване от 18.12.2009 г. (обн., ДВ, бр. 101 от 2009 г.).

Съгласно Закона за бюджета на НЗОК за 2010 г. 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. Правната рамка на възлагането на регулативните стандарти се съдържа в чл. 175 НРД 2010 и Решение № РД-УС-04-153/21.12.2009 г.² на УС на НЗОК за установяване реда за определяне броя на назначаваните специализирани медицински дейности и стойността на

¹ Към януари 2010 г. в ход са административните производства за установяване неспазването на възложения РС за съответните тримесечия на 2009 г. Към настоящия момент липсва достатъчно съдебна практика.

² В сила от 1.01.2010 г.

медико-диагностичните дейности от отделните изпълнители на ПИМП и СИМП. В индивидуалните договори се съдържат разпоредби относно задължението на изпълнителите да възстановят в полза на НЗОК заплатените средства за МДД и СМД, назначени извън определените РС.

В ЗЗО и НРД 2010 липсват изрични норми, уреждащи реда за осъществяване на контролните правомощия на РЗОК във връзка със спазването на регулативните стандарти. Разпоредби в индивидуалните договори регламентират реда за извършване на контрол¹. Контролът по изпълнение на определените РС се осъществява по реда на чл. 76а и чл. 76б ЗЗО, като за целта се извършва проверка, за резултатите от нея се съставя „Протокол за неоснователно получени суми“ и се издава писмена покана за възстановяване на суми, получени без правно основание. Визираните разпоредби на ЗЗО уреждат извършването на проверки от контролните органи, при които е установено получаването на суми без правно основание. Съображения относно липсата на тъждественост между неоснователно получените суми и задълженията на изпълнителите за възстановяване на суми в резултат на неспазване на РС са изложени по-горе. Законосъобразното прилагане на цитираните процесуални правни норми ще бъде обект на проверка от бъдещата практика на административните съдилища.

Анализирайки съдебната практика, в обобщение на посоченото по-горе, може да бъдат направени следните **изводи**:

1) Регулативните стандарти в извънболничната медицинска помощ, определяни към договорите с изпълнителите на ПИМП и СИМП, са конституционно-съобразни. Спазването на определените регулативни стандарти (лимита) е задължително за лечебните заведения.

2) Неспазването на определения регулативен стандарт от страна на ЛЗ е противоправно поведение, за което се дължи съответно обезщетение.

3) Контролът на регулативните стандарти по административен ред следва да се осъществява при спазване на общите правила на АПК и специалните норми на чл. 76а и 76б ЗЗО.

4) НЗОК чрез РЗОК може да реализира претенцията си за възстановяване на средства, изплатени в резултат на неспазен регулативен стандарт, по общия исков ред.

¹ Чл. 37, ал. 5 от индивидуалния договор с изпълнителите на ПИМП, респективно чл. 36, ал. 5 от индивидуалния договор с изпълнител на СИМП.