



**РЕПУБЛИКА БЪЛГАРИЯ**  
**ИНСПЕКТОРАТ КЪМ ВИСШИЯ СЪДЕБЕН СЪВЕТ**

гр. София 1000, ул. „Георг Вашингтон” № 17, тел.: 02 9057502, факс: 02 9057503

Изх. № ЖС-02-14/19  
Дата: 28.10.2019г.

**ДО**  
**Г-н ГЕОРГИ ЧОЛАКОВ**  
**ПРЕДСЕДАТЕЛ НА**  
**ВЪРХОВЕН АДМИНИСТРАТИВЕН СЪД**

**УВАЖАЕМИ ГОСПОДИН ЧОЛАКОВ,**

В Инспектората към ВСС е постъпил сигнал вх. № 23455/23.07.2019г., вх.рег. № Ж-02-14/19/23.07.2019г. от г-н Кирил Ананиев – министър на здравеопазването. Поводът за сигнала е противоречива практика на съдилищата по граждански дела, по които страна е Националната здравно осигурителна каса. След извършено проучване по приложените дела, Инспекторатът към ВСС установи, че са налице основания за ангажиране на правомощията му по чл.54, ал.1, т.4 от Закона за съдебната власт. Ето защо и на основание чл.54, ал.1, т.4 от Закона за съдебната власт Ви изпращаме сигнал от инспектор Игнат Георгиев за отправяне на искане до ОС на I и II колегии на ВАС и ОС на ГК и ТК на ВКС за приемане на общо тълкувателно решение, което да отговори на поставените въпроси

Приложение: съгласно текста.

**ГЛАВЕН ИНСПЕКТОР:**

**ТЕОДОРА ТОЧКОВА**





РЕПУБЛИКА БЪЛГАРИЯ  
ИНСПЕКТОРАТ КЪМ ВИСШИЯ СЪДЕБЕН СЪВЕТ

гр. София 1000, ул. „Георг Вашингтон” № 17, тел.: 02 9057502, факс: 02 9057503

Изх. № И/С-02-14/19  
Дата: 28.10.2019г.

ДО  
Г-н ЛОЗАН ПАНОВ  
ПРЕДСЕДАТЕЛ НА  
ВЪРХОВЕН КАСАЦИОНЕН СЪД

УВАЖАЕМИ ГОСПОДИН ПАНОВ,

В Инспектората към ВСС е постъпил сигнал вх. № 23455/23.07.2019г., вх.рег. № Ж-02-14/19/23.07.2019г. от г-н Кирил Ананиев – министър на здравеопазването. Поводът за сигнала е противоречива практика на съдилищата по граждански дела, по които страна е Националната здравно осигурителна каса. След извършено проучване по приложените дела, Инспекторатът към ВСС установи, че са налице основания за ангажиране на правомощията му по чл.54, ал.1, т.4 от Закона за съдебната власт. Ето защо и на основание чл.54, ал.1, т.4 от Закона за съдебната власт Ви изпращаме сигнал от инспектор Игнат Георгиев за отправяне на искане до ОС на ГК и ТК на ВКС и ОС на I и II колегии на ВАС за приемане на общо тълкувателно решение, което да отговори на поставените въпроси .

Приложение: съгласно текста.

ГЛАВЕН ИНСПЕКТОР:

ТЕОДОРА ТОНКОВА





РЕПУБЛИКА БЪЛГАРИЯ  
ИНСПЕКТОРАТ КЪМ ВИСШИЯ СЪДЕБЕН СЪВЕТ

гр. София 1000, ул. „Георг Вашингтон” № 17, тел.: 02 9057502, факс: 02 9057503

Изх. № Ж-02-14/19  
Дата: 28.10.2019г.

ДО  
Г-н ЛОЗАН ПАНОВ  
ПРЕДСЕДАТЕЛ НА  
ВЪРХОВНИЯ КАСАЦИОНЕН СЪД

ДО  
Г-н ГЕОРГИ ЧОЛАКОВ  
ПРЕДСЕДАТЕЛ НА  
ВЪРХОВЕН АДМИНИСТРАТИВЕН СЪД

С И Г Н А Л  
ОТ ИГНАТ ГЕОРГИЕВ - ИНСПЕКТОР В  
ИНСПЕКТОРАТА КЪМ ВИСШИЯ СЪДЕБЕН СЪВЕТ  
по чл. 54, ал. 1, т. 4 ЗСВ

УВАЖАЕМИ ГОСПОДИН ПАНОВ,  
УВАЖАЕМИ ГОСПОДИН ЧОЛАКОВ,

В Инспектората към ВСС е постъпил сигнал вх. № 23455/23.07.2019г., вх.рег. № Ж-02-14/19/23.07.2019г. от г-н Кирил Ананиев – министър на здравеопазването. Поводът за сигнала е противоречива практика на съдилищата по граждански дела, по които страна е Националната здравно осигурителна каса. Конкретно са изложени следните обстоятелства:

По силата на договори, НЗОК следва да изплаща на лечебните заведения извършените медицински услуги по договорени цени. На основание годишните закони за бюджета на НЗОК, последната утвърждава за всяка регионална здравноосигурителна каса /РЗОК/ годишна обща стойност

на разходите за здравноосигурителни плащания, разпределена по месеци, включително и към изпълнители на болнична медицинска помощ, разпределена също по месеци. Но в някои от случаите, изпълнителите на болнична медицинска помощ предявяват претенции към НЗОК за заплащане на медицински услуги, надхвърлящи по обем и размер уговорените в индивидуалните договори месечни суми. След отказ на Касата да заплати тези „надлимитни“ претенции, изпълнителите на медицински дейности сезират със спора съда. Към настоящия момент в съдилищата са образувани множество граждански съдебни дела с общ размер на претенциите надхвърлящ 46 млн. лв. Налице са и приключени производства с влезли в законна сила съдебни решения, част от които оставят без уважение исквете на изпълнителите на болнична медицинска помощ за заплащане на надлимитните медицински дейности. Но немалка част от съдебните решения уважават исквите претенции, което ангажира НЗОК със значителен и извънреден финансов ресурс, който би могъл да се превърне в предпоставка за създаване на финансов дисбаланс в работата и. Изрично в сигнала е посочено, че въпросът касае единствено предоставянето на неспешни и надлимитни медицински услуги, повечето при действието на Националния рамков договор за 2015г., т.е тези, при които може да се извършва системно и планирано оценяване, наблюдение и непрекъснато подобряване на качеството на медицинските услуги, с което се осигурява равенство в достъпа, ефективността и сигурността на договорените медицински услуги по смисъла на чл.32 от посочения договор .

В постановените досега съдебни актове са обосновани две противоположни тези, които поражда противоречива съдебна практика по идентични гражданскоправни спорове, състояща се в следното:

В част от съдебните решения е прието, че НЗОК следва да заплаща всички медицински услуги в полза на здравноосигурените лица, включени в пакета от дейности, приет с Националния рамков договор. Възприета е тезата, че правото на здравноосигурените лица на медицинска помощ е безусловно, неотменимо и произтича само от техния статус на здравноосигурени, както и от потребността им от конкретна медицинска помощ. В посочения смисъл съдилищата правят извод, че лечебните заведения не могат да отказват медицинска помощ на здравноосигурените лица на никакво основание, респ. Националната здравноосигурителна каса е длъжна да заплати на здравните заведения извършените медицински услуги, независимо, че същите надхвърлят договорените месечни финансови лимити. Посочени са съдебни решения обусловени от изложената теза.

В друга част от съдебните решения, съдилищата приемат, че правото на здравноосигуреното лице да получи безплатна медицинска помощ не е

неограничено, а се подчинява на определени със закон правила, които могат да ограничат обхвата и обема на същата. Според тези съдебни решения, здравноосигурените лица имат право да получат медицинска помощ, но заплащането на тази помощ е в рамките на договорените по обем медицински дейности, които следва да бъдат съобразени в рамките на приетия бюджет на НЗОК за съответната година. В посочения смисъл, задължението на НЗОК не е неограничено. В сигнала са посочени съдебни решения обосновани от втората теза.

Министерството на здравеопазването намира за правилна втората теза, тъй като същата изследва и отразява всички елементи на правоотношението между НЗОК, респ. РЗОК и изпълнителите на медицински дейности, като гарантира финансовата стабилност и социалната сигурност, относно правото на здравноосигурените лица да получат медицинска помощ. Освен това, безусловното задължение на касата да покрива всяка медицинска услуга, включително и „надлимитните” би застрашило функционирането на здравноосигурителната система.

В сигнала е изложено също, че съгласно §129 от Преходни и заключителни разпоредби на ЗИД на АПК (Обн. ДВ, бр.77/18.09.2018г., в сила от 01.01.2019г.) в Закона за здравното осигуряване се създава нова норма, чл.45а, която въвежда института на административния договор. С разпоредбата на чл.45а, ал.4 от ЗЗО, която е в сила от 01.01.2019г. изрично се предвижда, че договорите, сключени от НЗОК, съответно РЗОК по чл.45 с физически или юридически лица са административни договори, от което следва, че за същите са приложими разпоредбите на чл.19а и сл. от АПК. Но предвид обстоятелството, че институтът на административния договор се урежда от 01.01.2019г. в ЗЗО, споровете, относно дотогава сключените договори със НЗОК се разглеждат от гражданските съдилища.

На основание изложените обстоятелства, Министър К.Ананиев счита, че е налице противоречива съдебна практика, което налага приемане на тълкувателно решение.

Сигналът е отправен до Инспектората към ВСС с искане да упражни правомощието си по чл.54, ал.1, т.4 във вр. с т.3 от ЗСВ, като сигнализира компетентните органи за отправяне на искане за приемане на тълкувателно решение от Върховния касационен съд по поставените въпроси.

След като се запозна със сигнала, Инспекторатът към ВСС извърши проучване на съдебната практика, подробно описана в него. В резултат на проучването бе установено следното:

**I. Съдебни решения уважаващи исковите претенции на изпълнители на болнична медицинска помощ против НЗОК, за заплащане на стойността на клинични пътеки за лечение на пациенти.**

1. С Решение №117/13.12.17г., постановено по т.д. № 73/2017г., Окръжен съд - Силистра е уважил искове по чл.79, чл.266 и чл.86 от ЗЗД, предявени от изпълнител на болнична медицинска помощ против НЗОК за заплащане на стойността на клинични пътеки за лечение на пациенти през м.март 2016г., за които ответникът е твърдял, че са „надлимитни”. Съдът е мотивирал решението си с обстоятелството, че „надлимитните” дейности са били за спешни случаи, които ищецът не е могъл да планира, както и не е могъл да съобрази променената правна рамка, пречатстваща го да прехвърля средства от един месец в друг. Решението на първоинстанционния съд е потвърдено с Решение №64/04.04.2018г., постановено по в.т.д. № 53/18г. от Апелативен съд – Варна.

2. С Решение от 28.12.17г., постановено по т.д. №28/17г., Окръжен съд – Варна е уважил искове по чл.79, ал.1 от ЗЗД, чл.59 от ЗЗО и чл.86 от ЗЗД, предявени от изпълнител на болнична медицинска помощ против НЗОК за заплащане на суми по три договора, от които единият е сключен през 2015г., а другите два през 2016г., за които ответникът е твърдял, че са „надлимитни” и съответно за тях съществуват договорни ограничения. Съдът е приел, че договорните клаузи, въвеждащи ограничения при заплащане на оказана от болничното заведение медицинска помощ са нищожни на основание чл.26, ал.1, пр.1 от ЗЗД като противоречащи на чл.52 от Конституцията на Република България, чл.5 и чл.35 от ЗЗО. В посочения смисъл осъществената болнична помощ в изпълнение на сключените между страните договори следва да бъде заплатена в изпълнения обем, вкл. и „надлимитните” дейности. Решението на първоинстанционния съд е потвърдено с Решение от 17.05.18г. по в.т.д. №113/17г. от Апелативен съд – Варна

3. С Решение от 03.07.2014г., постановено по гр.д. №291/12г. СГС е уважил искове по чл.79, ал.1 и чл.86 от ЗЗД, предявени от изпълнител на болнична медицинска помощ против НЗОК, за заплащане на стойността на клинични пътеки по сключен между тях договор от 2011г., за които ответникът е твърдял, че са „надлимитни”. Съдът е приел, че здравноосигурените лица имат право срещу задължителното си участие при набиране на здравни вноски да получат медицинска помощ. За да осигури упражняването на това право НЗОК е длъжна да осигури бюджет като заплати разходите за лечението на здравноосигурения. Съществуващата в сключения между страните договор клауза, че НЗОК заплаща само фактури, чиято месечна стойност не надвишава утвърдения болничен бюджет утвърден за 2011г. е в противоречие със ЗЗО като по-висш по ранг нормативен акт. В самия ЗЗО и в НРД от 2011г. не е предвидена възможност

НЗОК да откаже плащане на основание „надвишаване на лимити”, поради което сключеният между страните договор не може да съдържа клаузи по-неизгодни от НРД. Решението на първоинстанционния съд е потвърдено с Решение №1937/06.10.2015г. по т.д. №3773/14г. на Апелативен съд – София.

4. С Решение №32/25.05.2018г., постановено по гр.д. №41/2018г. Окръжен съд – Сливен е уважил искове по чл.79, ал.1 от ЗЗД, вр. с чл.59, ал.1 от ЗЗО и чл.86, ал.1 от ЗЗД, предявени от изпълнител на болнична медицинска помощ против НЗОК за заплащане на стойността на клинични пътеки по сключен между тях договор от 2015г., за които ответникът е твърдял, че са „надлимитни”. Съдът е приел, че след като медицинските дейности са извършени и отчетени, същите следва да бъдат заплатени, независимо от надлимитността им. С Решение №59/05.10.2018г., постановено по т.д. № 229/18г. Апелативен съд – Бургас е потвърдил първоинстанционното решение.

5. С Решение от 03.04.2019г., постановено по гр.д. №2126/2018г., Районен съд – Пазарджик е уважил искове по чл.79, ал.1 от ЗЗД, вр. с чл.59, ал.1 от ЗЗО и чл.86, ал.1 от ЗЗД, предявени от изпълнител на болнична медицинска помощ против НЗОК за заплащане на стойността на клинични пътеки по сключен между тях договор от 2015г., за които ответникът е твърдял, че са над договорения лимит за м.май 2015г. Съдът е приел, че според чл.4 от ЗЗО, задължителното здравно осигуряване гарантира свободен достъп на осигурените лица до медицинска помощ чрез определен по вид, обем и обхват от здравни дейности, както и свободен избор на изпълнител, сключил договор с РЗОК, поради което не е допустимо ограничаването с лимит на индивидуален договор. Освен това, предвид разпоредбата на чл.59, ал.2 от ЗЗО, индивидуалните договори за оказване на медицинска помощ не могат да бъдат сключени при условия, по-неизгодни от приетите с НРД. Непризнаването на определени разходи поради „надлимитност” е и в противоречие с разпоредбата на чл.45 от ЗЗО. С Решение №248/01.07.2019г., постановено по в.гр.д. №358/19г. първоинстанционното решение е потвърдено от Окръжен съд – Пазарджик.

С подобни аргументи, съдът е уважил исковете, предявени от изпълнители на болнична медицинска помощ против НЗОК, на същото законово основание, със следните решения: Решение №1416/30.11.2018г. постановено по гр.д. №1667/18г. на РС – Пазарджик, потвърдено с решение по в.гр.д. № 117/2019г. по описа на ОС – Пазарджик; Решение по гр.д. №564/2018г. по описа на РС – Велико Търново, потвърдено с Решение по в.гр.д. № 637/2018г. по описа на ОС – Велико Търново; Решение по гр.д. №36/2017г. по описа на Окръжен съд – Габрово, потвърдено с Решение по в.гр.д. № 240/18г. по описа на Апелативен съд – Велико Търново; Решение по

т.д. №8/2917г. по описа на ОС – Габрово, потвърдено с Решение по в.т.д. №416/17г. по описа на АпС – Велико Търново; Решение по гр.д. №397/2018г. по описа на СГС, VI ТО, V състав.

**II. Съдебни решения, отхвърлящи исковите претенции на изпълнители на болнична медицинска помощ против НЗОК, за заплащане на стойността на клинични пътеки за лечение на пациенти.**

1. С Решение от 10.12.2018г., постановено по т.д. №563/18г., Софийски градски съд, ТО, VI-18 състав е отхвърлил искове по чл.79, ал.1 от ЗЗД и чл.86 от ЗЗД, предявени от изпълнител на болнична медицинска помощ против НЗОК за заплащане на стойността на клинични пътеки по сключен между тях договор от 2015г., за които ответникът е твърдял, че са „надлимитни”. Съдът е приел, че клаузите по индивидуалния договор сключен между страните на основание НРД, въвеждащи ограничение на медицинската помощ, която да бъде финансирана от НЗОК не са противоречиви на разпоредбата на чл.52, ал.1 от Конституцията и не са нищожни поради противоречие със закона, както е твърдял ищеца. Оказаната болнична медицинска помощ следва да бъде заплащана от НЗОК по реда, предвиден в договора между страните, в който са определени лимити. Извършената над тези лимити дейност не следва да бъде заплащана, освен по административен ред, с решение на Надзорния съвет на НЗОК. С Решение №1301/03.06.2019г., постановено по т.д. №563/18г. Софийски апелативен съд, ТО, VI състав е отменил решението на първоинстанционния съд приемайки, че *„въвеждането на лимити за заплащаните от НЗОК дейности в сключените индивидуални договори с изпълнителите на медицинска помощ, влиза в явно противоречие със застъпените в чл.5, т.9 и т.10 от ЗЗО, чл.4 от ЗЗО и чл.52 от Конституцията, принципи за закрила от държавата на здравето на нейните граждани, на опазването му като национален приоритет, на гарантирана своевременна, достатъчна и качествена медицинска помощ”*.

2. С Решение по т.д. № 1532/17г. СГС, ТО, 14 състав е уважил исковете по чл.79, ал.1 от ЗЗД, във вр.с чл.59, ал.1 от ЗЗО, предявени от изпълнител на болнична помощ против НЗОК. С Решение №2927/12.12.2018г., постановено по т.д. №3694/2018г. САС, ТО, VI състав е отменил изцяло първоинстанционното решение и вместо това е постановил отхвърляне на исковете. Мотивите на въззивната инстанция са били, че уговорките в сключения индивидуален договор за заплащане от НЗОК на извършените медицински дейности до определен лимит са действителни и непротиворечащи на съответните разпоредби в Конституцията и ЗЗО. Освен

това „изрично в чл.4, ал.1, т.2,б. „б“ от ЗБНЗОК за 2015г. е предвидено директорите на РЗОК да закупуват от изпълнителите на болнична медицинска помощ здравни дейности от пакета по чл.2, ал.1 от ЗЗО в рамките на обемите и стойностите на разпределените им годишни бюджети.” Съдът прави извод, че в нормативен акт с ранг на закон е предвидено плащането на оказаната болнична помощ, да бъде извършвано в рамките на определен бюджет, в рамките на административно разпределени обеми.

3. С Решение по гр.д. №12641/11г. СГС, ГК, I-18 състав е отхвърлил искове по чл.79, ал.1 и чл.86 от ЗЗД, предявени от изпълнител на болнична помощ против НЗОК. Мотивите му са били също, че се заплащат разходи за медицинска помощ до определени в сключения между страните индивидуален договор от 2011г. лимити. Превишените разходи не подлежат на заплащане от НЗОК.

4. С Решение по гр.д. №653/2012г., СГС, ИГО, 20 състав е отхвърлил искове по чл.79, ал.1 и чл.86 от ЗЗД, предявени от изпълнител на болнична помощ против НЗОК. Мотивите му са, че сключения между страните индивидуален договор от 2010г. въвежда лимити на плащане на оказаната болнична помощ, които не следва да бъдат надвишавани. С Решение №902/04.05.2015г., постановено по т.д. №2210/14г., САС е потвърдил изцяло първоинстанционното решение.

Предвид гореизложените констатации, направени в резултат на извършеното проучване на посочената съдебна практика, Инспекторатът към ВСС счита, че сигналът на Министъра на здравеопазването, г-н К. Ананиев е основателен. Действително се установи, че съдилищата решават по нееднакъв начин съдебните дела, образувани от изпълнители на болнична помощ против НЗОК, с правно основание чл.79, ал.1 от ЗЗД, вр. чл.59, ал.1 от ЗЗО и чл.86 от ЗЗД, за заплащане на извършени медицински услуги наречени „надлимитни” дейности. Противоречива съдебна практика се установи, както между съдилища от един апелативен район, така и между такива от различни апелативни райони. Спорните правни въпроси, които съдилищата обсъждат по различен начин и съответно прилагат закона противоречиво се свеждат до това, имат ли правна възможност изпълнителите на медицински дейности да претендират от НЗОК заплащане на извършените от тях медицински услуги на здравноосигурени лица, когато тези услуги са извършени над договорените по индивидуалните договори, месечни финансови лимити; Предвид клаузите за месечни финансови лимити по индивидуалните договори, има ли право НЗОК да откаже плащане при превишаването им; В какви случаи и при какви условия може НЗОК да откаже плащане.

Към настоящия момент тези спорове се разглеждат и решават от гражданските съдилища. Но предвид разпоредбата на чл.45а, ал.4 от ЗЗО, която е в сила от 01.01.2019г., договорите сключени от НЗОК, съответно РЗОК по чл.45 с физически или юридически лица са административни договори. Тази законова промяна води до промяна в подсъдността на спорите по приложението и изпълнението на тези договори, каквато е подсъдността на административните съдилища. Съответно, въззивен инстанционен контрол върху правилността на решенията ще упражнява Върховния административен съд. Поради посочените причини, Инспекторатът към ВСС, счита, че преценката за наличие или липса на противоречива съдебна практика, както и решаването и, е в правомощията на общите събрания на съдиите от гражданска и търговска колегия на ВКС и съдиите от първа и втора колегия на ВАС.

Предвид гореизложеното и на основание чл.54, ал.1, т.4 от Закона за съдебната власт, Инспекторатът към Висшия съдебен съвет сигнализира г-н Лозан Панов, председател на ВКС и г-н Георги Чолаков, председател на ВАС за отправяне на искане до ОС на ГК и ТК на ВКС и ОС на I и II колегии на ВАС за приемане на общо тълкувателно решение, което да отговори на следните въпроси:

- 1. Въвеждането на месечни лимити в договорите с изпълнителите на медицински дейности и/или изпълнителите на болнична медицинска помощ ограничава ли РЗОК/НЗОК да заплаща оказаната медицинска помощ до уговорените лимити?**
- 2. Изпълнителите на болнична медицинска помощ, в случаите, в които по медицински показания не е налице спешност в състоянието на здравноосигуреното лице, задължени ли са да изготвят листи на чакащите при достигане на лимита?**
- 3. За чия сметка ще бъде оказаната медицинска помощ над установените лимити и кога, по какъв начин и ред следва да бъде изплатена?**
- 4. Налице ли е задължение на НЗОК да заплаща всяка една медицинска дейност, която е извършена от лечебни заведения над определения месечен лимит?**
- 5. Нищожни ли са клаузите в договорите, сключени между НЗОК и изпълнителите на медицински дейности, определящи месечни лимити на медицинската дейност?**

Настоящия сигнал по чл.54, ал.1, т.4 от ЗСВ да бъде изпратен на г-н Лозан Панов, председател на Върховен административен съд и г-н Георги Чолаков, председател на Върховен административен съд.

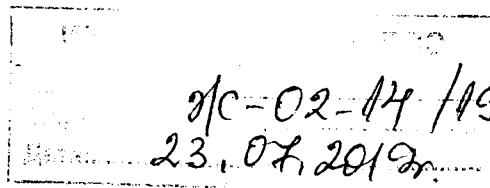
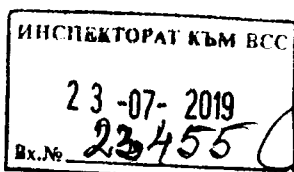
Приложение: Сигнал на г-н Кирил Ананиев, министър на здравеопазването, вх. рег. № Ж-02-14/19/23.07.2019г;

Съдебни решения по реда на цитирането им в настоящия сигнал.

**ИНСПЕКТОР:**

**ИГНАТ ГЕОРГИЕВ**





РЕПУБЛИКА БЪЛГАРИЯ

Министър на здравеопазването

Изх. 11-03-45 / 23.07.2019г.

ДО  
Г-ЖА ТЕОДОРА ТОЧКОВА  
ГЛАВЕН ИНСПЕКТОР  
В ИНСПЕКТОРАТА КЪМ  
ВИСШИЯ СЪДЕБЕН СЪВЕТ

УВАЖАЕМА ГОСПОЖО ТОЧКОВА,

Повод да се обърна към Вас за съдействие са правомощията на Инспектората към Висшия съдебен съвет, регламентирани в чл. 54, ал. 1, т. 4 във връзка с т. 3 от от Закона за съдебната власт, както и преценката ми от необходимостта да се установи трайно и еднозначно прилагането на закона в резултат на различното тълкуване на правните норми от съдилищата. В качеството ми на министър на здравеопазването при мен постъпи информация от Националната здравноосигурителна каса /НЗОК/, с която ме информират, че срещу НЗОК се водят еднотипни съдебни производства от лечебни заведения, с предмет претенции към НЗОК за заплащане на извършени медицински услуги от лечебни заведения, сключили договор с НЗОК, по отношение на здравноосигурени лица, които вземания са извън уговорените месечни финансови лимити, придобили наименованието "надлимитни" медицински дейности.

Най-общо, правната рамка, уреждаща тези отношения, се съдържа в Конституцията на Република България, Закона за здравето осигуряване, ежегодните закони за бюджета на Националната здравноосигурителна каса, както и в подзаконовни нормативни актове – като например ПМС № 57 от 16.03.2015 г., Наредба за осъществяване на правото на достъп до медицинска помощ, а така също и в сключваните Национални рамкови договори за медицинските дейности между НЗОК и Българския лекарски съюз, а така също и в договорите между НЗОК и изпълнителите на медицински дейности /ИБМ/.

На основание годишните закони за бюджета на НЗОК, Касата утвърждава за всяка Регионална здравноосигурителна каса /РЗОК/ годишна обща стойност на

разходите за здравноосигурителни плащания, разпределена по месеци, включително и към изпълнители на болнична медицинска помощ, разпределена също по месеци.

Претенциите на изпълнителите на болнична медицинска помощ /ИБМП/ към НЗОК са за заплащане на медицински услуги, надхвърлящи по обем и размер уговорените в индивидуалните договори месечни суми за закупуване на медицински услуги от Касата.

*Спорните правни въпроси се свеждат до това дали е правна възможност за изпълнителите на медицински дейности да претендират от НЗОК заплащане на извършените от тях медицински услуги на здравноосигурени лица /ЗОЛ/, когато тези услуги са извършени над уговорените месечни финансови лимити по договора, респ. има ли право НЗОК да откаже да заплати за тези услуги. При положителен отговор на тези въпроси - в кои случаи и при какви условия следва да стане това.*

Към настоящия момент са висящи множество съдебни производства, по които заявените финансови претенции към НЗОК са в значителен размер - повече от 46 млн. лева. Налице са и приключени с влезли в законна сила съдебни решения граждански дела, между които има както положителни, така и неблагоприятни за касата съдебни актове, като последното ангажира НЗОК със значителен и извънреден финансов ресурс, който би могъл да се превърне в предпоставка за създаване на финансов дисбаланс в работата на тази финансова система, обезпечаваща здравната помощ на ЗОЛ.

Анализ на съдебните решения показва, че в съдебните актове, в най-общ смисъл, се обосновават две противоположни тези, които като краен резултат водят до създаването на противоречива съдебна практика по идентични гражданскоправни спорове. Следва изрично да се посочи, че въпросът касае единствено предоставянето на неспешни и надлимитни медицински услуги, повечето при действието на НРД за 2015 г., т.е. тези, при които може да се извършва системно и планирано оценяване, наблюдение и непрекъснато подобряване на качеството на медицинските услуги, с което се осигурява равенство в достъпа, ефективността и сигурността на договорените медицински услуги по смисъла на чл. 32 от НРД за 2015 г. В този смисъл е и чл. 55а от ЗЗО. За пълнота на изложението следва да посочим, че и по НРД за предходни години също са образувани и водени съдебни производства.

**Първата теза** приема, че НЗОК следва да заплаща всички медицински услуги в полза на здравно осигурените лица, включени в пакета от обем дейности, приет с НРД. Този подход дава приоритет на правото на едно здравноосигурено лице да получи гарантирана от Конституцията и закона медицинска услуга, само поради статута на лицето като осигурен. Приема се, че правото на здравноосигурените лица на медицинска помощ е безусловно, неотменимо и произтича само от техния статус на здравноосигурени, както и от необходимостта им от конкретна медицинска помощ. Това

означава, че лечебното заведение не може да откаже медицинска помощ на здравноосигуреното лице на никакво основание, респ. НЗОК е длъжна да заплати на здравните заведения тези медицински услуги, независимо, че те надхвърлят договорените месечни финансови прагове.

**Мотивите, подкрепящи това разбиране, се изразяват в следното:**

**Р. по т.д. № 591/2016 г. на ОС-Шумен**

“В чл. 40 от договора за болнична медицинска помощ по клинични пътеки и в чл. 26 от договора за извършване на високоспециализирани медицински дейности и Приложения № 2 към договорите са били въведени стойности, в рамките на които е следвало да се заплаща на изпълнителя оказаната от него медицинска помощ на здравноосигурени лица. Съдът намира, че тези клаузи на договорите са нищожни, поради противоречие с правото на здравноосигурените лица да получат медицинска помощ, прогласено в чл. 35 ал. 1 т. 1 от Закона за здравето осигуряване. Тези клаузи са в нарушение и на задължението на Националната здравноосигурителна каса да заплати оказването на медицинска помощ на здравноосигурените лица, съгласно чл. 45 и чл. 47 от ЗЗО, и съответното на това задължение право на лечебните заведения, оказващи медицинска помощ на здравноосигурени лица, да получат заплащане от НЗОК на основание индивидуалните договори. Обемът на предоставената медицинска помощ не може да бъде ограничаван нито от подзаконов нормативен акт, нито от индивидуалния договор или негово изменяне.”

“Здравноосигурените лица имат право да получат медицинска помощ и лечебните заведения – изпълнители на медицинска помощ на основание сключения с НЗОК договор са задължени да оказват медицинска помощ. Правото на здравноосигурените лица на медицинска помощ е безусловно, неотменимо и произтича само от техния статус на здравноосигурени и потребността им от конкретна медицинска помощ. Това означава, че лечебното заведение не може да откаже медицинска помощ на здравноосигуреното лице на никакво основание.” –

“Нито в закона, нито в подзаконов нормативен акт е въведен лимит за обем на медицински дейности, над който обем НЗОК се освобождава от задължението си да заплаща за оказаната от изпълнителя медицинска помощ на здравноосигурено лице.”

“Отказът на НЗОК да финансира със средства заложили в бюджета, извършените дейности по клинични пътеки и свързаните с тях високоспециализирани медицински дейности, не е нормативно установено, поради което същите подлежат на заплащане, тъй като от доказателствата по делото се установява наличието на реално изпълнение на задълженията на болницата към здравноосигурени лица.”

„Въвеждането на „лимит“ за заплащане на медицинската помощ, оказана от изпълнителя, би довело до положение лечебното заведение да не може да откаже медицинска помощ на здравноосигурените лица, но да е задължено да прави това за своя сметка.”

„Лишаването на лечебното заведение от възможността да оказва своевременна медицинска помощ на тези лица (каквото би бил резултатът от незаплатената т. нар. „надлимитна“ медицинска помощ) влиза в противоречие с правото на живот на пациента, прогласено в чл. 28 от Конституцията.“

**Р. по в.т.д. № 152/2018 г. на Апелативен съд – Варна, потвърждаващо р. на ОС-Шумен**

“Съдът с оглед правомощията си, визиращи в т.1 на ТР N/2013 г. на ОСГТК на ВКС, по приложението на императивни правни норми намира, че тези разпоредби на договорите са нищожни като противоречащи на чл.35 от ЗЗО.“

**Р. по т. дело № 113/2017 г. на ОС-Пазарджик**

“В чл.35 от ЗЗО е регламентирано, че задължително осигурените имат право да получават медицинска помощ в обхвата на основния пакет от здравни дейности, гарантиран от бюджета на НЗОК и да избират лекар от лечебно заведение за първична медицинска помощ, сключило договор с РЗОК. Това означава, че здравноосигурените лица имат право срещу задължителното си участие при набиране на здравните вноски да получат медицинска помощ като изберат болничното заведение и лекуващия лекар. За да осигури това право на здравноосигурените лица НЗОК е длъжна да осигури бюджет, като заплати разходите за лечението на това лице в която болница то е избрало да се лекува.“

**Р. по т. дело № 323/2018 г. на Апелативен съд Пловдив**

“С НРД и индивидуалните договори не може да се ИГНОРИРА задължението за плащане, а единствено на определяне подлежи реда за нейното предоставяне и момента, в който това следва да стане.

Съгласно чл. 4 от ЗЗО на ЗЗЛ се гарантира не само свободен достъп до медицинска помощ чрез определен по вид, обхват и обем пакет от здравни дейности, но и СВОБОДЕН ИЗБОР на изпълнител, сключил договор с районна здравноосигурителна каса, т.е. не касата, а имащият нужда от ЛЕЧЕНИЕ гражданин има правото да избира

Гражданинът от своя страна не е страна по споменатите индивидуални договори между НЗОК и лечебното заведение и по тази причина не може да се говори за възможност да се съобразява със същите и определената в тях месечна стойност. Това е съобразено с правото на свободен избор на ЛЗ и изключва възможността да се говори за константно определяне на СТОЙНОСТА на оказаната от болницата медицинска помощ по чл. 45 от ЗЗО. Това, още веднъж затвърждава казаното и по-горе от ПАС, че така определените стойности са прогнозни и се включват като елемент от договорите за създаване на определена бюджетна дисциплина.

С методиката по чл.55е от ЗЗО не се определят вида, обемите и цените на медицинската помощ подлежаща на заплащане от НЗОК според чл. 45 от ЗЗО, а начинът, по който тя следва да бъде остойностявана и изплащана, т.е. с тях се определя фактическия състав на ОТЧИТАНЕТО ѝ пред касата, т.е. изискванията,

които следва да се настъпили, за да се достигне до извод, че грубо казано възложената работа е извършена, приета от възложителя и плащането е станало ИЗИСКУЕМО. По тази причина разпоредбите на същата не могат да служат като основание да се правят изводи, че възложената от НЗОК работа на дадено лечебно заведение е в границите на сумите посочени в Приложение № 2 към индивидуалните договори.

В чл. 21, ал. 4 (от Методиката) е предвидено, че при достигане на съответните месечни стойности, водещи до липса на капацитет на изпълнителя на БМП за хоспитализации, с изключение на случаите на спешна диагностика и лечение, същият формира листа на чакащите съгласно чл. 22 от Наредбата за осъществяване правото на достъп до медицинска помощ. В случая, лечебното заведение не се е съобразило с тази възможност и е престирило съответната медицинска услуга. За ПАС, това неспазване на законовата разпоредба не може да игнорира факта на извършването ѝ и съответно възникване на задължението за нейното заплащане от страна на НЗОК с оглед текста на чл. 45 от ЗЗО. То обаче логично не следва да се извърши в периода предвиден в чл. 25 от Приложение № 2 Б на Методиката при липса на бюджетно предвидени средства. Плащането на този тип дейност за ПАС следва да стане при вземане на решения за изменение на съответната бюджетна рамка, което според чл. 4 от ЗБНЗОК е от компетентността на НС на НЗОК.

В случая, следва да се посочи, че възможността за такова изменение е налице и следва да стане в рамките на бюджетната година т.е. до края на същата. "

**Р. по т. д. № 28/2017 г. на ОС-Варна**

"Цитираните договорни клаузи, въвеждащи ограничения при заплащането на оказаната от болничното заведение медицинска помощ, противоречат на законовите разпоредби, регламентиращи болнична медицинска помощ, въз основа на които тези договори са сключени, а именно чл. 52 от Конституцията на РБ, чл. 5, чл. 35 от ЗЗО, тъй като поставят оказването на медицинска помощ на здравноосигурените лица в зависимост от обстоятелството дали необходимостта е възникнала в рамките на определените от здравната каса стойностни лимити. Това от своя страна води до неравнопоставеност при третирането на лица, потърсили медицинска помощ преди или след изчерпване на тези лимитни стойности, поради което на основание чл. 26, ал. 1, пр. 1 от ЗЗД предвиждащите такива ограничения договорни клаузи са нищожни. "

**Р. по т. д. № 372/2018 г. на Апелативен съд – Пловдив**

"Разходването на бюджета в един по ранен момент не лишава здравноосигурените лица от правото им да ползват гарантирания от закона чрез бюджета на НК пакет болнична медицинска дейност чрез свободен избор на болница изпълнител, нито е основание, освобождаващо изпълнителя от задължението му да оказва тази помощ.

Следователно превишените стойности на надлежно оказаната от изпълнителя болнична медицинска помощ не може да остане и не е предвидено да

остане неразплатена. Напротив - изрично е предвидено заплащането ѝ със средства от резерва на бюджета на НК, за което НС на НК следва да вземе съответните решения по чл. 4 ал. 4 от ЗБНК за 2015 г. При невъзможност няма пречка това да стане в рамките на бюджета на НК и за следващи години - както самата тя посочва в писмото си до ищеца изх. №13/29 – 02 – 1535/17.08.2017 г.. Оказаната медицинска дейност е от категорията на гарантираните и за нея задължително следва да има бюджетно предвиждане за плащане, при това в рамките на финансовата 2015 г. “

С аналогични мотиви са постановени и други съдебни решения, част от които са влезли в законна сила – така например Решение № 117 от 13.12.2017 г. на Силистренски окръжен съд, постановено по търговско дело № 73/2017 год. по описа на СОС, потвърдено с Решение № 64 от 04.04.2018 г. на Варненския апелативен съд, търговско отделение, постановено по в.т.д. № 53 по описа за 2018 г. С Определение № 555 от 04.12.2018 г. на ВКС, ТК, Първо отделение, постановено по т. д. № 1853/2018 г., не е допуснато до касационно обжалване въззивното решение на Варненския апелативен съд; Решение от 28.12.2017 г. на Варненския окръжен съд, постановено по т. д. № 28/2017 г., потвърдено с Решение № 108 от 17. 05. 2018 г. по в. т. д. № 113/2018 г. на Варненски апелативен съд, Търговско отделение, трети състав, което не е допуснато до касационно обжалване с Определение № 310 от 11.06.2019 г., постановено по т. д. № 2465 по описа за 2018 г. на ВКС, ТК, Първо отделение; Решение № 1937/06.10.2015 г., постановено по т. д. № 3773/2014 г. на САС, ТК, пети състав, което с Определение № 809 от 26.10.2016 г. на ВКС, ТК, Първо отделение, постановено по т. д. № 862/2016 г., не е допуснато до касационно обжалване; Решение от 12.01.2011 г. на СГС, II-А гражданско отделение, по което с Определение № 51 от 29.02.2012 г. по т. д. № 116/2012 г., в съответствие с разпоредбата на чл. 280, ал. 2 от ГПК /изм. ДВ, бр. 100 от 2010 г./, ВКС, ТК, първо отделение, е оставил без разглеждане касационната жалба на НЗОК. Налице са и други влезли в законна сила съдебни актове, които застъпват тезата за дължимост на претендираните от лечебните заведения парични суми – Решение № 32 от 25.05.2018 г. по гр.дело № 41 по описа за 2018 г. на Окръжен съд - Сливен, потвърдено с решение № 59 от 09.10.2018г по в. гр.д. № 229/2018г. на Бургаски апелативен съд, недопуснато до касационно обжалване с Определение № 542 от 28.06.2019 г. на ВКС, Трето гражданско отделение, постановено по гр. д. № 1200/2019 г.; решение № 448/03.04.2019 г., постановено по гр.д. № 2126/2018 г. по описа на Пазарджишкия районен съд, потвърдено с решение № 248 от 01.07.2019 г. на Пазарджишкия окръжен съд, постановено по в.гр.д. № 358/2019 г. /неподлежащо на касационно обжалване с оглед цената на исквете/; Решение №1416 от 30.11.2018г., постановено по гр.д. №1667 по описа за 2018г. на РС- Пазарджик, потвърдено с решение № 112 от 02.04.2019 г. по в.гр.д. № 117/2019 г. на Пазарджишкия окръжен съд /неподлежащо на касационно обжалване/; Решение № 201/12.10.2017г. по т.д.№ 8/2017г. на Габровския окръжен съд, потвърдено с решение № 118/15.06.2018г., постановено по т.д.№ 416/2017г. от Великотърновския апелативен съд, недопуснато до

касационно обжалване с определение № 231 от 09.05.2019 г. по т.д. № 2432 по описа за 2018 г. на ВКС, ТК; Решение № 171/19.07.2018 г. по в.гр.д. № 240/2018 г. на Великотърновския апелативен съд, с което е потвърдено решение № 28/28.02.2018 г. по гр.д. № 36/2017 г. на Габровския окръжен съд и Определение № 331 от 25.06.2019 г. на ВКС, ТК по т.д. № 2828/2018 г., с което не е допуснато касационно обжалване на въззивното решение; Решение № 731/11.07.2018г. по гр.дело № 564/2018г. по описа на РС-Велико Търново, потвърдено с решение № 27 от 18.01.2019 г. на Великотърновския окръжен съд по в.гр.д. № 637/2018 г., неподлежащо на касационно обжалване. Макар и част от влезлите в сила съдебни актове да са относими към различни ежегодни закони за бюджета на НЗОК, правната проблематика е идентична.

**Втората теза** приема, че правото на здравноосигуреното лице да получи безплатна медицинска помощ не е неограничено, а се подчинява на определени със закон правила, а именно обхватът и обемът на същата могат да бъдат законово ограничени. Тази теза, отчита освен наличието на право на ЗОЛ да получи медицинска помощ, така и обстоятелството, че заплащането на тази помощ е в рамките на договорените по обем медицински дейности, които следва да бъдат съобразени в рамките на приетия бюджет на НЗОК за съответната година. В този смисъл задължението на НЗОК не е неограничено.

**Мотиви в подкрепа на тази теза.**

***Р. по т.д. № 563/2018 г. на СГС***

*“Здравното осигуряване се изгражда на фондов принцип, което означава, че паричните средства, които то набира, са от точно определени източници. Фондовата организация на здравноосигурителните средства намира бюджетен израз в наличието на отделен бюджет на съответния фонд и приемането му с отделен закон. Законът за бюджета на НЗОК представлява финансов план за разходване на средства. Има едногодишно действие, отразява налични средства и представлява финансов план за тяхното изразходване. Бюджетът на Касата, съгласно чл. 29 ЗЗО е елемент от системата на осигуряването и здравната помощ. Средствата по бюджета на НЗОК могат да се използват само за дейностите, включени в предмета на правно регулиране на ЗЗО.”*

*По отношение на противоречието с Конституцията, Конституционният съд е приел в Решение № 2/22.02.2007г. по конст. дело №12/2006г., че посочената разпоредба / чл.52, ал.1 от Конституцията/ гарантира свободен достъп на осигурените лица до медицинска помощ, но 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 могат да бъдат определени, респ. са определяеми, а не са неограничени.*

*Фактът че с процесните договорни клаузи на договора, сключен между страните, се въвежда стойностно ограничение на медицинската помощ, която да*

бъде финансирана от НЗОК спрямо конкретния изпълнител, не може да бъде възприет като противоречие на конституционната разпоредба на чл. 52, ал.1 от Конституцията и тези клаузи не са нищожни нито поради противоречие със закона.

Твърдението, че задължението, поето от изпълнителя за осъществяване на болнична медицинска помощ, е неограничено спрямо пациентите, не може да бъде възприето, тъй като още в чл. 1, ал.3 от договора е уговорено, че дейността по чл. 1 изпълнителят се задължава да осъществява съгласно изискванията на цитираните закони, включително ЗБНОЗК за 2015г. и НРД за МД за 2015г.

Изпълнителят при положение, че е надхвърлил обема на финансираната дейност, е можело да насочи здравноосигурените пациенти към други изпълнители, респ. да създаде листа на чакащите или да проведе предвидената изрично процедура, която е регламентирана в разпоредбата на чл. 8, ал. 1 и ал. 2 от Правилата и на чл. 21, ал. 4 на Приложение № 2Б от ПМС № 57, т.е. е следвало да подаде заявление за увеличаване на стойностите по Приложение № 2 в срока за отчитането на отчетните документи, а именно при достигане на съответните месечни стойности, водещи до липса на капацитет на изпълнителя на БМП за хоспитализации, с изключение на случаите на спешна диагностика и лечение, да формира листа на чакащите съгласно чл. 22 от Наредбата за осъществяване правото на достъп до медицинска помощ /такава листа на чакащи не представена по делото, а за случаите на спешна диагностика и лечение изпълнителят на БМП /болнична медицинска помощ/ е имал възможност да подаде в РЗОК писмено заявление за увеличение на размера на месечната стойност на разходите за дейностите в БМП в приложение № 2 от индивидуалния договор.

Следва да се има предвид, че настоящата претенция е за заплащане на процесната сума на договорно основание и поради това ищецът следва да установи, че са налице всички договорени като условия по договора предпоставки за заплащането ѝ, а е безспорно, че е една от тях не е налице, а именно процесните суми са за извършена дейност на стойности, извън тези по Приложение №2 към договора, каквито по договора е уговорено, че не следва да се фактурират и не се заплащат, освен при изрично предвидената процедура, цитирана по-горе. НЗОК закупува медицинска помощ по чл. 55, ал. 2 т. 2 от ЗЗО, но в рамките на предварително определените обеми и в съответствие с бюджета на НЗОК. Доколкото се касае за плащания на разходи в рамките на предварително определен по месеци и за годината бюджет, коригиране на стойностите е възможно само в рамките на предварително определения бюджет. Заплащането на всички извършени дейности от изпълнителите на болнична помощ от страна на касата би довело до превишаване на разходната част на приетия бюджет.

Процесният договор ограничава заплащането на осъществена над предвидения в него лимит медицинска дейност само въз основа на отчетните документи, а осъществена над лимита по договора медицинска дейност /в т.ч. медицински изделия и лекарствени средства/ е предвидено също, че се заплаща, но по друг ред – с решение на Надзорния съвет на НЗОК /чл.42, ал.4 от договора/, каквото не се твърди и не се

установява от ищеца да е налице и не може да бъде заместено от волеизявление на съда по настоящото дело.

**Р. по т.д. № 3684/2018 г. на САС**

„В чл. 4, ал.1, т. 2, „б“ от ЗБНЗОК за 2015 г. е предвидено директорите на РЗОК да закупуват от изпълнителите на болнична помощ здравни дейности от пакета по чл. 2, ал. 1 от ЗЗО в рамките на обемите и стойностите на разпределените им годишни бюджети. Следователно в нормативен акт с ранг на закон е предвидено закупуването на здравни дейности да се осъществява в рамките на разпределените на РЗОК за съответния период разходи, т.е. заплащането на стойността на извършената медицинска дейност не е неограничено, а нарочно регулирано – в рамките на административно разпределени обеми. Това лимитиране не нарушава правото на ЗОЛ на достъп до медицински услуги, тъй като обратното – осигурява и обезпечават това право, като регулира законово държавното финансиране на здравеопазването по начин, че заплащането му да се осъществява регулярно в рамките на бюджетната година. Това е така, защото като всяко бюджетно обезпечена функция и закупуването на здравни дейности по смисъла на ЗЗО налага необходимост от планиране и контрол за ефикасно и ефективно използване на средствата, които не са неограничени. От тази гледна точка финансовият план(бюджетът) и предписаните от закона правила за изпълнението му са предпоставка за регулярно извършване на финансови плащания срещу предоставените на ЗОЛ медицински услуги. Закупуването на неограничени по обем здравни услуги (надлимитни такива) с ограничени и предварително рамкирани(бюджетни) средства е икономически неосъществимо и затова нормативната уредба предвижда правила за изпълнение разходната част на бюджета на НЗОК, които няма основание да се считат за стоящи в противоречие с конституционните разпоредби.

Сключеният между страните договор за оказване на болнична помощ по клинични пътеки следва да се тълкува в контекста на нормативно утвърдените финансови отношения между НЗОК и ИМБ.

Разпоредбата на чл. 51 от ЗЗО уточнява, че медицинската помощ извън обхвата на чл. 45 и договореното в НРД, не се закупува от НЗОК, което още веднъж установява принципа на допустими ограничения при закупуването на медицинска помощ и изключва разбирането, че НЗОК дължи безусловното ѝ заплащане.“

**Р. по т.д. № 397/2018 г. на СГС**

„Законът от една страна осигурява предвиденото в Конституцията право на здравноосигурените лица да получават достъп до безплатна медицинска помощ, но от друга страна създава правила относно осигуряването на такъв достъп в съответствие със стадия, развитието, тежестта и остротата на съответното заболяване, според които се извършва планова хоспитализация, така че да бъде възможно финансовото ѝ осигуряване. Именно с цел предвидимост и преценка на възможността за финансово осигуряване дейността на НЗОК, свързана с достъпа до

безплатна медицинска помощ е предвидено това да става в рамките на определен бюджет, приеман със съответния Закон за бюджета на НЗОК.

Съдът намира за неоснователно твърдението на ищеца, че клаузите на чл. 20, т. 6 и чл. 40, ал. 2 и чл. 41 от договора между него и НЗОК, които предвиждат, че НЗОК заплаща само фактури, чиято месечна стойност надвишава утвърдения болничен бюджет, противоречат на ЗЗО.

Освен това, клаузата, че НЗОК изплаща само медицински дейности, които са на стойност до месечния лимит не означава, че изпълнителят на медицинска дейност следва да отказва такава на здравноосигурени лица при достигане на месечния лимит. Това означава само, че при достигане на месечния лимит съответното здравноосигурено лице, което не се нуждае от спешна медицинска помощ, ще бъде включено в плана (листата на чакащите) за лечение за следващия месец. Като вече бе посочено, законът предвижда достъп на всички здравноосигурени лица до гарантирания от НЗОК пакет от медицински дейности, но предвижда още и редица правила и условия за този достъп според неговата спешност, целящ да даде възможност за неговата финансова обезпеченост. Защото е ясно, че медицинска помощ на всички здравноосигурени лица в един и същи момент не може да бъде осигурена. Достатъчно е тя да бъде осигурена в подходящ срок, според състоянието на конкретното лице и в съответствие със стадия, развитието, тежестта и остротата на съответното заболяване.

Изпълнителите на медицинска дейност също са адресати на правилата за изпълнение и финансиране на медицинската дейност, свързана с осигурявания от НЗОК пакет от медицинска помощ, включително с определението им бюджети и следва да ги спазват, за което те са поели и задължение със сключените от тях договори. Те следва да организират плановия прием на пациенти така, че да остава бюджет и за оказване на спешна медицинска помощ, а ако все пак го надхвърлят – да се възползват от процедурата по чл. 8 от Правилата, идентична с процедурата, предвидена в ПМС № 57/16.03.2015 г. или от процедурата по изменение на лимитите с решение на НС на НЗОК.

И в този смисъл са налице влезли в сила съдебни актове – например: Решение от 2018 г. на Варненския апелативен съд, търговско отделение, постановено по в. търг. дело № 555 по описа за 2017 г., в което след отмяна на осъдително първоинстанционно решение, правният спор е решен по същество, като са отхвърлени предявените срещу НЗОК искове. С Определение № 714 от 13.12.2018 г. на ВКС, ТК, Второ отделение, постановено по т. д. № 1298 по описа за 2018 г., не е допуснато до касационно обжалване въззивното решение на Варненския апелативен съд. С Решение № 6875 от 15.10.2013 г. на СГС, ГК, I-18 състав, постановено по гр. дело № 12 641 по описа за 2011 г., е постановен отхвърлителен спрямо НЗОК диспозитив на предявените искове. Посоченото решение е потвърдено с Решение № 1587 от 24.07.2014 г. на Софийския

апелативен съд, Търговско отделение, трети състав, постановено по гр. д. № 4781 по описа за 2013 г., което с Определение № 491 от 24.06.2015 г. на ВКС, ТК, Първо отделение, по т. д. № 3497/2014 г., не е допуснато до касационно обжалване. В допълнение, при действието на ГПК /отм./, е постановено и Решение от 22.10.2013 г. на СГС, АО, III-Г състав, по гражданско дело № 319 по описа на съда за 2013 г., с което е оставено в сила решение на СРС за отхвърляне на предявени срещу НЗОК искове. Въззивното решение не е допуснато до касационно обжалване, съгласно Определение № 529 от 11.04.2014 г. на ВКС, Четвърто гражданско отделение, постановено по гр. д. № 1068 по описа за 2014 г. С Определение № 2 от 03.01.2017 г. на ВКС, ТК, Второ търговско отделение, постановено по т.дело № 434 /2016 г., не е допуснато до касационно обжалване въззивно решение на Софийски апелативен съд № 902 от 04.05.2015 год., по т.д.№ 2210/2014 г., с което е потвърдено решение № 8275 от 09.12.2013 г., по гр.д.№ 653/2012 г. на Софийски градски съд за отхвърляне на предявените срещу НЗОК обективно кумулативно съединени искове.

Министерство на здравеопазването намира за правилна втората теза, тъй като същата изследва и отразява всички елементи на правоотношението между НЗОК, респ. РЗОК и изпълнителите на медицински дейности, както социални, така и финансови, целта на закона, като гарантира финансовата стабилност и социалната сигурност по отношение правото на ЗОЛ да получат медицинска помощ, при отчитане на обстоятелството, че е налице система от норми и механизми, които да регламентират предвидимостта и плановия прием на пациентите.

За нас няма никакво съмнение, че безусловното задължение на касата да покрива всяка медицинска услуга, извършвана от ИБМ е невъзможно за нито една каса по света, и че проведен до край този извод ще застраши функционирането на здравноосигурителната система.

За пълнота на изложението следва да посочим, че съгласно § 129 от Преходните и заключителни разпоредби на Закона за изменение и допълнение на Административнопроцесуалния кодекс (Обн., ДВ, бр. 77 от 18.09.2018 г., в сила от 1.01.2019 г.) в Закона за здравното осигуряване се създава нова норма, разписана в чл.45а, която въвежда изрично института на административния договор. С разпоредбата на чл. 45а, ал. 4 от ЗЗО, която е в сила от 01.01.2019 г., изрично е предвидено, че договорите, сключени между Националната здравноосигурителна каса, съответно Регионална здравноосигурителна каса по чл. 45 с физически или юридически лица, са административни договори, от което следва, че за същите ще са приложими нормите на чл.19а и сл. АПК.

Тъй като, обаче, институтът на административния договор се урежда от 01.01.2019г. в ЗЗО, споровете относно изпълнението, изменението, прекратяването и пр. на договорите, сключени преди тази дата, ще се разглеждат от гражданските съдилища, поради което особено силно изпъква необходимостта от уеднаквяване на съдебната практика по поставените от нас въпроси.

Горепосочената противоречива съдебна практика налага приемане на тълкувателно решение, с което да се даде отговор на следните въпроси:

1. Въвеждането на месечни лимити в договорите с изпълнителите на медицински дейности и /или изпълнителите на болнична медицинска помощ ограничава ли РЗОК/НЗОК да заплаща оказаната медицинска помощ до уговорените лимити?
2. Изпълнителите на болнична медицинска помощ, в случаите, в които по медицински показания не е налице спешност в състоянието на здравноосигуреното лице, задължени ли са изготвят листи на чакащите при достигане на лимита?
3. За чия сметка ще бъде оказаната медицинска помощ над установените лимити и кога, по какъв начин и ред следва да бъде изплатена?
4. Налице ли е задължение за НЗОК да заплаща всяка една медицинска дейност, която е извършена от лечебни заведения над определения месечен лимит?
5. Нищожни ли са клаузите в договорите, сключени между НЗОК и изпълнителите на медицински дейности, определящи месечни лимити на медицинската дейност?

Въз основа на изложеното, моля Инспекторатът към Висшия съдебен съвет да упражни правомощията си по 54, ал. 1, т. 4 във връзка с т. 3 от Закона за съдебната власт, като сигнализира компетентните органи за отправяне на искане за приемане на тълкувателно решение от Върховния касационен съд по поставените от нас въпроси.

**Приложение:** съдебната практика по реда на нейното цитиране.

С уважение,

**КИРИЛ АНАНИЕВ**

Министър на здравеопазването



**РЕШЕНИЕ**

№ 117

гр. Силистра, 13.12.2017г.

**В ИМЕТО НА НАРОДА**

Силистренски окръжен съд, гражданско отделение, в открито съдебно заседание проведено на осми ноември две хиляди и седемнадесета година в състав:

**ПРЕДСЕДАТЕЛ:** *Пламен Неделчев*

При секретаря Мирена С., като разгледа докладваното от съдия Пламен Неделчев търговско дело № 73/2017 год. по описа на СОС и за да се произнесе, взе предвид следното:

Искове с правно основание чл. 79 и чл 266 от ЗЗД, и чл. 86 от ЗЗД,

*Ищецът* – „МНОГОПРОФИЛНА БОЛНИЦА ЗА АКТИВНО ЛЕЧЕНИЕ- ТУТРАКАН” ЕООД, със седалище гр. Тутракан Адрес на управление: ул. „Трансмариска” № 101 ЕИК118506069, представлявано от управителя д- р НЕДКА ГЕОРГИЕВА ЦВЕТКОВА, желае съда да осъди НЗОК, гр. София да заплати на „МБАЛ-Тутракан” ЕООД сумата от 33815 /тридесет и три хиляди осемстотин и петнадесет/ лева, представляваща стойността на извършено лечение от „МБАЛ Тутракан” ЕООД, на пациенти по клинични пътеки за м. март 2016г., незаплатено от НЗОК, ведно със законната лихва върху сумата, считано от датата на предявяване на иска до окончателното ѝ изплащане, както и направените по делото разноски.

*Ответникът* - НАЦИОНАЛНА ЗДРАВНООСИГУРИТЕЛНА КАСА с адрес: гр.София 1407, ул. „Кричим” № 1, Булстат 121858220, представлявана от Управителя д-р Глинка Комитов чрез Районна здравноосигурителна каса гр.Силистра Адрес: гр. Силистра, ул. ”Партений Павлович” № 3, изразява становище за неоснователност на предявените искиви претенции. Ответникът не оспорва изложената в молбата фактическа обстановка, но намира, че не дължи претендираната от ищеца парична сума на посоченото основание, тъй като същата надхвърляла лимитативно определените размери на месечната стойност на извършваните от ищеца дейности регламентирани съобразно ЗБНЗОК, и подписано между страните допълнително споразумение от 28.01.2016г. към договор № 190603/24.02.2015г., за оказване на болнична помощ по клинични пътеки. Претендира деловодни разноски.

*Съдът*, след като се запозна с материалите по делото прие за установено следното:

— Страните по делото са били в облигационни отношения възникнали по силата на ЗЗО /Закон за здравното осигуряване/, ЗБНЗОК за 2016г., ПМС №57/16.03.2015г., за ЛЗ, сключен между тях договор № 190603/24.02.2015г., и допълнително споразумение № А1906-15/28.01.2016г. за оказване на болнична помощ по клинични пътеки, ищеца в качеството на изпълнител, а ответника в качеството на възложител. Според посочената нормативна уредба уреждаща обществените отношения свързани със здравеопазването и дейността на лечебните заведения НЗОК им възлага да извършват присъщите им дейности, чиято цена заплаща след отчитането им. Конкретните стойности за всяко отделно лечебно заведение се определят в нарочни договори, в които са посочени и месечни лимити ограничаващи размера на средствата – респективно броя на услугите извършени през съответния период. До края на месец март 2016г. тази нормативна уредба е давала възможност за прехвърляне на дейности, съответно суми към предходни месеци, когато се случи определения лимит да бъде надхвърлен. По този начин е бил уреден въпроса със спешните и неотложни дейност, които всяко лечебно заведение се налага да извършва с оглед предмета си на дейност, и които няма как да се предвидят и поставят в конкретни количествени рамки за даден период. В извършен брой на ДВ от 31.03.16г. е обнародвано Решение от 29.03.16г. на НС на НЗОК, с което са въведени допълнения на НРД 2015г., лишаващи лечебните заведения от възможността за прехвърляне на дейности, съответно суми към предходни месеци. Именно

във връзка с влизането в сила на тази разпоредба ответникът – НЗОК отказал да заплати на ищеца процесните суми позовавайки се на обстоятелството, че представляват цена на дейности извършени през месец март 2016г. над определения договорен лимит и липсата на възможност такива да се пренасочат от средствата предвидени за следващия отчетен период – месец април 2016г.

Предмет на настоящия правен спор е стойността на част от дейностите извършени от изпълнителя през месец март 2016г. във връзка със задълженията му по коментирания договор представляващи оказване на болнична помощ по клинични пътеки. Между страните не е спорно, че изпълнителя по договора е извършил процесните дейности, не е спорна цената на предоставените медицински услуги, както не е спорно и обстоятелството, че тя не е заплатена от възложителя. Ищецът – изпълнител претендира плащане за извършените дейности, а ответникът възложител намира, че такова не се дължи от него, тъй като същите са извършени извън нормативно и договорно определените месечни лимити, а след 31.03.2016г. липсва нормативно уредена възможност за отчитане на надлимитни дейности за последващ период.

От приложените, като писмени доказателства седмични справки за достигнато изпълнение на съответните месечни стойности за месец март 2016г. може да се установи, че през процесния период ищецът е бил уведомяван регулярно от ответника за движението на разходите направени във връзка с извършваните през месеца болнични дейности през втората половина на месец март 2016г. вече е бил наясно с обстоятелството, че ще надхвърли определения месечен лимит на дейностите плащани по клинични пътеки.

От приетите, като писмени доказателства заверени копия от направения за хоспитализация / листи от 120 до 188/, удостоверяващи именно процесните надлимитни дейности за месец март 2016г. извършени от „МБАЛ - - Тутракан“ ЕООД, може да се установи, че всички приети за лечение пациенти са с диагнози обуславящи спешност на хоспитализацията, което не се оспорва от ответника.

От приетото, като писмено доказателство писмо изх. № 351 от 11.04.2016г. е видно, че ищецът е поканил ответника да му преведе търсената сума – предмет на настоящия осъдителен иск.

#### *От правна страна*

Съдът намира исковата молба за допустима предвид на това, че исковете са предявени от активно легитимирано лице имащо правен интерес от производството. Разгледани по същество съдът намира основния и акцесорния иски за основателни по следните съображения:

Спор по фактите относими към предмета на доказване в настоящото производство няма. Спорът е относно това дължи ли ответника претендираните суми, предвид на това, че дейностите чиято цена се претендира действително са извършени от изпълнителя - ищец или не предвид надхвърления договорен между страните лимит. Важно значение за решаването на този спор според съда има обстоятелството, че преди процесния период – месец март 2016г. правния режим регламентиращ коментираните обществени отношения е давал възможност съобразно правилата на ПМС №57/16.03.2015г., на лечебното заведение да прехвърли отчетената в повече дейност извършена през месец март 2016г., към месечната стойност за м. април 2016г. Тази практика е давала възможност при наличие на наплив от множество пациенти със спешни нужди от лечение, които няма как да се отложат и планират във времето същите да бъдат лекувани, а стойността на извършените в тази връзка болнични услуги да се прехвърли към следващия отчетен период и да се заплати на лечебното заведение тогава. Именно в края на коментирания период тази възможност е препятствана от въведените в публикуваното в извънреден брой на ДВ от 31.03.16г. Решение от 29.03.16г. на НС на НЗОК, с което са въведени допълнения на НРД за 2015г., лишаващи лечебните заведения от възможността за прехвърляне на дейности, съответно суми към предходни месеци. По делото е установено, че всички дейности чиято цена се претендира от ищеца са именно спешни случаи недаващи възможност за планиран и отложен прием на пациентите. В тази връзка съдът напълно кредитира довода на ищеца, че тъй като Решението на НС на НЗОК е публикувано в ДВ на 31.03.2016г., когато дейността за месец март 2016г. вече е била извършена това е лишило ръководството на болницата от възможността да регулира потока на пациенти в рамките на определената месечна стойност за месец март. Ето защо и предвид законово установена до тогава възможност отчетена цена на надлимитните дейности да се заплати чрез прехвърляне на средства от последващ период съдът приема,

че ищецът е нямало как да предвиди измененията в правната рамка засягащи и действията му през месец март. Макар коментираната правна норма да действа занапред тя препятства възможността със средства предвидени за месец април да бъдат заплатени дейности извършени през месец март, каквито са именно процесните, и което до този момент е било възможно. Предвид изложеното съдът намира, че след като ищеца в качеството си на страна по процесния договор е бил лишен от една съществуваща до тогава договорно регламентирана възможност без да е имал възможност да съобрази действията си с настъпилите впоследствие промени следва има право на това основание да получи цената на извършените надлимитни дейности за този отчетен период – месец март 2016г. Съдът не кредитира възраженията на ответника, че ищеца е можел и е следвало да предвиди предстоящите промени в нормативните актове уреждащи дейността му и да вземе мерки за това, като ограничи приема на пациенти търсещи спешна медицинска помощ през месец март или да ги препрати към други лечебни заведения в градовете Русе или Силистра. Това е така защото самия характер на нуждата от спешна медицинска помощ е предпоставка такава да бъде указана веднага на пациента, а не да бъде връщан или изпращан в друго лечебно заведение извън пределите на град Тутракан.

По изложените съображения ОС намира главната искова претенция за основателна, което го мотивира да осъди ответника да плати на ищеца сумата представляваща цената на извършените през месец март 2016г. надлимитни дейности.

Основателността на предявеният главен иск обуславя основателността и на акцесорния такъв по чл. 86, ал. 1 от ЗЗД, поради което съдът намира, че следва да осъди ответника да заплати на ищеца законната лихва върху дължимата главница в размер на 33815 /тридесет и три хиляди осемстотин и петнадесет/ лева от депозиране на исковата молба до окончателното изплащане на сумата.

Предвид изхода от спора и с оглед направеното искане на ищеца следва да бъде присъдена сумата от 1352.60 лв. /хиляда триста петдесет и два лева и шестдесет стотинки/, представляваща платена държавна такса съобразно представен и не оспорен списък по чл. 80 от ГПК.

Мотивиран от гореизложените съображения съдът

### Р Е Ш И:

**ОСЪЖДА НАЦИОНАЛНА ЗДРАВНООСИГУРИТЕЛНА КАСА** с адрес: гр.София 1407, ул. „Кричим” № 1, Булстат 121858220, да заплати на „МНОГОПРОФИЛНА БОЛНИЦА ЗА АКТИВНО ЛЕЧЕНИЕ- ТУТРАКАН” ЕООД, със седалище гр. Тутракан Адрес на управление: ул. „Трансмариска” № 101 ЕИК118506069, сумата от 33815 /тридесет и три хиляди осемстотин и петнадесет/ лева, представляваща стойността на извършено лечение от „МБАЛ Тутракан” ЕООД, на пациенти по клинични пътеки за месец март 2016г., незаплатено от НЗОК, ведно със законната лихва върху сочената главница, считано от 11.05.2017г. - датата на предявяване на иска до окончателното й изплащане

**ОСЪЖДА НАЦИОНАЛНА ЗДРАВНООСИГУРИТЕЛНА КАСА** с адрес: гр.София 1407, ул. „Кричим” № 1, Булстат 121858220, да заплати на „МНОГОПРОФИЛНА БОЛНИЦА ЗА АКТИВНО ЛЕЧЕНИЕ- ТУТРАКАН” ЕООД, със седалище гр. Тутракан Адрес на управление: ул. „Трансмариска” № 101 ЕИК118506069, сумата от 1352.60 лв. /хиляда триста петдесет и два лева и шестдесет стотинки/ деловодни разноски.

Решението подлежи на обжалване пред апелативен съд - Варна в двуседмичен срок от връчването му на страните.

Препис от решението да се връчи на страните чрез процесуалните им представители.

ОКРЪЖЕН СЪДИЯ:.....

**РЕШЕНИЕ**

№ 64 /гр.Варна, 04.04.2018 г.

**В ИМЕТО НА НАРОДА**

**ВАРНЕНСКИЯТ АПЕЛАТИВЕН СЪД, търговско отделение, в открито съдебно заседание на 13.03.2018 год. в състав:**

**ПРЕДСЕДАТЕЛ: ВАНУХИ АРАКЕЛ****ЧЛЕНОВЕ: АНЕТА БРАТАНСКА****МАГДАЛЕНА НЕДЕЛКОВА**

При секретаря Е.Тодорова като разгледа докладваното от съдия А.Братанова в.т.д. № 53 описа за **2018** година, за да се произнесе взе предвид следното:

Производството е по реда на чл. 258 и сл.ГПК.

Образувано е по въззивна жалба от НЗОК – София против Решение № 117/13.12.2017 го постановено по т.д.№ 73/2017 год. по описа на ОС - Силистра, с което страната е осъдена да заплати на „МНОГОПРОФИЛНА БОЛНИЦА ЗА АКТИВНО ЛЕЧЕНИЕ- ТУТРАКАН” ЕООС със седалище гр. Тутракан, адрес на управление: ул. „Трансмариска” № 101 ЕИК11850600 сумата от 33815 /тридесет и три хиляди осемстотин и петнадесет/ лева, представлява стойността на извършено лечение от „МБАЛ Тутракан” ЕООД, на пациенти по клинични пъте за месец **март 2016 г.**, незаплатено от НЗОК, ведно със законната лихва върху посочената главница, считано от 11.05.2017г. - датата на предявяване на иска до окончателното ѝ изплащане.

Основателността на предявената въззивна жалба се оспорва в писмен отговор на насрещна страна.

Въззивната жалба е подадена в срока по чл.259, ал.1 ГПК от надлежна страна, срещу подлежащ на обжалване съдебен акт и е процесуално допустима. Същата отговаря останалите изисквания на чл. 260 и чл. 261 от ГПК. Въззивната жалба е надлежно администрирана.

Съдът, след преценка на представените по делото доказателства, доводите и възраженията страните в производството, намира за установено следното от фактическа и правна страна:

ОС е бил сезиран с иск с правно основание чл. 79 вр. чл. 59 ЗЗО и чл. чл. 29, ал.1 Национален рамков договор за медицинските дейности между Национална здравноосигурителна каса и Българския лекарски съюз за 2015 г. /НРД/.

Ищецът е лечебно заведение за болнична помощ по смисъла на чл. 9 от Закона за лечебни заведения (ЗЛЗ). В това си качество, същият е сключил с Националната здравноосигурителна каса (НЗОК) договор № 190603/24.02.2015 год. за оказване на болнична медицинска помощ БМП/, на основание чл. 59, ал.1 от Закона за здравното осигуряване (ЗЗО) и в съответствие с Националния рамков договор за медицинските дейности между НЗОК и Българския лекарски съюз за 2015 г. (обн. ДВ., бр.6 от 23.01.2015 г., в сила от 01.01.2015 г.).

Възникналото правоотношение се регулира още от разпоредбите на ЗЗО, ЗБНЗОК за 2015 г., ПМС №57/16.03.2015 г.

На 24.03.2016 год. е подписано допълнително споразумение, по силата на което и на основание чл. 3, ал.8 Правилата за определяне на стойностите по договорите с изпълнителите БМП се коригират определените по реда на решение № РД – НС – 04-118/18.12.2015 го

стойности на дейностите за болнична медицинска помощ в съответствие с Приложение № 2 к настоящото допълнително споразумение.

Предмет на настоящия правен спор е стойността на част от дейностите извършени изпълнителя през месец март 2016г. във връзка със задълженията му по коментирания договор представляващи оказване на спешна и неотложна болнична помощ. Между страните не е спорно че изпълнителят по договора е извършил процесните дейности, не е спорна цената предоставените медицински услуги, както не е спорно и обстоятелството, че тя не е заплатена възложителя след надлежно отчитане и заявяване. Ищецът – изпълнител претендира плащане извършените дейности, а ответникът - възложител твърди, че такова не се дължи от него, тъй като същите са извършени извън нормативно и договорно определените месечни лимити, а сл 31.03.2016г. липсва нормативно уредена възможност за отчитане на надлимитни дейности последващ период.

СОС е приел, че според посочената нормативна уредба, НЗОК възлага извършването медицинска дейност, чиято цена заплаща след отчитането ѝ. Конкретните стойности за вся отделно лечебно заведение се определят в нарочни договори, в които са посочени и месечни лимити ограничаващи размера на средствата – респективно броя на услугите извършени през съответния период. До края на месец март 2016г. тази нормативна уредба е давала възможност прехвърляне на дейности, съответно суми към предходни месеци, когато определения лимит бъде надхвърлен. По този начин е бил уреден въпроса със спешните и неотложни дейности, които вся лечебно заведение се налага да извършва с оглед предмета си на дейност и които няма как да предвидят и поставят в конкретни количествени рамки за даден период.

В извънреден брой на ДВ от 31.03.16г. е обнародвано Решение от 29.03.16г. на НС НЗОК, с което са въведени допълнения на НРД 2015г., лишаващи лечебните заведения възможността за прехвърляне на дейности, съответно суми към предходни месеци. Тъй като Решението на НС на НЗОК е публикувано в ДВ на 31.03.2016 г., когато дейността за месец март 2016г. вече е била извършена, това е лишило ръководството на болницата от възможността регулира потока на пациенти в рамките на определената месечна стойност за месец март. Предвид законово установената дотогава възможност, съдът е приел, че ищецът е нямало как да се предвиди измененията в правната рамка, засягащи и действията му през месец март. Макоментиранията правна норма да действа занапред, тя пречатства възможността със средствата предвидени за месец април да бъдат заплатени дейности извършени през месец март, каквито именно процесните, и което до този момент е било възможно. След като ищецът в качеството на страна по процесния договор е бил лишен от една съществуваща договорно регламентирана възможност без да е имал възможност да съобрази действията си с настъпилите впоследствие промени, следва на това основание да получи цената на извършените надлимитни дейности през този отчетен период – месец март 2016г. Отделно, съдът е приел, че спешната и неотложна медицинска помощ не може да бъде ограничена чрез пренасочване на пациент в друго лечебно заведение, извън населеното място на град Тутракан.

Предявената въззивна жалба е обоснована **единствено** с приложимостта на приетото решение № РД-НС-04-24-1 от 29.03.2016 г. на НС на НЗОК и Правила за условията и реда за прилагане на чл. 4, ал.1 и ал.2 от ЗБНЗОК за 2016 г. към спорното правоотношение, респ. въведеното в него изключително правомощие на НС на НЗОК да утвърди корекции на стойностите за разходи за БМП на РЗОК /чл.17 от Правилата/. Поддържа се, че съобразно това определение приложим закон, се касае за дейности по администриране на бюджет, които действия по целесъобразност и не подлежат на съдебен контрол.

Във връзка с така очертания спорен предмет, съдът намира следното:

Процесната претенция има за предмет възмездяването за престирана болнична помощ спешен порядък, извън нормативно и договорно утвърдения лимит на месечни стойности месец март 2016 год.

Приетото решение № РД-НС-04-24-1 от 29.03.2016 г. на НС на НЗОК и Правила условията и реда за прилагане на чл. 4, ал.1 и ал.2 от ЗБНЗОК за 2016 г. са неприложими к процесните отношения, тъй като същите влизат в сила от 01.04.2016 г. В този смисъл и § 2. ПЗР на Правилата. Приетите в изпълнение на чл.54, ал.9 ЗЗО нови правила не уреждат обеми цените, методиките за остойностяване и заплащането за медицинските дейности, осъществени 01.04.2016 год. Обхватът на уредените обществени отношения във времево отношение е яс визиран в разпоредбата на чл. 1, ал.2 – правилата се прилагат единствено за медицинс дейности от 01.04.2016 год. По правило, нормативните актове имат действие за в бъдеще, осв ако с изрична разпоредба и по изключение на същите е придадено обратно действие /чл. 14 ЗН. С оглед на изложеното, възраженията на страната, основани на приложимост на коментирани Правила са изцяло неоснователни.

Вън от гореизложеното, сключеният между страните договор за осъществяване медицински дейности има за предмет престирането на болнична помощ, но само в определе стойностни рамки . Така, съобразно чл.40, ал.3, изпълнителят не може да отчита с финансов отчетни документи дейности, лекарствени продукти или медикаменти, на стойност надвишава утвърдената в приложение № 2 за съответния месец. Превишението на стойността на дейности е основание за отхвърляне на плащането съобразно чл. 32, ал.13, т.6 от договора.

Договорно въведените ограничения съответстват на законодателните такива. С приемане на ЗБНЗОК за съответната година се приема бюджета на касата по приходи и трансфери, разходи и трансфери, с балансирано бюджетно салдо. Сред правомощията на НЗОК съгласно чл. 4, ал.1 от ЗБНЗОК за 2015 г. е в рамките на приетите в закона стойности да определя за вся РЗОК годишна обща стойност на разходите, разпределена по месеци, съответно на РЗОК е определя стойностите за дейностите по договорите с изпълнителите на болнична медицинс помощ, разпределени по месеци. Законът за бюджета на Касата по същество представля финансов план за разходване на средства. Има едногодишно действие, отразява налични средст и представлява финансов план за разходването им. Финансовата рамка, очертана от РЗОК, ста задължителна за самия изпълнител на болнична помощ след индивидуално договаряне сключване на договор /съответствието на посоченото законодателно разрешение с Конституция на РБългария е изрично признато в РЕШЕНИЕ № 2/22 февруари 2007 г. по к.д. № 12/2006 (Общ., ДВ, бр. 20 от 6 март 2007 г.)/.

Възможностите за промяна в стойностите на дейностите е лимитивно предвидена в чл. 21 от ПМС № 57 от 16.03.2015 г. за приемане на методики за остойностяване и за заплащане медицинската помощ по чл. 55, ал. 2, т. 2 от Закона за здравното осигуряване. Така в чл. 21, ал. 1 предвидено изрично, че за случаите на спешна диагностика и лечение изпълнителят на БМ може да подаде в РЗОК писмено заявление за увеличение на размера на месечната стойност разходите за дейностите в БМП в приложение № 2 от индивидуалния договор за сметка на стойностите в приложение № 2 от индивидуалния договор за следващите месеци тримесечието, в размер до 5 на сто от стойността за съответното тримесечие, или до 5 на сто утвърдените съгласно правилата по чл. 4, ал. 4 ЗБНЗОК за 2015 г. стойности за следващ тримесечие.

Пред настоящата инстанция не са оспорени предпоставките за заплащане надлимитната спешна медицинска помощ съобразно чл. 21, ал.4 от ПМС № 57 от 16.03.2015 г. е оспорено надлежното заявяване от изпълнителя, вкл. обстоятелството, че претендиранс

увеличение попада в стойностните периметри и заложиени проценти за допълнително остойностяване и заплащане. Претендираното увеличение следва да бъде присъдено гражданско-правен ред. Индивидуализирани като типови (чл. 24 от Националния рамков договор 2015), за договорите между изпълнителите на медицинска помощ и Национална здравноосигурителна каса важат правилата на договорното право в контекста на особен характер на регулираните отношения. Доколкото към момента на сключването на процесни договори в позитивното ни право не е уреден институтът на административния договор, споровете във връзка с изпълнението им следва да се разглеждат по общия исков ред, което обуславя тяхната родова подсъдност на гражданския съд. Институтът на административен договор е въведен в позитивното право с нормите на АПК, Обн., ДВ, бр. 74 от 20.06.2016. Същите имат материалноправен характер без придадено обратно действие и уреждат възникнали правоотношения занаяпред.

С оглед на изложеното, решението на СОС следва да бъде потвърдено като правилно и законосъобразно.

Въззивникът не е навел други доводи за ревизия на обжалвания съдебен акт. Въззивна проверка е ограничена единствено до пределите, визирани в чл. 269 ГПК.

Въззиваемата страна не претендира разноси за настоящата инстанция.

Водим от горното, съдът

### РЕШИ:

**ПОТВЪРЖДАВА** Решение № 117/13.12.2017 год., постановено по т.д. № 73/2017 год. описа на ОС - Силистра

**РЕШЕНИЕТО** подлежи на обжалване в 1-месечен срок от връчването му на страни пред ВКС при условията на чл. 280, ал.1 ГПК.

ПРЕДСЕДАТЕЛ:

ЧЛЕНОВЕ:

**РЕШЕНИЕ**

№ ..../28.12.2017г., гр. Варна

**В ИМЕТО НА НАРОДА**

**ВАРНЕНСКИ ОКРЪЖЕН СЪД, ТЪРГОВСКО ОТДЕЛЕНИЕ** в открито съдебно заседание, проведено на двадесет и девети ноември през две хиляди и седемнадесета година, в състав:

**СЪДИЯ: ЦВЕТЕЛИНА ХЕКИМОВА**

при секретар Христина Атанасова,  
като разгледа докладваното от съдията  
търговско дело № 28 по описа за 2017г.,  
за да се произнесе, взе предвид следното:

Предявени са **кумулятивно съединени искове с правно основание чл.79, ал.1 вр.чл.59 от ЗЗО и чл.86 от ЗЗД** от МБАЛ „Света Марина“ ЕАД, ЕИК 103562052, представлявано от проф.д-р В.И., д.м. срещу НЗОК, Б 121858220, със седалище и адрес на управление гр.София, ул.“Кричим” № 1, чрез РЗОК – Варна, с адрес гр.Варна, бул.“Цар Освободител” №76-Г за заплащане на сумата 44839 лв., претендирана частично от обща сума в размер на 448390 лв., претендирана по договори № 030811/25.02.2015г., №031895/27.05.2016г. и № 032104/27.05.2016г., както и сумата 2067,74 лв., частично претендирана от обща сума 20677,42 лв., представляваща обезщетение за забава за периода от 01.08.2016г. до 13.01.2017г., ведно със законната лихва върху главницата от датата на депозиране на исковата молба до окончателното изплащане на сумите. Въз основа на изявление на ищеца в допълнителната искова молба е допуснато изменение на предявените искове чрез тяхното увеличаване, както следва: претендира се обща сума в размер на 448390 лв., като неизплатена главница по договори № 030811/25.02.2015г., № 031895/27.05.2016г. и № 032104/27.05.2016г., както и сума 20677,42 лв., представляваща обезщетение за забава за периода от 01.08.2016г. до 13.01.2017г., ведно със законната лихва върху главницата от датата на депозиране на исковата молба до окончателното изплащане на сумите. Въз основа на искане от ищцовата страна в съдебно заседание на 29.11.2017г. е допуснато изменение на иска за заплащане на обезщетение за забава, като същият се счита предявен за сумата 20 717,11 лв. за периода от 01.08.2016г. до 13.01.2017г.

Твърди се в исковата молба, че в съответствие с НРД и на основание чл.59, ал.1 ЗЗО между МБАЛ „Света Марина“ ЕАД и НЗОК, чрез Директора на РЗОК - Варна са сключени следните индивидуални договори: Договор № 030811/25.02.2015 год. за оказване на болнична помощ по клинични пътеки /КП/, Договор № 031895/27.05.2016 год. за извършване на амбулаторни процедури /АПр/ и Договор № 032104/27.05.2016 год. за извършване на клинични процедури /КПр/. По силата на тези договори ищецът, в качеството си на изпълнител се е задължил да оказва болнична медицинска помощ на задължително здравноосигурени лица, на здравно неосигурени лица по пар.2, ал.1 от ЗБНЗОК за 2015 г. и на лицата по пар.7, ал.1 от ЗБНЗОК за 2015 год., да оказва болнична медицинска помощ по клинични пътеки от Приложение № 5 към член единствен на Наредба № 40/24.11.2004 год. за определяне на основния пакет от здравни дейности, гарантиран от бюджета на НЗОК /чл.1, ал.1 от Договор № 030811/25.02.2015год./, да оказва на здравноосигурени лица и на лицата по пар.8, ал.1 от ЗБНЗОК за 2016 год. медицински дейности по Приложение № 7 към чл.1 от Наредба № 2/2016 год. за определяне на основния пакет от здравни дейности, гарантиран от бюджета на НЗОК /обн. ДВ, бр. 24/29.03.2016 год./ и Наредба № 2/2016 год., посочени в Приложение № 12 „Амбулаторни процедури по Решението“ /чл.1, ал.1 от Договор № 031895/27.05.2016год./, както и да извършва на здравноосигурени, на здравно неосигурени лица по смисъла на пар.2, ал.1 от ЗБНЗОК за 2016 год. за интензивни грижи на лицата по пар.8, ал.1 от ЗБНЗОК за 2015 год., медицинска помощ по КПР по Приложение № 8 към чл.1 от Наредба № 2/2016 год. за определяне на основния пакет от здравни дейности, гарантирани от бюджета на НЗОК /обн. ДВ., бр.24/29.03.2016 год./ и Наредба № 2/2016 год. и посочени в Приложение № 13 „Клинични процедури по Решението“ /

чл.1, ал.1 от Договор № 032104/27.05.2016 год./ Съгласно тези договори НЗОК от своя страна е поела задължението да заплаща осъществените и отчетени от болничното заведение дейности по конкретно договорени цени чрез РЗОК до 30-то число на месеца, следващ отчетния.

Сочи се в молбата, че МБАЛ „Света Марина“ ЕАД като изправна страна по посочените договори, в периода от 01.06.2016 год. до 30.06.2016 год. е оказала на пациенти болнична помощ по КП, осигурила е чрез медицинския си персонал 24-часово непрекъснато изпълнение на медицинска помощ при спешни състояния и координация с лечебни заведения за извънболнична и болнична помощ, извършени са били медицински дейности по амбулаторни и клинични процедури, при съответната координация между лекарите - специалисти, като е спазвала изцяло правата на здравно осигурените лица /ЗОЛ/ и на пациентите /чл.5, т.14 от Договор № 032104/27.05.2016 год./, осигурявайки условия, които да гарантират правата им на такива /чл.5, т.15 от Договор № 032104/27.05.2016 год./.

Извършената в периода от 01.06.2016 год. до 30.06.2016 год. медицинска дейност / болнична помощ по КП, вкл. медицински изделия, извършени амбулаторни и клинични процедури/ е на обща стойност - 7 760 170.82 лв.

В изпълнение на посочените договори и в указания в тях срок били издадени съответните първични медицински и финансово отчетни документи, които били връчени за плащане на НЗОК, чрез директора на РЗОК - Варна с нотариална покана акт № 50, том I, рег. № 1125/11.07.2016 год. на нотариус С.С., рег. № 193 на Нотариалната камара, в това число и следните фактури- фактура № 15602/11.07.2016 г. на стойност - 3 758 864 лв., фактура № 15604/11.07.2016 г. на стойност - 874 587.72 лв., фактура № 15585/11.07.2016 г. на стойност - 3 52 лв., фактура № 15586/11.07.2016 г. на стойност - 500 лв., фактура № 15590/11.07.2016 г. на стойност - 7 100 лв., фактура № 15591/11.07.2016 г. на стойност - 19 466.40 лв., фактура № 15596/11.07.2016 г. на стойност - 19 498 лв., фактура № 15597/11.07.2016 г. на стойност - 5 306 лв., фактура № 15598/11.07.2016 г. на стойност - 712.08 лв., фактура № 15603/11.07.2016 г. на стойност - 410 185.40 лв., фактура № 15583/11.07.2016 г. на стойност - 1 296 лв., фактура № 15584/11.07.2016 г. на стойност - 345 лв., фактура № 15588/11.07.2016 г. на стойност - 100 лв., фактура № 15592/11.07.2016 г. на стойност - 14 876 лв., фактура № 15593/11.07.2016 г. на стойност - 1 116 567 лв., фактура № 15594/11.07.2016 г. на стойност - 2 016 лв., фактура № 15599/11.07.2016 г. на стойност - 90 395 лв., фактура № 15600/11.07.2016 г. на стойност - 86 760 лв., фактура № 15601/11.07.2016 г. на стойност - 14.80 лв., фактура № 15605/11.07.2016 г. на стойност - 1 189 145.87 лв., фактура № 15606/11.07.2016 г. на стойност - 1 873.95 лв., фактура № 15587/11.07.2016 г. на стойност - 891 лв., фактура № 15589/11.07.2016 г. на стойност - 2 197 лв., фактура № 15595/11.07.2016 г. на стойност - 185 681 лв.

При извършената проверка от РЗОК — Варна на отчетената дейност за мес. юни 2016 год. по клинични пътеки /КП/, амбулаторни процедури /АПр/ и клинични процедури /КПр/ не били констатирани нарушения на ЗЗО, НРД за медицинските дейности между НЗОК и БЛС за 2015 год. и Решение № РД-НО04-24-1/29.03.2016 год. на НС на НЗОК.

Въз основа на прието решение № РД-НС-04-73/21.06.2016 год. на НС на НЗОК в края на месец юни били изготвени от НЗОК анекси, в които са били извършени корекции за м. юни и м. юли 2016 год. на месечните бюджети на МБАЛ „Света Марина“ ЕАД към сключените индивидуални договори. Тази промяна се твърди да е доведена до знанието на Изпълнителния директор едва на 08.07.2016 год., при отправянето на покана за подписване на анексите, но касаеща бюджета за мес. юни 2016 год. Към тази дата на пациентите вече е била оказана съответната медицинска помощ, отчетена на НЗОК по съответния ред. От страна на изп.директор било депозирано възражение изх. № АД-1726/11.07.2016 год., относно занижените стойности на бюджета за мес. юни и мес. юли 2016 год.

С писмо изх. № 29-02-743/1/12.07.2016 г. на РЗОК - Варна, фактури: № 15602/11.07.2016 г. на стойност - 3 758 864 лв., фактура № 15603/11.07.2016 г. на стойност - 410 185.40 лв., фактура № 15592/11.07.2016 г. на стойност - 14 876 лв., фактура № 15593/11.07.2016 г. на стойност - 1 116 567 лв., фактура № 15599/11.07.2016 г. на стойност - 90 395 лв., фактура № 15600/11.07.2016 г. на стойност - 86 760 лв., фактура № 15595/11.07.2016 г. на стойност - 185 681 лв., ведно с приложените към тях спецификации били върнати на МБАЛ „Света Марина“ ЕАД със становище от РЗОК, че стойностите на финансовоотчетните до-

кументи не следва да надвишават размера на определените месечни стойности по Приложение № 2 на индивидуалните договори, както и са дадени указания да се извършат корекции във финансовоотчетните документи за месец юни 2016 г. и да се представят в срок от 3 работни дни. С писмо изх. № 29-02-749/12.07.2016 г. на РЗОК - Варна била върната за корекция и фактура № 15605/11.07.2016 г. на стойност -1 189 145.87 лв. Общата стойност на тези фактури е 6 852 474.27 лв. На 13.07.2016 г. на електронната поща на лечебното заведение е получено и писмо изх. № 29-02-743/2/13.07.2016 г. от РЗОК - Варна, с което са дадени аналогични на посочените в предходното писмо указания.

След повторно представяне пред НЗОК на издадените финансово-отчетни документи за извършената дейност през м.юни 2016г. отново били върнати част от представените фактури, ведно със съответните спецификации, а именно: фактура № 15617/18.07.2016 г. на стойност - 405 270 лв., фактура № 15618/18.07.2016 г. на стойност - 28 318 лв., фактура № 15624/18.07.2016 г. на стойност - 1 216 лв., фактура № 15623/18.07.2016 г. на стойност - 2 660 лв., фактура № 15619/18.07.2016 г. на стойност - 356 лв., фактура № 15621/18.07.2016 г. на стойност - 14 870 лв., фактура № 15622/18.07.2016 г. на стойност 5 115 лв. Общата сума на върнатите фактури е 472 805 лв.

На 21.08.2016 год. с нотариална покана рег. № 1361, том 1, акт 66 на нотариус С.С., рег. № 193 на НК, МБАЛ „Света Марина“ ЕАД отново уведомила РЗОК - Варна, че има неизплатени задължения за оказана медицинска помощ от лечебното заведение в общ размер на 472 805 лв., за което са издадени и приложени към поканата фактурите от 18.07.2016 год. По така представените фактури отново е извършено частично плащане от РЗОК на задължението размер на 24 415 лв., за което са издадени дебитни известия, както следва: дебитно известие № 15627/19.07.2016 г. към фактура № 15611/18.07.2016 г. за сумата от 10 125 лв., дебитно известие № 15628/19.07.2016 г. към фактура № 15612/18.07.2016 г. за сумата от 8 207 лв., дебитно известие № 15629/19.07.2016 г. към фактура № 15613/18.07.2016 г. за сумата от 800 лв., дебитно известие № 15630/19.07.2016 г. към фактура № 15616/18.07.2016 г. за сумата от 4 750 лв., дебитно известие № 15631/19.07.2016 г. към фактура № 15611/18.07.2016 г. за сумата от 51 лв. и дебитно известие № 15757/13.09.2016 г. към фактура № 15611/18.07.2016 г. за сумата от 482 лв.

При извършена годишна инвентаризация на разчетите в дружеството било констатирано, че МБАЛ „Света Марина“ ЕАД има вземане от НЗОК, чрез РЗОК - Варна в общ размер на 448 390 лв. за извършена през мес. юни 2016 год. дейност. С нотариална покана рег. № 2109, том 1, акт 107/23.12.2016 год. на нотариус С.С., рег. № 193 на НК са връчени за плащане на НЗОК, чрез РЗОК -Варна следните фактури ведно с приложени към тях спецификации, както следва: фактура № 15902/21.12.2016 год. за сумата от 394 612 лв., фактура № 15903/21.12.2016 год. за сумата от 20 111 лв., фактура № 15904/21.12.2016 год. за сумата от 14 556 лв., фактура № 15905/21.12.2016г. за сумата от 10120 лв., фактура № 15906/21.12.2016г. за сумата от 2660 лв., фактура № 15907/21.12.2016г. за сумата от 216 лв. и фактура № 15908/21.12.2016 г. за сумата от 5 115 лв.

Към датата на депозиране на исковата молба останало непогасено задължение на НЗОК чрез РЗОК - Варна към МБАЛ „Света Марина“ ЕАД за сумата от 448 390 лв., представляваща стойността на оказаната на здравно осигурени пациенти в периода от 01.06.2016 год. до 30.06.2016 год. болнична помощ по клинични пътеки ведно с мед.изделия, както и за извършени амбулаторни и клинични процедури по Договор № 030811/25.02.2015 год., Договор № 031895/27.05.2016 год. и Договор № 032104/27.05.2016 год.

Излага се в исковата молба, че задължението за плащане произтича от подписаните с изпълнителя три индивидуални договора /Договор № 030811/25.02.2015год., Договор № 031895/27.05.2016год. и Договор № 032104/27.05.2016 год/, по силата на които възложителят следва да заплаща всички договорени, извършени и отчетени дейности от лечебното заведение по уговорени цени за всеки отделен случай по клинични пътеки, които суми и дейности изцяло съответстват на посочените в първичните медицински и финансово отчетни документи представени от нас. В чл.35 330 е регламентирано, че задължително осигурените имат право да получават медицинска помощ в обхвата на основния пакет от здравни дейности, гарантиран от бюджета на НЗОК и да избират лекар от лечебно заведение, сключило договор с РЗОК, което

означава, че здравноосигурените лица имат право срещу задължителното си участие при набиране на здравните вноски да получат медицинска помощ като изберат болнично заведение и лекуващ лекар.

Твърди се нищожност на уговорените в Договор № 030811/25.02.2015 год., Договор № 031895/27.05.2016 год. и Договор № 032104/27.05.2016 год. клаузи, предвиждащи, че НЗОК ще заплаща на изпълнителя за всеки отделен случай, при условие, че извършената и отчетена дейност е в рамките на определените стойности по Приложение № 2 към индивидуалните договори. Твърди се противоречие на Закона за здравното осигуряване и по-конкретно на нормата на чл.35 330, както и на конституционното право на гражданите, заложено в нормата на чл.52 от Конституцията на РБ на здравно осигуряване, гарантиращо им достъпна медицинска помощ, и на безплатно ползване на медицинско обслужване при условия и по ред, определени със закон.

На следващо място се твърди, че е налице договорно неизпълнение от страна на НЗОК да определи своевременно делегирания бюджет на МБАЛ „Света Марина“ ЕАД за м. юни 2016 год., като това бездействие на ответника е довело до невъзможността лечебното заведение да планира разходите си за оказване на болнична помощ по клинични пътеки, амбулаторни и клинични процедури, а НЗОК не е проявила грижата на добрия стопанин по смисъла на чл.83, ал.2 ЗЗД. Ищецът бил уведомен за бюджета за месец юни 2016 год. едва на 08.07.2016 год., поради което и няма как стойностите да бъдат коригирани от лечебното заведение със задна дата. В случай, че ответникът беше констатирал, че МБАЛ „Света Марина“ ЕАД е достигнала предварително изпълнението на определените месечни стойности /за м. юни 2016 год./ по индивидуалните договори, то същият е имал задължението да го уведоми за това /чл.38 от Допълнително споразумение към Договор № 030811/25.02.2015 год. за оказване на болнична помощ по клинични пътеки и др./, което не е сторено. Касае се за неизпълнение на договорни задължения от страна на НЗОК, поради което и последната не може да черпи права от това свое поведение, като отказва да заплати извършената и отчетена по съответния ред от МБАЛ „Света Марина“ ЕАД дейност за претендирания период.

С оглед на изложеното се твърди, че МБАЛ „Света Марина“ ЕАД не е обвързана от така определения на 08.07.2016 год. от НЗОК лимитиран бюджет за мес. юни 2016 год., поради което и на лечебното заведение се дължи плащане на всички суми за осъществена, своевременно отчетена и призната от НЗОК дейност в общ размер на 448 390 лв. Претенцията за заплащане на обезщетение за забава се обосновава с предвидената в цитираните договори дължимост на законната лихва за забава върху незаплатените суми за извършена и отчетена дейност, което е следвало да бъде извършено до 30 -то число на месеца, следващ отчетния съгласно чл.35 от Договор № 030811/25.02.2015год./

С допълнителната искова молба ищцовото дружество оспорва възраженията на ответника, като поддържа твърденията си за нищожност на договорните клаузи, предвиждащи ограничение при заплащането на извършената и отчетена дейност, както и твърденията си, че с писмо от 26.01.2016г. на НЗОК е извършено признание дължимостта на претендираните суми, като ищцовото дружество е уведомено, че финансовата претенция ще бъде удовлетворена доброволно.

В срока по чл. 367, ал. 1 от ГПК ответникът НЗОК е депозирал писмен отговор, с който оспорва предявения иск като неоснователен. Не се оспорва наличието на договорни правоотношения, но се твърди, че съгласно чл.3, т.2 от сключените договори възложителят има задължението да заплаща извършената и отчетена болнична медицинска помощ, но в рамките на определените с решението обеми и цени, а не неограничено. Твърди се в отговора, че ищцовото дружество е било уведомено за определения с решението бюджет за м.юни и м.юли преди датата 23.06.2016г., когато с писмо са възразили срещу определените лимити за мюни и м.юли 2016г.

В срока по чл.373 ГПК ответникът е депозирал допълнителен отговор, с който поддържа възраженията си. Сочи, че договорните клаузи, регламентиращи лимита при заплащане на извършената и отчетена болнична помощ, се основават на чл.4, ал.1 от Закона за здравното осигуряване, поради което не са нищожни на основание противоречие на закона и добрите нрави.

Съдът, като прецени по реда на чл.12 от ГПК събраните по делото доказателства във връзка с доводите и съображенията на страните, приема за установено от фактическа страна следното:

Въз основа на твърденията на страните са приети за установени и ненуждаещи се от доказване следните обстоятелства – ищецът е регистрирано заведение за оказване на болнична помощ, между страните са сключени Договор № 030811/25.02.2015 год. за оказване на болнична помощ по клинични пътеки /КП/, Договор № 031895/27.05.2016 год. за извършване на амбулаторни процедури /АПр/ и Договор № 032104/27.05.2016 год. за извършване на клинични процедури /КПр/.

За безспорно установени в съдебно заседание на 12.07.2017г. също са приети обстоятелствата, че при проверката от РЗОК – Варна не са констатирани нарушения на ЗЗО, НРД за медицинските дейности за 2015г. и Решение № РД-НС-04-24-1/29.03.2016г. относно индикациите за хоспитализация, спазен е диагностично–лечебния алгоритъм и медицинските критерии за дехоспитализация на пациентите за извършената и отчетена от МБАЛ „Света Марина“ ЕАД дейност през м.юни 2016г., както и че извършената и отчетена от МБАЛ „Света Марина“ ЕАД дейност през м.юни 2016г. е проверена и потвърдена от НЗОК чрез РЗОК – Варна.

Представени са като доказателства по делото издадените от ищцовото дружество първични медицински и финансово отчетни документи за дейности през процесния период, връчени за плащане на НЗОК чрез директора на РЗОК - Варна с нотариална покана акт № 50, том I, рег. № 1125/11.07.2016 год. на нотариус С.С., рег. № 193 на Нотариалната камара, в това число и следните фактури- фактура № 15602/11.07.2016 г. на стойност - 3 758 864 лв., фактура № 15604/11.07.2016 г. на стойност - 874 587.72 лв., фактура № 15585/11.07.2016 г. на стойност - 3 852 лв., фактура № 15586/11.07.2016 г. на стойност - 500 лв., фактура № 15590/11.07.2016 г. на стойност - 7 100 лв., фактура № 15591/11.07.2016 г. на стойност - 19 466.40 лв., фактура № 15596/11.07.2016 г. на стойност - 19 498 лв., фактура № 15597/11.07.2016 г. на стойност - 5 306 лв., фактура № 15598/11.07.2016 г. на стойност - 712.08 лв., фактура № 15603/11.07.2016 г. на стойност - 410 185.40 лв., фактура № 15583/11.07.2016 г. на стойност - 1 296 лв., фактура № 15584/11.07.2016 г. на стойност - 345 лв., фактура № 15588/11.07.2016 г. на стойност - 100 лв., фактура № 15592/11.07.2016 г. на стойност - 14 876 лв., фактура № 15593/11.07.2016 г. на стойност - 1 116 567 лв., фактура № 15594/11.07.2016 г. на стойност - 2 016 лв., фактура № 15599/11.07.2016 г. на стойност - 90 395 лв., фактура № 15600/11.07.2016 г. на стойност - 86 760 лв., фактура № 15601/11.07.2016 г. на стойност - 14.80 лв., фактура № 15605/11.07.2016 г. на стойност - 1 189 145.87 лв., фактура № 15606/11.07.2016 г. на стойност - 1 873.95 лв., фактура № 15587/11.07.2016 г. на стойност - 891 лв., фактура № 15589/11.07.2016 г. на стойност - 2 197 лв., фактура № 15595/11.07.2016 г. на стойност - 185 681 лв.

Приети са като доказателство по делото анекси към сключените индивидуални договори, изготвени от НЗОК в края на месец юни въз основа на прието решение № РД-НС-04-23/21.06.2016 год. на НС на НЗОК, с които са извършени корекции за м. юни и м. юли 2016 год. на месечните бюджети на МБАЛ „Света Марина“ ЕАД. Представено е писмо изх. № 29-02-743/1/12.07.2016 г. на РЗОК - Варна, с което фактури: № 15602/11.07.2016 г. на стойност - 3 758 864 лв., фактура № 15603/11.07.2016 г. на стойност - 410 185.40 лв., фактура № 15592/11.07.2016 г. на стойност - 14 876 лв., фактура № 15593/11.07.2016 г. на стойност - 1 116 567 лв., фактура № 15599/11.07.2016 г. на стойност - 90 395 лв., фактура № 15600/11.07.2016 г. на стойност - 86 760 лв., фактура № 15595/11.07.2016 г. на стойност - 185 681 лв., ведно с приложените към тях спецификации били върнати на МБАЛ „Света Марина“ ЕАД със становище от РЗОК, че стойностите на финансовоотчетните документи не следва да надвишават размера на определените месечни стойности по Приложение № 2 на индивидуалните договори, както и са дадени указания да се извършат корекции във финансовоотчетните документи за месец юни 2016 г. и да се представят в срок от 3 работни дни. С писмо изх. № 29-02-749/12.07.2016 г. на РЗОК - Варна била върната за корекция и фактура № 15605/11.07.2016 г. на стойност - 1 189 145.87 лв. Общата стойност на тези фактури е 6 852 474.27 лв.

След повторно представяне пред НЗОК на издадените финансово-отчетни документи за извършената дейност през м.юни 2016г. отново били върнати част от представените

фактури, ведно със съответните спецификации, а именно: фактура № 15617/18.07.2016 г. на стойност - 405 270 лв., фактура № 15618/18.07.2016 г. на стойност - 28 318 лв., фактура № 15624/18.07.2016 г. на стойност - 1 216 лв., фактура № 15623/18.07.2016 г. на стойност - 2 660 лв., фактура № 15619/18.07.2016 г. на стойност - 356 лв., фактура № 15621/18.07.2016 г. на стойност - 14 870 лв., фактура № 15622/18.07.2016 г. на стойност 5 115 лв. Общата сума на върнатите фактури е 472 805 лв. Представени са като доказателство по делото нотариални покани от 21.08.2016 год. и 23.12.2016 год., изпратени от МБАЛ „Света Марина“ ЕАД до НЗОК, чрез РЗОК – Варна, относно неизплатени задължения за оказана медицинска помощ от лечебното заведение, първата от които за сума в общ размер на 472 805 лв., а втората след извършено частично плащане за сума в общ размер на 448 390 лв. за извършена през м. юни 2016 год. дейност.

От заключението по назначената и приета в съдебно заседание на 29.11.2017г. комплексна счетоводна и медицинска експертиза се установява, че описаните в исковата молба дейности, за които са издадени процесните фактури съответстват на извършената, отчетена и проверена дейност за м.юни 2016г. от МБАЛ „Св.Марина“; общата стойност на фактурираните дейности е 448 390 лв., от които по договор №030811/25.02.2015г. – 414 723 лв., по договор № 031895/27.05.2016г. – 28 552 лв. и по договор № 032104/27.05.2016г. – 5 115 лв.; към 31.12.2016г. в регистрите на ищцовото дружество са отразени вземания от РЗОК – Варна в общ размер 448 852 лв. по цитираните три договора, като фактура № 15900/08.12.2016г. на стойност 462х лв. е платена на 07.02.2017г. и не е предмет на исковата претенция; обезщетението за забава е изчислено от вещото лице в размер на 20 738,46 лв. върху главница размер 448 852 лв. за периода 01.08.2016г. до 13.01.2017г., в размер на 20 717 лв. върху главница в размер 448 390 лв. за същия период и в размер на 2 995,25 лв. върху 448 390 лв. за периода от датата на издаване на фактурите 21.12.2016г. до датата на депозиране на исковата молба 13.01.2017г.

При така установените факти и обстоятелства по делото съдът възприе следните правни изводи:

По така предявения иск с правно основание чл.79 от ЗЗД във връзка с чл.59 от ЗЗО в тежест на ищеца е да установи, че между страните е възникнала валидна облигационна връзка по силата на сключени договори, обвързващи страните в рамките на исковия период, въз основа на които ищецът се задължава да оказва болнична и медицинска помощ срещу задължението на ответника да заплаща дейностите, остойностени по посочен в договора метод; качеството си на изправна страна по договорното правоотношение, тоест че действително е извършил фактурираните дейности; размера на всяка главна претенция. При установяване на горното в тежест на ответника по делото е да установи всички наведени от него правоизключващи и правопогасяващи възражения по исковете, от които черпи благоприятни за себе си правни последици, в т.ч. да установи приложимостта към конкретното договорно правоотношение на ограничения при изпълнение задължението на възложителя в съотносително отношение, размера на тези ограничения, твърденията си за своевременно уведомяване на представител на ищцовото дружество.

Договорът, който Националната здравно-осигурителна каса сключва с изпълнителите на медицинска помощ на основание чл. 59 от Закона за здравното осигуряване /ЗЗО/, представлява по своята същност съглашение между равнопоставени правни субекти, насочено към постигането на правен резултат, желан и от двете страни. Сключването на договор за оказване на медицинска помощ е предвидено в закона като възможност за лечебните заведения, но не и като тяхно задължение. Условието, при които същият се сключва, са лимитирани от разпоредбите на Националния рамков договор, който се подписва от НЗОК и Българския лекарски съюз, респ. Българския зъболекарски съюз. Предвиждането на подобни ограничения цели единствено създаване на гаранции за правата на изпълнителите на медицинска помощ.

В договорите между страните е уговорено, че ищецът е длъжен да осигурява договорената болнична медицинска помощ на здравно осигурените лица /чл. 1, чл. 5, т.1/; да спазва правата на здравноосигурените лица и на пациента, регламентирани в ЗЗО и ЗЗ и да осигурява условия, които гарантират спазването на тези права /чл. 5, т.14 и т.15/.

Установява се от заключението по изготвената съдебна експертиза, че описаните в исковата молба дейности, за които са издадени процесните фактури и за които се претендира заплащане, съответстват на извършената, отчетена и проверена дейност за м.юни 2016г. от МБАЛ „Св.Марина“. извършената и отчетена от МБАЛ „Света Марина“ ЕАД дейност през м.юни 2016г. Прието е за безспорно установено предвид липсата на спор между страните, че дейността за м.юни 2016г. е проверена и потвърдена от НЗОК чрез РЗОК – Варна, тоест фактурираните дейности са реално извършени съобразно изискванията на действащите между страните договори и отчетени пред възложителя, който е приел отчета без възражения при проверката. Липсва спор и относно стойността на фактурираните дейности, тоест същите съответстват на договорените между страните единични цени.

Спорът се заключава в приложимостта на ограничения при заплащането на извършената от изпълнителя дейност, като в тази връзка се релевира от ищцовата страна нищожност на договорните клаузи, предвиждащи ограничение при заплащането на извършената и отчетена дейност. В процесните договори такива ограничения са предвидени в клаузите на чл. 20, т.6, чл.40, ал.2, чл. 42, ал.1 от договор №030811/25.02.2015г., чл.40, ал.2, чл. 42, ал.1 от договор № 031895/27.05.2016г. и чл. 28, ал.1 от договор № 032104/27.05.2016г., предвиждащи, че НЗОК заплаща само фактури, чиято месечна стойност не надвишава размера на определените стойности на изпълнителя, посочени в Приложение №2.

Сключените между страните по делото договори са регламентирани от разпоредбите на чл. 59, ал.1 от ЗЗО вр. чл. 29, ал.1 от Национален рамков договор за медицинските дейности между Националната здравноосигурителна каса и Българския лекарски съюз за 2015 г. / съгласно чл. 29, ал.1 от Националния рамков договор изпълнителите на медицинска помощ имат право да получат в срок и в пълен размер заплащане за извършените дейности при условията и по реда на сключения между страните договор.

В чл. 5 от ЗЗО са уредени основните принципи на задължителното здравно осигуряване, между които: отговорност на осигурените за собственото им здраве; равнопоставеност на осигурените при ползването на медицинска помощ и свободен избор от осигурените на изпълнители на медицинска помощ. В чл. 35 от ЗЗО е регламентирано, че задължително осигурените имат право да получават медицинска помощ в обхвата на основния пакет от здравни дейности, гарантиран от бюджета на НЗОК и да избират лекар от лечебно заведение за първична медицинска помощ, сключило договор с РЗОК. Законът дава право на здравноосигурените лица срещу задължителното им участие при набиране на здравните вноски да получат медицинска помощ като изберат болничното заведение и лекуващия лекар. За да осигури това право на здравноосигурените лица НЗОК е длъжна да осигури бюджет, като заплати разходите за лечението на това лице в която болница то е избрало да се лекува.

Цитираните договорни клаузи, въвеждащи ограничения при заплащането на оказаната от болничното заведение медицинска помощ, противоречат на законовите разпоредби, регламентиращи болнична медицинска помощ, въз основа на които тези договори са сключени, а именно чл.52 от Конституцията на РБ, чл.5, чл. 35 от ЗЗО, тъй като поставят оказването на медицинска помощ на здравноосигурените лица в зависимост от обстоятелството дали необходимостта е възникнала в рамките на определените от здравната каса стойностни лимити. Това от своя страна води до неравнопоставеност при третирането на лица, потърсили медицинска помощ преди или след изчерпване на тези лимитни стойности, поради което на основание чл. 26, ал. 1, пр.1 от ЗЗД предвиждащите такива органичения договорни клаузи са нищожни и като такива не произвеждат действие.

Осъщественията болнична помощ в изпълнение на сключените между страните договори следва да бъде заплатена в изпълнения обем, вкл. и за надлимитните дейности, след като е извършена съобразно изискванията сключените договори между болницата и здравната каса и е отчетена пред възложителя, който е приел отчета без възражения при проверката. Отношенията между страните следва да се уредят съобразно правилата на чл. 258 и чл. 266 от ЗЗД, приложими спрямо процесните договори, по същността си договори за изработка. Ищецът е извършил възложената от ответника работа, която е отчетена по надлежния ред. Липсва твърдение тази работа да е некачествена или в отклонение от медицинските стандарти, като контролът е осъществен от възложителя, поради което последният дължи заплащане на всички

дейности по уговорените дейности, фактурирани съобразно стойностите, уговорени между страните.

По изложените съображения съдът счита, че предявеният иск е доказан по основание. Относно размера съдът възприема заключението на вещото лице, съобразно което след приспадане на извършените частични плащания неизплатеният размер на извършени дейности през м.юни 2016г. е 448 390 лв., главница по договори № 030811/25.02.2015г., № 031895/27.05.2016г. и № 032104/27.05.2016г., поради което предявеният иск следва да се уважи изцяло. Дължи се заплащане и на законната лихва върху главницата от датата а завеждане на исковата молба.

Основателна е и акцесорната претенция за заплащане на обезщетение за забава върху главницата. Съобразно приложимите клаузи от договорите /чл.35 от договор № 030811/25.02.2015г., чл.49 от договор № 031895/27.05.2016г. и чл. 36 от договор №032104/27.05.2016г. плащанията се извършват до 30-то число на месеца, следващ отчетния, поради което основателна се явява претенцията за заплащане на обезщетение за забава с начален момент 01.08.2016г., тост от деня, следващ падежа на задължението до датата на депозиране на исковата молба. По отношение размера на дължимото обезщетение за забава съдът възприема заключението на вещото лице във варианта, който включва и дължимото обезщетение по фактурата, заплатена преди предявяване на иска, поради което искът е основателен за претендирания размер след допуснатото изменение на иска – 20 717,11 лв. и следва да бъде уважен изцяло.

При този изход от спора в полза на ищеца следва да бъдат присъдени сторинети от го разноски съобразно представения списък по чл.80 от ГПК и писмени доказателства в размер на 18 764,27 лв. заплатена държавна такса и 1020 лв. внесен депозит по назначената КСЕ. Юрисконсултско възнаграждение следва да бъде определено от съда на основание чл.78, ал.8 от ГПК във връзка с чл.37 от ЗПП и чл.25 от Наредбата за правната помощ в размер на 300 лв., съобразявайки конкетната фактическа и правна сложност на делото.

Въз основа на изложеното, съдът

### РЕШИ:

ОСЪЖДА НЗОК, Б 121858220, със седалище и адрес на управление гр.София, ул.“Кричим” №1 да заплати на МБАЛ „Света Марина“ ЕАД, ЕИК 103562052, представлявано от проф.д-р В.И., д.м. **сумата 448 390 лв.** /четиристотин четиридесет и осем хиляди триста и деветдесет лева/, представляваща неизплатена главница за осъществени дейности през м.юни 2016г. по договори № 030811/25.02.2015г., №031895/27.05.2016г. и №032104/27.05.2016г., ведно със законната лихва върху главницата от 13.01.2017г. до окончателното ѝ изплащане, както и **сумата 20 717,11 лв.** /двадесет хиляди седемстотин и седенадесет лева и 11 ст./ обезщетение за забава за периода от 01.08.2016г. до 13.01.2017г., на основание чл.79 от ЗЗД във връзка с чл.59 от ЗЗО и чл.86 от ЗЗД.

ОСЪЖДА НЗОК, Б 121858220, със седалище и адрес на управление гр.София, ул.“Кричим” №1 да заплати на МБАЛ „Света Марина“ ЕАД, ЕИК 103562052, представлявано от проф.д-р В.И., д.м. **сумата 20084,27 лв.** /двадесет хиляди осемдесет и четири лева и 27 ст./ разноски по делото, на основание чл. 78, ал.1 от ГПК.

РЕШЕНИЕТО подлежи на обжалване пред Варненски апелативен съд в двуседмичен срок от връчването му на страните.

СЪДИЯ В ОКРЪЖЕН СЪД:



**Р Е Ш Е Н И Е № 108**

Гр.Варна, 17.05.2018г.

**В И М Е Т О   Н А   Н А Р О Д А**

Варненският апелативен съд, търговско отделение, трети състав, в публичното съдебно заседание на седемнадесети април през две хиляди и седемнадесета година в състав:

**ПРЕДСЕДАТЕЛ: РАДОСЛАВ СЛАВОВ****ЧЛЕНОВЕ: ДАРИНА МАРКОВА****ЖЕНЯ ДИМИТРОВА**

При участието на секретаря Десислава Чипева

Като разгледа докладваното от съдията Дарина Маркова в.търг.дело № 113 по описа за 2017 година и за да се произнесе, взе предвид следното:

Производството е въззивно, образувано по жалба на Национална здравноосигурителна каса срещу решение № 916 от 28.12.2017г. по търг.дело № 28/17г. по описа на Окръжен съд – Варна, с което е осъдена да заплати на „МБАЛ Света Марина“ ЕАД със седалище гр.Варна сумата 448 390лв., представляваща неизплатена главница за осъществени дейности през м.юни 2016г. по договори № 030811 от 25.02.2015г., № 031895 от 27.05.2016г. и № 032104 от 27.05.2016г., ведно със законната лихва върху главницата, считано от 13.01.2017г. до окончателното и изплащане и сумата 20 717.11лв., представляваща обезщетение за забава за периода от 01.08.2016г. до 13.01.2017г. на основание чл.79 от ЗЗД във връзка с чл.59 от ЗЗО и чл.86 от ЗЗД, както и е осъдена да заплати направените по делото разноски в размер на 20 084.27лв.

В жалбата се твърди че обжалваното решение е неправилно, тъй като е постановено в нарушение на материалния закон и е необосновано.

Твърди че сключването на договор за оказване на медицинска помощ е предвидено в закона като възможност за лечебните заведения, но не и като тяхно задължение. Условието, при които той се сключва са лимитирани от разпоредбите на НРД, подписан от НЗОК и Българския лекарски съюз, респективно Българския зъболекарски съюз. Излага че няма спор между страните, че дейността е извършена от лечебното заведение без нарушения по медицинската част, а спорът между страните се заключава в приложимостта на ограничения при заплащането на извършената от изпълнителя дейност над определените стойности, посочени в приложение № 2 към договора. Сочи че такива ограничения в процесните договори /чл.20 т.6, чл.40 ал.2 и чл.42 ал.1/ са законосъобразни и не са нищожни, какъвто е изводът на окръжния съд. Излага, че съдът е допуснал грешка при тълкуването на нормативната уредба и на процесните договори. Твърди че още в чл.1 ал.2 от договорите е посочено, че с подписания договор възложителят се задължава да заплаща дейностите по ал.1 съгласно НРД, където отново са поставени ограничения при заплащането на медицинската помощ, а в ал.3 на същия член е посочено че изпълнителят осъществява дейността си в рамките на бюджета на НЗОК.

Твърди че с приемането на становището че нормите в договорите, с които се определят бюджетите на лечебните заведения и задължението да ги спазват, са незаконосъобразни, ВОС е пренебрегнал разпоредбите на Конституцията, ЗЗО, Наредбата за осъществяване правото на достъп до медицинска помощ и Закона за бюджета на НЗОК за 2016г. Твърди че това е дейност, която е нормативно определена и регулирана.

Твърди че противно на приетото от съда, правото на пациентите за медицинска помощ е гарантирано и осигурено, като НЗОК заплаща за тяхното лечение по реда определен в нормативната уредба и подписаните договори с лечебните заведения. Оспорва приетото от съда, че липсва равнопоставеност и че не е гарантирано правото на достъп до медицинска помощ при достигане на определените в приложение № 2 месечни стойности. Твърди че съгласно разпоредбата на чл.35 ал.1 т.1 от ЗЗО задължително осигурените имат право да

получават медицинска помощ в обхвата на пакета от здравни дейности, гарантиран от бюджета на НЗОК, т.е. имат право, но в рамките гарантирани от бюджета на НЗОК. Излага, че въпрос на управленско решение е как ще се разходват възложените от НЗОК средства. Сочи че в закона е предвидена възможност за създаване на листа на чакащите по отношение на оказване на помощта, заплащана от НЗОК и лечебното заведение има пълната възможност така да организира приемите на пациенти, че да се вмести в определените му месечни стойности на договора. Сочи че не всички приеми са спешни, една част са планови и същите могат да бъдат планирани във времето, съобразно наличния бюджет. Сочи че приходите от НЗОК не са единствените приходи на лечебното заведение, от които да зависи организацията на дейността му. Поради което и не е необходимо да се отказва на пациента оказване на медицинска помощ, при условие, че лечебното заведение разполага и с други средства и механизми за контролиране на разходите си.

Твърди че обхватът и обемът на гарантираните на осигурените лица здравни дейности не е неограничен, а определени по вид, обхват и обем пакет от здравни дейности, така както изрично е посочено в чл.4 ал.1 от ЗЗО. Сочи че в чл.52 ал.1 от КРБ е регламентирано че медицинската помощ се осъществява по ред определен със закон, какъвто е ЗЗО. Твърди че чл.29 от ЗЗО предвижда ежегодно приемане на бюджет на НЗОК, с който се определят задължителните здравноосигурителни вноски, приходите и разходите по бюджетната класификация. Твърди че на основание чл.29 от ЗЗО бюджетът на касата е елемент от системата на здравното осигуряване и оказването на здравната помощ. Твърди че последиците от превишаване на определените стойности на разходи са уредени в сключените между НЗОК и изпълнителите на медицинска помощ индивидуални договори. Твърди че НЗОК е орган на бюджетна издръжка и като такъв му се отпускат финансови средства от републиканския бюджет и има финансова рамка, определена от ЗБНЗОК. НЗОК гарантира на задължително осигурените лица чрез изпълнителите на медицинска помощ определени по вид и количество, заплащани от НЗОК дейности, но в рамките на бюджета на НЗОК. В този смисъл твърди че РЗОК дължи плащане само на договорените стойности и обеми дейности. Излага, че в чл.33 и следващите от договорите са установени правила и рамки, в които НЗОК може да закупува от изпълнителя дейности по оказване на болнична помощ от сметка на бюджета на НЗОК. Излизането извън тези рамки трябва да бъде за сметка на лечебното заведение, защото надвишава обема на медицинските дейности, предмет на договора, които НЗОК като страна по договора не е приела да финансира.

На следващо място твърди, че съдът не е обсъдил значението на типовите договори, както и че в тях се обективират постигнатите с НРД договорености между НЗОК и БЛС, като същевременно те се утвърждават от управителя на НЗОК едва след съгласуването им с председателя на УС на БЛС, с което е постигната двустепенна обезпеченост на участието и охраната на интересите на лечебните заведения чрез БЛС като тяхна съсловна организация. Сочи че значението на типовите договори е чрез тях да се постигне и гарантира прилагането на зложените законови медицински и финансови изисквания на НРД, ЗЗО и ЗБНЗОК. Сочи че не съществува нормативна възможност отделното лечебно заведение да договаря самостоятелно и индивидуално определени условия единствено и само за себе си за закупуване на медицинска помощ от НЗОК, при условие, че нормативната уредба предвижда подписването с лечебното заведение договори да са типови, като идеята е всички лечебни заведения да са поставени пред равни условия при закупуване на болнична медицинска помощ, да е съблюдаван принципа на равнопоставеност в чл.5 т.6 от ЗЗО.

Твърди че съгласно чл.3 т.2 от сключените договори възложителят има задължението да заплаща определените с решението обеми и цени на извършената и отчетена болнична помощ. Твърди че в приложение № 2 към договорите са уговорени са определени месечните стойности за дейностите, които НЗОК ще закупи, подписано от представляващия лечебното заведение и задължително за него. Твърди че исканото заплащане на суми над определените в приложение № 2 на анекса и договора не кореспондира с договорените условия и законовите изисквания. Твърди че фактурираните суми за осъществената болнична помощ на пациенти над стойностите, договорени в приложение № 2 към договора не са дължими на годно правно основание.

Моли съда да отмени обжалваното решение и да постанови друго, с което предявения срещу касата иск да бъде отхвърлен изцяло. Претендира направените по делото разноски и юрисконсултско възнаграждение. В съдебно заседание, чрез процесуалния си представител, поддържа жалбата и моли съда да я уважи.

Насрещната страна по жалбата „Многопрофилна болница за активно лечение Света Марина“ ЕАД, в срока по чл.263 ал.1 от ГПК е депозирала писмен отговор на подадената от НЗОК въззивна жалба, в която изразява становище за нейната неоснователност и моли съда да потвърди решението на първоинстанционния съд. Претендира направените по делото разноски. В съдебно заседание, чрез процесуалните си представители, моли съда да потвърди обжалваното решение.

Въззивният съд, след съвкупна преценка на събраните по делото доказателства, заедно и поотделно, и съобразно предметните предели на въззивното производство, приема за установено следното:

Предявен е осъдителен иск с правно основание чл.79 от ЗЗД от „Многопрофилна болница за активно лечение – Света Марина“ ЕАД срещу НЗОК за сумата общо 448 390лв., претендирана като стойността на извършено, но незаплатено лечение на здравноосигурени пациенти по клинични пътеки за м.юни 2016г. по договори както следва: № 030811 от 25.02.2015г.; № 031895 от 27.05.2016г. и № 032104 от 27.05.2016г. и за сумата 20 717.11лв., претендирана като обезщетение за вреди от забава в плащането за периода от 01.08.2016 до 13.01.2017г.

Не е спорна между страните пред въззивната инстанция фактическата обстановка по делото, а именно:

Между НЗОК и „МБАЛ – Св.Марина“ ЕАД са сключени: договор № 030811 от 25.02.2015г. за оказване на болнична помощ по клинични пътеки, изменен с допълнително споразумение от 27.05.2016г. и анекс от 22.06.2016г., договор № 031895 от 27.05.2016г. за извършаване на амбулаторни процедури и договор № 032104 от 27.05.2016г. за извършване на клинични процедури.

Не е спорно че през м.юни 2016г. от страна на „МБАЛ – Св.Марина“ ЕАД е налице надвишаване на месечните стойности по клинични пътеки, включително за вложени медицински изделия и извършени амбулаторни и клинични процедури по посочените три договора. От приетото като доказателство по делото заключение на комплексната съдебно-счетоводна и медицинска експертиза, въззивният съд приема за установено, че към 31.12.2016г. в счетоводството на въззвиваемото дружество са налице вземания от РЗОК Варна в общ размер на сумата 448 852лв., формирана от вземания по посочени от експертите фактури по трите договора, като е установено, че във всички фактури са включени дейности: клинични пътеки, медицински изделия, амбулаторни процедури, клинични процедури, извършени през м.юни 2016г. Не е спорно между страните, че от страна на РЗОК Варна не са констатирани нарушения на ЗЗО, НРД за медицински дейности за 2015г. и Решение № РД-НС-04-24-1 от 29.03.2016г. за вършената и отчетената от болницата дейност за м.юни 2016г., както и че извършената и отчетената през м.юни 2016г. дейност е проверена и потвърдена от НЗОК /РЗОК – Варна.

Не е спорно че исковата сума за главницата е формирана от надвишаване на месечните стойности по клинични пътеки, амбулаторни процедури и клинични процедури по посочените три договора за м.юни 2016г.

Приложимите нормативни актове са: ЗБЗОК за 2016г. /отм./, решение № РД-НС-04-24-1 от 29.03.2016г. на НС на НЗОК и Правила за условията и реда за прилагане на чл.4 ал.1 и ал.2 от ЗБНЗОК за 2016г.

В действащите от 01.04.2016г. решение № РД-НС-04-24-1 от 29.03.2016г. на НС на НЗОК и Правила за условията и реда за прилагане на чл.4 ал.1 и ал.2 от ЗБНЗОК за 2016г. са предвидени възможности за увеличаване на месечната стойност, като в този случай следва да се направи писмено заявление до директора на РЗОК в сроковете за отчитане за това /чл.221 ал.8 от решението, чл.16 ал.2 от правилата/. В този случай, Надзорния съвет на касата може да реши да изплати извършените над определените месечни стойности дейности и да ги покрие от резерва.

С оглед на така изложеното въззивният съд намира, че претенцията на ищеца, представляващи стойността на извършени от болницата разходи за лечение на здравноосигурени пациенти по клинични пътеки, амбулаторни и клинични процедури за м.юни 2016г. над стойността на договорените в приложение № 2 към договора стойности за месеца са основателни. Съдът е сезиран с иск за реално изпълнение на задължение на НЗОК по договор оказване на болнична помощ по клинични пътеки. Действително, задължение на НЗОК е да заплаща извършването на определените с договора дейности, отчетена по съответния ред, но в рамките на предварително определените стойности по реда на чл.4 от ЗБНЗОК за 2016г. На основание чл.32 ал.13 т.6 от сключения между страните договор основание за отхвърляне на заплащането е дейност, надвишаваща стойността на чл.42 от договор.

Съдът с оглед правомощията си, визирани в т.1 на ТР N/2013 г. на ОСГТК на ВКС, по приложението на императивни правни норми намира, че тези разпоредби на договорите са нищожни като противоречащи на чл.35 от ЗЗО, на основание чл.26 ал.1 пр.1 от ЗЗД и като такива не произвеждат действие. Осъществената болнична помощ, следва да бъде заплатена в изпълнения обем, тъй като за оказването на болнична помощ по клинични пътеки няма уговорени лимити. След като е сключен договор между болница и здравната каса, то последната дължи заплащане на всички дейности по уговорените клинични пътеки и дейности, в рамките на лимитите за тях. Тези разпоредби са в противоречие с духа и целта на ЗЗО, респективно с основните разпоредби на сключения между страните договор.

Съдът намира, че следва да се извърши плащане и над лимитните дейности, тъй като в договорите не е предвидена възможност, след изчерпване на предварително определените дейности, лечебното заведение да прекрати извършването на определените по договора дейности. Напротив, в договора е изрично въведено е изискване ищецът в качеството му на изпълнител постоянно да осигурява договорената БМП на ЗОЛ - чл.5 от договора. – т.т. 1,2, изрично в т.8 - до разполага по всяко време на изпълнение на договора с медицински специалисти, в т.9 - да осигурява непрекъснато 24 - часово изпълнение на лечебната дейност. Следователно, от посочените основни задължения на ищеца се установява, че НЗОК му е възложила изпълнението на дейностите, предмет на договора, като не е поставено ограничение на приема на ЗОЛ съобразно лимита на договорените средства. Напротив, в чл.5 т.10 изрично е посочено, че не следва да изисква заплащане или доплащане от ЗОЛ за дейност, предмет на настоящия договор, от което следва извода, че всяка извършена дейност от приложение 2 на договора следва да бъде заплатена от възложителя.

Следва да се изложи, че опазването на здравето на гражданите като състояние на пълно физическо, психическо и социално благополучие е национален приоритет, което се гарантира от държавата чрез прилагане редица принципи между които и осигуряване на качествена здравна помощ, като в процесния случай, въззиваемото дружество при провеждане на леченията в разглежданите случаи е изхождало именно от този принцип в съответствие с критериите за добра клинична практика.

Предвид изложеното съдържание на сключения договор, следва да се направи извод, че извършените над определения лимит дейности са извършени от лечебното заведение по повод на изпълнение на неговите задължения по договора. За това лечебното заведение се явява изправна страна по същия и следва да бъде възмездено за извършената престация - предмет на исковата претенция. В допълнение на изложеното по-горе, следва да се посочи, че единственото направено възражение за неоснователност на претенцията - надвишаването на лимита с извършените дейности, е в ярко противоречие с целите, респективно, с предмета на сключения между страните договор.

Освен това, определянето на лимита от страна на възложителя би следвало да се извърши преди началото на периода - т.е. преди извършването на дейностите и за това винаги има прогнозен характер. За това и не би следвало изпълнителят да бъде санкциониран, поради отклонение от така направената от възложителя прогноза /при признати от последния извършени дейности по клинични пътеки/. Но за процесния период фактически дори и не се установява отклонение от лимитираната стойност на дейностите. Това е така, понеже анексите към договорите, с които се определя лимитът за м.юни 2016г. са сключени на 22.06.2016г. – почти в края на месеца, или в края на периода. Следователно, до посочената дата същият е

бил без определен лимит на дейностите, поради което е бил и в невъзможност да планира извършването на неспешните медицински дейности, например в последващ отчетен период.

С оглед на изложеното, въззивният съд намира, че са налице предпоставките и основанията за корекция на утвърдения за лечебното заведение бюджет за м.юни 2016., предявеният осъдителен иск е основателен и следва да бъде уважен, а обжалваното решение потвърдено.

На основание чл.78 ал.8 от ГПК и направеното искане и съобразно изхода на спора в полза на въззиваемата страна следва да бъдат присъдено юрисконсултско възнаграждение в размер на сумата 300лв., определено от съда съобразно чл.25 ал.2 от НЗПП.

Водим от горното, съдът

## Р Е Ш И:

ПОТВЪРЖДАВА решение № 916 от 28.12.2017г. по търг.дело № 28/17г. по описа на Окръжен съд – Варна.

ОСЪЖДА Национална Здравноосигурителна каса със седалище гр.София, адрес на управление гр.София, ул.“Кричим” № 1, да заплати на „Многопрофилна болница за активно лечение Света Марина“ ЕАД със седалище гр.Варна, ЕИК 103562052, сумата 300лв. /триста лева/, представляваща юрисконсултско възнаграждение за въззивна инстанция на основание чл.78 ал.8 от ГПК.

Решението подлежи на касационно обжалване пред ВКС на РБ при условията на чл.280 ал.1 и ал.2 от ГПК в едномесечен срок от връчването му на страните.

ПРЕДСЕДАТЕЛ:

ЧЛЕНОВЕ:

### ОСОБЕНО МНЕНИЕ

На докладчика по делото съдия Дарина Маркова

Не съм съгласна с извода на мнозинството от състава на съда, за основателност на иска срещу НЗОК за исковите суми, представляващи стойности на извършена дейност над договорените между страните стойности по следните съображения:

Съдът е сезиран с иск за реално изпълнение на задължение на НЗОК по договори за оказване на болнична помощ по клинични пътеки и договори за извършване на амбулаторни и клинични процедури. Задължение на НЗОК е да заплаща извършването на определените с договора дейности, отчетена по съответния ред, но в рамките на предварително определените стойности по реда на чл.4 от ЗБНЗОК за 2016г. На основание чл.37 ал.1 от сключения между страните договор, /със съдържание съобразно допълнителното споразумение от 27.05.2016г./, изпълнителят не може да отчита с финансово отчетни документи дейности на стойност, надвишаваща стойностите по чл.36 ал.2, идентични са разпоредбите на чл.41 ал.1 и чл.28 ал.1 от другите два договора.

С приемането на ЗБНЗОК за съответната година се приема бюджета на касата по приходи и трансфери, по разходи и трансфери, с балансирано бюджетно салдо. Сред правомощията на НЗОК съгласно чл.4 ал.1 от ЗБНЗОК за 2016г. е в рамките на приетите в закона стойности да определя за всяка РЗОК годишна обща стойност на разходите, разпределена по месеци, съответно на РЗОК е да определя стойностите за дейностите по договорите с изпълнителите на болнична медицинска помощ, разпределени по месеци. Предвидено е също така изпълнението на дейностите да се контролира по месеци и да се коригира на тримесечие в рамките на утвърдените разходи по бюджета на НЗОК. Изпълнението на финансовата рамка, очертана от РЗОК, става задължително за самия изпълнител на болнична помощ след индивидуално договаряне и сключване на договор, в който тази финансова рамка, става част от договорните клаузи на сключения договор, имащи характер на административен договор.

На основание чл.199 от Решение № РД-НС-04-24-1 от 29.03.2016г. на НС на НЗОК, НЗОК закупува медицинска помощ по чл.55 ал.2 т.2 от ЗЗО в рамките на предварително определените в решението обеми и в съответствие с бюджета на НЗОК. Доколкото се касае за плащания на

разходи в рамките на предварително определен по месеци, и за годината бюджет, коригиране на месечните стойности е възможно само в рамките на предварително определения бюджет. Заплащането на всички извършени дейности от изпълнителите на болнична помощ от страна на касата би довело до превишаване на разходната част на приетия бюджет. Чл.221 от решението изрично разписва реда, по който следва да се извършват корекции на предварително определените по месеци стойности, като основната предпоставка за увеличение на стойностите е съществуването на средства за закупуване на допълнителни дейности, а корекциите следва да бъдат утвърдени от Надзорния съвет на НЗОК. Съдът не може по иска за реално изпълнение за първи път да прецени наличие на предпоставки за плащане на суми, тъй като се касае за действия по администриране на бюджет, представляваща дейност по целесъобразност, осъществявана от органите на НЗОК и РЗОК в рамките на техните правомощия и при условията на оперативна самостоятелност.

АПЕЛАТИВЕН СЪДИЯ:

# РЕШЕНИЕ

гр.София, 03.07.2014г.

## В ИМЕТО НА НАРОДА

**СОФИЙСКИ ГРАДСКИ СЪД**, I ГО, 21-ти с-в, в открито заседание на трети април две хиляди и четиринадесета година, в състав:

Съдия Вергиния Мичева-Русева

при секретаря Ю.Ш. като разгледа докладваното от съдията гр. д. № 291 по описа за 2012 година и за да се произнесе, взе предвид следното:

Предявени са обективно съединени иски с правно основание чл.79 ал.1 пр.1 от ЗЗД и чл.86 от ЗЗД. При условията на евентуалност на главната искова претенция се предявява такава за същата сума с правно основание чл.59 ал.1 от ЗЗД. В условията на евентуалност на главната искова претенция по чл.79 ал.1 от ЗЗД и на евентуалната претенция по чл.59 ал.1 от ЗЗД се предявява претенция за същата сума на основание чл.12 от ЗЗД.

Ищецът „Специализирана болница за активно лечение по кардиология В.” ЕАД твърди, че е изпълнител на болнична помощ и има сключен през 2011г. договор с ответника НЗОК София в качеството му на възложител за оказване на болнична помощ по клинични пътеки. Ответникът не му е заплатил дължима. Сочи, че с писмо от 30.12.2010г. директорът на РЗОК го е уведомил, че през м.януари 2011г. болницата следва да съобрази дейността си като бюджет за лечение на пациенти спрямо делегирания бюджет на болницата за м.декември 2010г. Ищецът съобразил дейността си съобразно този бюджет, който за м.декември 2010г. бил в размер на 805 852лв. РЗОК В. извършила плащания само за 557 262лв. и отказала да заплати 248 190лв. реално осъществена от болницата дейност – лечение на здравно осигурени спешни сърдечносъдови болни пациенти. Счита, че отказът на ответника да заплати тази сума е нарушение на чл.3 ал.1 от сключения между страните договор № 040499/25.02.2011г. Сочи, че съгласно чл.28 от приложение 13 на Постановление № 304/17.12.2010г. на МС плащанията на изпълнителите на медицинска помощ се извършват чрез РЗОК до 30-то число на месеца, следващ отчетния. Твърди, че исковата сума се дължи от 01.03.2011г., когато ответникът е изпаднал в забава. Излага подробни аргументи в подкрепа на евентуалните си претенции. Претендира разноски по делото.

Ответникът Национална здравно осигурителна каса оспорва исковите. Счита, че не е нарушил сключения между страните договор. Сочи, че в негова тежест е било да заплаща посочената в договора стойност, което и направил. Посочва, че като е подписал договора за 2011г. ищецът се е съгласил да сная задължителните годишни прогнозни стойности за дейностите за болнична медицинска помощ за първото тримесечие на годината в размер на 1 353 785лв. Процесната сума не е заплатена, тъй като е надвишавала месечните стойности на утвърдените болнични бюджети, определени от ЗБНЗОК за 2011г. Моли съда да отхвърли исковите. Претендира разноски.

Съдът, като прецени събраните по делото доказателства установи следното от фактическа страна:

Страните, ищецът в качеството си на изпълнител и ответникът в качеството си на възложител, на основание чл.59 ал.1 от Закона за здравното осигуряване (ЗЗО) са сключили договор № 03-1013/04.02.2010г. за оказване на болнична помощ по клинични пътеки в сила за 2010г. Стойността на дължимото от НЗОК за извършената болнична помощ се е договаряло на тримесечие в отделен анекс към договора, но с анекс от 09.02.2010г. е включена и допълнителна разпоредба към договора, съгласно която отчетените над договорения размер дейности по фактура и спецификация се заплащат след проверка в лечебното заведение съобразно разпоредбите за контрола определени в НРД 2010 и Закона за здравното осигуряване в срок до 1 месец следващ месеца на отчитане на дейността. За 2011г. договорът под № 031013 е сключен на 25.02.2011г. С писмо от 30.12.2010г. директорът на РЗОК В. е уведомил изпълнителния директор на ищеца във връзка с писмо на НЗОК под № 20-00-176/30.12.2010г., че във вр. връзка с делегирането на общи годишни стойности, разпределени по тримесечия за дейност 2011г., през м.януари 2011г. следва да съобрази дейността на болницата в рамките на делегираната дейност за м.декември 2010г. Съгласно анекс към договор № 031013/04.02.2010г., сключен на 10.12.2010г. делегираният бюджет на болницата за дейностите за болнична медицинска помощ за м.12.2010г. е 805 852лв. Съобразно това указание през м.януари 2011г. ищецът извършил и отчетел дейности за болнична помощ в размер на 805 852лв. На 25.02. 2011г. страните са сключили договор № 03-1013/25.02.2011г. за оказване на болнична помощ по клинични пътеки. В приложение 2 към договора е посочено разпределението на задължителните годишни прогнозни стойности за дейностите за болнична медицинска помощ по тримесечия за 2011г., като за първото тримесечие е предвидена стойност в размер на 1 353 785лв. Съгласно договора ищецът се е задължил да оказва болнична медицинска помощ на задължително здравно осигурените лица, а ответникът се е задължил да заплаща тази помощ по определен в Наредба №40 /24.11.2004г. основен пакет от здравни дейности гарантиран от бюджета на НЗОК. В чл.3 от договора е уговорено, че ответникът като възложител е длъжен да заплаща посочената в договора стойност на извършената и отчетена дейност в болнична медицинска помощ, съгласно приложение 5 към чл.1 и приложение № 13 към чл.3 от постановление № 304/17.12.2010г. на МС за приемане на обемите, цените и методиките за осойностяване и за заплащане на медицинската помощ по чл.55 ал.2 т.2 от ЗЗО. В ал.2 на същия текст е уговорено, че възложителят дължи на изпълнителя лихва за просрочено време в случай че не плати в сроковете определени в приложение № 13 към чл.3 от Постановление № 304/ 2010г. на МС. В чл.17 от договора ответникът се е задължил да заплаща освен болничната медицинска помощ и вложените медицинските изделия. Въпреки, че е сключен през февруари 2011г. в договора е уговорено, че същия влиза в сила на 01.01.2011г. Ищецът фактурирал и отчетел пред РЗОК дейността си за м.януари 2011г. включваща стойността на осъществената болнична помощ за пациенти и за разходваните имплантанти за януари 2011г. в размер на 805 452лв., която не е надхвърляла по стойност делегирания бюджет на болницата за м.12.2010г. в размер на 805 852лв. Документите са получени от РЗОК на 14.03.2011г. С писмо от 17.03.2011г. РЗОК В. върнала на ищеца две фактури и друга документация поради превишаване на месечната стойност на утвърдения

болничен бюджет, определен по реда на ЗБНЗОК за 2011г. РЗОК изплатила на ищеца 557 262лв. и отказала да плати ф-ри № № 86 и 87/25.02.2011г., първата от която на стойност 205 655лв. за извършена медицинска дейност през м.01.2011г., и втората на стойност 51 600лв. за изразходвани през м.януари 2011г. стенове и консумативи. Общо стойността на двете фактури е 257 255лв. На 15.12.2011г. ответникът заплатил 9065лв. или неплатените дейности са на стойност 248 190лв.

Назначената и изслушана съдебна икономическа експертиза установява, че размерът на фактурираната от ищеца и неплатена от ответника сума за м.01.2011г. е 248 190лв. Мораторната лихва върху тази сума от 01.04.2011г. – първото число след датата на крайния срок за плащане за предходния месец, до 09.01.2012г. – датата на завеждане на исковата молба е 19 970,05лв.

По делото беше назначена и изслушана съдебна медицинска експертиза със задача да установи колко от пациентите и по кои клинични пътеки, съгласно спецификацията на приложена към неплатената ф-ра №86/25.02.2011г. са били със спешни показания за прием и лечение в СБАЛК –В. ЕАД, колко от пациентите и по кои клинични пътеки са били планови; както и да установи съществувал ли е риск за живота и здравето на пациентите по спецификация към ф-ра № 86/2011г. ако същите не са били незабавно приети и лекувани в СБАЛК –В.. След запознаване с историята на заболяванията на хоспитализирани пациенти през м.януари 2011г., отчетени със спецификация към посочената ф-ра експертът медик е установил, че 1 пациент е бил лекуван по клинична пътека (КП) 38, 4 пациента по КП 48, 42 пациента по КП 49 и 15 пациента по КП 51. Пациентите по КП 48, 49 и 51, общо на брой 61, са били със спешни индикации за прием и лечение. Пациентът по КП 38 е бил планов. Риск за живота е съществувал при пациентите приети по КП 51, които са били с остър миокарден инфаркт със СТ елевация (най-сериозното усложнение на острия коронарен синдром). Риск за живота е съществувал и при 12 от пациентите отчетени по КП 49. При останалите пациенти, според вещото лице, за периода на хоспитализация не е съществувала опасност за живота им, ако не са били незабавно приети и лекувани.

Въз основа на така установената фактическа обстановка, съдът прави следните правни изводи:

Между страните са съществували договорни отношения от 2010г., в резултат на което ищецът е предоставял лечение на пациенти страдащи от сърдечно-съдови заболявания в района на Северноизточна България. Тези договорни отношения имат сложна законодателна уредба. Освен в сключения между страните индивидуален договор правата и задълженията на болничното заведение и на НЗОК са регулирани в Закона за здравното осигуряване (ЗЗО), Националния рамков договор (НРД), Закона за бюджета на НЗОК (ЗБНЗОК), Постановление №304/17.12.2010г. на МС (действало към него момент), Наредба №40/24.11.2004г. Съгласно чл.59 ал.2 от ЗЗО индивидуалните договори с НЗОК за оказване на медицинска помощ не могат да бъдат сключени при условия по-неизгодни от приетите в НРД. Основният въпрос, който се поставя по делото е дали НЗОК следва да заплати на ищеца дейности по лечение на здравно осигурени пациенти, стойността на които надвишава определения от НЗОК бюджет. За да се отговори на въпроса следва да се прецени следното: страните са имали договорни отношения от 2010г. Договорът за 2011г. е бил сключен през м.02.2011г., като през м.12.2010г. ответникът е уведомил ищеца, че

бюджетът му за м.01.2011г. е в размер на бюджета за м.12.2010г. В рамките на този бюджет ищецът е предоставил и уговорената болнична помощ. Едва при сключване на договора в края на 02.2011г. страните са подписали споразумение досежно отпуснатите на болницата средства, като същите са в размер недостатъчен да покрие направените от болницата разходи за първото тримесечие на 2011г. Действително както в този договор, така и в чл.7 от приложение 13 към чл.3 от Постановление № 304 на МС (отм.) е предвидено, че НЗОК заплаща на изпълнителя на болничната помощ за всеки отделен случай по КП при условие, *inter alia*, че сумата по фактурата не надвишава месечните стойности на утвърдените болнични бюджети, определени по реда на ЗБНЗОК за 2011. При тълкуването на договорите, съгласно чл.20 от ЗЗД, трябва да се търси действителната обща воля на страните, като отделните уговорки трябва да се тълкуват във връзка едни с други и всяка една да се схваща в смисъла, който произтича от целия договор, с оглед целта на договора, обичаите в практиката и добросъвестността. В договора между страните е уговорено, че ищецът е длъжен да осигури на пациентите непрекъснатост на болничната помощ по КП, както и координация между лекарите-специалисти, които я осъществяват. В чл.5 от ЗЗО са уредени основните принципи на задължителното здравно осигуряване, между които и отговорност на осигурените за собственото им здраве и свободен избор от осигурените на изпълнители на медицинска помощ. В чл.35 от ЗЗО е регламентирано, че задължително осигурените имат право да получават медицинска помощ в обхвата на основния пакет от здравни дейности, гарантиран от бюджета на НЗОК и да избират лекар от лечебно заведение за първична медицинска помощ, сключило договор с РЗОК. Това означава, че здравноосигурените лица имат право срещу задължителното си участие при набиране на здравните вноски да получат медицинска помощ като изберат болничното заведение и лекуващия лекар. За да осигури това право на здравноосигурените лица НЗОК е длъжна да осигури бюджет, като заплати разходите за лечението на това лице в която болница то е избрало да се лекува. Клаузата в договора и в Постановление 304 на МС, че НЗОК заплаща само фактури, чиято месечна стойност не надвишава утвърдения болничен бюджет, определен от ЗБНЗОК за 2011г. е в противоречие с духа на ЗЗО, който е по-висш по ранг законодателен акт. В самия закон и в НРД за 2011г. не е предвидена възможност НЗОК да откаже да плати на това основание.

Договорът не може да съдържа клаузи по-неизгодни от НРД. От приетата СМЕ се установи, че с изключение на един пациент всички останали пациенти, за които ответникът е отказал да плати болничната помощ, са били спешни случаи. Нелечението им би довело до риск за техния живот и здраве. НЗОК е длъжна да осигури заплащане на тяхното лечение. Възможност за коригиране на бюджета е предвидена в ЗБНЗОК, в НРД 2011г. Уговореният в договора между страните бюджет има прогнозна стойност, базирана на разходите извършени от болничното заведение за предходната година. При свободното движение на хора, свободният им избор на болнично лечение и лекуващ лекар безспорно е възможно едни болнични заведения да изразходят по-малко средства в сравнение с прогнозния бюджет, а други повече. Установи се по делото, че ищецът е направил действителни разходи в размер на исковата сума. Ответникът не е установил нередовности на отчетните документи, въпреки че е разполагал с достатъчно механизми за контрол на същите, предвидени в ЗЗО и в договора. Основанието за отказа да заплати сумата е превишаване на месечния бюджет, а не неосъществяване на дейностите.

Болничното лечение е специфична дейност, тъй като засяга живота и здравето на хората, поради което към него се следва да се подхожда формалистично и строго договорно. Въпреки сключения договор и уговорения месечен бюджет, клаузата на чл.35 от договора следва да се тълкува с оглед общия разум на ЗЗО. Тя може да има дисциплиниращ ефект по отношение на финансовата политика на болничните заведения, да му спомага да предвижда финансовите си ресурси и да планират дейностите си, но не следва да се абсолютизира и се ползва от НЗОК като основание да откаже да плати действително направени от ищеца разходи за спасяване живота на 61 пациенти здравно осигурени лица. Противното би означавало при изразходван бюджет болницата да спре да лекува здравноосигурени лица и да постави на непосредствена опасност техния живот и здраве. А това е хипотеза, която е недопустимо дори да бъде спомената. Автономията на волята и свободата на договаряне не са неограничени. Страните могат да определят свободно съдържанието на договора само дотолкова, доколкото то не противоречи на закона и на добрите нрави. В този см. и определение №895/01.07.2011г. по гр.д.№ 1759/2010г. на ВКС, IV п.о., ГК. За спазването на добрите нрави като общи принципи, съдът следи служебно. Ответникът дължи исковата сума на основание чл.79 от ЗЗД. На основание чл.3 ал.2 от договора във вр. с чл.86 от ЗЗД ответникът дължи на ищеца и лихва за забава в размер на 618 лв. считано от издаване на ответника в забава - 01.04.2011г. (съобразно заключението на вещото лице) до 04.01.2012г. В хода на процеса ищецът е поискал и съдът е допуснал увеличение на размера на предявения иск по чл.86 от ЗЗД на 19 970,05лв. Този размер обаче е изчислен на база на главницата за периода от 01.04.2011г. до 09.01.2012г. В исковата молба ищецът е претендирал лихва за периода 01.04.2011г. – 04.01.2012г. Недопустимо е в хода на процеса да се предявява нова претенция (нов иск) за нов период от 04.01.2012г. до 08.01.2012г. Искът по чл.86 от ЗЗД следва да се уважи така както е претендиран в исковата молба, а за разликата до 19 970,05лв. или за 352,05лв. следва да се отхвърли. Поради уважаване на исковата претенция на основание чл.79 от ЗЗД съдът няма да разгледа евентуалните претенции по чл.59 и чл.12 от ЗЗД.

По разноските.

И двете страни претендират разноски. На основание чл.78 от ГПК на ищеца се следват направените от него разноски в пълен обем в размер на 18 062,32лв. съгласно представения списък.

На ответната страна се дължат разноски в размер на 7,63лв. с оглед отхвърлената част от иска по чл.86 от ЗЗД. Следва да се извърши компенсация на двете насрещни вземания на страните за разноски, като задължението на ответника се намали с тази сума или той остава да дължи 18 054,69лв.

Воден от горното, съдът

### РЕШИ:

**ОСЪЖДА** Национална здравно осигурителна каса със седалище в гр.С. и адрес на управление ул."К." №1 да заплати на „Специализирана болница за активно лечение по кардиология В." ЕАД със седалище в гр.В., ЕИК \*\*\*\*\* сумата 248 190лв., представляваща стойността на извършено лечение на здравноосигурени пациенти по клинични пътеки и вложени консумативи за периода 01.01.2011г. - 30.01.2011г., ведно със законната лихва върху тази сума считано от 09.01.2012г. до окончателното ѝ изплащане,

както и да заплати сумата от 19 618 лв., представляваща обезщетение за забавено плащане за периода 01.04.2011г. до 04.01.2012г. както и 18 054,69лв. разноски по делото.

**ОТХВЪРЛЯ** иска на „Специализирана болница за активно лечение по кардиология В.” ЕАД срещу Национална здравно осигурителна каса по чл.86 от ЗЗД за разликата между претендирания размер от 19 970,05лв. до уважения такъв от 19 618 лв.

Решението подлежи на обжалване пред САС в двуседмичен срок от съобщаването му на страните.

Съдия:

## Решение

№1937

гр. София, 06.10.2015 г. 00:00:00 ч. г.  
В ИМЕТО НА НАРОДА

СОФИЙСКИ АПЕЛАТИВЕН СЪД, ТЪРГОВСКА КОЛЕГИЯ, 5 състав в открито  
съдебно заседание на двадесет и първи април през две хиляди и петнадесета  
година в състав:

ПРЕДСЕДАТЕЛ: СВЕТЛА ЧОРБАДЖИЕВА  
ЧЛЕНОВЕ: Г. И.  
Д. М.

при участие на секретаря В. К., сложи за разглеждане  
т.д. № 3773 по описа за 2014 година, докладвано от съдия И., за да се произнесе  
взе предвид следното:

Национална здравноосигурителна каса обжалва решение № 4886/3.7.2014 г., с  
което е осъден да заплати сумата от 248 190 лв. незаплатена стойност на  
извършено лечение на здравноосигурени пациенти по клинични пътеки и  
вложени консумативи за периода от 1.1.2011 г. до 30.1.2011 г., ведно със  
законната лихва върху тази сума, считано от 09.1.2012 г. до окончателното ѝ  
изплащане както и да заплати 19 618 лв, представляваща обезщетение за забавено  
плащане за периода 1.4.2011 г. до 4.1.2012 г. както и 18 054,69 лв разноски по  
делото.

Позовава се ан чл. 5, ал. 1 т. 2 от ЗБНЗОК за 2011 г. съгласно който Р. определят  
задължителна годишна прогнозна стойност за дейностите за болнична  
медицинска помощ към договорите с изпълнителите, разпределена по  
тримесечия. СГС е приел, че щом достъпът е свободен за едно З., то  
задължително следва да се плати на това лечебно заведение, независимо, че със  
същото е надвишило определената ЛЗ в договора задължителна прогнозна  
стойност, с която ЛЗ се е съгласило да работи при подписване на договора.

НЗОК не е в неизпълнение, защото отговаря до рамките на разпределените  
задължителни годишни прогнозни стойности по тримесечия за 2011 г.

НЗОК чрез Р. В. последователно е извършил плащания в общ размер до 1 353 785  
лв. Фактурираните суми за осъществена болнична помощ на пациенти и  
разходваните за тях импланти за м. януари 2011 г. над тази стойност не са  
дължими на годно правно основание, поради което лечебното заведение няма  
ликвидни и изискуеми вземания срещу НЗОК за м. януари и неоснователно  
претендира сумите в общ размер 248 190 лв, както и дължимата законна лихва  
върху главницата от предявяването на иска до окончателното изплащане на  
вземането.

Необоснован бил изводът на съда, без да са събирани доказателства за това, е

направено предположение, че при свободното движение на хора, свободният им избор на болнично лечение и лекуващ лекар е възможно едни болнични заведения да изразходят по-малко средства в сравнение с прогнозния бюджет, а други повече.

Неправилно СГС бил игнорирал разпоредбите на чл. 17 от договора от 25.2.2011 г. и чл. 7 приложение № 13 на ПМС 304 17.12.2010 г. на МС.

Според заложеното в тях единствено меродавен и правно значим в договорните отношения между НЗОК и конкретния изпълнител на болнична помощ е бюджетът на лечебното заведение, така както е определен и утвърден по реда на ЗБНЗОК за 2011 г. Затова при условие, че сумите по оцените фактури за дейности, извършени през м. януари 2011 г. надвишават определения за първото тримесечие бюджет на лечебното заведение, така както е утвърден бюджета по реда на ЗБНЗОК за 2011. Затова при услови, че сумите по процесните фактури за дейности, извършени през м. януари 2011 г. надвишават определения за първото тримесечие бюджет на ЛЗ от не съществува нито законово, нито договорно задължение за НЗОК да заплати претендираните по тях вземания.

Определянето на бюджета на здравното заведение е нормативно регламентирана дейност, поради което соченото от ищеца писмо от 30.12.2010 г. макар изходящо от НЗОК не можело да служи като документ, от който болницата да черпи права, след като претенцията на същата е основана на сключения между страните договор от 25.2.2011 г. в сила от 1.1.2011 г. или след датата на издаване на писмото. При подписването на договор № 031013/225.2.2011 г. страните са се съгласили, че дейностите ще се заплащат в рамките на определения бюджет за дейностите, който съобразно анекс от 10.12.2010 г. към договора за м. декември 2012 г. възлиза на 805 852 лв. С писмото от 30.12.2010 г. до директорите на Р., управителят на НЗОК е указал, че във връзка с предстоящото договаряне на Н. за 2011 г. за медицинските дейности и сключените договори за оказване на болнична медицинска помощ по клинични пътеки през 2011 г. следва да бъдат уведомени писмено договорните партньори, че през месец януари 2011 г. те трябва да съобразят дейността си в рамките на делегираната дейност за месец декември 2010 г., която представлява една дванадесета от годишния бюджет.

С писмо, изх. № 29-03-1545/30.12.2010 г, изпратено по електронна поща, Р. В. Р. В. е уведомил [фирма], че следва да съобразят дейността си в рамките на делегираната дейност на м. декември 2010 г.

С решение № РД НС 04-79/14.12.2011 г. НС на НЗОК е приел решение, на основание чл. 5, ал. 2 от ЗБНЗОК за 2011 г. да изплати над лимитна дейност на лечебните заведения за болнична помощ, извършена по Н. за 2011 г. като отчетената от лечебните заведения над лимитна дейност по инвазивна кардиология да бъде разплатена само при спазване на стандарта по кардиология, утвърден с Наредба № 2 от 25.1.2010 г. Видно от Наредба № 2 от 25.1.2010 г. раздел II, глава 4, т. 7.8 за утвърждаване на медицински стандарт „Кардиология“, издадена от министъра на здравеопазването препоръчителният брой пациенти на ден за една ангиографска зала е до 8 пациенти, а за месец до 200 пациенти, като препоръчителното време за процедура е 40 минути, а за интервенционална процедура 80 минути. В случая от приложените спецификации се установява, че за дейността за месец януари 2011 г. е видно, че отчетеният брой пациенти са 303, много повече.

Иска да се отхвърлят исквете.

Ответникът оспорва въззивната жалба. Позовава се на нов факт, възникнал след завеждане на исковата молба от 9.1.2012 г. – 28.10.2013 г. С решение от 28.10.2013 г. ВАС, VI. Отделение по адм.д. №7198/13 е потвърдено решение на АССГ, с което е отменено Решение на НС на НЗОК № РД НС 04-15/21.2.2011 г. за утвърждаване на прогнозни стойности за дейностите за болнична медицинска помощ за 2011 г.

Следователно неправилно дължимата сума за извършените дейности е намалена с 6,79 % или 306 406,69 лв. Исковата претенция от 248 190 лв се включва изцяло в незаконосъобразното намаление.

Софийски апелативен съд, за да се произнесе взе предвид следното:

Постановено е решение № 4886/3.7.2014 г. по гр.д. 291/12 г., СГС, I-21 състав, с което са разгледани исковете на болницата срещу НЗОК с правно основание чл. 79, ал. I пр. I от ЗЗД и чл. 86 ЗЗД и при условията на евентуалност иск с правно основание чл. 59 от ЗЗД и иск с правно основание чл. 12 от ЗЗД. С решението съдът е осъдил НЗОК да заплати сумата 248 190 лв – стойност на извършено лечение на здравноосигурени пациенти по клинични пътеки и вложени консумативи за периода 1.1.2011 г. до 30.1.2011 г., ведно със законната лихва върху тази сума от 9.1.2012 г. до коончателното ѝ изплащане, както и да заплати 19 618 лв, обезщетение за забава за периода от 1.4.2011 г. до 4.1.2012 г., както и 18 054,69 лв разноски и е отхвърлен иска за лихва за разликата над 19 970,05 лв.

Актът е постановен от Софийски градски съд в рамките на неговата материална и териториална компетентност, същият е валиден.

Предмет на жалбата е осъдителното решение на претендираните основания за сумата от 248 190 лв по главния иск и за 19 970,05 лв обезщетение за забава на основание чл. 86 от ЗЗД.

С договор № 03-1013/4.2.2010 г. от тази дата [фирма] и НЗОК са сключили договор. По силата на този договор НЗОК се задължава да оказва на задължително здравноосигурени лица ЗЗО здравна помощ, а възложителят се задължава да заплаща оказаната болнична медицинска помощ по приложение 5 към Наредба № 40 от 24.11.2004 г. за определяне на основния пакет от здравни дейности, гарантиран от бюджета на НЗОК.

Приложение № 18 към клинични пътеки са описани. Основанието за изпълнение е нормата на чл. 59, ал. I от ЗЗО и Н. за 2010 г. С анекс от 3.5.2010 г. е уговорено, че се заличава приложение I към „вътрешни болести“. С анекс от 7.6.2010 г. към същия договор страните са уговорили, че се присъства в т. I специалист и , работещи по КП по чл. I ал. I вр. чл. 252 т. 4 от Н. 2010 – А. В., специалност клинична лаборатория.

С анекс от 15.6.2010 г. е добавен д-р С. Т. – специалист „вътрешни болести“ и „кардиология“, който ще извършва дейности по КП, които са изброени. С анекс от 21.6.2010 г. е включен д-р С. Д. , както и с последващи анекси са добавяни специалисти и са определяни дейности.

С договор № 031013 от 25.2.2011 г. между НЗОК и [фирма] са се съгласили, че болницата като изпълнител се задължава да оказва на задължително здравноосигурени лица здравна помощ, а НЗОК като възложител се задължава да заплаща оказаната болнична медицинска помощ по приложение 5 към член

единствен на Наредба № 40, от 24.11.2004 г. за определяне на основния пакет от здравни дейности, гарантиран от бюджета на НЗОК. Описани са в приложение № 18 всички клинични пътеки.

С покана, получена от Р. вх. № 29-02-1665/16.12.2011 г. С. по кардиология В. ЕАД е поискал заплащане на стойността на надлимитната дейност на договорните партньори по инвазивна кардиология до 2 400 процедури годишно. За 2011 г. са преминали общо 2 733 пациенти, а са очаквани 2 981 бр. В чл. 19, т. 6 от договора е уговорено, че НЗОК изплаща за всеки отделен случай по КП стойността при наличие на кумулативни условия, едно от които е „сумата по фактура не надвишаваща стойности на утвърдените болнични бюджети, определени по реда на ЗБНЗОК за 2011 г.“

От приложение № 2 към договор № 031013 се установява, че разпределението на задължителни годишни прогнозни стойности за дейностите за болнична медицинска помощ по тримесечия за 2011 г. са за I тримесечие 1 353 785 лв, за второ тримесечие 1 353 758 лв, за трето тримесечие също и за четвърто 451 262 лв.

Установява се от заключението на вещото лице счетоводител В. С. Г., че са издадени от ищеца следните фактури за дейности по спецификации за месец януари 2011 г.

10000082/25.2.2011 г. – обща стойност 74 308 лв, която е платена на 2.3.2011 г.

10000083/25.2.2011 г. 16 800 лв, платени на 2.3.2011

10000084/25.2.2011 г. 369 489 лв, платени на 2.3.2011 г

10000085/25.2.2011 г. 87 600 лв платени на 2.3.2011 г

№[ЕИК]/15.12.2011 г. 9 065 лв ,платени на 20.12.2011 г. Общо платено 557 262 лв.

Фактура 10000086/25.2.2011 г 205 655 лв

10000087/25.2.2011 г. 51 600 лв КИ № [ЕГН] от 15.12.2011 – 9 065 лв . Общо неплатени са 248 190 лв.

Съгласно приложение № 2 и посочените в договора начини на отчитане и заплащане на дейностите, съгласно прогнозните такива, следва че прогнозите по договора за първото тримесечие от 2011 г., който включва неплатените суми за месец януари 2011 г. е сумата от 1 353 785 лв, както беше посочено.

Съгласно приложение № 2 към договор от 2010 г. цената за отчетен период декември 2010 г. е 572 789 лв. За отчетен период м. декември 2010 г. през м. януари 2011 г. на основание договор № 03 – 1013/4.2.2010 г. е отчетена дейност на [фирма] както следва : фактура №[ЕИК]/5.1.2011 г. – на стойност 680 764 лв и фактура №[ЕИК]/5.1.2011 г. на стойност 124 800 лв . Общо за месец декември 2010 805 564 лв. Надвишението на месечния лимит , като се вземе предвид стойността от предходния месец е 805 564 – 572 789 лв – 232 775 лв.

На 28.10.2013 г. е влязло в сила решение на ВАС, с което е потвърдено решение № 1519/6.3.2013 г. по адм.д. 1834/12 на АССГ. По силата на това решение е отменена по жалба на [фирма] В., решение на Надзорния съвет на НЗОК № РД-НС-04-15/21.2.2011 г. за утвърждаване на прогнозни стойности за дейностите на болнична медицинска помощ към договорите с изпълнители на болнична медицинска помощ за 2011 г.

Следователно между ищеца и ответника по силата на съдебното решение следва да се приеме, че решението на надзорния съвет не е провело действие. Прието е, че решението не може да въвежда самостоятелно правно основание за лимит на пациентите. В решението е прието, че в относително стандарта за кардиология, който допуска максимален брой пациенти, приет с Наредба № 2/2010 г. е налице отмяна с решение на ВАС № 6911/16.5.2012 г. по адм.д. № 12 412/11 г. на ВАС на тази

наредба. Поради това и съдът намира, че отказът да финансира със средства пациенти над 8 ден от престоя, се превръща в задължение на болницата да финансира тези пациенти, което задължение не е нормативно установено. Поради това и решението е отменено.

Съдът при извършена служебна проверка установи отмяната наточка 7.8 от Глава 4 на Раздел II от Приложението към член единствен на Наредба №2 от 25.01.2010г. за утвърждаване на медицински стандарт по „Кардиология“, издадена от министъра на здравеопазването, обн.ДВ, бр.11 от 09.02.2010г., изм. бр.67 от 27.08.2010г., изм. и доп., бр.92 от 23.11.2010г. г., доп. - ДВ, бр. 79 от 2011 г., в сила от 01.11.2011 г.

С писмо до изпълнителния директор на болницата-ищец № 29021545/30.12.2010 г. директорът на Р. – В. е заявил, че предвид предстоящото делегиране на общи годишни стойности, разпределени по тримесечия за дейност 2011 г. съобразно новите „Правила за определяне на стойности на делегираните бюджети за дейностите за болнична медицинска помощ към договорите с изпълнителите на болнична медицинска помощ през м. януари 2011 г. следва да съобразите дейността си в рамките на делегираната дейност за м. декември 2010 г.

Съгласно чл. 55 от Закона за здравното осигуряване НЗОК планира, договаря и закупува за здравноосигурените лица медицинска помощ по чл. 55 , ал. 2 т. 2 , а това включва и болнична помощ, диагностика и лечение, която в рамките на обемите, договорени в националните рамкови договори. Следователно е налице препращаща норма , която създава законова делегация в Н..

Съгласно чл. 22 , ал. 2 Н. 2011 г, който е приложим към процесния договор, Редът, условията и сроковете за заплащане на извършените и отчетени медицински дейности, установени в постановлението на Министерския съвет по чл. 55в, ал. 1 ЗЗО, са част от съдържанието на типовите договори.

В хода на процеса, преди приключване на устните състезания в първата инстанция на 3.4.2014 г., но след изтичане на срока за отговор на исковата молба по чл. 131 от ГПК - 09.4.2012 г. е налице влязло в сила съдебно решение между страните в настоящия спор, с което по жалба на ищеца е отменено решение на НС на НЗОК № РД-НС-04-15/21.2.2011 г. за утвърждаване на прогнозни стойности за дейностите на болнична медицинска помощ към договорите с изпълнители на болнична помощ. Поради това съдът намира, че възражението на НЗОК, че извършените и отчетени дейности, които са в нарушение на стандарта съгласно Наредба 2 от 25.1.2010 г. на МЗ за брой процедури, е неприложим и в настоящия случай. Следва да се приеме, че този стандарт, все едно не е съществувал. Решението, което е отменено е основано на решение, с което Наредбата е отменена. Действително това е станало след сключване на процесния договор, на 16.5.2012 г. (Решение № 6911/16.5.2012 г. по дам. Д. 12412/11 г.) Но макар да е било в сила към момента на извършване на болничната помощ и да е отменено считано от 16.5.2012 г., то следва да се приеме, че не е имало основание за отказ на заплащане на помощта. Съгласно чл. 195, ал. 1 от АПК отмяната на подзаконовия акт има действие от влизане в сила на съдебното решение за тази отмяна. Правните последици следва да се уредят с това. Но относно указанията на НС , приети с решение РД НС -04-15/21.2.2011 г. трябва да се приеме, че прогнозните стойности за дейностите на болничната медицинска помощ към договорите с изпълнители на болнична медицинска помощ за 2011 г. са неприложими за ищеца. Предвид обжалването им като индивидуален административен акт, те не са влезли в законна сила. Ето защо НЗОК няма основание да определя отчитане на дейностите и заплащането им съгласно

прогнозните лимити. А следва да заплати пълната стойност на извършените дейности, както е установено от ищеца. Нормата на чл. 35 от ЗЗО предвижда конституционно гарантираната възможност на всички лица да получат медицинска помощ, като основен пакет от здравни дейности, гарантиран от бюджета на НЗОК и да избират лекар и лечебно заведение, които са сключили договор с НЗОК, чрез Р.. Следователно болницата, изпълняваща задълженията си да окаже здравна помощ на всички здравноосигурени или лица, за които се полага здравно осигуряване, изпълнява основна държавна функция по силата на сключените договори с НЗОК за изпълнители на болнична помощ, както и в процесния случай. Изпълнявайки своите задължения, болницата не е обвързана от лимити на дейността. Освен това както се установи Постановление 304 на МС е отменено с решение № 7357 от 30 май 2013 г. на ВАС по а. д. № 2445 от 2013 г. (обн. - дв. бр. 3 от 2014 г.) и следователно не може да се приеме, че болницата не е могла да осъществи дейностите, за които е създадена, включително да приложи лечение над установените лимити с това Постановление.

Дейността, извършена в противоречие на това постановление, следва да се приеме, че не е забранена, и че следва да бъде възмездена болницата в уговорените размери с договора. Договорът и ЗЗО препращат към Националния рамков договор. Същият е акт с нормативен характер и само предвидените в него ограничения ще следва да се прилагат, а в Н. за 2011 г. няма ограничение за лимити на болнични дейности, които ще заплаща НЗОК. Ответникът дължи сумата, на основание чл. 79, ал. 1 от ЗЗД като основание за реално изпълнение на задължението му поето с процесния договор. Отношенията между страните макар и със съществуващ административен елемент, са отношения, разглеждани на плоскостта на гражданското право. В същия смисъл решение № 87 от 07.06.2010 г. по т. д. № 730/2009 г., т. к., II ТО на ВКС.

Поради това и поради представените доказателства за реално изпълнение на задълженията на болницата към здравноосигурени лица, по клинични пътеки, които се заплащат от здравната каса, ще следва НЗОК да бъде осъден да заплати всички дейности за м. 1.2011 г., както са формулирани в исковата молба и установени от представените писмени доказателства, обобщени в заключението на вещното лице Г..

Действително в процесния договор чл. 19 т. 6 от същия е уговорено, че не следва да се надвишават уговорените лимити. Но съдът намира, че тази разпоредба на договора е нищожна като противоречаща на чл. 35 от ЗЗО, на основание чл. 26, ал. 1, пр.1 от ЗЗД и като такава не провежда действие. Осъщественията болнична помощ, следва да бъде заплатена в изпълнения обем. Не може само заплащането да се определя с граници съгласно издадена фактура, т.е. вече осъществена болнична дейност по клинична пътека. А за оказването на болнична помощ по клинични пътеки да няма уговорени лимити. След като е сключен договор между болница и здравната каса, то последната дължи заплащане на всички дейности по уговорените клинични пътеки в рамките на лимитите за клинични пътеки, както в случая са уговорени в чл. 18 от договора. Това не е спорно по делото, че осъщественията дейности са по клинични пътеки и са фактурирани стойностите, уговорени между страните. Спорен е въпросът, след като са извършени дейности, над лимита като оборот от болничната дейност, като прогнозни средства за заплащане, то следва ли да се плати. Съдът намира, че следва да се извърши плащане и над лимитните

дейности. Този извод се прави на основание вече изложеното по-горе за избора на здравно осигурените лица на лекар и лечебно заведение, правото им да получат здравна помощ, както и на основание задължението на НЗОК да заплати стойността на това лечение по силата на здравното осигуряване. В този случай, лимитите за болниците не следва да се прилагат и ограничението в договора не може да проведе правно действие. От заключението на вещото лице се установи, че стойността на незаплатените дейности е 248 190 лв. Толкова са присъдени от първоинстанционния съд и решението като правилно и законосъобразно следва да се потвърди от настоящия съдебен състав, като съдът възприема мотивите на първоинстанционния съд на основание чл. 272 от ГПК.

Поради това неизпълнение и на основание чл. Зал. 2 от договора ответникът дължи и заплащане на обезщетение за забава в размер на законната лихва, както е уговорено. Следва и в тази част да се потвърди решението.

При този изход на спора и на основание чл. 78, ал. 1 от ГПК следва да се заплатят направените по делото разноски от ответника по въззивната жалба в размер на 6 500 лв, представляващи заплатеното на адвокат адвокатско възнаграждение за защитата пред настоящата инстанция. Съдът

## РЕШИ

**ПОТВЪРЖДАВА** решение № 4886 от 03.07.2014 г. по т.д. 291/12 г., СГС, I-21 състав.

**ОСЪЖДА** НАЦИОНАЛНА ЗДРАВНО ОСИГУРИТЕЛНА КАСА, [населено място], [улица] да заплати на [фирма] [населено място], [жк], [улица], ЕИК [ЕГН], представляван от изпълнителния директор д-р Н. Й. П. съдебен адрес [населено място], район Изгрев, [улица] сумата от 6 500 лв, разноски за настояща инстанция, на основание чл. 78, ал. 1 от ГПК.

Решението може да се обжалва с касационна жалба в едномесечен срок от връчването му на страните пред Върховния касационен съд на Р България.

ПРЕДСЕДАТЕЛ: .....ЧЛЕНОВЕ: 1. ....2. ....

**РЕШЕНИЕ № 32**

Гр.Сливен, 25.05.2018г

**В ИМЕТО НА НАРОДА**

СЛИВЕНСКИЯТ ОКРЪЖЕН СЪД, гражданско отделение, в открито съдебно заседание на двадесет и седми април, двехиляди и осемнадесета година, в състав:

ОКРЪЖЕН СЪДИЯ: ВАНЯ АНГЕЛОВА

При секретаря Соня Василева, с участието на прокурора....., като разгледа докладваното от съдия Ангелова гр.дело № 41 по описа за 2018г, за да се произнесе, взе предвид следното:

Предявен е иск за реално изпълнение на договор за оказване на болнична помощ по клинични пътеки № 200372/19.02.2015г. и на договор за извършване на амбулаторни процедури № 200835/27.05.2016г., с правна квалификация чл. чл. 79 ал.1 ЗЗД, вр. с чл. 59 ал.1 от ЗЗО и обща цена -175 126 лв., ведно с аксесорен иск за обезщетение за забава в размер на законната лихва, с правно основание чл. 86 ал.1 ЗЗД и цена - 11 462,24лв.

В исковата молба ищецът твърди, че като болнично заведение има сключен Договор № 200372/19.02.2015 г. за оказване на болнична помощ по клинични пътеки с ответника НЗОК/РЗОК - Сливен, с предмет: оказване на болнична помощ по клинични пътеки със срок - срока на действие на Националния рамков договор /НРД/ за медицинска дейност за 2015г, удължен до 31.03.2016 г.

Твърди, че на 31.03.2016 г. в ДВ било публикувано Решение № РД-НС-04-24-1/29.03.2016 г. на НС на НЗОК, с което се въвеждало допълнение и изменение на НРД 2015 г., поради факта, че не е подписан нов рамков договор с БЛС. По силата на това решение, „МБАЛ Д-р Иван Селимински” АД сключило с ответника, Допълнително споразумение № 37/27.05.2016г. към Договор № 200372/ 19.02.2015 г. за оказване на болнична помощ по клинични пътеки.

Болницата имала сключен и Договор № 200835/27.05.2016 г. за извършване на амбулаторни процедури с ответника НЗОК/РЗОК- Сливен.

Твърди, че ответникът не е изпълнил следните задължения по двата договора:

I. Неизплатени надминимни задължения по Договор № 200372/19.02.2015 г. за оказване на болнична помощ по клинични пътеки:

1/ С допълнително споразумение №53/14.10.2016 г. към Договор №200372/19.02.2015 г. за оказване на болнична помощ по клинични пътеки и приложение № 2 към него, НЗОК определила на болницата месечна стойност за дейност м. октомври 2016 г. от 969 670,00 лева. За месец октомври 2016 г., обаче болницата изработила дейност с 99 044,00 лева над определената с цитираното допълнително споразумение сума. С писмо с изх. №РД-23- 3617/07.11.2016., уведомили ответника, че са надвишили определената за м. октомври 2016 г. стойност и поискали тя да бъде увеличена, съгласно решение № РД-НС-04-11/17.01.2017 г. на НС на НЗОК. След извършените проверки, от РЗОК - Сливен признали и се съгласили да заплатят 99 044 лв за извършена дейност над определените стойности и поискали от ищеца да фактурира тази сума. С ДИ № 3000001047/24.01.2017г. към фактура № 3000000986/ 10.11.2016г., фактурирали сумата 99 044лв, като ДИ било подписано и прието от РЗОК. То било първичен счетоводен документ, а съгласно ЗСч подписването и приемането му задължавали получателя да заплати фактурираната сума.

След като не се оспорвал факта, че се касае за спешни случаи по смисъла на чл. 99 ал.2 от ЗД, и държавата осигурява финансиране за оказването на медицинска помощ за тях, НЗОК следвало да заплати изразходваните средства. Лечебното заведение нямало вина, че НЗОК не е осигурила финансиране за заплащане на спешни случаи извън месечните стойности, след като е задължена с разпоредбите на ЗЗ.

2/ С допълнително споразумение № 55/17.11.2016 г. към Договор № 200372/19.02.2015 г. и приложение № 2 към него, НЗОК определила на „МБАЛ Д-р Иван Селимински” АД месечна стойност за дейност м. ноември 2016 г. от 969 670лв. За месец ноември 2016 болницата изработила дейност с 66 103,00 лева над определената с цитираното допълнително споразумение суми. С писмо с изх. № РД-23-

3890/07.12.2016 уведомили ответника, че са надвишили определената за м. ноември 2016 г. стойност и поискали тя да бъде увеличена, съгласно решение № РД-НС-04-11/17.01.2017 г. на НС на НЗОК. След извършените проверки от РЗОК – Сливен, признали и се съгласили да заплатят 66 103 лв за извършена дейност над определените стойности и поискали от ищеца да фактурира тази сума. С Дебитно известие № 3000001049/24.01.2017 г. към фактура № 3000001003/08.12.2016 г., „МБАЛ Д-р Иван Селимински” АД фактурирало сумата 66 103 лв, като Дебитното известие било подписано и прието от РЗОК.

Твърди, че съгласно ИРД и Решение № РД-НС-04-24-1/29.03.2016 г. на НС на НЗОК, се определяли месечни стойности, които всяко болнично заведение може да усвои. С Решение № РД-НС-04-11/17.01.2017 г. на НС на НЗОК, последният решавал отчетената дейност на изпълнителите на болнична медицинска помощ, които имали отчетена и незаплатена дейност по клинични пътеки, клинични процедури и амбулаторни процедури и приложените по тях медицински изделия, извършени през периода м. април 2016 г. - м. ноември 2016 г., чиято стойност надвишава утвърдените стойности по Приложение 2 към сключените договори със съответните изпълнители, да се закупи от НЗОК.

Твърди, че ответникът бил длъжен да им изплати на посочените по-горе суми за месеците октомври 2016г. и ноември 2016 г., с които ищцовото дружество е надвишило определената месечна стойност за дейностите за посочените месеци.

II. Твърди, че ответника има неизплатени задължения по клинични пътеки по Договор № 200372/19.02.2015 г. за оказване на болнична помощ по клинични пътеки, както следва:

1/ След извършените проверки от РЗОК - Сливен за дейността през месец октомври 2016 г., същата отхвърлила за заплащане на клинични пътеки сумата от 2580лв, а болницата направила възражение с изх. № РД-23-3644/09.11.2016, като от направената справка било видно, че клиничните пътеки са извършени по всички изисквания, а съгласно решение № РД-НС-04-24-1/29.03.2016 г. на НС на НЗОК и дейността трябва да бъде заплатена. В изпълнение на своите договорни задължения, РЗОК признали и се съгласили да заплатят сумата от 2580 лв. и поискали от ищцовото дружество да фактурира тази сума. С Дебитно известие № 3000001050/24.01.2017 г. към фактура № 3000000986/10.11.2016, болницата фактурирала сумата от 2580 лв., като дебитното известие било подписано и прието от служител на РЗОК. Към дебитното известие били приложени и 2 бр. Спецификации за изпълнените клинични пътеки по договор №200372/2015 г., подписана от двете страни, за сумата от 2580 лв.

2/За заплащане дейността по клинични пътеки за месец юни 2016 г., съгласно Допълнително споразумение № 40/23.06.2016 г. към Договор № 200372/19.02.2015 г. за оказване на болнична помощ по клинични пътеки, след съгласуване с РЗОК-Сливен, болницата издала Фактура № 3000000922/12.07.2016 г. за сумата от 1 081 387,00 лева, подписана и приета от служител на РЗОК - Сливен, по която постъпил превод на 27.07.2016 г. за сумата от 1 075 305,00 лева, т.е. с 6082,00 лева по-малко.

3/ За заплащане на дейността по клинични пътеки за месец май 2016 г., съгласно Договор № 200372/19.02.2015 г., „МБАЛ Д-р Иван Селимински - Сливен” АД, след съгласуване с РЗОК - Сливен, издало следните фактури:

- Фактура № 3000000905/09.06.2016 г. - за сумата от 1 064 152,00 лева; Дебитно известие № 3000000914/09.06.2016 г. към Фактура № 3000000905/09.06.2016 г. - за сумата от 108,00 лева, общо - 1 064 260 лв.

На 28.06.2016 г., в ищцовото дружество постъпил превод от РЗОК - Сливен за изплащане на фактурите по Договор № 200372/19.02.2015 г. за дейността по клинични пътеки за м. май 2016 г., за сумата от 1 058 892 лв., като от задължението от 1 064 260 лв., била приспаднала сумата 4600 лв по издадени от РЗОК - Сливен наказателни постановления, а Дебитно известие № 3000000914/09.06.2017г. за 108 лв. оставало неплатено, както и разлика от 660лв по фактура № 3000000905/09.06.2016 г.

III. Твърди, че ответникът имал неизплатени задължения по Договор № 200835/27.05.2016 г. за извършване на амбулаторни процедури:

1/ За заплащане на дейността за м. юни 2016 г., съгласно Допълнително споразумение №3/23.06.2016г. към Договор № 200835/ 27.05.2016 г. за извършване на амбулаторни процедури, след съгласуване и одобрение от РЗОК - Сливен, болницата издала следните три фактури: Фактура № 3000000938/12.07.2016 г. за сумата 143 193 лева; Фактура № 3000000928/12.07.2016 г. за сумата 5 244 лв; Фактура № 3000000927 /12.07.2016г. за сумата 37 031 лв., или общо -185 468,00 лева

Фактурите били подписани и приети от служител на РЗОК - Сливен.

Твърди, че на 27.07.2016 г., в ищцовото дружество постъпил превод от РЗОК за изплащане на фактурите по допълнително споразумение №3/23.06.2016 г., за сумата 185 267 лв., което било с 201 лева

по-малко. Видно от спецификация за амбулаторни процедури по договор № 200835/2016 г., тя била подписана от двете страни за сумата 201 лева. Според РЗОК и основанието, записано във фактура № 3000000938/12.07.2016 тези 201 лева били нови дейности за РЗОК - Сливен, но те били записани като действащи амбулаторни процедури в Приложение №12 към Договор 200835/27.05.2016.

2 /За заплащане на дейността за м. май 2016 г. по Договор № 200835/27.05.2016 г. за извършване на амбулаторни процедури, „МБАЛ Д-р Иван Селимински ” АД, след съгласуване и одобрение от РЗОК издава следните фактури: № 3000000912/09.06.2016 г за сумата от 145 356,00 лева; № 3000000906/09.06.2016 г. - за сумата от 30 989,00 лева; № 3000000907/09.06.2016г - за 3 510лв; дебитно известие № 3000000920/10.06.2016 г към фактура № 3000000906/09.06.2016 г за сумата от 1 527лв, общо-181 382,00 лева

Фактурите били подписани и приети от служител на РЗОК - Сливен.

Твърди, че на 28.06.2016 г. в нищовото дружество постъпил превод от РЗОК - Сливен за изплащане на фактурите по Договор № 200835/27.05.2016 г. за м. май 2016 г., за сумата от 181 034 лв., или с 348 лева по-малко. Спецификацията за амбулаторни процедури по договор № 200835/2016 г. за месец май 2016 г., била подписана от двете страни за сумата от 348,00 лева, като прилагали и Списък на амбулаторните процедури по звена - отчет № 848 за сумата от 348,00 лева.

Твърди, че е поканена изх. № РД-23-3347/02.10.2017 г. поканили РЗОК-Сливен в 7-дневен срок доброволно да им заплати сумата 175 126 лв., ведно със законната лихва за забава. С Писмо отговор с изх. № 29-02-10/06.10.2017 г. РЗОК-Сливен признала, че сумата на отчетените и незаплатени дейности на МБАЛ „Д-р Иван Селимински” АД за периода м. 04 - м.11. 2016 г., общо е 175 126 лв.

Моли за осъждане на РЗОК да им заплати общата сума 175 126 лева, от която:

99 044 лв- наддмнитна стойност на извършено лечение на пациенти по клинични пътеки за м. октомври 2016 г. по Дебитно известие № 3000001047/24.01.2017 г. към фактура № 3000000986/10.11.2016 г.;

66 103 лв- наддмнитна стойност на извършено лечение на пациенти по клинични пътеки за м. ноември 2016 г. по Дебитно известие № 3000001049/24.01.2017 към фактура № 3000001003/08.12.2016

2 580 лв- отказано плащане за стойността на извършено лечение на пациенти по клинични пътеки за м. октомври 2016 г. по Дебитно известие № 3000001050/24.01.2017 г. към фактура № 3000000986/10.11.2016 г.;

6 082 лв- неизплатена част от стойността на извършено лечение на пациенти по клинични пътеки за м. юни 2016 по фактура № 3000000922/12.07.2016 г.;

108 лв- неизплатена част от стойността на извършено лечение на пациенти по клинични пътеки за м. май 2016 г. по Дебитно известие № 3000000914/09.06.2016 г. към Фактура № 3000000905/09.06.2016 г.;

660 лв- неизплатена част от стойността на извършено лечение на пациенти по клинични пътеки за м. май 2016 г. по Фактура № 3000000905/09.06.2016 г.;

201 лв- неизплатена част от стойността на извършена дейност за м. юни 2016 г. по Договор № 200835/27.05.2016 г. за извършване на амбулаторни процедури;

348 лв- неизплатена част от стойността на извършена дейност за м. май 2016 г. по Договор № 200835/27.05.2016 г. за извършване на амбулаторни процедури,

ведно със сума 11 462,24лв., представляващи мораторна лихва за забава върху горните суми, както следва: 6 230,20 лв. - лихва за забава върху сумата от 99 044 лева за периода от 01.03.2017 г. до датата на предявяване на настоящия иск - 12.10.2017; 4158,10 лв. - лихва за забава върху сумата 66 103 лева за периода от 01.03.2017 г. до - 12.10.2017 г.; 162,29 лв. - лихва за забава върху сумата от 2 580 лева за периода от 01.03.2017 г. до - 12.10.2017 г.; 741,46 лв.- лихва за забава върху сумата от 6 082 лева за периода от 01.08.2016 г. до - 12.10.2017г; 14,10 лв. - лихва за забава върху сумата от 108 лева за периода от 01.07.2016 г. - 12.10.2017 г.; 86,16 лв. - лихва за забава върху сумата от 660 лева за периода от 01.07.2016 г. до - 12.10.2017. 24,50 лв. - лихва за забава върху сумата от 201 лева за периода от 01.08.2016 г. до 12.10.2017 и 45,43 лв. - лихва за забава върху сумата от 348 лева за периода от 01.07.2016 г. до 12.10.2017 г.,

Претендира и законната лихва върху всяка плащаница, считано от датата на предявяване на настоящия иск до окончателното им изплащане.

Ответникът е подал писмен отговор на исковата молба в срока по чл. 131 от ГПК, с който оспорва исковете като неоснователни.

Не оспорва, че между страните е сключен договор за оказване на болнична помощ по Клинични пътеки № 200372/19.02.2015г., продължен е Допълнително споразумение № 37/27.05.2016г., като към Договора имало подписани множество допълнителни споразумения, като с някои от тях били определени месечните стойности по Приложение № 2 към договора.

Твърди, че с дебитно известие №53/14.10.2016 г. е определена сума за дейност м.октомври - 969 670 лв. Лечебното заведение извършило дейност над определените месечни стойности в размер на 99 044 лв. За м. октомври 2016 г. на лечебното заведение била потвърдена след проверка дейност м.октомври на стойност 2 580 лв.С дебитно известие №54/17.11.2016 г. била определена сума за дейност м.ноември - 969 670 лв. Лечебното заведение извършило дейност над определените месечни стойности в размер на 66 103 лв.

Твърди, че съгласно чл. 14 от Правилата за условията и реда за прилагане на чл.4, ал.1 и ал.2 от ЗБНЗОК за 2016 г. /Правилата/, лечебните заведения не могли да отчитат с финансово-отчетни документи, дейности на стойност надвишаваща стойностите за съответния месец в Приложение №2 към сключените от тях договори.

С писмо вх.№29-02- 12/07.11.2016 г. до РЗОК-Сливен, Изпълнителният директор на болницата заявил, че ръководеното от него лечебно заведение е превишило определената му месечна стойност с Приложение №2 за дейност м.октомври 2016 г.

В писмо вх. № 29- 02-12/07.12.2016г, Изпълнителният директор на болницата заявил, че ръководеното лечебно заведение е превишило определената му месечна стойност с Приложение №2 за дейност м.ноември 2016 г.

В двата случая било налице едностранно изменение на подписания договор и съответните изпълнителни споразумения.

Счита, че за да бъде запитана дейността над определените месечни стойности, се прилагат разписаните правила в чл.16, ал.8 от Правилата.С Решение №РД-НС-04-11/17.01.2017 г. Надзорния съвет е взел решение да се закупи отчетената дейност на изпълнителите на болнична медицинска помощ, които имат отчетена и незаплатена дейност по клинични пътеки, клинични процедури и амбулаторни процедури и приложените по тях медицински изследвания, извършени през периода м. април 2016 г. - м. ноември 2016 г., чиято стойност надвишава утвърдените стойности по Приложение №2 към сключените договори със съответните изпълнители. В тази връзка РЗОК изисквала да бъдат съставени и упоменатите в исковата молба Дебитни известия № 300001047/24.01.2017 г. на стойност 99 044 лв.,и № № №300001047/24.01.2017 г. на стойност 66 103 лв. и №300001050/24.01.2017 г. на стойност 2 580лв.

Твърди, че с решение на НС на НЗОК №РД-НС-04-20/13.02.2017 г. , било решено във връзка с изпълнение на решение на НС на НЗОК № РД-НС-04-11/ 17.01.2017, че следва да бъде отложено за срока по §9 от ПЗР на ЗБНЗОК за 2017 г. възложил на Управителя на НЗОК да представи допълнителен анализ за тенденциите и рисковете за изпълнения на здравноосигурителни плащания.До момента решение на НС на НЗОК за извършване на тези плащания не било взето.

Твърди, че сумата 6682лв. по фактура № 3000000922812.07.2017г , сумата 108 лв. по фактура №30000000914/09.06.2017г. и 660 лв. по фактура №30000000905/09.06.2017 г. са нови дейности за 2016 г.

Цитира чл. 13 ал.1 т. 8 от Правилата, съгласно който, „На лечебните заведения, сключили договор с РЗОК за изпълнение през 2016 г. на дейности от чл. 3, ал. 1, т. 2, за които РЗОК не е имала договор до м.март 2016 г., отчетените такива дейности за периода м.април - м.юли 2016 г. се заплащат след решение на НС на НЗОК.

Твърди, че ежесмесно РЗОК представила информация за отчетените такива дейности за разглеждане от НС на НЗОК. След утвърждаване от НС на НЗОК на стойностите за заплащане на такива дейности, РЗОК заплащала дейностите и отразявала в част Б на приложение № 2 към договора с НЗОК допълнително утвърдените стойности

Твърди, че до момента Решение на НС на НЗОК за заплащане на извършени и отчетени нови дейности по чл. 13 (1), т. 8 от Правилата няма.

Тъй като лечебното заведение имало сключен договор за работа по Амбулаторни процедури, останалите две суми в размер на 201 лв. и 348 лв. били за нови дейности за договор №200835/27.05.2016 г.

В с.з. ищецът се представява от процесуален представител, който поддържа предявените искове и моли да бъдат уважени в пълен размер. Претендира разноски по делото. Представя писмена защита.

В с.з. ответното дружество се представява от процесуален представител, който оспорва иска като неоснователен и недоказан по съображенията, изложени в отговора на исковата молба. Моли да бъдат отхвърлен и претендира разходи. Представя писмени бележки.

Въз основа на събраните по делото доказателства, съдът прие за установено следното от **фактическа страна:**

На 19.02.2015г МБАЛ „Д-р Иван Селимински-Сливен“ АД-гр.Сливен е сключило с НЗОК договор № 200372/19.02.2015 г за оказване на болнична помощ по клинични пътеки със срок - срока на действие на Националния рамков договор НРД за медицинска дейност за 2015г, удължен до 31.03.2016 г.

На 31.03.2016 г. в извънреден брой на ДВ е публикувано Решение № РД-НС-04-24-1/29.03.2016г. на Надзорен съвет/НС/ на НЗОК, с което се въвежда допълнение и изменение на НРД за 2015г, поради това, че не е подписан нов рамков договор с БЛС.

По силата на това решение, на 27.05.2016г „МБАЛ Д-р Иван Селимински“ АД сключва с НЗОК допълнително споразумение № 37/27.05.2016г към Договор № 200372/ 19.02.2015 г. за оказване на болнична помощ по клинични пътеки.

На 27.05.2016г болницата сключва с НЗОК договор № 200835/27.05.2016 г. за извършване на амбулаторни процедури.

Лечебните заведения за болнична медицинска помощ /БМП/ отчитат ежедневно извършените от тях дейности към РЗОК през персонализирана информационна система

Съгласно Правилата за условията и реда за прилагане на Закона за бюджета на НЗОК за 2016 год., РЗОК текущо анализира постигнатата информация от ежедневните отчети на изпълнителите на БМП и ежеседмично ги информира за достигнатото изпълнение на месечните стойности по приложение № 2 към Договорите с НЗОК.

В случай на констатирана от РЗОК тенденция за изпреварващо достигане на определената месечна стойност по приложение № 2, РЗОК извършва внезапен контрол.

При извършени и отчетени от изпълнител на БМП случаи на стойност, надвишаваща определената месечна стойност в приложение № 2 към договорите с НЗОК, изпълнителят на БМП писмено заявяване до директора на РЗОК за увеличаване на месечната стойност за тези стойности. Директорът на РЗОК има право да вземе решение за заплуване или отхвърляне на тези дейности. Промените в приложение № 2 за увеличаване на определените месечни стойности се извършват в рамките на отчетния период за заплащане на отчетния месец.

В случаите на надвишаване на определените лимити, РЗОК извършва проверка на цялата отчетна месечна дейност на изпълнителя на БМП.

Съгласно Договор № 200372/19.02.2015 г. за оказване на болнична помощ по клинични пътеки и Договор № 200835/27.05.2016 г. за извършване на амбулаторни процедури, възложителят заплаща договорената и извършена дейност по КП на изпълнителя след представяне на съответните първични медицински и финансовоотчетни документи.

По Договор № 200372/19.02.2016 г. са извършени следните дейности, превишаващи определените месечни дейности.

С допълнително споразумение 53/14.10.2016 г. към Договор №200372/19.02.2015 за оказване на болнична помощ по клинични пътеки и приложение № 2 към него, директорът на НЗОК е определил на „МБАЛ Д-р Иван Селимински“ АД месечна стойност за дейност **м. октомври 2016 г.** в размер на 969 670,00 лв.

През м. октомври МБАЛ „Д-р Иван Селимински“ АД е изработило дейности с 99 044,00 лв. над определените /969 670,00 лв./ в допълнителното споразумение стойности.

С Писмо изх. № РД-23-3617/07.11.2016 г. входящо е вх. № 29-02-12/07.11.2016 г., МБАЛ „Д-р Иван Селимински“ АД е уведомила РЗОК- Сливен, че определената за м. октомври 2016 г. сума е надвишена с 99 044,00 лв. и е поискало тя да бъде увеличена, съгласно Решение № РД-НС-04-11/17.01.2017 г. на НС на РЗОК.

Със Заповед № РД-09-688/04.11.2016 г. на Директора на РЗОК- Сливен е извършена тематична проверка, приключила с Протокол № РД-13-05-54/22.11.2016 г. за извършените дейности през м. октомври 2016 г. Част от извършените надлжителни дейности са приети от РЗОК -Сливен и е съставена Спецификация за КН и амбулаторна процедура „предпериодно изпълнение на дейности по КП...” по Договор № 200372/2015 г. в размер на 99 044,00 лв.

МБАЛ „Д-р Иван Селимински“ АД е фактурирало сумата **99 044,00 лв.**, като е издало дебитно известие № 3000001072/24.01.2017 г. и фактура № 3000000986 /10.11.2016 г. Дебитното известие е подписано и прието от представителя на РЗОК.

С допълнително споразумение №55, 17.11.2016 г. към Договор №200372/19.02.2015 за оказване на болнична помощ по клинични пътеки и приложение № 2 към него, РЗОК чрез Директора на РЗОК – Сливен, е определило на болничното заведение месечна стойност за дейност **м. ноември 2016г.**, в размер на 969 670,00 лв.

През м. ноември 2016г. болничното заведение е изработило дейност с 66 103 лв. над договорените 969 670 лв./ в допълнителното споразумение стойности.

С писмо изх. № РД-23-3890/07.12.2016 г., входящо е вх. № 29-02-12/07.12.2016 г., МБАЛ „Д-р Иван Селимински“ АД е уведомила РЗОК Сливен, че определената за м. ноември 2016 г. сума е надвишена с 66 103,00 лв. и е поискало тя да бъде увеличена съгласно Решение № РД-НС-04-11/17.01.2017 г. на НС на РЗОК.

Със Заповед № РД-09-758/08.12.2016 г. на Директора на РЗОК Сливен е извършена тематична проверка на дейността на МБАЛ „Д-р Иван Селимински“ АД за м. ноември 2016г., приключила с Протокол № РД-13-05-55/16.12.2016 г. за извършените дейности през м. ноември 2016 г. Съставена е Спецификация за КН и амбулаторна процедура „предпериодно изпълнение на дейности по КП...” по Договор № 200372/2015 г. за надвишените месечни стойности в размер на **66 130,00 лв.**, която е приета и подписана от представителя на РЗОК-Сливен.

МБАЛ „Д-р Иван Селимински“ АД е фактурирало сумата 66 103,00 лв., като е издало дебитно известие №3000001073/24.01.2017 г. и фактура № 3000001003/ 08.12.2016 г. Дебитното известие е подписано и прието от представителя на РЗОК.

По Договор № 200372/19.02.2015 г. са извършени следните дейности за оказване на болнична помощ по клинични пътеки:

След извършената проверка от РЗОК Сливен за дейността на МБАЛ „Д-р Иван Селимински - Сливен“ АД за м. октомври 2016 г. следва отчита да заплати дейности по КП за сумата от 2 580,00 лв. От своя страна МБАЛ „Д-р Иван Селимински“ е направилно възражение с изх. № РД -23-3644/09.11.2016 г., входящо е вх. № 29-02-12/09.11.2016 г. в РЗОК- Сливен. Установено е, че отхвърлените за плащане клинични пътеки са извършени по венични изисквания, съгласно Решение № РД-НС-04-24-1/29.03.2016 г. на Надзорния съвет на РЗОК и дейността трябва да бъде заплатена.

В изпълнение на еск. на договорни отношения, РЗОК е признала и се е съгласила да заплати сумата от 2 580,00 лв. За целта МБАЛ „Д-р Иван Селимински“ АД издало дебитно известие № 3000001050/24.01.2017 г. и фактура № 3000000986 /10.11.2016 г. на стойност **2 580лв.**, придружена от два броя Спецификации за надлжителните клинични пътеки. Дебитното известие е подписано и прието от представителя на РЗОК-Сливен.

Съгласно Допълнително споразумение № 40/23.06.2016 г. към Договор № 200372/19.02.2015 г. за оказване на болнична помощ по КИП и след съгласуване с РЗОК Сливен, МБАЛ „Д-р Иван Селимински“ АД е издало фактура № 3000000922/12.07.2016 г. за сумата от 1 081 387 лв. за извършени дейности **м. юни 2016.**

Фактурата е подписана и приета от представителя на РЗОК Сливен.

На 27.07.2016 г. по фактура № 3000000922/12.07.2016 г. е постъпило плащане в размер на 1 075 305,00 лв. Остатък за плащане е в размер на **6 682 лв.**

За извършени дейности по кешовични пътеки през м. май **2016 г.**, МБАЛ „Д-р Иван Селимински“ АД издало на РЗОК Сливен фактура № 3000000905/09.06.2016 г. на стойност 1 064 152 лв. и дебитно известие към нея № 3000000914/09.06.2016 г. на стойност 108 лв.

На 28.06.2016 год. МБАЛ „Д-р Иван Селимински“ АД е постъпило плащане по фактура № 3000000905/09.06.2016 г. в размер на 1 058 892 лв.

Съгласно наказателни постановления издадени от РЗОК Сливен към МБАЛ „Д-р Иван Селимински“ АД от задължеността по фактура № 3000000905/09.06.2016 г. е приспадната сумата 4 600 лв. Остатък за плащане по факт. № 3000000905/09.06.2016 г. е 660,00 лв. и по дебитно известие към нея № 3000000914/09.06.2016 г. е 108,00 лв.

Извършените дейности по Договор № 200835/27.05.2016 год., са следните:

Съгласно Допълнително споразумение № 3/23.06.2016 г. към Договор № 200835/27.05.2016 г. за извършване на амбулаторни процедури през м. юни 2016 г., „МБАЛ „Д-р Иван Селимински“ АД издало на РЗОК фактура № 3000000923/12.07.2016 г. за сумата 143 193,00 лв.; фактура № 3000000928/12.07.2016 г. за сумата 5 244,00 лв.; фактура № 3000000927/12.07.2016 г. за сумата 37 031,00 лв., или обща сума-185 468 лв.

Фактурите са подписани и приети от представителя на РЗОК - Сливен.

На 27.07.2016 г. МБАЛ „Д-р Иван Селимински“ АД е постъпило плащане по гореописаните фактури на стойност 185 468 лв. Остатък за плащане е **201,00 лв.**

Съгласно Договор № 200835/27.05.2016 г. за извършени амбулаторни процедури през м. май **2016 г.** „МБАЛ „Д-р Иван Селимински“ АД издало на РЗОК фактура № 3000000912/09.06.2016 г. за сумата 145 356,00 лв.; фактура № 3000000906/09.06.2016 г. за сумата 30 989,00 лв., фактура № 3000000907/09.06.2016 г. за сумата 3 510,00 лв. и дебитно известие към фактура № 3000000906/09.06.2016 г. за сумата 1 527,00 лв. или общо - 181 382,00 лв. Фактурите са подписани и приети от представителя на РЗОК.

На 28.06.2016 г. МБАЛ „Д-р Иван Селимински“ АД е постъпило плащане по гореописаните фактури на стойност 181 382,00 лв. Остатък за плащане е **348,00 лв.**

С писмено поканиenie № РД-23-3347/02.10.2017 г. „МБАЛ „Д-р Иван Селимински“ АД поканило РЗОК да заплати в 3-месечен срок сумата 175 126,00 лв.

С Писмо в изх. № 102-10/06.10.2017 г. РЗОК - Сливен, уведомява лечебно-по заведения, че сумата 175 126 лв. може да бъде плащана след потвърждаване от ИС на касата.

Във връзка с приключване на годишната ивентаризация на активите и пасивите на „МБАЛ „Д-р Иван Селимински“ АД, разпоредено изрично писмо в изх. № РД-20-92/08.01.2018 г. до РЗОК Сливен, с молба за потвърждаване на разчетите между тях, които към 31.12.2017 г. са в размер на 237 534,00 лв., в т.ч. и сумата от 175 126 лв.

Според заключението на приетата по делото СЧЕ, всички описани в исковата молба дейности са отчетени със съответните документи и предадени на РЗОК-Сливен. Всички първични документи са приети и подписани от представителя на РЗОК-Сливен.

Горната фактична обстановка следва прие за доказана на база представените от страните писмени доказателства, неен и допустими, относими и неоспорени.

Така прието е, че изследването от фактическа страна, води до следните **правни изводи**:

Ищелат е и за беззаплатно за болнична помощ по смисъла на чл.9 от Закона за лечебните заведения/ЗЛЗ/. В това отношение, на основание чл. 59 ал.1 от Закона за здравното осигуряване/ЗЗО/, е сключил с ИПОК д-р. № 200372/19.02.2015г. за оказване на болнична помощ по клинични пътеки, допълнително сключил с ИПОК д-р. № 200835/27.05.2016г. за извършване на амбулаторни процедури.

Безспорно, че в горните 3 години процесния период са сключили два договора- договор № 200372/19.05.2015г. за извършване на медицинска процедура и договор №200835/27.05.2016г. за извършване на медицинска процедура.

Предметният договор е преструна и неоплатена болнична помощ от спешен порядък, извън нормативния ток, извършеният минимум на месечните стойности за м. октомври 2016г и ноември 2016г, както и извън нормативния ток, извършеният минимум на месечните стойности за м. май, юни и октомври 2016г.

Във връзка с извършените проверки за периода 2016 г. препоръка да бъдат съставени двете дебитни известия, съответно № 300001079/24.11.2016г. с фактура № 3000000986/10.11.2016г на стойност 99 044лв и № 300001049/24.11.2016г. с фактура № 300001603 /08.12.2016г. на стойност 66 130 лв.

Осветителните прибори, които не са изгорили, не се е задължил да заплати и сумата 2580лв, за която е издадено ДН 10/2016г. от 21.10.2017г. със фактура № 30000000986/10.11.2016г, на стойност **2 580лв**, придружен с 6 бр. фактури за извършените количинни пътеки за м. октомври 2016г, по договор № 200372/19.02.2016г.

Относително с изключително малък дял са претенциите по отношение на останалите суми, тъй като са касаели за периода 2016, а именно: сумата по фактура № 30000000922/12.07.2016г в размер на **6 082лв**; сумата по фактура № 30000000914/09.06.2017г в размер на **660лв**, сумата по фактура № 30000000960 от 09.06.2017г в размер на **170лв**, и сумите **201лв** и **348 лв** касаели нови дейности по втория договор.

Съгласно разпоре-  
дбата на чл. 10, ал.  
1 от Закона за  
казуса изрично по-  
суми е бил извър-  
шен изследовател-  
ската мисъл, че

Въпреки че в чл. 104 от ЗОД изискването изпълнение трябва да бъде престирано заедно с искането за задължително, по неискаността му предполага нарочна покана. В съдебната практика в 7-ми дневен срок претендираните с исковата молба от 13.10.2017г. за изплатване на задължението изтича на 13.10.2017г, а искането за задължително изтича на 12.10.2017г; поради което съдът намира, че липсва

с) а) законна линия за забавя от датата на поканата до датата на подаване на

3. Извършва се изплатата на сумата от 175 126 лв, считано от датата на издаване на заповедта до датата на окончателното й изплащане.

Всички ТПК отговарящи длъжници на мясца разносните по делото съразмерно на размера на 12 200,03 лв. от общо 13 063,53 лв.

## ALHOODIN

ОБЩЕСТВЕНА АДМИНИСТРАТИВНА КАСА, със седалище и адрес на управление \*\*\*\*\*  
 ОБЩИНСКИ СЪВЕТ - АД, със седалище и адрес на управление \*\*\*\*\*,  
 натоварения Директор Д-р В.П.П., ЕИК-\*\*\*\*\*, сумата **175 126лв.**, включваща

Данни за стойност на извършено лечение на пациенти по клинични пътеки за м. Юни/Юли 2017 г. към фактура № 30000000986/10.11.2016

Платено е извършено лечение на пациенти по клинични пътеки за м.  
изпълнение № 00061049/24.01.2017 към фактура № 3000001003/08.12.2016

изпълнение за етап: четвърто, извършено лечение на пациенти по клинични пътеки  
№ 10. Дебит, изчислен № 30000001050/24.01.2017 г. към фактура №

1.08.22 г.                      при извършено лечение на пациенти по клинични пътеки за

Фактура № 30000000905/09.06.2016 г. към Фактура № 30000000905/09.06.2016 г. за извършено лечение на пациенти по клинични пътеки за

10. Изготвя се доклад за стойността на извършено лечение на пациенти по клинични пътеки за 2019-2020гг. - 10.000000 - 10.000000

[illegible]

от этой даты на а/м. введена дейност за м. май 2016 г. по Договор № 10/2016 г. за извършване на а/м. работи, процедури,

на № 175-126/в, считано от датата на завеждане на исковата документация 12 261.03 лв- разноски по делото.

НПД "Д-Р ИВАН СЕЛИМИНСКИ- СЛИВЕН" АД, срещу  
 ТАКАС АД, със седалище и адрес на управление \*\*\*\*\*, иск по  
 своя лична и размер на законната лихва от **11 462.24 лв.**, като

с. Манастирско пред Апелативен съд-Бургас, в двуседмичен срок от

ВСТАВКА 1

**РЕШЕНИЕ**

№ 59, 05.10.2018г. , гр.Бургас

**В ИМЕТО НА НАРОДА**

**АПЕЛАТИВЕН СЪД – БУРГАС**, гражданска колегия,  
на дванадесети септември две хиляди и осемнадесета година,  
в публично заседание, в следния състав :

**ПРЕДСЕДАТЕЛ: Мария Топчева****ЧЛЕНОВЕ: Румяна****Манкова****Събина Христова**

Секретар Пенка Шивачева

Прокурор

Като разгледа докладваното от съдия Т.

гр.д. № **229/2018** г. на Апелативен съд–Бургас,

за да се произнесе, взе предвид следното :

Производството по делото е по реда на чл.258 и сл. ГПК.

Образувано е по въззивна жалба на Н. -София, подадена ч. пълномощника юи  
Вълева против решение № 32 от 25.05.2018г. по гр.д. № 41/2018г., с което Сливенският окръжен  
съд е осъдил Н. да заплати на М. „Д“ АД С. сумата от 175 126 лева – незаплатена надлимитна  
дейност за 2016 г.

В жалбата се навеждат доводи за неправилност на решението като се иска неговата  
отмяна и отхвърляне на предявения иск. Твърди се, че съдът не е обсъдил факта, че правата  
задълженията на страните произтичат от подписани между тях договори. Със сключване на тези  
договори и допълнителни споразумения към тях за определяне на стойностите, до които Н.  
заплаща извършената дейност, ищецът е имал възможност да съобрази дейността си  
определените в тях параметри. Счита, че претърпените от ищеца вреди са в причинна връзка  
негови действия, с които едностранно е изменил договорите. Поддържа, че не може да бъде  
ангажирана отговорността на ответника като се посочва, че съгласно закона за бюджета за всяка  
дейност има разпределени суми, над които съответно не може да се заплаща.

В срока по чл.263, ал.1 ГПК ищецът не е подал отговор на така постъпилата въззивна  
жалба като в съдебно заседание пълномощникът му адв. М. намира обжалваното решение за  
правилно и законосъобразно и моли да бъде потвърдено. Счита за безспорно доказан  
извършената от лечебното заведение медицинска дейност, както и че същата е отчетена и  
съответния ред и приета от РЗОК С.

С определение в закрито заседание от 20.08.2018г. Бургаският апелативен съд е приел  
подадената въззивна жалба за процесуално допустима.

Въззивната инстанция намира първоинстанционното решение, преценено съобразно  
изискванията на чл.269 ГПК за валидно и допустимо като постановено от компетентен съд,

законен състав, по надлежно предявен иск и редовно развило се допустимо исково производство

Бургаският апелативен съд като взе предвид оплакванията и исканията в жалбата: доводите на страните, прецени събраните по делото доказателства и като съобрази законовит разпоредби, приема следното:

Първоинстанционното производство е образувано по предявен от М. „Д“ АД-гр. С иск против Н. -София, с който на основание чл.79 ЗЗД се претендира заплащане на сумата с 175 126 лева по Договор за оказване на болнична помощ по клинични пътеки № 2\* с 19.02.2015г. и Договор за извършване на амбулаторни процедури от 27.05.2016г.

Страните не спорят, а и от събраните по делото доказателства се установява безспорно, че между тях на основание чл.59, ал.1 ЗЗО и в съответствие с Националния рамков договор за 2015г. през процесния период е сключен договор № 2\* от 19.02.2015г. за оказване на болнична помощ по клинични пътеки. С чл.1 от този договор ищецът в качеството на изпълнител се е задължил да оказва болнична медицинска помощ по изброените клинични пътеки, а в чл.1 от договора са посочени цените на клиничните пътеки. След сключване на договора между страните са били сключени допълнителни споразумения към този договор като със споразумение № 53/ 14.10.2016г. Н. ч. Директора на РЗОК С. е определила на „М“ АД месечна стойност за дейност за м.октомври 2016г. в размер на 969 670 лв., а с допълнително споразумение № 55/17.11.2016г. Н. е определила месечна стойност за м.ноември 2016г. в размер на 969 670 лева. Не е спорно, че между страните по делото е бил сключен и Договор за извършване на амбулаторни процедури № 200835/27.05.2016г.,изменен с Допълнително споразумение с 23.06.2016г.

Предмет на доказване по така предявения иск е наличие на реално изпълнение и задълженията на болницата към здравноосигурителни лица по клинични пътеки, които се заплащат от здравната каса. По делото е установено, че ищцовото лечебно заведение извършило процесните надлимитни дейности по клинични пътеки и амбулаторни процедури като не се оспорва стойността на предоставените медицински услуги, както и че същите се надлежно отчетени и заявени от ищеца. От събраните по делото писмени доказателства се установява, че М. „Д“ АД е съставило и предало на РЗОК С. спецификации за изпълнени клинични пътеки, спецификации за амбулаторни процедури, фактури и дебитни известия към тях по месеци за извършените дейности, които първични документи са приети и подписани с представител на РЗОК С. Затова неоснователно е твърдението във въззивната жалба на ответника, че с изпращане от ищеца на писма, с които уведомява ответната страна за извършената надлимитна дейност ищецът едностранно е изменил договора. С изпращането на съответните отчети, фактури и спецификации за съответните месеци ищецът е изпълнил договорното си задължение, а с приемането им от страна на възложителя - ответникът по делото същият дължи заплащането им в срока, предвиден в сключения между страните договор.

Въз основа на тези доказателства вещото лице Т. Й. по извършената и неоспорена с страните икономическа експертиза е констатирила, че към предявяване на иска за так извършените от ищеца дейности РЗОК С. не е заплатила сумата от 175 126 лева, което нейно задължение е потвърдено в няколко изпратени от РЗОК С. до ищеца писма от 2017 г. и началото на 2018г.

Действително с процесните два договора са били въведени стойности, в рамките на които е следвало да се заплаща на изпълнителя оказаната от него медицинска помощ на здравноосигурени лица. Наред с това, обаче, на здравноосигурените лица с чл.35 ЗЗО са предоставени права да получават медицинска помощ в обхвата на пътека здравни дейности гарантиран от бюджета на Н. , без въведени ограничения на тази помощ. Това означава, че

осъществената болнична помощ следва да бъде заплатена в изпълнения обем и при наличие на сключен договор между болница и здравната каса, то тя дължи заплащане на всички дейности и уговорените клинични пътеки в рамките на лимитите за тези пътеки.

Между страните няма спор, а и от доказателствата се установява, че всички извършени дейности са по клинични пътеки и са фактурирани стойностите, уговорени между страните. Спорът, останал за разрешаване във въззивното производство е следва ли да се възмездят и част от тези дейности, които са над лимита като оборот на болничната помощ. Въззивният съд намира, че следва да се извърши плащане и на надлимитните дейности, тъй като в договорите не е предвидена възможност след изчерпване на предварително определен стойности лечебното заведение да прекрати извършването на определените по договор дейности. Напротив, в чл.5 от Договора за оказване на болнична медицинска помощ е въведен изискване въззиваемият в качеството му на изпълнител да осигурява договорената болнична медицинска помощ на здравноосигурени лица, да разполага по всяка време на изпълнение на договора с медицински специалисти, да поддържа функционираща и изправна медицинска апаратура и оборудване, да не изисква заплащане или доплащане от здравноосигурени лица за дейност, предмет на договорите освен в изрично предвидени случаи и пр. От така посочените основни задължения на въззиваемия се установява, че Н. му е възложила изпълнението на дейностите, предмет на договорите като не е поставено ограничение на приема на ЗО. Съобразно лимита на договорените средства, поради което задължение на Н. е да заплати стойността на тези лечения по силата на здравното осигуряване. Затова неоснователно е твърдението във въззивната жалба на ответника, че Н. отговаря само до размера на стойностите на извършените от ищеца дейности, предвидени в сключените между тях договори и допълнителни споразумения. Още повече, че няма спор за извършени от ответната страна плащания и по двата договора на част от претендираните суми.

С оглед на така установените обстоятелства, въззивният съд намира предявеният иск за основателен и правилно съдът с атакуваното решение го е уважил като е присъдил на ищеца установения размер на незаплатените дейности. Категорично е установено по делото наличие на изпълнение от страна на ищеца на сключения между него и ответника индивидуален договор като ищецът в действителност е извършил съответната медицинска дейност, която е останал незаплатена от ответната страна и за която ищецът претендира да получи плащане от ответника. Липсват данни за отхвърлена от заплащане дейност за процесните месеци, което да обосновава неплащането по издадените от ищеца фактури.

Изложеното дава основание да се приеме, че решението е постановено при обективно изяснена фактическа обстановка и обсъждане на всички релевантни за спор доказателства във връзка с доводите на страните, поради което при постановяването му Сливенският окръжен съд не е допуснал нарушение на материалния и процесуалния закон. С оглед на това липсват основания за приемане на друга от приетата от първоинстанционния съд фактическа обстановка и за евентуална отмяна на решението и същото следва да бъде потвърдено.

При този изход на спора въззивният съд намира, че на въззиваемия-ищец М. „Д“ А. – С. следва да се присъдят направените за настоящата инстанция разноски в размер на 5100 лева представляващи заплатено адвокатско възнаграждение.

Водим от горното, Бургаският апелативен съд

**РЕШИ:**

**ПОТВЪРЖДАВА** решение № 32 от 25.05.2018г. по гр.д. № 41/2018г. на Сливенски окръжен съд.

**ОСЪЖДА** Н. със седалище и адрес на управление гр. С., ул.“. № 1, Булстг 121858220 да заплати на М. „Д“ АД – гр. С., бул.“. № 1, с ЕИК 119502733, представлявана с изп.директор д-р В. направените за въззивната инстанция разноси в размер на 5100/пет хиляд и сто/ лева.

Решението подлежи на касационно обжалване пред ВКС в едномесечен срок с връчването му на страните.

**ПРЕДСЕДАТЕЛ:**

**ЧЛЕНОВЕ:**

# РЕШЕНИЕ

№

03.04.2019 г.

Град Пазарджик

**В И М Е Т О      Н А      Н А Р О Д А****ПАЗАРДЖИШКИЯТ РАЙОНЕН СЪД, XII-ти граждански състав**

На осми март , две хиляди и деветнадесета година

В публично заседание в следния състав:

**ПРЕДСЕДАТЕЛ : ХРИСТО ГЕОРГИЕВ****СЕКРЕТАР: Стоянка Миладинова**

Като разгледа докладваното от Районен съдия Георгиев

Гражданско дело №2126 по описа за 2018 година.

Предявен е иск от МБАЛ „Хигия-Север”ООД - гр. Пазарджик, ЕИК- 112511199, представлявано от управителя Ц. С. С. , против Национална здравноосигурителна каса / НЗОК/- гр. София, ул.”Кричим” № 1, чрез Районна здравноосигурителна каса- гр. Пазарджик , с цена на иска – 5378.19лв..

В исковата молба се твърди, че между Многопрофилна болница за активно лечение /МБАЛ/ "ХИГИЯ-СЕВЕР" ООД (предишно наименование МБАЛ" СВЕТА ЕКАТЕРИНА"ООД), ЕИК:112511199, в качеството си на лечебно заведение за оказване на болнична помощ по ЗЛЗ, и ответника, чрез директора на РЗОК-Пазарджик, в качеството му на осъществяващ по силата на ЗЗО задължително здравно осигуряване, е сключен Договор ИД № 13/РД-29-423/25.02.2015 г., с предмет: оказване на болнична помощ по клинични пътеки /КП/ със срок - срока на действие на Националния рамков договор /НРД/ за медицинска дейност /МД/ за 2015год., както и различни споразумения, като относими към процесния период са: ДС№2/25.03.15г., считано от 23.03.15год., ДС№3/14.04.2015год., считано от 20.03.2015год., с които се изменя Приложение №2 "Стойности на дейности в БМП, медицински изделия в БМП и лекарствени продукти за лечение на злокачествени заболявания на БМП" към договор №13/РД-29-423/25.02.2015год.

Твърди се в исковата молба, че ответникът, като възложител по договора, имал задължението да заплаща извършената и отчетена болнична медицинска помощ от изпълнителя, съгласно чл.3, ал.1, т.3 от индивидуалния договор /ИД/ и чл.2, ал.1, т.7 от НРД 2015год., като в чл.35 на ИД било записано, че плащането се извършва до 30-то число на месеца, следващ отчетния. На основание чл.29 от НРД2015год. лечебното заведение, изпълнител на медицинска помощ, има право да получи в срок и в пълен размер заплащане за извършените дейности при условията и по реда на сключения между

страните договор, като НРД 2015год. не предвижда ограничение или разделяне на дължимото на под определени стойности и/или над определени стойности, наречени още „надлимитни стойности“, а определя заплащането „в пълен размер“ за извършена медицинска помощ на здравноосигурени лица/ЗОЛ/.

Твърди се в исковата молба, че към момента на подаване на настоящата искова молба, ответника не е изпълнил задължението си към ищеца и не е изплатил цялата сума за месец май на 2015год., дължима за оказване на болнична помощ по КП на здравно осигурени лица, извършена и отчетена в РЗОК-Пазарджик, като дължимия остатък е в размер на 4149.00лв.

Сочи се, че съгласно чл.17, ал.10 от Методиката за заплащане на дейностите в болничната медицинска помощ по Приложение № 2Б към ПМС № 57/16.03.2015год., отчетена в ежедневно подадените електронни отчети дейност, се приема в системата на НЗОК, като след окончателната обработка за календарния месец в срок до 17.00ч. на седмия работен ден, следващ отчетения месец, РЗОК изпраща по електронен път на изпълнителя месечно известие за отхвърлената от заплащане дейност, лекарствени продукти, мед.изделия и др. ( за 10 бр. КП на стойност 4610лв.) и съответните основания за отхвърлянето им, като в настоящия случай е посочено следното основание: съгласно чл.21, ал.7 от Приложение №2Б към чл.2 от Методика за заплащане на дейностите в БМП към ПМС 57/16.03.2015г. Следователно, в изпълнение на сключения договор между доверителя и ответника за 2015год. МБАЛ"ХИГИЯ-СЕВЕР"ООД е извършила и отчетела съответните медицински дейности и същата е приета успешно.

След получаване на въпросната справка, болницата с писмо с изх. № 116-/10.06.2015год. до директора на РЗОК-Пазарджик е предоставила и на хартиен носител нужната отчетно - финансова документация за извършената медицинска дейност за процесния месец май на 2015год., като ЛЗ по искане на ответника е извършило корекция и е предоставило фактура № 0000000707 от 10.06.2015год.и спецификация към нея на стойност 129 776.00лв., само за одобрената от РЗОК за заплащане сума. С дебитно известие №0000000708/11.06.2015г. и спецификация към него, РЗОК е изплатила и сумата от 461.00 лв. Остатъка от неизплатената част по извършената и отчетена дейност по КП съгласно спецификация за периода от 01.05.15г. до 30.05.2015г. и наличните справки, възлизала на стойност 4149.00лв.

Сочи се, че отказът за плащане на процесната сума се оказва основан единствено на липсата на средства в бюджета на НЗОК, а не е обвързан с друга причина във връзка със задълженията на доверителя по Индивидуалния договор за оказване на БП по КП по НРД за МД 2015год. Твърди се в исковата молба, че по отношение на посоченото вземане, ответникът е в забава от момента, в който е следвало да заплати задължението си. Съгласно чл.35 от ИД, ответникът е следвало да заплати извършената и отчетена през м. май 2015г.дейност, до 30-то число на месец юни 2015г., т.е. забавата е от тази дата(чл.3, ал.2 от ИД). От този начален момент на забава до датата на предявяване на иска е изтекла мораторна лихва по чл.86 ЗЗД в размер на 1229.19лева.

Моли се съдът да постанови решение, с което да осъди ответника да заплати: сумата от 4149.00 лв., представляваща стойността по извършена и отчетена медицинска дейност по индивидуален договор за месец май на 2015 г., обективизирана като неизплатен остатък за съответния месец ведно със законната лихва от датата на предявяване на иска до

окончателното изплащане, сумата 1229.19 лв., представляваща обезщетение за закъсняло плащане /мораторна лихва/върху главницата, изтекла за периода от 30.06.2015г. до датата на предявяване на иска.

Претендират се разноски. Сочат се доказателства. Правят се доказателствени искания.

В срока за отговор по чл. 131, ал. 1 ГПК ответното дружество моли исковата молба да се остави без уважение като неоснователна.

Излагат се съображения: Ищецът аргументирал своите претенции твърдейки, че допълнително споразумение № 2/25.03.2015 г. в сила, считано от 23.03.2015 г., допълнително споразумение №3/14.04.2015 г. в сила считано от 20.03.2015 г., с които се изменя Приложение № 2 озаглавено: „Стойност на дейностите в болничната медицинска помощ /БМП/, медицинските изделия в БМП и лекарствени продукти за лечение на злокачествени заболявания, в условията на БМП"4 към договор за оказване на болнична помощ по клинични пътеки №1 З/Р Д-29-423/25.02.2015г. /наричано по-долу за краткост „Приложение № 2 към договор № 1 З/РД-29-423/25.02.2015г.'7, са предоставени несвоевременно на ищеца от страна на ответника по делото. На това основание се претендира, че ищецът е бил лишен от възможността да прецени какъв обем от дейности може да извърши през процесния период.

Твърди се също, че страните по договора не са равнопоставени поради обстоятелството, че НЗОК действала в качеството си на административен орган, което означавало, че между страните по договора липсвал елементът на договаряне.

Твърди се в отговора на исковата молба, че тези твърдения на ищеца са неоснователни. Това било видно от представеното от ищеца като доказателство по делото допълнително споразумение №2 към договор №1 З/Р Д-29- 423/25.02.2015г., подписано от страните по договора на 25.03.2015 г. От съдържанието на това допълнително споразумение ставало ясно, че ищецът много преди началото на м. май 2015 г. е бил информиран за средствата, до които е можел да отчита дейност през процесния период. Тези средства дори са били увеличени от страна на НЗОК с допълнителни споразумения. Сочи се, че с Допълнително споразумение № 3/14.04.2015 г. към договор № 13/РД-29-423/25.02.2015г. не е изменян бюджета, който е бил определен на ищеца с приложение № 2 към същия договор. Въпреки това споразумение № 3/14.04.2015 г. към договор № 1 З/Р Д-29-423/25.02.2015г. има отношение към предмета на спора, но не защото с него е изменено приложение № 2 от договора, а защото с него са били актуализирани текстове от договор № 13/РД-29-423/25.02.2015г. имащи отношения към реда и лимитите, до които фирмите пожелали да сключат договори с НЗОК могат да отчитат извършената от тях дейност.

Оспорва се истинността на представените към исковата молба писмени доказателства. Твърди се, че не е налице и твърдяната от ищеца липса на елемент на договаряне между страните по договор №13/РД-29-423/25.02.2015г. В Раздел VII от Закона за здравното осигуряване е записан редът, по който протича договарянето между представителите на НЗОК и БЛС за приемането на Национален рамков договор. След приемането на Национален рамков договор /НРД/ се изготвят и Типови договори, които съгласно чл. 24, ал.1 от НРД 2015 г. за МД се утвърждават от управителя на НЗОК след съгласуване с председателя на УС на БЛС. Тези условия видно и от приложения към

Исковата молба договор № 1 З/Р Д-29-423/25.02.2015 г. са били спазени. Тоест НЗОК, в качеството си на административен орган, е спазила нормативно определените правила за поведение, при договарянето с фирмите, желаещи да получават заплащане от държавните средства определени за здравеопазване, за извършваната от тях дейност. Сочи се, че ищецът сам изявил желание да сключи типов договор с НЗОК по реда на НРД 2015 г. за МД. Това станало чрез подадено от него пред РЗОК - Пазарджик - Заявление за сключване на договор с НЗОК с техен изх. № 31/30.01.2015 г. и вх. № 13/29-02-103/30.01.2015 г., с което той е изразил своето съгласие за сключване на договор по реда на НРД 2015 г. за МД.

Сочи се, че твърденията на ищеца, че НЗОК не му е изплатила цялата сума за дейността, отчетена от него през месец май 2015 г. по договор № 13/РД-29-423/25.02.2015г. като сочи, че дължимият остатък възлиза на 4149 лв. били неоснователни. Изложени са подробни съображения в тази насока. Излага се подробно становище по неоснователността на иска.

Моли се съдът да остави исковата молба без уважение като неоснователна.

Сочат се доказателства. Правят се доказателствени искания.

**Съдът, като прецени събраните по делото доказателства, намери за установено от фактическа страна, следното:**

Безспорно е по делото, че ищецът МБАЛ „Хигия-Север”ООД- гр. Пазарджик, ЕИК-112511199 е регистриран като лечебно заведение за болнична медицинска помощ и в това си качество е сключил индивидуален договор за оказване на болнична помощ по клинични пътеки с ответника.

От приетия по делото Индивидуален договор за оказване на болнична помощ по клинични пътеки № 13/РД-29-423 от 25.02.2015г. се установява, че същият е бил сключен между Многопрофилна болница за активно лечение /МБАЛ/ "ХИГИЯ-СЕВЕР" ООД (предишно наименование МБАЛ" СВЕТА ЕКАТЕРИНА"ООД), ЕИК:112511199, в качеството си на лечебно заведение за оказване на болнична помощ по ЗЛЗ и ответника, чрез директора на РЗОК-Пазарджик, в качеството му на осъществяващ по силата на ЗЗО, задължително здравно осигуряване. Предмет на сключения между страните договор е оказване на болнична помощ по клинични пътеки /КП/ със срок, срока на действие на Националния рамков договор/НРД/ за медицинска дейност/МД/ за 2015год.

По делото са били приложени Допълнително споразумение № 2/25.03.2015г., и Допълнително споразумение № 3/14.04.2015год., с които се изменя Приложение № 2 "Стойности на дейности в БМП, медицински изделия в БМП и лекарствени продукти за лечение на злокачествени заболявания на БМП" към договор № 13/РД-29-423/25.02.2015год.

Видно от приетото по делото придружително писмо с изх. № 116 от 10.06.2015г., същото е било изпратено от управителя на МБАЛ „Света Екатерина”ООД- гр. Пазарджик до директора на РЗОК-гр. Пазарджик. С посоченото придружително писмо, болницата е предоставила и на хартиен носител нужната отчетно - финансова документация за извършената медицинска дейност за процесния месец май на 2015год., като лечебното заведение, по искане на ответника, е извършило корекция и е предоставило фактура № 0000000707 от 10.06.2015год. и спецификация към нея на стойност 129 776.00лв., само за одобрената от РЗОК за заплащане сума.

С дебитно известие № 0000000708/11.06.2015г. и спецификация към него /приложени по делото/, РЗОК е изплатила сумата от 461.00 лв. Остатъкът от неизплатената част по извършената и отчетена дейност по КП съгласно спецификация за периода от 01.05.15г. до 30.05.2015г. и наличните справки, възлиза на стойност 4149.00лв. В тази насока са и представените с исковата молба и приети от съда месечна справка, съдържаща отхвърлената от заплащане дейност по КП на основание чл.21,ал.7 от Приложение №2Б към чл.2 от Методиката по заплащане на дейностите; месечна справка за месец май,2015г. и счетоводна справка.

По делото е било допусната и извършена съдебно-икономическа експертиза, видно от заключението на която, през месец юни,2015г. , за отчетената медицинска дейност на ищеца през месец май,2015г., ответникът е изплатил 129 776лв. по фактура 707 от 10.06.2015г. ; и 461.00лв. по ДИ №708 от 11.06.2015г. към фактура 707 от 10.06.2015г. Останала е неразплатена извършена и отчетена медицинска дейност на ищеца пред РЗКО за месец май,2015г. Нефактурирана и незаплатена извършена дейност по КП остава сумата от 4149.00лв. или 9 броя лечебна дейност по клинична пътека № 7 съгласно справката. Мораторната лихва за забава на плащане на главница от 4149.00лв. за периода от 30.06.2015г. до 31.05.2018г. е 1230.43лв.

**При така изложената фактическа обстановка, съдът приема следното от правна страна:**

Предявените искове са с правно основание чл.79,ал.1 от ЗЗД, като основателността на предявените искове се обуславя от кумулативното наличие на следните предпоставки-валидно възникнало между страните договорно правоотношение, настъпила изискуемост на задължението и съответно неизпълнение от страна на задълженото лице.

Няма спор между страните по делото, че в изпълнение на нормата на чл. 59 от ЗЗО те са сключили индивидуален договор за оказване на болнична помощ по клинични пътеки, който е бил изменян с допълнителни споразумения. Също така няма спор, че ищецът като изпълнител по този договор, е предоставил на здравно осигурени лица през м. май 2015 г. медицинска помощ по клинични пътеки, включени в основния пакет от здравни дейности, гарантиран от бюджета на НЗОК. Спорният въпрос е дали така предоставената медицинска помощ подлежи на заплащане от ответника, доколкото стойността на извършената дейност по клинични пътеки е над утвърдената такава на разходите за м. май 2015 г. по Приложение № 2 към договора.

Уредбата на обществените отношения, касаещи здравното осигуряване, е регламентирана в ЗЗО, като това е дейност по управление и разходване на средства от задължителни здравноосигурителни вноски за заплащане на здравни дейности, която се осъществява от НЗОК. Така законодателят е предвидил, че основният пакет от здравни дейности е гарантиран от бюджета на НЗОК, като в чл. 25 от ЗЗО е посочено, че в бюджета задължително се предвижда резерв, със средствата от който според чл. 26 ал. 2 от ЗЗО се плащат разходи в случай на отклонение от разходването на средствата за здравноосигурителните плащания.

Според чл. 4 от ЗЗО задължителното здравно осигуряване гарантира свободен достъп на осигурените лица до медицинска помощ, чрез определен по вид, обем и обхват пакет от здравни дейности, както и свободен избор на изпълнител, сключил договор с РЗОК. Оттук следва, че щом правото на избор е гарантирано от задължителното здравно

осигуряване, което се осъществява от НЗОК, не е допустимо да се ограничава с лимит дейността на изпълнител по индивидуален договор, защото на правото на осигурените лица на избор на изпълнител, съответства реципрочното задължение на НЗОК да изплати на изпълнителя, свободно избран от осигурените лица, извършената и отчетена дейност от гарантирания пакет от НЗОК за здравни дейности.

Според нормата на чл. 59 ал. 2 от ЗЗО индивидуалните договори за оказване на медицинска помощ не могат да бъдат сключени при условия, по-неизгодни от приетите с НРД. Същевременно обаче в процесния индивидуален договор между страните е посочено в чл. 20, т. 6 и чл. 40 вр. с подписаните допълнителни споразумения, че възложителят се задължава да изплаща на изпълнителя само извършената и отчетена дейност в рамките на стойностите, посочени в приложение № 2, което означава, че договорът не дава право на изпълнителя да се отчита за дейности, надвишаващи предвидените месечни стойности. Подобна норма обаче следва да се счита за нищожна, поради прякото ѝ противоречие с цитираната по-горе законова разпоредба, защото въвежда ограничения, каквито законодателят не е предвидил. Това обаче е послужило като основание на ответника да откаже плащане на изпратените му от ищеца фактури, което настоящият състав намира за неправилно.

Няма спор, че ищецът е извършил дейности, изискващи финансиране в размер по-голям от договорения, но следва да се има предвид, че тези дейности са извършени при зачитане правата на здравноосигурените лица, които са потърсили лечение при него в съответния период, още повече, че се касае за действителни разходи за извършване на медицинска дейност по клинични пътеки, по които са обслужени здравноосигурени пациенти. В тази връзка следва да се посочи, че ответникът е имал възможност да извърши както финансова, така и медицинска проверка на ищеца, но по делото не са налице данни за открити нарушения, т.е. документацията е изрядна, процедурите са извършени, включени са в алгоритъма на клиничните пътеки, а съответната медицинска помощ е изпълнена. При това положение, се налага изводът, че ищецът надлежно е изпълнил задълженията си по индивидуалния договор да окаже медицинска помощ на здравноосигурените лица, работата му е отчетена чрез съответната документация, липсват твърдения в отговора за некачествено изпълнение или такова в отклонение от медицинските стандарти, поради което не са налице основания за отказване на плащане на етендираните от ищеца суми. Здравноосигурените лица не са лишени от правото си по чл. 52 от Конституцията на здравно осигуряване, гарантиращо им достъпна медицинска помощ. След като законодателят е предвидил възможност със средства от резерва на НЗОК да се плащат разходи при отклонение от равномерното разходване на средствата за плащания, водещото в случая не е фискалната дисциплина, а правата на здравноосигурените лица, които имат право на свободен избор на изпълнител в лечебно заведение. Според чл. 45 от ЗЗО, НЗОК е задължена да заплаща определени видове медицинска помощ и при реално престоирана от съответното лечебно заведение такава помощ, тя следва да бъде заплатена, без значение дали е надвишен лимитът по дадено приложение към индивидуалния договор.

Съдът споделя становището на ищцовата страна, съгласно което в индивидуалния договор между страните било уговорено, че ищецът е длъжен да осигури на пациентите непрекъснатост на болничната помощ по КП, както и координация между лекарите-

специалисти, които я осъществяват. В чл.5 от ЗЗО са уредени основните принципи на задължителното здравно осигуряване, между които и отговорност на осигурените за собственото им здраве и свободен избор от осигурените изпълнители на медицинска помощ. В чл.35 от ЗЗО е регламентирано, че задължително осигурените лица имат право да получават медицинска помощ в обхвата на основния пакет от здравни дейности, гарантирани от бюджета на НЗОК и да избират лекар от лечебно заведение, сключило договор с РЗОК. Това означава, че здравноосигурените лица имат право срещу задължителното си участие при набиране на здравните вноски да получават медицинска помощ, като избират болнично заведение и лекуващ лекар. НЗОК е длъжна да осигури това право, като осигури бюджет за заплащане разходите за лечение на това лице в която болница то е избрало да се лекува. В самия закон и в НРД 2015г. не е предвидена възможност НЗОК да откаже да плати на това основание, откъдето следва, че ИД не може да съдържа клаузи по-неизгодни от НРД (чл.59, ал.2 от ЗЗО).

В конкретният случай отказът за плащане на процесната сума се оказва основан единствено на липсата на средства в бюджета на НЗОК, а не е обвързан с друга причина във връзка със задълженията на ищеца по Индивидуалния договор.

Ответникът следва да отговаря до размера на действително оказаната от лечебното заведение и отчетена медицинска дейност, а не до размера на утвърдените в подзаконовни актове граници. Превишаването на стойностите на оказаната от лечебното заведение болнична медицинска помощ не е основание тази помощ да остане неразплатена, още повече, че е било предвидено заплащането ѝ със средства от бюджета на НЗОК. Предвид изложеното, се дължи плащане от бюджета на НЗОК за 2015г. на ищеца, доколкото оказаната медицинска помощ от последния попада в гарантирания от касата пакет от здравни дейности.

В тази връзка претенцията на ищеца се явява основателна и оттук - действително направените разходи за оказаната болнична помощ, които не са възстановени, подлежат на заплащане. Размерът на сумата се доказва и от приетата по делото без оспорване от страните съдебно-икономическа експертиза, която установява, че сумата е правилно изчислена и съответства на извършените дейности по клинични пътеки. Дължима е и законната лихва върху главницата, считано от датата на завеждане на исковата молба, до окончателното плащане на сумата.

Съгласно нормата на чл. 86 от ЗЗД, при неизпълнение на парично задължение длъжникът дължи обезщетение в размер на законната лихва от деня на забавата. Доколкото претенцията за лихва за забава представлява акцесорно вземане към главното, което съществува, то и този иск като първия се явява основателен, след като се установи, че възложителят по договора трябва да заплаща извършената и отчетена болнична помощ до 30- то число на месеца, следващ отчетния - чл. 35 от процесния договор. Размерът на сумата за лихва за забава съдът намира за доказан съобразно заключението на вещото лице.

По отношение на разноските - при този изход на делото - уважаването на исковите претенции, на основание чл. 78 ал. 1 от ГПК ответникът следва да бъде осъден да заплати на ищеца разноските в настоящото производство, които се претендират, като за тях е представен надлежен списък по чл. 80 от ГПК и са налице доказателства за действителното им заплащане - държавна такса в размер на 215.13 лева, депозит за вещо лице в размер на 180.00 лева и адвокатско възнаграждение на п. в размер на 600.00 лева.

Воден от горното **Пазарджишкият Районен съд,**

**Р Е Ш И :**

**ОСЪЖДА** Национална здравноосигурителна каса /НЗОК/, ЕИК: 121858220, със седалище и адрес на управление: гр. София, ул. „Кричим“ № 1, чрез РЗОК – Пазарджик, **ДА ЗАПЛАТИ** на МБАЛ „Хигия-Север“ООД- гр. Пазарджик, ЕИК- 112511199, представлявано от управителя Ц. С. С. , сумата от 4149.00 лв. /четири хиляди сто четиридесет и девет лева/, представляваща стойността по извършена и отчетена медицинска дейност по индивидуален договор за месец май на 2015 г., обективизирана като неизплатен остатък за съответния месец, ведно със законната лихва от датата на предявяване на иска /31.05.2018г./ до окончателното изплащане, както и сумата от 1229.19 лв. /хиляда двеста двадесет и девет лева и деветнадесет стотинки/, представляваща обезщетение за закъсняло плащане /мораторна лихва/ върху главницата, изтекла за периода от 30.06.2015г. до датата на предявяване на иска /31.05.2018г./.

**ОСЪЖДА** Национална здравноосигурителна каса /НЗОК/, ЕИК: 121858220, със седалище и адрес на управление: гр. София, ул. „Кричим“ № 1, чрез РЗОК – Пазарджик, **ДА ЗАПЛАТИ** на МБАЛ „Хигия-Север“ООД- гр. Пазарджик, ЕИК- 112511199 представлявано от управителя Ц. С. С. , сторените разноски по производството в размер на 995.13 лева /деветстотин деветдесет и пет лева и тринадесет стотинки /, на осн. чл.78,ал.1 ГПК.

Решението подлежи на обжалване в двуседмичен срок от връчването му на страните пред Окръжен съд- Пазарджик.

**РАЙОНЕН СЪДИЯ:**

# РЕШЕНИЕ №248

гр. Пазарджик, 01.07.2019 г.

## В ИМЕТО НА НАРОДА

Пазарджишкият окръжен съд, гражданска колегия, в открито заседание на двадесет и четвърти юни..... през две хиляди и деветнадесета година..... в състав:

**Председател: МИНА ТРЪНДЖИЕВА**  
**Членове: АЛБЕНА ПАЛОВА**  
**МАРИАНА ДИМИТРОВА**

при секретаря Катя Кентова..... и в присъствието на прокурор..... като разгледа докладваното от окръжен съдия Албена Палова..... в. гр. дело № 358 по описа за 2019 г. и за да се произнесе, взе предвид следното:

Производството е по реда на чл.258 и сл. от ГПК. С решение № 448/03.04.2019 г., постановено по гр.д. № 2126/2018 г. Пазарджишкият районен съд е осъдил Национална здравноосигурителна каса /НЗОК/, ЕИК: 121858220, със седалище и адрес на управление: гр. София, ул. „Кричим“ № 1, чрез РЗОК – Пазарджик, да заплати на МБАЛ „Хигия-Север“ООД - гр. Пазарджик, ЕИК- 112511199, представлявано от управителя Ц.С.С., сумата от 4149.00 лв., представляваща стойността по извършена и отчетена медицинска дейност по индивидуален договор за месец май на 2015 г., обективизирана като неизплатен остатък за съответния месец, ведно със законната лихва от датата на предявяване на иска /31.05.2018 г./ до окончателното изплащане, както и сумата от 1229.19 лв., представляваща обезщетение за закъсняло плащане /мораторна лихва/ върху главницата, изтекла за периода от 30.06.2015 г. до датата на предявяване на иска /31.05.2018 г./.

Осъдил е Национална здравноосигурителна каса да заплати на МБАЛ „Хигия-Север“ООД - гр. Пазарджик разноски по делото в размер на 995.13 лева.

Против така постановеното решение в законния срок е постъпила въззивна жалба от НЗОК с оплаквания за незаконосъобразност. Основният довод в жалбата е, че исковата сума никога не е била фактурирана от МБАЛ „Хигия-север“ ООД и съответно не е била дължима. Наред с това се навеждат доводи от законодателната уредба на дейността на НЗОК в подкрепа на основния извод за недължимост на сумите. Жалбоподателят е развил доводи относно същността на договора, сключен между страните и в заключение е заявил, че съдът неправилно е осъдил НЗОК да заплати посочената сума. В жалбата подробно се обсъжда устройството и дейността на НЗОК и редът, по който се заплащат дейностите на лечебните заведения по сключените с касата договори. Искането е решението на РС да бъде отменено, вместо което да бъде постановено ново, с което предявеният иск бъде отхвърлен като неоснователен, ведно с присъждане на разноските за двете съдебни инстанции.

В законния срок е постъпил писмен отговор от МБАЛ „Хигия-Север” ООД - гр. Пазарджик с искане обжалваното решение да бъде потвърдено като правилно и законосъобразно. Изложени са доводи във връзка с твърденията на жалбоподателя. Претендират се разноски.

Окръжният съд след като се запозна с твърденията, изложени във въззивната жалба и писмения отговор, като обсъди и анализира събраните по делото доказателства, като взе предвид становищата на страните, изразени в съдебно заседание и в писмените защиты и при спазване разпоредбата на чл.235 от ГПК, прие за установено следното:

В исковата си молба против НЗОК ищецът МБАЛ „Хигия-Север” ООД - гр. Пазарджик е твърдял, че между Многопрофилна болница за активно лечение "ХИГИЯ-СЕВЕР" ООД с предишно наименование МБАЛ "СВЕТА ЕКАТЕРИНА" ООД и ответника е сключен договор ИД № 13/РД-29-423/25.02.2015 г., с предмет: оказване на болнична помощ по клинични пътеки /КП/ със срок - срока на действие на Националния рамков договор /НРД/ за медицинска дейност /МД/ за 2015 год., както и различни споразумения, като относими към процесния период са: ДС № 2/25.03.15 г., считано от 23.03.15 год., ДС № 3/14.04.2015 год., считано от 20.03.2015 год., с които се изменя Приложение № 2 "Стойности на дейности в БМП, медицински изделия в БМП и лекарствени продукти за лечение на злокачествени заболявания на БМП" към договор № 13/РД-29-423/25.02.2015 год. По силата на този договор и анексите към него ответникът, като възложител, имал задължението да заплаща извършената и отчетена болнична медицинска помощ от изпълнителя, съгласно чл.3, ал.1, т.3 от индивидуалния договор /ИД/ и чл.2, ал.1, т.7 от НРД 2015 год., като в чл.35 на ИД било записано, че плащането се извършва до 30-то число на месеца, следващ отчетния. На основание чл.29 от НРД за 2015 год. лечебното заведение, изпълнител на медицинска помощ, имало право да получи в срок и в пълен размер заплащане за извършените дейности при условията и по реда на сключения между страните договор, като НРД за 2015 год. не предвиждал ограничение или разделяне на дължимото на под определени стойности и/или над определени стойности, наречени още „надлимитни стойности", а определял заплащането „в пълен размер“ за извършена медицинска помощ на здравноосигурени лица/ЗОЛ/. Към момента на подаване на исковата молба ответникът не бил изпълнил задължението си към ищеца и не бил изплатил цялата сума за месец май на 2015 год., дължима за оказване на болнична помощ по КП на здравно осигурени лица, извършена и отчетена в РЗОК-Пазарджик, като дължимият неплатен остатък бил в размер на 4149.00 лв. Ищецът е твърдял, че съгласно чл.17, ал.10 от Методиката за заплащане на дейностите в болничната медицинска помощ по Приложение № 2Б към ПМС №57/16.03.2015 год., отчетената в ежедневно подадените електронни отчети дейност се приема в системата на НЗОК, като след окончателната обработка за календарния месец в срок до 17.00 ч. на седмия работен ден, следващ отчетения месец, РЗОК изпраща по електронен път на изпълнителя месечно известие за отхвърлената от заплащане дейност, лекарствени продукти, мед. изделия и др. (за 10 бр. КП на стойност 4610 лв.) и съответните основания за отхвърлянето им, като в настоящия случай е посочено следното основание: съгласно чл.21, ал.7 от Приложение № 2Б към чл.2 от Методика за заплащане на дейностите в БМП към ПМС 57/16.03.2015 г. Следователно, в изпълнение на сключения договор между доверителя и ответника за 2015 год. МБАЛ "ХИГИЯ-СЕВЕР" ООД е извършила и отчела съответните медицински дейности и същата

е приета успешно. След получаване на въпросната справка, с писмо с изх. № 116/10.06.2015 год. на болницата до директора на РЗОК-Пазарджик е предоставена и на хартиен носител нужната отчетно - финансова документация за извършената медицинска дейност за процесния месец май на 2015 год., като ЛЗ по искане на ответника е извършило корекция и е предоставило фактура № 0000000707 от 10.06.2015 год. и спецификация към нея на стойност 129 776.00 лв., само за одобрената от РЗОК за заплащане сума. С дебитно известие № 0000000708/11.06.2015 г. и спецификация към него, РЗОК е изплатила и сумата от 461.00 лв. Остатъкът от неизплатената част по извършената и отчетена дейност по КП съгласно спецификация за периода от 01.05.15 г. до 30.05.2015 г. и наличните справки, възлизал на 4149.00 лв.

Ищецът е твърдял, че отказът за плащане на процесната сума се основавал единствено на липсата на средства в бюджета на НЗОК, а не бил обвързан с друга причина във връзка със задълженията на доверителя по Индивидуалния договор за оказване на БП по КП по НРД за МД 2015 год. Твърдял е още, че по отношение на посоченото вземане ответникът е в забава, считано от момента, в който е следвало да заплати задължението си. Съгласно чл.35 от ИД ответникът е трябвало да заплати извършената и отчетена през м. май 2015 г. дейност до 30-то число на месец юни 2015 г., т.е. забавата е от тази дата (чл.3, чл.2 от ИД). От този начален момент на забава до датата на предявяване на иска била изтекла мораторна лихва по чл.86 ЗЗД в размер на 1229.19 лева.

Искането е да бъде постановено решение, с което да бъде осъден ответникът да заплати следните суми: сумата от 4149.00 лв., представляваща стойността по извършена и отчетена медицинска дейност по индивидуален договор за месец май на 2015 г., обективирана като неизплатен остатък за съответния месец ведно със законната лихва от датата на предявяване на иска до окончателното изплащане, сумата 1229.19 лв., представляваща обезщетение за закъсняло плащане /мораторна лихва/ върху главницата, изтекла за периода от 30.06.2015 г. до датата на предявяване на иска. Претендират се разноски.

В срока по чл. 131, ал. 1 ГПК е постъпил писмен отговор с искане претенциите да бъдат отхвърлени като неоснователни. Поддържа се, че ищецът аргументирал своите претенции, твърдейки, че допълнително споразумение № 2/25.03.2015 г. в сила, считано от 23.03.2015 г., допълнително споразумение № 3/14.04.2015 г. в сила считано от 20.03.2015 г. с които се изменяло Приложение № 2 озаглавено: „Стойност на дейностите в болничната медицинска помощ /БМП/, медицинските изделия в БМП и лекарствени продукти за лечение на злокачествени заболявания, в условията на БМП" към договор за оказване на болнична помощ по клинични пътеки № 13/РД-29-423/25.02.2015 г. /наричано по-долу за краткост „Приложение № 2 към договор № 13/РД-29-423/25.02.2015 г./, били предоставени несвоевременно на ищеца от страна на ответника по делото, поради което ищецът бил лишен от възможността да прецени какъв обем от дейности можел да извърши през процесния период.

Поддържа се, че страните по договора не са равнопоставени поради обстоятелството, че НЗОК действала в качеството си на административен орган, което означавало, че между страните по договора липсвал елементът на договаряне.

Твърди се, че по силата на допълнително споразумение № 2 към договор № 13/РД-29- 423/25.02.2015 г., подписано от страните по договора на 25.03.2015 г., ищецът

много преди началото на м. май 2015 г. бил информиран за средствата, до които е можел да отчита дейност през процесния период. Тези средства дори били увеличени от страна на НЗОК с допълнителни споразумения. С Допълнително споразумение № 3/14.04.2015 г. към договор № 13/РД-29-423/25.02.2015 г. не бил изменян бюджетът, който бил определен на ищеца с приложение № 2 към същия договор. Въпреки това споразумение № 3/14.04.2015 г. към договор № 13/РД-29-423/25.02.2015 г. имало отношение към предмета на спора, но не защото с него било изменено приложение № 2 от договора, а защото с него били актуализирани текстове от договор № 13/РД-29-423/25.02.2015 г., имащи отношения към реда и лимитите, до които фирмите, пожелали да сключат договори с НЗОК, могат да отчитат извършената от тях дейност.

Оспорва се истинността на представените към исковата молба писмени доказателства. Твърди се, че не е налице и твърдяната от ищеца липса на елемент на договаряне между страните по договор № 13/РД-29-423/25.02.2015 г. В Раздел VII от Закона за здравното осигуряване бил записан редът, по който протичало договарянето между представителите на НЗОК и БЛС за приемането на Национален рамков договор. След приемането на Национален рамков договор /НРД/ се изготвяли и Типови договори, които съгласно чл. 24, ал.1 от НРД 2015 г. за МД се утвърждавали от управителя на НЗОК след съгласуване с председателя на УС на БЛС. Тези условия, видно и от приложения към исковата молба договор № 13/РД-29-423/25.02.2015 г., били спазени. Тоест НЗОК, в качеството си на административен орган, е спазила нормативно определените правила за поведение при договарянето с фирмите, желаещи да получават заплащане от държавните средства, определени за здравеопазване за извършваната от тях дейност. Твърди се, че ищецът сам изявил желание да сключи типов договор с НЗОК по реда на НРД 2015 г. за МД. Това станало чрез подадено от него пред РЗОК - Пазарджик - заявление за сключване на договор с НЗОК с техен изх. № 31/30.01.2015 г. и вх. № 13/29-02-103/30.01.2015 г., с което ищецът изразил своето съгласие за сключване на договор по реда на НРД 2015 г. за МД. Не отговаряли на истината твърденията на ищеца, че НЗОК не му била изплатила цялата сума за дейността, отчетена от него през месец май 2015 г. по договор № 13/РД-29-423/25.02.2015 г., като дължимият остатък възлиза на 4149 лв. Претендират се разноски.

Не е спорно между страните, а се установява от събраните по делото доказателства, че ищецът МБАЛ „Хигия-Север”ООД - гр. Пазарджик е регистриран като лечебно заведение за болнична медицинска помощ и в това си качество е сключил индивидуален договор за оказване на болнична помощ по клинични пътеки с ответника. От приетия по делото Индивидуален договор за оказване на болнична помощ по клинични пътеки № 13/РД-29-423 от 25.02.2015 г. се установява, че същият е сключен между Многопрофилна болница за активно лечение /МБАЛ/ "ХИГИЯ-СЕВЕР" ООД с предишно наименование МБАЛ "СВЕТА ЕКАТЕРИНА"ООД, в качеството му на лечебно заведение за оказване на болнична помощ по ЗЛЗ и ответника, чрез директора на РЗОК-Пазарджик, в качеството му на осъществяващ по силата на ЗЗО /задължително здравно осигуряване/. Предмет на сключения между страните договор е оказване на болнична помощ по клинични пътеки /КП/ със срок - срокът на действие на Националния рамков договор /НРД/ за медицинска дейност/МД/ за 2015 год. Като доказателство по делото са приложени Допълнително споразумение № 2/25.03.2015 г., и Допълнително споразумение № 3/14.04.2015 год., с които се изменя Приложение № 2 "Стойности на дейности в БМП, медицински изделия в

БМП и лекарствени продукти за лечение на злокачествени заболявания на БМП" към договор № 13/РД-29-423/25.02.2015 год. Видно от приетото по делото придружително писмо с изх. № 116 от 10.06.2015 г., същото е било изпратено от управителя на МБАЛ „Света Екатерина“ООД - гр. Пазарджик до директора на РЗОК - гр. Пазарджик, като с него болницата е предоставила и на хартиен носител нужната отчетно-финансова документация за извършената медицинска дейност за процесния месец май на 201 год., като лечебното заведение, по искане на ответника, е извършило корекция и е предоставило фактура № 0000000707 от 10.06.2015 год. и спецификация към нея на стойност 129 776.00 лв., само за одобрената от РЗОК за заплащане сума. С дебитно известие № 0000000708/11.06.2015 г. и спецификация към него /приложени по делото/, РЗОК е изплатила сумата от 461.00 лв. Остатъкът от неизплатената част по извършената и отчетена дейност по КП съгласно спецификация за периода от 01.05.15 г. до 30.05.2015 г. и наличните справки, възлиза на стойност 4149.00 лв. Като доказателства по делото са представени и приети от съда месечна справка, съдържаща отхвърлената от заплащане дейност по КП на основание чл.21, ал.7 от Приложение № 2Б към чл.2 от Методиката по заплащане на дейностите; месечна справка за месец май, 2015 г. и счетоводна справка.

За изясняване на спора от фактическа страна по делото е допусната и приета икономическа експертиза, която е установила, че през месец юни 2015 г. за отчетената медицинска дейност на ищеца през месец май 2015 г. ответникът е изплатил 129 776 лв. по фактура 707 от 10.06.2015 г. и 461.00 лв. по ДИ № 708 от 11.06.2015 г. към фактура 707 от 10.06.2015 г. Останала е неразплатена извършена и отчетена медицинска дейност на ищеца пред РЗКО за месец май 2015 г. Сумата, представляваща нефактурирана и незаплатена извършена дейност по КП била в размер на 4149.00 лв., покриваща 9 броя лечебна дейност по клинична пътека № 7 съгласно справката. Мораторната лихва за забава на плащане на главница от 4149.00 лв. за периода от 30.06.2015 г. до 31.05.2018 г. е в размер на 1230.43 лв.

Въз основа на така приетото за установено от фактическа страна съдът намира обжалваното решение за валидно и допустимо, тъй като не страна от пороци, обосноваващи неговата нищожност или недопустимост.

Разгледана по същество въззивната жалба е неоснователна по следните съображения:

Няма спор, че през месец май 2015 г. ищецът е предоставил на здравноосигурени лица медицинска помощ по клинични пътеки, включени в основния пакет от здравни дейности, гарантиран от бюджета на НЗОК. Установено е също от представените доказателства, както и от приетото по делото и неоспорено от страните заключение на счетоводната експертиза, че през периода 01.05.2015 г. до 31.05.2015 г. МБАЛ "ХИГИЯ-СЕВЕР" ООД е реализирала медицинска дейност по клинични пътеки и вложила медицински изделия на обща стойност 134 386 лева, описани в приложените спецификации и фактури, а от експертизата на вещото лице се установява и размерът на останалата незаплатена част от сумата за извършени през периода дейности. Няма спор между страните, че изпълнителят МБАЛ "ХИГИЯ-СЕВЕР" ООД е представил отчетните документи съгласно реда, условията и сроковете, утвърдени в Методиката за остойностяване на дейностите в болничната помощ и сключения между страните договор, както и че нито една от отчетените дейности не е отхвърлена като неизпълнена.

Според твърденията на ищеца, заради утвърдения с договора и анексите към него лимит за медицинските дейности НЗОК не е предвидила средства и не е заплатила разликата от 4149 лв. до пълната стойност на действително извършените през този месец от лечебното заведение медицински услуги.

На 25.03.2015 г. и на 14.04.2015 г. страните сключват Анекс № 2 и Анекс № 3 към Договор № 13/РД-29-423/25.02.2015 год. по отношение на Приложение № 2, с които се изменя Приложение № 2 "Стойности на дейности в БМП, медицински изделия в БМП и лекарствени продукти за лечение на злокачествени заболявания на БМП" към договор № 13/РД-29-423/25.02.2015 год. С ДС № 2 от 25.03.2015 г. съществуващото към момента на подписване на договора Приложение № 2 е заменено с ново Приложение № 2, утвърждаващо стойностите за заплащане на дейностите за болнична помощ през месеците януари-декември 2015 г. Факт е, че към датата на сключване на договора - 25.02.2015 г., за същия период в Приложение № 2 липсва определена годишна обща стойност на разходите на изпълнителя, разпределена по месеци по реда на чл. 4 ЗБНЗОК. Това е така, защото към посочената дата процедурата по определянето на тези стойности, регламентирана в Правилата за условията и реда за определяне и изменение на стойностите им по чл. 4, ал. 1, т. 1 и т. 2 и използване на средства от резерва по чл. 1, ал. 2 ЗБНЗОК за 2015 г., приети <sup>✓</sup>Решение на НС на НЗОК № РД-НС-04-9/27.01.2015 г., не е била завършена. Процедурата е завършена едва към 23.03.2015 г., когато е подписан и Анекс № 2 от 25.03.2015 г. с който е прието Приложение № 2 към процесния договор между страните за оказване на болнична медицинска помощ по клинични пътеки.

Основното възражение, поддържано от ответника е, че претендираните с предявените искове суми са били недължими, тъй като се отнасяли до извършена от ищеца медицинска дейност, чиято стойност не отговаряла на определените в Приложение № 2 на договора стойности на дейностите в болничната медицинска помощ, които следва да се заплатят през 2015 г. Действително в разпоредбата на чл. 20, ал. 1 от процесния договор, са изчерпателно изброени условията, при които възложителят НЗОК изплаща на изпълнителя извършените медицински услуги по клинична пътека, като едно от условията, съдържащо се в т. 6 предвижда, че плащането се дължи, ако извършената и отчетена дейност по клинични пътеки е в рамките на стойностите, посочени в <sup>✓</sup>Приложение № 2. Подобни ограничения във връзка със заплащането стойността на извършените и отчетени от изпълнителите на медицинските дейности се съдържат и в разпоредбата чл. 40, ал. 3 от договора, която не допуска изпълнителят да отчита с финансово-отчетни документи дейности, лекарствени продукти и/или медицински изделия, които са на стойност, "надвишаваща стойностите за съответния месец в Приложение № 2", освен ако не са налице "случаи на спешна диагностика и лечение"; а също и в разпоредбата на чл. 42, ал. 1, според която стойността на финансово-отчетни документи по чл. 28 и чл. 52, ал. 1, не следва да надвишава размера на определените стойности на изпълнителя по реда на чл. 4 ЗБНЗОК за 2015 г.

Въпреки наличието на посочените изисквания, с които на практика се лимитира стойността на извършваните от болницата медицинските дейности за съответните месеци в рамките на определения от НЗОК бюджет, не би могло да се приеме, че действително извършените през месец май 2015 г. дейности, надвишаващ определения лимит, не подлежат на заплащане.

Съгласно чл. 52 от Конституцията, гражданите имат право на здравно осигуряване, гарантиращо им достъпна медицинска помощ и на безплатно ползване на медицинско обслужване при условия и по ред, определени със закон. Здравеопазването на гражданите се финансира от държавния бюджет, от работодателите, от лични и колективни осигурителни вноски и от други източници при условия и по ред, определени със закон.

Съгласно чл. 2, чл. 4, чл. 35 ЗЗО, на задължително здравноосигурените лица, които не са страна по договорите, сключени между НЗОК и съответното лечебно заведение, не само е предоставен пакет от здравни дейности, но и свободен избор на изпълнител на тези дейности. В тази връзка НЗОК е длъжна да заплаща всички дейности в обхвата на този пакет на избрания от здравно осигуреното лице изпълнител, за което НЗОК разполага с определен бюджет – чл. 22 и сл. ЗЗО.

Съгласно разпоредбата на чл. 29 ЗЗО със Закона за бюджета на НЗОК, който се приема ежегодно от Народното събрание, задължително се определят и размерът на задължителната здравноосигурителна вноска, приходите и разходите по бюджетна класификация, както и диференцираните разходи по здравноосигурителните плащания за различните видове медицинска помощ, медицински дейности, лекарствени продукти и пр. В този бюджет за съответната година задължително се предвижда резерв за непредвидени неотложни разходи, средствата от който се разходват за заплащане на разходи в случай на значителни отклонения от равномерното разходване на бюджетните средства - чл. 25 и чл. 26, ал. 2 ЗЗО. В същия смисъл е и разпоредбата на чл. 4, ал. 4 ЗБ на НЗОК за 2015 г., която предвижда, че решенията за корекция на стойностите и използване на средствата от резерва са изцяло и единствено в компетенциите на НЗОК и се вземат от Надзорния съвет, съобразно приети от него правила.

Произтичащите от посочените императивни разпоредби, както и от съдържащите се в сключените между страните договори задължения за изпълнителите на болнична медицинска помощ, изключват възможността същите да отказват предоставянето на такава помощ в рамките на гарантирания пакет на избралите ги здравноосигурени лица, на каквото и да е основание, в това число и поради изчерпване на средствата от разпределените им лимитирани бюджети. Липсата на подобна възможност означава, че разходването на бюджета в един по-ранен момент не лишава здравноосигурените лица от правото им да ползват гарантирания от закона, чрез бюджета на НЗОК, пакет болнична медицинска дейност чрез обявен свободен избор на болница изпълнител, нито е основание, освобождаващо изпълнителя от задължението му, да оказва тази помощ. Напротив, в чл. 5, т. 1, т. 3, т. 5, т. 8 от договора изрично е въведено изискване ищецът, в качеството му на изпълнител, постоянно да осигурява договорената болнична медицинска помощ на здравно осигурени лица; разпоредбата по т. 9 изисква "непрекъснато 24-часово изпълнение на лечебната дейност по медицински специалности, съгласно разрешението за осъществяване на лечебна дейност", а от друга страна нормата по т. 10 забранява искането на допълнително заплащане от посочените лица, независимо от това, дали предоставеният от НЗОК месечен лимит е бил изчерпан или не. В още по-голяма степен този извод важи за медицинските дейности, извършени през период, за който, поради забавяне на възложителя, не е била определена стойността на разходите за съответния месец по чл. 4, ал. 1 ЗБНЗОК. Липсата на предвидени средства за осъществяването на медицинска дейност през определен период, както е в настоящия случай, не освобождава изпълнителя

от задължението му да оказва медицинска помощ и да осъществя възложените му с договора дейности.

След като извършването и отчитането на медицинските дейности от страна на болницата съответства на предмета и условията на договора, не може да се приеме, че превишаването на определените с Приложение № 2 към договора месечни, респ. тримесечни стойности на дейностите в БМП и изобщо на бюджетната рамка за съответната година, съставлява такова неизпълнение на индивидуалния договор, което да освобождава възложителя от задължението за заплащането им над определения лимит. С превишението на тези стойности болницата не е надхвърлила обема на възложената й работа, доколкото не НЗОК, а здравноосигуреното лице е с безусловно признато му от закона право да ползва пакета от здравни дейности, както и свободно да избира изпълнител на тези дейности. Следователно, превишените стойности на надлежно оказаната от изпълнителя болнична медицинска помощ не могат да останат и не е предвидено да останат неразплатени.

Напротив, за заплащането на такива стойности са били предвидени средства (общо в размер на сумата 301 898 000 лева) от резерва по бюджета на НЗОК, включително за "непредвидени и неотложни разходи" (чл. 1, ал. 2, т. 1. 4. ЗБ на НЗОК за 2015 г.), за което НС на НЗОК е следвало да вземе съответните решения по чл. 4, ал. 4, ЗБНЗОК за 2015 г., като при доказана невъзможност е нямало пречка това да стане в рамките на бюджета на НЗОК и за следващи години. Нещо повече, съгласно заключението на икономическата експертиза към 31.12.2015 г. НЗОК е отчела излишък в размер на 7 327 657 лв., изразяващ се в превишение на приходите над разходите за календарната година. Оказаната медицинска дейност е била от категорията на гарантираните и за нея задължително е следвало да има бюджетно предвиждане за плащане, при това в рамките на финансовата 2015 г. Неспазването на посоченото изискване по чл. 21, ал. 4 от Методиката - невключването на пациентите в листата на чакащите – не обосновава извод за недължимост на плащането въобще. Нуждаещите се здравноосигурени лица, на които болничната помощ е била престирана, биха я получили през същия месец в случай, че бяха избрали друго болнично заведение, ненадхвърлило лимита за хоспитализации или в съответния по-късен момент, но отново в рамките на същата 2015 г. – ако бяха включени в листата на чакащите по чл. 21, ал. 4 от Методиката. И в двата случая обаче се дължи плащане от бюджета на НЗОК за 2015 г., тъй като извършените от изпълнителя дейности са били в обхвата на гарантирания на здравноосигурените лица пакет здравни дейности, а възложителят НЗОК е разполагал с възможността по чл. 26, ал. 2 ЗЗО и чл. 4, ал. 4 ЗБ на НЗОК за 2015 г.

В последна сметка изводът, който се налага е, че стойността на всяка доказано извършена лечебна дейност по Приложение № 2 на договора следва да бъде заплатена от възложителя.

Неоснователно е възражението, че сумата е недължима, тъй като не била фактурирана от ищеца. Както беше посочено по-горе извършените през м. май 2015 г. дейности са отчетени и изцяло пристигли от НЗОК, което вече е основание за тяхното заплащане. В краен случай те са станали изискуеми с факта на подаване на исковата молба.

Като е достигнал до подобни изводи, районният съд е постановил правилно решение, което следва да бъде потвърдено. На основание чл.272 от ГПК настоящата съдебна инстанция се присъединява към мотивите изложени от районния съд.

С оглед изхода на спора в полза на въззиваемия ще следва да се присъдят направените във въззивното производство деловодни разноси, които, според представения списък и доказателства за извършването им, възлизат на 600 лева.

На основание чл.280, ал.3, т.1 от ГПК настоящото решение се явява окончателно и няма да подлежи на касационно обжалване.

Като взе предвид гореизложеното, Пазарджишкият окръжен съд

## **Р Е Ш И :**

**ПОТВЪРЖДАВА** решение № 448/03.04.2019 г., постановено по гр.д. № 2126/2018 г. по описа на Пазарджишкия районен съд.

**ОСЪЖДА** Национална здравноосигурителна каса /НЗОК/, ЕИК: 121858220, със седалище и адрес на управление: гр. София, ул. „Кричим“ № 1, чрез РЗОК – Пазарджик, **ДА ЗАПЛАТИ** на МБАЛ „Хигия - Север“ ООД - гр. Пазарджик, ЕИК 112511199, представлявано от управителя Ц.С.С., сторените деловодни разноси във въззивна инстанция в размер на **600 лева /шестстотин лева/**.

**Решението не подлежи на касационно обжалване.**

**ПРЕДСЕДАТЕЛ:**

**ЧЛЕНОВЕ:**

# РЕШЕНИЕ

№ 112

02.04.2019г., гр. Пазарджик

## В ИМЕТО НА НАРОДА

**ПАЗАРДЖИШКИЯТ ОКРЪЖЕН СЪД**, в публично заседание на двадесети март през две хиляди и деветнадесета година, в състав:

**Председател:** Мина Трънджиева

**Членове:** Венцислав Маратидов  
Димитър Бозаджиев

в присъствието на секретаря Галина Младенова, като разгледа докладваното от съдията Бозаджиев в.гр.д.№117 по описа за 2019г., за да се произнесе, взе предвид следното:

**Производството е по реда на чл. 258 и сл. от ГПК.**

С Решение № 1416/30.11.2018г., постановено по гр.д.№ 1667/2018г. по описа на РС-Пазарджик е осъдена Национална здравно осигурителна каса, с Булстат 121858220, представлявана от Й.М.К.- Директор на РЗОК гр.Пазарджик, със седалище: гр.Пазарджик, ул.“11-ти август“ 2, п.к.234, да заплати на „Пълмед“ ООД, ЕИК:112596309, с управител д-р Й.Л.П., със седалище и адрес на управление: гр.Пловдив, район Западен, ул.“Перушица“ №1А, със съдебен адрес:\*\*\*- адв.В.Т., сумата от 2078лв., представляваща неизплатена част от дължимото възнаграждение за оказана медицинска помощ на ЗЗОЛ за месец април 2015г. по сключен индивидуален Договор за оказване на болнична помощ по клинични пътеки № РД- 29-422/05.03.2015г., ведно със законната лихва от подаване на исковата молба-02.02.2018г. до окончателното ѝ изплащане, както и сумата от 633,42лв.- деловодни разноски.

Против това решение е постъпила въззивна жалба от НЗОК, с управител д-р Д.Д., чрез упълномощения от него старши юрисконсулт в РЗОК- Пазарджик М.М..

Твърди се в същата, че обжалваното решение е неправилно поради нарушение на материалния закон, съществено нарушение на съдопроизводствените правила и е необосновано.

Сочи се, че неправилен е фактическия извод на съда, че по делото не е било установено дейността предмет на спора да е представлявала „отхвърлена от заплащане дейност“ по смисъла на Методиката по приложение №2Б от ПМС №57/2015г. Мотивите му, които са развити от съда противоречат на установената по делото фактическа обстановка, което води до необоснованост и оттам на неправилност на решението.

Необосновано се явява решението в частта, с която съдът е приел, че не споделя възраженията на ответника по делото за приложимостта на Решение №2 по к.д.№12/2006г. на КС в разглеждането съдебно производство.

В случая, съдът е направил своите изводи в противоречие с правните и логически правила при тълкуването на доказателствените факти изложени по отношение на приложимостта на това решение. Счита се, че това решение е приложимо в разглеждания казус.

Приема се, че обжалваното решение е неправилно, поради нарушение на материалния закон, тъй като първоинстанционния съд неправилно е изтълкувал волята на страните сключили Договор за оказване на болнична помощ по клинични пътеки с № 13/РД-29-422/05.03.1015г., т.е. неправилно е приложил правилата разписани в чл.20 от ЗЗД.

Визира се, че съдът се е позовал на разпоредбата на чл.22 от Приложение № 2Б от ПМС № 353/2012г., но този текст няма нищо общо с разглеждания спор, защото е бил отменен много преди настъпването на процесния период.

Твърди се, че тълкуването на правните норми в обжалваното решение е направено в нарушение на принципа на приложното поле на нормите и разделението им на общи /*lex generalis*/ и специални /*lex specialis*/, защото не е било спазено правилото, че *lex specialis derogate lex generalis*.

В тази насока се сочи, че съдът не е взел под внимание, че цитираните от него текстове на чл.5 и чл.35 от ЗЗО са общи по своя вид. Те нямат пряко отношение към реда, начина и условията при които НЗОК има правото да заплати отчетената от изпълнителя дейност по договора с НЗОК.

Цитират се специални норми, а именно чл.20, т.6 от договора подписан с НЗОК, Постановление № 57/16.03.2015г. на Министерския съвет за приемане на методики за стойностяване и за заплащане на медицинска помощ по чл.22, ал.2, т.2 от ЗЗО, чл.22, ал.1 от Приложение №26 от ПМС №57/2015г.

Приема се, че тези цитирани норми съдържат специалните основания определящи реда и размера, до който се заплаща дейността отчетена по договорите сключени с НЗОК през месец април и следващите месеци от 2015г.

В контекста на изложеното се обръща се внимание и на текстът на чл.4, ал.1, т.1 от ЗБНОК за 2015г.

Счита се, че анализът на цитираните по-горе разпоредби води до извода, че обхватът и обемът на медицинската помощ трябва да бъдат определени, т.е. да не са неограничени.

Приема се, че необосновани са мотивите на районния съд, че дейността отчетена от ищеца в превишение на определените му средства, подлежи на заплащане от страна на НЗОК чрез решение на НС на НЗОК.

Сочи се, че условията при които НС на НЗОК може да разходва бюджетния резерв предвиден в ЗБНЗОК е разписан в чл.10 от Правила за условията и реда за определяне и изменение на стойностите по чл.4, ал.1, т.1 и т.2 за използване на средства от резерва по чл.1, ал.2, ред 1.4 от Закона за бюджета на национално здравноосигурителна каса за 2015г., приети от НС на НЗОК с Решение №РД-НС-04-9/27.01.2015г., на основание чл.4, ал.4 от ЗБНЗОК за 2015г.

Счита се, че от анализа на горесцитираните правила е видно, че решенията на НС на НЗОК са управленски и се вземат в условията на оперативна самостоятелност, т.е. не подлежат на съдебен контрол. Тези правила са приети на основание ЗБНЗОК, който е нормативен акт и който на основание чл.29 от ЗЗО се приема от Народното събрание и също представлява управленски акт, който не подлежи на съдебен контрол. При преценка на който и да е закон за бюджета, трябва да се има предвид, че той е отражение на икономическото състояние на държавата.

Твърди се, че съдът не е взел под внимание горепосочените факти, като по този начин е постановил своето решение в условията на очевидна неправилност поради нарушаване на един от основополагащите принципи на правото, правилата на формалната логика и явна

необоснованост. Приема се, че това е така, тъй като в мотивите на обжалваното решение не е осъществен контрол по законосъобразността на поставения за разглеждане правен въпрос, а вместо това е извършен контрол върху целесъобразността на решенията на НС на НЗОК по отношение разходването на средствата предвидени в ЗБНЗОК и върху актове на Народното събрание на РБ засягащи икономическото състояние на Държавата.

Визира се, че в мотивите си районния съд е установил фактите по спора, отнасящи се до превишението на бюджета определен от НЗОК на ищеца през процесния период, както и нормативните разпоредби, свързани с реда за заплащане на отчетените пред НЗОК дейности. Въпреки това, първата инстанция е направила неправилни фактически и правни изводи, базирани върху тези факти, което обстоятелство прави обжалваното решение необосновано, а оттам и неправилно.

Моли се да бъде отменено обжалваното решение и се постанови друго такова с което бъде отхвърлен предявения иск.

Моли са за присъждане на направените съдебно- деловодни разноски пред двете инстанции в пълен размер.

В съдебно заседание, пред въззивния съд, за жалбоподателят НЗОК, се явява юриск.М..

От страна последния се поддържа подадената въззивна жалба. Моли се за нейното уважаване, като се отмени обжалваното решение, като неправилно, незаконосъобразно и неоснователно. В представени писмени бележки се излагат съображения в тази насока. Моли се за присъждане на направените разноски, съобразно представен списък.

Ответникът по въззивната жалба- УМБАЛ „Пълмед“ ООД, редовно призован не се явява законен представител. За последния се явява пълномощника му адв.Т.. От негова страна се моли, да бъде оставена без уважение подадената въззивна жалба, като се потвърди постановеното решение на районния съд, като правилно и законосъобразно. В представена в срок писмена защита се излагат подробни доводи. Моли се за присъждане на разноски направени пред настоящата инстанция.

**Пазарджикският окръжен съд, след като обсъди събраните по делото доказателства поотделно и в тяхната съвкупност, ведно с доводите и становищата на страните, и в съответствие с правомощията си, регламентирани в чл. 269 от ГПК, намира за установено следното:**

Пред първоинстанционният съд делото е образувано по предявен иск от УМБАЛ „Пълмед“ ООД, с управител д-р Й.Л.П., против НЗОК, представлявана от Й.М.К.- Директор на РЗОК гр.Пазарджик, с правно основание чл.79 от ЗЗД, във в. с чл.45, ал.1, т.3, предл. второ от ЗЗО и чл.86 от ЗЗД.

Твърди се, че ищецът УМБАЛ „Пълмед“ ООД е лечебно заведение за болнична помощ, регистрирано по Търговския Закон и по Закона за лечебните заведения и осъществява дейността си, съгласно Разрешение за лечебна дейност № МБ-293 от 21.04.2016г., издадено от Министъра на здравеопазването.

Твърди се, че Национална здравно осигурителна каса /НЗОК/ е юридическо лице и е с предмет на дейност- осъществяване на задължително здравно осигуряване, съгласно чл.6, ал.1 от Закона за здравното осигуряване /ЗЗО/.

Сочи се, че Районна здравноосигурителна каса /РЗОК/ гр.Пазарджик е организационна структура на НЗОК, със седалище: областния център на област Пазарджик, съгласно чл.6, ал.2 от ЗЗО, чл.19, ал.1 и чл.36, ал.1 от Правилника за устройството и

дейността на НЗОК /ПУДНЗОК/ и чл.2, ал.1 от Правилника за устройството и дейността на РЗОК /ПУДРЗОК/ и второстепенен разпоредител с бюджетни средства на НЗОК.

Визира се, че съгласно чл.6, т.3 и чл.7, т.2 от Правилника за устройството и дейността на НЗОК, една от основните дейности и функции на РЗОК била да сключва индивидуалните договори с изпълнителите на медицинска помощ на територията на съответната районна каса. РЗОК се управлява от директор, който бил второстепенен разпоредител с бюджетни средства на НЗОК. Директорът на РЗОК, съгласно чл.20, ал.1, т.4 и чл.59, ал.1 от ЗЗО, чл.39, т.5 и т.11 от ПУДНЗОК и чл.4, ал.4, т.4 и т.5 от ПУДРЗОК, сключва договорите с изпълнителите на медицинска помощ на територията на РЗОК и осъществява плащанията на изпълнителите по реда и в сроковете, предвидени в ИР Д и сключените индивидуални договори.

Сочи се, че към 03.12.2015г., МБАЛ „Здраве“ ООД е извършила промяна на правно индивидуализиращите си белези и съгласно Актуалното състояние от Агенция по вписванията, Търговски регистър се идентифицира като УМБАЛ „Пълмед“, МС „Здраве 44 Пазарджик“ ООД, ЕИК: 1125963091100, със седалище и адрес на управление: гр.Пазарджик, ул.“К. Величков“ № 50, с управители д-р Ц.Л.и М.Д.. УМБАЛ „Пълмед“ ООД- Медицинска структура „Здраве“ гр.Пазарджик е вписано като клон на УМБАЛ „Пълмед“ ООД, със самостоятелен ЕИК, седалище и адрес на управление, както и с отделен управител.

Твърди се, че УМБАЛ „Пълмед“ ООД- клон МС „Здраве“ Пазарджик, в качеството си на самостоятелно лечебно заведение за болнична помощ на основание чл.59, ал.1 от ЗЗО и в съответствие с ИРД МД 2015г. е сключило Договор за оказване на болнична помощ по клинични пътеки № 13/РД-29-422/05.03.2015г. с НЗОК, БУЛСТАТ: 121858220, представлявана от Директора на РЗОК гр.Пазарджик.

Визира се, че съгласно предмета на Договор за оказване на болнична помощ по клинични пътеки № 13/РД-29-422/05.03.2015г., НЗОК била в качеството на възложител, а ищецът- УМБАЛ „Пълмед“ ООД- клон МС „Здраве“ Пазарджик- в качеството на изпълнител, за оказване на болнична помощ по клинични пътеки, като правата и задълженията на страните по договора били подробно уредени с включените в него клаузи, а за неуредените въпроси било прието, че се прилагат ЗЗО, ИРД за МД за 2015г., Постановление №94 от 2014г. на МС и действащите нормативни актове.

Неразделна част от договора било приложение № 1 “Списък на специалистите, оказващи медицинска помощ по КП” и приложение № 2 „Стойности на дейностите, медицинските изделия и лекарствени продукти за лечение на злокачествени заболявания, в условията на болнична медицинска помощ“.

Лечебното заведение следвало да предоставя медицински услуги на здравноосигурените лица /ЗОЛ/ в изпълнение за задълженията си по чл.1 и чл.5 от договора по клиничните пътеки /КП/, имплементирани в Приложение №1 от сключения договор.

Твърди се, че критериите за достъпност и качество на медицинската помощ, визирани в чл.59 в ЗЗО са спазени. Неоснователно незаплатената сума касаела действително предоставено медицинско обслужване на пациентите според установените правила и надлежно насочени към лечебното заведение.

Сочи се, че ищецът УМБАЛ „Пълмед“ ООД- клон МС „Здраве“ Пазарджик, като лечебно заведение за болнична помощ било длъжно да осигурява непрекъснато 24 часово изпълнение на лечебната дейност и да не изисква от ЗОЛ заплащане или доплащане на

дейности, включени в предмета на процесния договор като КП от основния пакет здравни дейности, гарантирани от бюджета на НЗОК съгласно чл.11 от договора.

Твърди се, че нормата на чл.52, ал.2 от Конституцията на Република България повелява, че здравеопазването на гражданите се финансира при условия и по ред, определени със закон. Съгласно чл.6, ал.1 от ЗЗО, Националната здравноосигурителна каса е държавно учреждение със специфичен предмет на дейност- осъществяване на задължителното здравно осигуряване. По силата на чл.1, ал.2 от ЗЗО, целево формираните средства се разходвали за закупуване на здравни дейности, услуги и заплащане на стоки, предвидени в закона, националните рамкови договори и застрахователните договори. Отчетените дейности се включвали в обхвата на задължителното здравно осигуряване.

Съгласно чл.2, ал.1, изречение второ от ЗЗО, задължителното здравно осигуряване предоставя пакет от здравни дейности, гарантирани от бюджета на НЗОК. В тази насока и чл.22, ал.1 от ЗЗО определял бюджета на НЗОК като основен финансов план за набиране и разходване на паричните средства за задължителното здравно осигуряване. Законът гарантира на здравноосигуреното лице право на избор досежно изпълнителя на медицинска помощ- чл.4, ал.1 от ЗЗО.

Посочените в Приложение № 1 КП били част от пакета от здравни дейности, гарантиран от бюджета на НЗОК, съгласно Наредба № 40/24.11.2004г. за определяне на основния пакет от здравни дейности, гарантирани от бюджета на НЗОК /действаща и през процесния период/ и ПРД за МД за 2015г.

Нормата на чл.4, ал.1 от Закона за бюджета на Националната здравноосигурителна каса за 2015г. предвиждала в рамките на предвидените със закона стойности НЗОК да определи за всяка районна здравноосигурителна каса годишна обща стойност на разходите, разпределени по месеци, на която основа районните здравноосигурителни каси да определят стойността на дейностите по договорите с отделните изпълнители на медицинска помощ. Изпълнението на дейностите се контролира помесечно и се коригирала на тримесечие в рамките на утвърдените разходи по бюджета на НЗОК. Изпълнението на закона било възложено на органите на управление на НЗОК, а на надзорния съвет и да приеме правила за осъществяване на контрол и корекции на първоначално разпределените стойности.

Твърди се, че според чл.21 от Методика за заплащане на дейностите в болничната медицинска помощ, в сила от 20.03.2015г. стойностите на дейностите се определяли съгласно чл.4 от Закона за бюджета на Националната здравноосигурителна каса за 2015г. и приетите правила от Надзорния съвет на НЗОК и били неразделна част от индивидуалните им договори, идентифицирани като приложение №2.

Изпълнителят бил представил документите, които били необходими за заплащане на договорената и извършена дейност по КП, съгласно чл.28, ал.1, т.2 от договора.

Твърди се, че липсват уредените в чл.32, ал.13 от договора основания за отхвърляне на заплащане. Налице били всички условия за заплащане на дейността, уредени в чл.20 от договора. В нарушение на сключения между страните по делото договор на изпълнителя не била платена дължимата сума за извършена болнична помощ по клинични пътеки.

Твърди се, че реализацията на социалното право по чл.52, ал.1 от Конституцията зависи изключително от потенциала на държавата да осигури финансово тази дейност. Според очерганите задължения за изпълнителя- лечебно заведение в Договор за оказване на болнична помощ по клинични пътеки № 13/РД-19-422/05.03.2015г., дължи да осъществи

здравната дейност в определения обем със съответната клинична пътека. Както законът, така и самият договор не допускали възможност изпълнителят да поиска и получи доплащане за осъществена дейност, включена в обхвата на здравното осигуряване- арг. от чл.47 от ЗЗО. Нормативно утвърденото финансово отношение определя НЗОК като единствен платец на цената на оказана медицинска помощ от гарантирания пакет от здравни дейности.

Предвиденият ред за регламентиране финансирането на конституционното прокламираното социално право на достъпно здравеопазване изключвало договорната свобода. По силата на чл.45 от ЗЗО, НЗОК дължи да закупи договорената и оказаната медицинска помощ на осигурени лица.

Приема се, че следва да се взема предвид, че на законоустановеното право на избор на осигуреното лице да избере лечебно то заведение съответства задължението на всяко лечебно заведение, в това число и на ищеца УМБАЛ „Пълмед“ ООД- клон МС „Здраве“ Пазарджик, да предостави изискуемата медицинска помощ.

Налице било неоснователно незаплащане на реално извършена медицинска дейност от страна на изпълнителя на медицинска помощ, доколкото изпълнителят на медицинска помощ дължал да приеме потърсилото го лице и законът освобождавал осигуреното лице от задължението да заплаща за здравни дейности, включени в гарантирания от НЗОК медицински пакет. Релевантен бил изборът на пациента и постигане на удовлетвореността му, а не наличието и спазването на договорно установен лимит и към настоящият момент ответникът не бил изпълнил изцяло задължението си да заплати извършената и отчетена болнична медицинска помощ, оказана през месец април 2015г.- не бил заплатил на ищеца сума в размер 2078лв. за извършена болнична помощ по Договор за оказване на болнична помощ по клинични пътеки №13/РД-19-422/05.03.2015г. и спецификация към нея за месец април 2015г.

Искането е съгласно да постанови решение, с което да уважи така предявения иск и да се осъди ответника да заплати на ищеца сума в размер на 2078лв., за извършена медицинска дейност през месец април 2015г. по Договор за оказване на болнична помощ по клинични пътеки №13/РД-19-422/05.03.2015г., ведно със законната лихва върху сумата, считано от образуване на делото до окончателното ѝ изплащане.

Постъпили е писмен отговор в срока по чл.131 от ГПК, в които са изложени подробни обображения в ищеца, че нормативните актове на които се позовава ищеца, както и излагани доводи и висока основателността на претенцията не могат да бъдат споделени.

Твърди се, че НЗОК правомерно и в изпълнение на разпоредбите на чл. 4 от ЗБНЗОК за 2015г. и чл.21, ал.7 от Постановление №57 от 16.03.2015г. на Министерския съвет не била заплатила сумата от 2078лв., представляващи стойности на финансовоотчетни документи, предвидени размера на бюджета определен на ищеца за месец април 2015г. с Приложение № 2 към договор № 13/РД-29-422/05.03.2015г. Това било така, защото заплащането на ищеца сума би довело да нарушаването на цитираните в отговора на исковата молба законови разпоредби, което от своя страна щяло да предизвика и дисбаланс на средствата, определени за здравеопазване, които както изрично е посочил Конституционния съд на Република България в свое Решение № 2 от 22.02.2007 г., постановено по Конституционно дело №212 от 2006г. не са неограничени.

Искането е да се остави исковата молба без уважение, като неоснователна.

**Възниква ли след приема за установена следната фактическа обстановка:**

Безспорно е по делото, че ищецът УМБАЛ „Пълмед“ ООД, клон МС „Здраве“ Пазарджик, ЕИК:1125963090011 е регистрирано като лечебно заведение за болнична медицинска помощ и в това си качество е сключил индивидуален договор с НЗОК на основание чл.59, ал.1 от ЗЗО за 2015г., видно Договор № 13/РД-29-422/05.03.2015г. за оказване на болнична помощ по клинични пътеки. По силата на този договор, НЗОК в качеството си на извършител и Допълнително споразумение №4/2015г. към Договор №13/РД-29-422/05.03.2015г. за оказване на болнична помощ по клинични пътеки има задължението да плати извършената и отчетена болнична медицинска помощ, според чл.3, ал.1, т.3 от договора, като договореният в чл.35 срок е до 30 число на месеца, следващ отчетния.

Видно от Допълнително споразумение №5 към Договор №13/РД-29-422/05.03.2015г. за оказване на болнична помощ по клинични пътеки са коригирани стойностите в БМП и лекарствени продукти за лечение на злокачествени заболявания в условията на БМП, считано от 08.11.2015г.

С Допълнително споразумение № 6 към Договор № 13/РД-29-422/05.03.2015г. за оказване на болнична помощ по клинични пътеки отново са коригирани стойностите в БМП и лекарствени продукти за лечение на злокачествени заболявания в условията на БМП, считано от 01.12.2015г.

С Прием № 274/14.05.2015г. до Директора на РЗОК- Пазарджик, във връзка с болнична дейност по клинични пътеки по спецификация за месец април 2015г. е приложена Спецификация за болнична медицинска помощ по Договор № 13/РД-29-422/05.03.2015г. към него № 4/14.04.2015г. с Фактура № 200028334 за дейност април 2015г.- надлъжна.

От Прием № 272/14.05.2015г. до Директора на РЗОК- Пазарджик, във връзка с извършена болнична дейност по клинични пътеки по спецификация за месец април 2015г. е приложена Спецификация за болнична медицинска помощ по договор № 13/РД-29-422/05.03.2015г. към него № 4/14.04.2015г. с Фактура № 200028316 за дейност април 2015г.

Видно от Протокол на РЗОК- Пазарджик до управителя на МБАЛ „Здраве“ гр.Пазарджик № 311/21.05.2015г. са върнати Фактура № 200028334/14.05.2015г. на стойност 2078лв. по спецификация №1 /2 екземпляра/ и Първи екземпляр на направления за хоспитализация № 1 бр. папка/.

Визирайки това писмо, че към настоящия момент, РЗОК- Пазарджик не може да поеме задължението за стойности над определеното, съгласно Допълнително споразумение № 9 от 14.05.2015г. към индивидуален договор № 13/РД-29-422/05.03.2015г., както и за случаите отхвърлени от заплащане дейност, посочени в месечното известие, на основание чл.17, ал.10 от Закона за здравеопазване №2Б към чл.2 от ПМС №57 от 16.03.2015г.

Видно от Протокола на съдебно-икономическата експертиза се установява, че дейностите за болнична и медицинска помощ, лекарства и консумативи за месец април 2015г., по спецификация №1 към фактура №2000028334 от 14.05.2015г. на стойност 2 078лв. са осчетоводени в отговорността на УМБАЛ „Пълмед“ ООД- клон МС „Здраве“, на основание дейност №2000032226 от 28.12.2015г. към фактура №2000028316 от 14.05.2015г. на стойност 2078лв.

Дейността за болнична и медицинска помощ, лекарства и консумативи за месец април 2015г., по спецификация №1 към фактура №2000028334 от 14.05.2015г. на стойност 2

078лв. не са отчитани в счетоводството на Районна здравноосигурителна каса Пазарджик.

Като взема предвид изложената фактическа обстановка по делото, съдът стига до следните правни изводи:

Въззивната жалба е допустима- подадена в законоустановения срок, от страна в процеса, имащ пряк интерес от обжалване и срещу подлежащ на обжалване съдебен акт.

След извършената служебна проверка на първоинстанционното решение, настоящата въззивна инстанция приема, че то е изцяло валидно, допустимо и правилно, с което уважен предявения иск се отхвърля.

В случая не е налице основание да се приема за основателно направеното възражение за подсъдност, тъй като в тази насока се твърди, че делото е подсъдно като първа инстанция на Административен съд- Пазарджик, а не на Районен съд- Пазарджик.

В тази насока следва да се посочи, че индивидуализирани като типови /чл.24 от Националния договор 2015/, за договорите между изпълнителите на медицинска помощ и Националната здравна осигурителна каса важат правилата на договорното право в контекста на характера на регулираните отношения. Доколкото към момента на сключването на настоящия договор между страните не е уреден институтът на договора, то споровете във връзка с изпълнението им следва да се разглеждат по реда, което обуславя тяхната родова подсъдност на гражданския съд.

Ето защо не е налице основание да се приема, че като първа инстанция в настоящия спор следва да се разглежда Административен съд- Пазарджик.

Разпоредбата на чл.13, т.6 от ЗЗСО, въззивната жалба е неоснователна.

Няма основание да се оспори валидността от издадената от РЗОК- Пазарджик фактура №200028334/14.05.2015г. на стойност 2078лв. е върната на извършителя в размер надвишаващ утвърдените по договор № 13/РД-29-2015г. на разходите за месец април 2015г.

Между другото по делото не е спорно, че изпълнителят по договора е извършил дейност, а не е спорна цената на предоставените медицински услуги, както и че заплатена от възложителя след надлежно отчитане и заявяване.

Инцидентът по делото е предимно претендиране за плащане на извършените дейности, а ответникът не отрича, че таква не се дължи от него, тъй като същите са извършени в рамките на предварително определените месечни лимити. В тази насока, последния се основава на чл.20, ал.1, т.6 и чл.440, ал.6 от Договор №13/РД-29-2015г. с Допълнително споразумение №4/14.04.2015г. и чл.21, ал.7 от МС от 16.03.2015г. на Министерски съвет.

В заключение, настоящата инстанция приема, че действително, задължение на извършването на определените с договора дейности, отчетена по извършените на предварително определените стойности по реда на чл.4 от Договор №13/РД-29-2015г. с Допълнително споразумение чл.32, ал.13, т.6 от сключения между страните договор, че на заплащането е дейност, надвишаваща стойността на чл.42 от

От друга страна, тази разпоредба е в противоречие с духа и целите на ЗЗСО, тъй като разпоредби на сключения между страните договор. Видно от

последния е, че не е предвидена възможност, след изчерпване на предварително определените дни, лечебното заведение да прекрати извършването на определените по договора дейности. Напротив въведено е изискване, ищецът в качеството му на пациент да осигурява договорената безплатна медицинска помощ/БМП/ на лицата /ЗОЛ/- чл.5 от Договора- т.1, т.2, т.3,... изр. т.8- Да разполага по време на действие на договора с медицински специалисти, ... в т.9- Да осигурява непрекъснато изпълнение на лечебната дейност. Следователно от посочените обстоятелства и ищецът се установява, че НЗОК му е възложила изпълнението на дейностите по договора като не е поставено ограничение на приема на ЗОЛ договорените средства. Напротив в чл.5, т.10 изрично е посочено, че при липса на заплащането или доплащане от ЗОЛ за дейност, предмет на договора, което следва извода, че всяка извършена дейност следва да бъде платена.

Предишното съдържание на сключения договор, за съдът следва извод, че посочените лимит дейности са извършени от лечебното заведение по отношение на неговите задължения по договора. Затова, ищецът УМБАЛ „Пълмед“ ООД се счита за страна по същия и следва да бъде възмездено за извършената дейност, което е неговата претенция.

С оглед на това, предвиденото в чл.79 от ЗЗД, във връзка чл.59, ал.1 от ЗЗД, искането на ищеца по чл.86 от ЗЗД за присъждане на законната лихва, считано от датата на влизане в сила на решението- 02.05.2018г.

Въпреки това, страната на жалбоподателят НЗОК, чрез неговия процесуален представител, представил множество възражения, но същите независимо от тяхната обемност си не опровергават изложената по- горе констатация на съда. Предвид на това не може да се счете, че постановенията на съда са неправомерни, неправилни, незаконосъобразни и необосновани.

Тъй като съдебният извод на въззивния съд съвпада с този на районния съд за удовлетворение на иските, следва да се приеме, че въззивната жалба, като неоснована, не трябва да се остави без уважение, а обжалваното решение, като правилно и обосновано, да бъде потвърдено.

При това, основателно се явява искането за присъждане на разноски на представител на УМБАЛ „Пълмед“ ООД. Независимо от този си характер жалбоподателят не би следвало да се присъждат разноски, тъй като ищецът е длъжен да заплаща за реално извършени такива.

На основание посоченото, съдът

## РЕШИ:

1. НЗОК да заплати на УМБАЛ „Пълмед“ ООД сумата от 1416 лева и 16 стотинки, считано от датата на влизане в сила на решението- 02.05.2018г., постановено по гр.д. №1667 по гражданско дело №117/2019г. с изрично искане за присъждане на разноски на обжалване.

**Председател:**

**Членове:1.**

**2.**

# РЕШЕНИЕ

№ .....

Гр. В. Търново, 11.07.2018 г.

## В И М Е Т О Н А Н А Р О Д А

Великотърновския районен съд, първи състав, в публично заседание на двадесет и девети юни през две хиляди и осемнадесета година, в състав:

Районен съдия: Явор Данаилов

при секретаря Анита Бижева, като разгледа докладваното от съдията Данаилов гр. Д № 564 по описа за 2018г., за да произнесе, взе предвид следното:

Предявен е иск с правно основание чл.79, ал.1 от ЗЗД.

Ищецът МОБАЛ „Д-р Стефан Черкезов” АД гр. В.Търново, чрез пълномощника си се позовава на разпоредбите на чл. 45 и чл. 47 от Закона за здравното осигуряване, във вр. с чл. 2, ал.1, т.7, вр. с чл. 9, ал.1, вр. с чл.10, т.3 и т.4 от НАЦИОНАЛЕН РАМКОВ ДОГОВОР ЗА МЕДИЦИНСКИТЕ ДЕЙНОСТИ между Националната здравноосигурителна каса и Българския лекарски съюз за 2015 година, във вр. с чл. 1, ал.1, във вр. с чл. 20 и чл. 40, ал.1 от Договор № 040468/23.02.2015 година за оказване на болнична помощ по клинични пътеки и чл. 79 от ЗЗД. Счита и третира за нищожна, като противоречаща на Закона, разпоредбата на чл. 40, ал.2 от Договор № 040468/23.02.2015 година за оказване на болнична помощ по клинични пътеки, в частта, с която заплащането за извършените и отчетени от изпълнителя дейности по договора се извършва от възложителя в рамките на стойностите по Приложение № 2 „Стойност на дейностите, медицинските изделия и лекарствени продукти за лечение на злокачествени заболявания в условията на болнична медицинска помощ”. Доколкото в тази си част разпоредбата, чрез съответното Приложение № 2, въвеждащо общи месечни стойности - лимити, в рамките на които следва да се заплаща на изпълнителя оказаната от него медицинска помощ на здравноосигурени лица, то тази клауза е нищожна, поради противоречие с новелата на чл. 35, ал.1 от Закона за здравното осигуряване, съобразно която всяко здравноосигурено лице има право да получи медицинска помощ. Същата тази разпоредба от индивидуалния договор на представляваното от мен лечебно заведение, е в нарушение и на задължението на Националната здравно-осигурителна каса да заплати оказването на медицинска помощ. Лимитирането /размера/ на подлежащите на заплащане средства за лечебните заведения за болнична помощ, сключили договор с НЗОК за извършване на медицински дейности по ЗЗО през 2015 година намира фактическото основание в т.2 и т.3 от Решение № РД-НС-04-9/27.01.2015 година на Надзорният съвет на НЗОК, в които е прието да се разпределят до 95 % от средствата, получени през 2014 година за изпълнителите на болнична медицинска помощ при които има спешна диагностика, респективно до 90 % от средствата, получени през 2014 година на изпълнителите на болнична медицинска помощ, при които няма спешна медицинска помощ. С Решение № 5750/29.08.2016 година по адм.дело № 7527/2015 година на Административен съд-София, град, II отделение, 27-ми състав, Решение № РД-НС-04-9/27.01.2015 година на Надзорният съвет на НЗОК, в частта на т.2 и т.3 е прогласено за нищожно. Така постановения съдебен акт влязъл в сила, доколкото и потвърден с Решение № 493/12.02.2018 година по адм.дело № 11702/2016 година по описа на ВАС, VI отделение. Водещите мотиви на съдилищата при постановяването на въпросните две решения, е че стойността на разходите за болнична медицинска помощ е определена на законодателно ниво, чрез Закона за бюджета на НЗОК за 2015 година, като НЗОК има правото да приема правила за годишните общи стойности на разходите на всяка РЗОК, но не и материална компетентност да определя обема на финансовите средства, които ще се разпределят по реда на болничната медицинска помощ. Фактически сумата от 6199 лева, представлява разликата между исканата от дружеството с писмо изх. № 35-45/14.04.2015 година актуализацията на Приложение № 2 относно дейността на дружеството по КП за месец Март на 2015 година в размер на 22 260 лева и реално извършената актуализация на стойностите в Приложение № 2, за същия този период, чрез Споразумение

от 14.04.2015 година, в размер на 15 901 лева, която сума е изплатена. Сумата от 6199 (шест хиляди, сто деветдесет и девет) лева, е сбор от стойността на проведени в лечебното заведение 12 (дванадесет) броя хоспитализации, в това число 2 спешни, като индивидуализиращите белези на всяка една дейност, като рег.№, данни за пациент, ИЗ, код, дата на хоспитализация и единична стойност на лечението, е видна от Справка от информационната система на НЗОК за неплатени случаи от НЗОК за месец март на 2015 година. Ищецът предявява против ответника иск по чл.79, ал.1 от ЗЗД за заплащане на сумата 6199 лв. дължима по НРД за медицинските дейности между НЗОК и БЛС за 2015г., както и иск по чл.86 от ЗЗД за заплащане на законна лихва от подаване на исковата молба до окончателното ѝ изплащане. Претендира разносните по делото.

Ответникът НЗОК гр.София – РЗОК гр. В.Търново, чрез упълномощения си процесуален представител оспорва исковете. Въпреки обявяването за нищожно на Решение № РД-НС-04-9/27.01.2015г. на Надзорния съвет на Националната здравно осигурителна каса, в частта му по т. 2 и 3, между страните е останал да действа Договор № 040468/23.02.2015, неразделна част от който са описаните от ищеца допълнителни споразумения и приложения към него. Този конструкт от договори в крайна сметка е уредил отношенията между НЗОК и „МОБАЛ Д-р Стефан Черкезов“ АД по начина, разписан в обявеното за нищожно Решение на Надзорния съвет на НЗОК, т.е. договорната връзка е останала и е била достатъчно основание за незаплащане на претендираните от ищеца 12 броя история на заболяването за сумата 6 199 (шест хиляди сто деветдесет и девет лева). Договор № 040468/23.02.2015 година за оказване на болнична помощ по клинични пътеки, ведно с Приложение № 2 „Стойност на дейностите, медицинските изделия и лекарствени продукти за лечение на злокачествени заболявания в условията на болнична медицинска помощ“, Споразумение № 1 от 09.03.2015 година към Договор № 040468/23.02.2015 година, ведно с Приложение №2, Споразумение № 3/25.03.2015 година към договор № 040468/23.02.2015 година, ведно с Приложение № 2, Споразумение от 14.04.2015 година, ведно с Приложение № 2 и Споразумение № 5 от 07.05.2015 година са подписани от представляващия лечебното заведение, с което той се е съгласил със съдържащите се в приложенията финансови параметри на договора. Претендираната от ищеца нищожност на клаузата на чл. 40, ал. 2 от Договор № 040468/23.02.2015 година за оказване на болнична помощ по клинични пътеки поради противоречие с нормата на чл. 35, ал. 1 ЗЗД не почива на правна логика. Определянето на обеми и стойности, които да бъдат заплащани на изпълнителите на медицинска помощ, не влиза в противоречие с цитирания текст от Закона за здравното осигуряване. Основанието Решение № РД-НС-04-9/27.01.2015г. на Надзорния съвет на Националната здравноосигурителна каса, в частта му по т. 2 и 3, да бъде обявено за нищожно не е противоречие на нормата на чл. 35, ал. 1 от ЗЗД, а липса на компетентност на органа, издал нормативния административен акт. Остават в действие разпоредбите на Закона за бюджета на НЗОК за 2015 г., съгласно които са приети обема и стойността на заплащаната от НЗОК медицинска дейност. Заплащането на претендираните от ищеца суми би довело до нарушаване на финансовата рамка на бюджета на НЗОК, т.е. до противоречие на закона (ЗБНЗОК 2015). Дори да се приеме, че нормата на чл. 40, ал. 2 е нищожна, това би означавало, че определените на нейна база стойности в приложение № 2 към Договор № 040468/23.02.2015 година за оказване на болнична помощ по клинични пътеки също са нищожни, т.е. на договорния партньор е определена стойност 0.00 (нула) лева - след като Решение № РД-НС-04-9/27.01.2015г. на Надзорния съвет на Националната здравно-осигурителна каса е нищожно в частта му по т. 2 и 3 и чл. 40, ал. 2 от индивидуалния административен договор на изпълнителя на болнична медицинска помощ също е нищожен, то тогава не остава база, въз основа на която да са определени каквито и да е стойности за конкретния изпълнител, което резултира в извода, че определената му стойност е нулева и дължи възстановяване на получените суми по договора – без правно основание. Ищецът пропуска и следния факт - в началото на 2016 г. между РЗОК - Велико Търново и „МОБАЛ Д-р Стефан Черкезов“ АД е проведена кореспонденция във връзка с годишното приключване на бюджетната 2015 г. С писма изх. № 29 - 00 - 15 от 27.01.2016г. на Директора на РЗОК - Велико Търново на ищеца е съобщено какви са задълженията на НЗОК към него към дадения момент. Важно е да се отбележи, че в писмото попада и периода на дейност, във връзка с който ищеца има претенция. Претендираната с исковата молба сума не е включена в писмото до представляващия лечебното заведение, като на същия е предоставена възможност за възражение. Такова към настоящия момент не е постъпило в РЗОК - Велико Търново, т.е. ищецът се е съгласил, че няма вземания за 2015 г., извън тези описани в писма изх. № 29 - 00 - 15 от 27.01.2016г., които прилагаме към отговора на исковата молба. На следващо място ответникът посочва, че претендираната от ищеца дейност за заплащане не е навременно и надлежно фактурирана. Съгласно чл. 20, т. 5 от договор 040468/23.02.2015 година за оказване на болнична помощ по клинични пътеки, възложителят заплаща на изпълнителя за всеки отделен случай по клинична пътека, ако извършената дейност по клинична пътека е отчетена при условията и по реда на Методиката за

заплащане и настоящия договор. Съгласно чл. 28, ал. 1 от договор 040468/23.02.2015 година за оказване на болнична помощ по клинични пътеки възложителят заплаща договорената и извършена дейност по клинични пътеки на изпълнителя след представяне на първия екземпляр от направление за хоспитализация, както и фактура и спецификация за извършена дейност по клинична пътека. Договорният партньор не е спазил тези изисквания по договора, не ги е изпълнил и към момента на предявяване на исковата молба - към нея се съдържа само неподписан документ със заглавие „незаплатени случаи от НЗОК за м. март 2015", който документ не удовлетворява изискванията на цитираните по-горе текстове от договора. Моли съда да отхвърли исковете.

Съдът, като прецени събраните по делото доказателства и взе предвид становищата на страните, приема за установено следното и достига до следните правни изводи:

Страните нямат спор помежду си, че между тях е сключен договор № 040468 от 23.02.2015г. за оказване на болнична помощ по клинични пътеки, който е в сила от 01.01.2015г. Неразделна част от договора са приложение № 1 – Списък на специалистите, оказващи медицинска помощ по КП" и приложение № 2 - Списък на дейностите, медицинските изделия и лекарствени продукти за лечение на злокачествени заболявания в условията на болнична медицинска помощ. По силата на чл.1 от договора, ищецът се е задължил да оказва на здравно-осигурените лица, на здравно неосигурените лица, на лицата по §7, ал.1 от ЗБНЗОК за 2015г. болнична медицинска помощ по клинични пътеки, включени в основния пакет от здравни дейности, гарантирани от бюджета на НЗОК. НЗОК се е задължил да заплаща стойността на дейностите по предмета на договора, съгласно нормативните правила за остойностяването им и методиката – чл.40, ал.1 от Договора. Според чл.40, ал.2 от Договора заплащането се извършва в рамките на стойностите по приложение № 2.

Медицинските дейности за едно денонощие, извършени от лечебното заведение, се отчитат ежедневно по електронен път по утвърден от НЗОК формат – чл.32 от договора. По силата на чл. 21, ал.7 от Постановление № 57/16.03.2015г., стойностите на финансово отчетните документи не следва да надвишават размера на определените стойности на изпълнителя на болнична медицинска помощ, определени в Приложение №2 към индивидуалния договор. За първото тримесечие на 2015г. от ищеца са надвишени стойностите на заложения бюджет. За месец март 2015г. стойността на извършената дейност от ищеца надвишава лимита за този месец по Приложение № 2 към договора със сумата 22 260 лв. Ищецът е поискал увеличение размера на месечната стойност по клинични пътеки за месец март 2015г. със сумата 22 260 лв. Сключено е споразумение от 14.04.2015г. между страните, с което е извършена актуализация в Приложение №2 относно стойностите, подлежащи на заплащане, като тази стойност е увеличена със сумата 15 901 лв. Останала е незаплатена сумата 6 199лв., която е сбор от стойността на проведени в лечебното заведение 12 броя хоспитализации, в това число две спешни.

По делото е допуснато изслушването на съдебно медицинска експертиза, по която вещото лице констатира, че горните 12 броя хоспитализации попадат в предметния обсег на сключения между страните договор. Остойностяването на всяка една от 12-те незаплатени хоспитализации е извършено съобразно утвърдената методика, както и тези хоспитализации са включено в дневните отчети по чл. 32 от договора.

Предвид установената фактическа обстановка, съдът намира, че претенцията на ищеца за сумата от 6 199 лв. представляваща стойността на извършени от болничното заведение разходи за лечение по клинични пътеки за месец март 2015г., надвишаващи заложените в Приложение № 2 от договора стойности за месеца, е основателна.

Съдът намира, че разпоредбите, на които се позовава ответникът за отказа си да заплати извършените от ищеца болнични дейности, а именно разпоредбите на чл.42 от сключения между страните договор, уреждащи месечен лимит за тези дейности, са нищожни, като противоречащи на чл.35 от ЗЗО, на основание чл.26, ал.1, пр. 1 от ЗЗД, и като такива не произвеждат правно действие. Осъществената болнична помощ следва да бъде заплатена в изпълнения обем, тъй като за оказването на болнична помощ по клинични пътеки няма уговорени лимити. След като е сключен договор между болницата и здравната каса, то последната дължи заплащане на всички дейности по уговорените клинични пътеки, и дейности в рамките на лимитите за тях.

Тези разпоредби са в противоречие с духа и целта и ЗЗО, респективно с основните разпоредби на сключения между страните договор. Следва да се извърши плащане и на „надлимитните" дейности, тъй като в договорите не е предвидена възможност след изчерпване на предварително определените стойности, лечебното заведение да прекрати извършването на определените по договора дейности.

Напротив, в договора изрично е въведено изискване ищецът в качеството му на изпълнител постоянно да осигурява договорената болнична медицинска помощ на здравноосигурени лица – чл.5 от договора, т.1 и т.2, както и изрично в т.8 е посочено да разполага по всяко време на изпълнение на договора с медицински специалисти; в т.9 – да осигурява непрекъснато 24-часово изпълнение на лечебната дейност. Следователно от посочените основни задължения на ищеца се установява, че НЗОК му е възложила изпълнението на дейностите, предмет на договора, като не е поставено ограничение на приема на здравно-осигурени лица, съобразно лимита на договорените средства. В чл.5, т.10 изрично е посочено, че не следва да се изисква заплащане или доплащане от здравно-осигурени лица за дейност, предмет на настоящия договор, от което следва извода, че всяка извършена дейност от Приложение №2 към договора следва да бъде заплатена от възложителя.

Предвид изложеното съдържание на сключения договор следва да се направи извод, че извършените над определения лимит дейности са извършени от лечебното заведение в изпълнение на неговите задължения по договора. Поради това и лечебното заведение се явява изправна страна по същия договор и следва да бъде възмездено за извършената престация – предмет на исковата претенция. Ответникът следва да бъде осъден да заплати на ищеца сумата 6199 лв. дължима по НРД за медицинските дейности между НЗОК и БЛС за 2015г., заедно със законната лихва по чл.86 от ЗЗД от подаване на исковата молба до окончателното ѝ изплащане

На основание чл. 78, ал.1 от ГПК ответникът следва да бъде осъден да заплати на ищеца сумата от 1599.27 лв. разноски съобразно представения за това списък.

Водим от горното, съдът

### РЕШИ:

**ОСЪЖДА** НАЦИОНАЛНА ЗДРАВНООСИГУРИТЕЛНА КАСА гр. София, ул. Кричим №1, да заплати на МОБАЛ „Д-р Стефан Черкезов” АД гр. В.Търново, ул. Ниш №1, ЕИК 104510514, сумата **6199 лева** /шест хиляди сто деветдесет и девет/, дължима по НРД за медицинските дейности между НЗОК и БЛС за 2015г., **ведно със законната лихва** от датата на предявяване на иска - 22.02.2018г. до окончателното изплащане на сумата; както и сумата от **1599.27 лева** /хиляда петстотин деветдесет и девет лева и двадесет и седем стотинки/ направени разноски по делото.

Решението подлежи на въззивно обжалване пред Великотърновския окръжен съд в двуседмичен срок, считано от връчването му на страните.

Районен съдия:

Публикувай

## Решение № 27

Номер 27

Година 18.1.2019 г.

Град Велико Търново

Окръжен съд - Велико Търново

На 10.22

Година 2018

В публично заседание в следния състав:

Председател:

Секретар:

Прокурор:

като разглежда докладваното от Ирена Колева

Въззивно гражданско дело

номер

20184100500637

по описа за

2018

година

за да се произнесе, съобрази следното:

Производството е по реда на чл.258 и сл. от ГПК.

Образувано е въз основа на въззивна жалба от НЗОК, чрез РЗОК – Велико Търново, представлявана от ст.юрисконсулт Х.А., въззивна жалба против Решение № 731/11.07.2018г. по гр.дело № 564/2018г. по описа на РС-Велико Търново, с което първоинстанционният съд се е произнесъл по иск, предявен от М. "Д. С. Ч.", ЕИК ..., със седалище и адрес на управление град Велико Търново, ул."Н." № 1, представлявано от Д. С. Ф.Ф., срещу НЗОК. Жалбоподателят счита, че атакуваният от него съдебен акт е неправилен поради нарушение на материалния закон, при съществено нарушение на съдопроизводствените правила и е необоснован. Твърди, че задължението на НЗОК да заплаща извършената и отчетена от въззиваемия дейност, произтичащо от сключения между тях Договор за оказване на болнична помощ по клинични пътеки № 040468/23.02.2015г., не е безусловно, а следва от кумулативното наличие на шест условия, едно от които е сумата по фактурата да не надвишава утвърдените болнични бюджети, определени по реда на чл.4 ЗБНЗОК за 2015г. и чл.21 ал.7 от Постановление № 57/16.03.2015г., съгласно която стойностите на финансово отчетните документи не следва да надвишават размера на определените стойности на изпълнителя на болничната медицинска помощ, определени в Приложение № 2 към индивидуалния договор. Навежда оплакване, че съдът не е взел предвид договорните клаузи, въвеждащи в отношенията между страните разпоредбите на цитираното постановление и е игнорирал изцяло приложението на ЗБНЗОК за 2015г., както и че съгласно чл.4 от с.з. стойностите на бюджета на лечебните заведения по договорите им с НЗОК, макар и прогнозни, са задължителни Твърди, че претендираната от ищеца сума за заплащане на дейност, извършена през м.март 2015г., надвишава определения за лечебното заведение бюджет за първото тримесечие на 2015г. и е извън индексирания с допълнително споразумение между страните стойност. Счита, в противоречие с изводите на районния съд, че не е налице нито законово, нито договорно основание за заплащане на исковата. Излага, че при постановяване на атакувания акт съдът не е обсъдил факта, че в началото на 2016г. между страните

е била разменена кореспонденция във връзка с годишното приключване на бюджетната 2015г., в която липсват възражения на въззиваемия за размера на дължимите от НЗОК суми по договора, както и факта, че претендираната дейност не е навременно и надлежно фактурирана. Моли решението да бъде отменено и вместо него постановено друго, с което исковата претенция отхвърлена като неоснователна и недоказана. Претендира направените разноски в първоинстанционното и въззивно производство.

В срока по чл.263 ал.1 от ГПК насрещната страна е подала отговор на въззивната жалба, в който заема становище за нейната неоснователност. Счита, че обжалваният акт не може да бъде третиран като неправилен както поради необосноваността си, така и поради материалноправната си и процесуалноправната си незаконосъобразност. Намира изводите на първоинстанционния съд за частична нищожност на чл.40 ал.2 от индивидуалния договор между страните за правилни и в съответствие с нормативната уредба. Счита, че исковата претенция се явява основателна и на друго правно основание – разпоредбата на чл.21 ал.4 от Постановление № 57/16.03.2015г. за приемане на методики за остойностяване и за заплащане на медицинската помощ по чл.55 ал.2 т.2 от ЗЗО, съобразно която и при достигане на съответните месечни стойности, водещи до липса на капацитет на изпълнителя за болнична медицинска помощ за хоспитализации и за случаите на спешна диагностика и лечение, изпълнителят на болничната медицинска помощ може да подаде до РЗОК писмено заявление за увеличение размера на месечната стойност на разходите за дейностите в болничната медицинска помощ в Приложение № 2 от индивидуалния договор в посочените размери, т.е. изпълнителят на болнична помощ има право да получи исканото увеличение, включително и претендираната искова сума. Излага доводи за неоснователност на наведените с въззивната жалба оплаквания. Моли въззивната жалба да бъде оставена без уважение, а първоинстанционното решение – потвърдено, като правилно и законосъобразно. Претендира направените във въззивното производство разноски.

В съдебно заседание страните, чрез техните процесуални представители, поддържат изложените в писмен вид позиции по спора. Поддържат исканията си и претенциите си за разноски съгласно представени списъци по чл.80 ГПК.

За да се произнесе по спора, настоящият съдебен състав намира следното:

Производството пред ВТРС е било образувано по иск на М. "Д. С. Ч." срещу НЗОК, чрез РЗОК – Велико Търново, с правно основание чл.79 ЗЗД вр. чл.59, чл.45 и чл.47 от ЗОД и чл.9 ал.1 вр. чл.10 т.3 и т.4 от НРДМД за 2015г., с който е поискано осъждане на ответника да заплати на дружеството сумата от 6 199 лв., представляваща разликата между стойността на реално извършена дейност по клинични пътеки за м.март 2015г., възложена въз основа на Договор за оказване на болнична помощ по клинични пътеки № 040468/23.02.2015г., изразяваща се в провеждането на 12 броя хоспитализации, посочи в справка за неплатени случаи от НЗОК за м.март 2015г., неразделна част от ИМ, и сумата по Приложение № 2 за дейността на дружеството за м.март 2015г., изплатена от страна на РЗОК, ведно със законната лихва върху главницата от датата на подаване на ИМ до окончателното изплащане. В ИМ се твърди, че въз основа на цитирания договор между страните дружеството се е задължило да оказва на здравноосигурените лица, на здравнонеосигурените лица и на лицата по §7 ал.1 от ЗБНЗОК за 2015г. болнична медицинска помощ по клинични пътеки, включени в основния пакет от здравни дейности, гарантирани от бюджета на НЗОК, а ответникът, в качеството си на възложител, да заплаща стойността на дейностите по предмета на договора съгласно нормативните правила за остойностяването им и приетите в тази връзка методики. Посочва се, че съгласно чл.40 ал.2 от договора заплащането на извършените и отчетени от изпълнителя дейности по договора следвало да се извършва от възложителя в рамките на стойностите по Приложение № 2 „Стойност на дейностите, медицинските изделия и лекарствени продукти за лечение на злокачествени заболявания в условията на болнична медицинска помощ“. Излага се, че поради осъществена от дружеството по договора дейност за м.март 2015г., надвишаваща като стойност лимита за същия месец по Приложение № 2, със сумата от 22 260 лв., М. "Д. С. Ч." се е възползвало от правото си по чл.21 ал.4 от Постановление № 57/16.03.2015г. за приемане на методики за остойностяване и за заплащане на медицинската помощ по чл.55 ал.2 т.2 от ЗЗО и е поискало разрешение за увеличаване размера на месечната стойност по клинични пътеки за м.март 2015г. с посочената сума, представляваща 1.2 %, като увеличението се извърши за сметка на следващите месеци от второто тримесечие на 2015г. Въз основа на направеното искане било сключено Споразумение от 14.04.2015г. между страните, с което била извършена актуализация в Приложение № 2 относно стойностите, подлежащи на заплащане за дейността на дружеството по договора и стойността увеличена само със сумата от 15 901 лв. вместо поисканата от 22 260 лв. Твърди се, че исковата сума е сбор от стойностите на проведени в лечебното заведение 12 бр. хоспитализации, в т.ч. две спешни, като същите попадат в предмета на процесния договор и онагледяват изпълнение на договорните задълженията, поети от страна на дружеството. Изложени са доводи за нищожност на

разпоредбата на чл.40 ал.2 от договора в частта, с която заплащането за извършените и отчетени от изпълнителя дейности по него се извършва от възложителя в рамките на стойностите по Приложение № 2, поради противоречие със закона – чл.35 от ЗЗО, както и за липсата на разпоредба в законов или подзаконов нормативен акт, въвеждащ лимити за заплащането на медицинска помощ, предоставена в изпълнение на задълженията по договора.

В срока по чл.131 ГПК ответникът е подал писмен отговор на ИМ, в който е заел становище за неоснователност на исковата претенция с възражение за липсата на договорна клауза, даваща основание за заплащане на претендираната сума, липсата на възражение от ищеца за дължими вземания за 2015г., за недължимост поради ненавременно и надлежно фактуриране на същата и непредставяне на надлежните документи за хоспитализация – първи екземпляр от направление за хоспитализация, фактура и спецификация за извършена дейност по клинична пътека.

Въззивната жалба е подадена в срока по чл.259 ал.1 ГПК, от легитимирана страна, против обжалваем съдебен акт, поради което е процесуално допустима и следва да се разгледа по същество.

Съобразно правомощията си по чл.269 от ГПК въззивният съд следва да извърши служебна проверка относно валидността и допустимостта на обжалваното решение. Съдът намира, че съдебният акт не страда от пороци, водещи до неговата нищожност – постановен е от законен състав, в пределите на правораздавателната власт на съда, изготвен е в писмена форма, подписан е и е разбираем. Съдът след анализ на събраните по делото пред първата инстанция доказателства, по вътрешно убеждение и въз основа на закона, в предметните предели на въззивното производство, очертани в жалбата, достигна до следните правни изводи:

Безспорно е по делото и се установява от приложените по делото писмени доказателства, че между страните е бил сключен Договор за оказване на болнична помощ по клинични пътеки № .../23.02.2015г., по силата на който изпълнителят се е задължил да оказва на здравноосигурените лица, на здравнонеосигурените лица по §2 ал.1 от ЗБНЗОК за 2015г. и на лицата по §7 ал.1 от с.з. болнична медицинска помощ по клинични пътеки от Приложение № 5 към член единствен на Наредба № 40/24.11.2004г. за определяне на основния пакет от здравни дейности, гарантиран от бюджета на НЗОК, а възложителят - да заплаща дейностите по предмета на договора, съгласно нормативните правила за остойностяването им в Постановление № 94/24.04.2014г. на МС и Договор № РД-НС-01-2/29.12.2014г. между НЗОК и БЛС и приетите в тази връзка методики, до 30-то число на месеца, следващ отчетния такъв. Съгласно чл.20 т.6 от договора възложителят заплаща на изпълнителя за всеки отделен случай по клинична пътека при условие, че извършената и отчетена дейност е в рамките на стойностите, посочени в Приложение № 2 „Стойност на дейностите, медицинските изделия и лекарствени продукти за лечение на злокачествени заболявания в условията на болнична медицинска помощ“. Според чл.40 от договора стойността на дейностите за болнична медицинска помощ се определя по предварително огласени правила, заплащането е в рамките на стойностите, определени по реда на тези правила и посочени в Приложение № 2 съгласно чл.24 ал.4 т.2 от НРД за МД за 2015г., а изпълнителят не може да отчита с финансово-отчетни документи дейности/лекарствени продукти/медицински изделия на стойност, надвишаваща утвърдената с Приложение № 2 за съответния месец. Договорено е, че корекция на стойностите по Приложение № 2 се извършва на тримесечие, за което страните подписват допълнително споразумение.

Не се спори по делото и се установява от приложените писмени доказателства, че след сключване на договора за оказване на болнична помощ страните са подписали няколко споразумения за корекция на стойността на дейностите в болничната медицинска помощ. Със Споразумение от 14.04.2015г. към договора същите са се съгласили Приложение № 2 да се измени съгласно чл.8 ал.1 т.1 от Правилата за условията и реда за определяне и изменение на стойностите по чл.4 ал.1 т.1 и т.22 и за използване на средствата от резерва по чл.1 ал.2 от ЗБНЗОК за 2015г. и чл.40 ал.8 т.1 от индивидуалния договор, като със сумата от 15 901 лв., представляваща 1.4% от утвърдените стойности за болнична медицинска помощ /БМП/ за дейност за м.април е увеличена стойността на размера на разходите за БМП за дейност за м.март 2015г. за отчетена дейност за случаи на спешна диагностика и лечение. Няма спор между страните, че претендираната в настоящото производство сума е била поискана от лечебното заведение, ведно с актуализираната от 15 901 лв., но не е предмет нито на цитираното споразумение, нито някое друго последващо допълнително споразумение между страните.

От заключението на вещото лице по изготвената в хода на първоинстанционното производство експертиза, приета от съда и неоспорена от страните, се установява, че остойностяването на дейностите, за които се претендира плащане - 12-те хоспитализации, е извършено съобразно утвърдената методика, посочена в договора и възлиза на общата сума от 6 199 лв., тези хоспитализации са били включени в ежедневните отчети по чл.32 от договора и са били своевременно изпратени, а поисканото от въззиваемия увеличение с 22 260 лв. представлява 1.2% от стойностите за второто тримесечие за 2015г.

Безспорно е, че претендираната в процеса сума е част от надвишаващата лимита за месец март 2015г. по Приложение № 2 сума от 22 260 лв., 15 901 лв. от която са заплатени след подписаното между страните допълнително споразумение към договора.

Не се спори между страните, че въвеждането на лимити за плащането на дейности от изпълнителите на медицинска помощ, сключили договори с НЗОК за извършване на медицински дейности по ЗЗО през 2015г., е резултат на т.2 и т.3 от Решение № РД-НС-04-9 от 27.01.2015г. на Надзорния съвет на НЗОК, с които е било прието да се разпределят до 95% от средствата, получени през 2014г. за изпълнителите на БМП, при които има спешна диагностика и до 90% от средствата, получени през 2014г. на изпълнителите на БМП, при които няма спешна медицинска помощ. С влязло в законна сила решение № 5750/29.08.2016г. по адм.дело № 7527/2015г. по описа на Административен съд-С., решението на Надзорния съвет на НЗОК в тази си части /т.2 и т.3/ е било прогласено за нищожно поради липсата на материална компетентност на НЗОК да определя обема на финансовите средства, които ще се разпределят по реда на БМП. Единствено възложеното му правомощие, произтичащо от закона, е да определя реда, по който вече утвърдените средства да бъдат разпределяни между отделните РЗОК и лечебните заведения. Поради това не е налице правно основание за лимит на дейностите, извършени и отчетени правомерно, съобразно договореностите, от изпълнителя на БМП. Доколкото ищецът основава претенцията си на довод за неизпълнено от страна на ответника задължение, произтичащо от сключен между тях договор, то спорът се свежда именно до поетото от последния парично задължение. Действително страните по процесния договор са ограничили задължението за плащане до стойностно определен месечен лимит по Приложение № 2 „Стойност на дейностите, медицинските изделия и лекарствени продукти за лечение на злокачествени заболявания в условията на болнична медицинска помощ“ /чл.40 ал.2 от договора/. Настоящият състав напълно споделя изводите на районния съд, че цитираната договорна клауза в частта ѝ, с която заплащането за извършените и отчетените от изпълнителя дейности по договора се извършва от възложителя в рамките на стойностите по Приложение № 2, е нищожна поради противоречие със закона по смисъла на чл.26 ал.1 пр.1 от ЗЗД - чл.35 от ЗЗО, съгласно която норма всяко здравноосигурено лице има право да получи медицинска помощ, и като такава тя не произвежда действие. Тази договорна клауза е в противоречие и с разпоредбата на чл.45 и чл.47 от ЗЗО, съгласно които НЗОК, чрез съответната РЗОК, е длъжна да заплаща на изпълнителя видовете медицинска помощ, посочена в ал.1 на чл.45, съответно последният има право да получи заплащането на оказаната медицинска помощ. Освен това страните са уговорили помежду си заплащането от страна на възложителя на всички дейности по уговорените клинични пътеки, като не е налице клауза, предоставяща право на изпълнителя след изчерпване на предварително определените стойности, да прекрати извършването на възложените по договора дейности или да ограничава приема на здравноосигурени лица съобразно лимита на договорените средства. Независимо от горното, съдът намира, че извършените от болничното заведение дейности по клинични пътеки подлежат на заплащане, тъй като от представените по делото писмени доказателства и експертното заключение, неоспорени от въззивника, се установява наличието на реално изпълнение на задълженията на болницата към осигурени лица по клинични пътеки. Самият договор обаче изключва от приложното си поле стойността на извършената дейност, превишаваща определена сума, освен ако изрично не е уговорено увеличение на лимита. Разпоредбата на чл.20а ал.1 от ЗЗД приравнява съгласуваната воля на закон в отношенията между страните. Тя обаче може да бъде игнорирана при установено противоречие на утвърден от правния ред по-висш интерес. Съгласно нормата на чл.52 ал.2 от Конституцията на Република България, здравеопазването на гражданите се финансира при условия и ред, определени със закон, а чл.6 ал.1 от ЗЗО гласи, че НЗОК е държавно учреждение със специфичен предмет на дейност – осъществяване на задължителното здравно осигуряване. По силата на чл.1 ал.2 от ЗЗО целево формираните средства се разходват за закупуването на здравни дейности, услуги и заплащане на стоки, предвидени в закона, националните рамкови договори и застрахователните договори. Страните не спорят, че отчетените и извършени в случая дейности попадат в обхвата на задължителното здравно осигуряване.

Съгласно чл.2 ал.1 от ЗЗО задължителното здравно осигуряване представлява пакет от здравни дейности, гарантирани от бюджета на НЗОК. В този ред, чл.22 ал.1 от ЗЗО определя бюджета на НЗОК като основен финансов план за набиране и разходване на паричните средства за задължителното здравно осигуряване. Законът гарантира на здравноосигуреното лице право на избор досежно изпълнителя на медицинската помощ /чл.4 ал.1 от ЗЗО/. Разпоредбата на чл.4 ал.1 от ЗБНЗОК за 2015г. предвижда в рамките на предвидените със закона стойности НЗОК да определи за всяка РЗОК годишна обща стойност на разходите, разпределени по месеци, на която основа РЗОК да определят стойността на дейностите по договорите с отделните изпълнители на медицинска помощ. Изпълнението на дейностите се контролира помесечно и се коригира на тримесечие в рамките на

утвърдените разходи по бюджета на НЗОК. Изпълнението на закона е възложено на органите на управление на НЗОК, а на Надзорния съвет на касата и да приеме правила за осъществяване на контрол и корекции на първоначално разпределените стойности. Според чл.21 от методика за заплащане на дейностите в БМП /приложение 2Б от процесния договор/, в сила от 20.03.2015г., стойностите на дейностите се определят съгласно чл.4 от ЗБНЗОК за 2015г. и приетите правила от Надзорния съвет на НЗОК, неразделна част от индивидуалния договор /Приложение № 2/. Според визираните в процесния договор задължения на изпълнителя, въззиваемият дължи да осъществи здравна дейност в определения обем със съответната клинична пътека. Липсват законови разпоредби, както и договорни клаузи, които да допускат възможност изпълнителят да поиска и получи допълване за осъществената дейност, включена в обхвата на здравното осигуряване /арг. от чл.47 ЗЗО/. От изложеното следва, че НЗОК е единствен платец на цената на оказаната медицинска помощ от гарантирания пакет от здравни дейности. Затова разпоредбата на чл.4 ал.3 от ЗБНЗОК задължава органите на управление на НЗОК периодично да анализират и при необходимост да коригират разпределените суми в рамките на предвидените с бюджета средства за НЗОК, които не се твърди да са били изчерпани, при предварително утвърдени процедурни правила. Делегираните на РЗОК функции да разпределят предоставената им част от целево предвидените средства е предпоставка за отчитане на специфичните нужди и за предвиждане на нуждите за следващ времеви период на база предходното констатирано потребление. Затова законът е определил тримесечния срок като достатъчен за преценка необходимостта от корекция на разпределения бюджет в рамките на предвидените средства на национално ниво и преразпределянето им. Договорните клаузи изискват от лечебното заведение ежедневно да отчита оказаната за денонощие дейност независимо от това дали се включва в договорения лимит или го надвишава /чл.30 ал.4/. Следователно, РЗОК е овластена да вземе решение за плащане в оперативен порядък в рамките на делегирания ѝ бюджет. Отчетената медицинска помощ над планираните разходи се заплаща по друг ред – след решение на Надзорния съвет на НЗОК, съответстващо на разпоредбите и параметрите на ЗБНЗОК за 2015г. Както бе посочено по-горе, финансирането на задължителното здравно осигуряване се регламентира със закон - ЗЗО. Същият очертава и предметните рамки на договора между НЗОК, представлявана от РЗОК и съответния изпълнител на медицинска помощ. Нито ЗЗО, нито ЗБНЗОК за 2015г., възлагат в тежест на изпълнителя на медицинска помощ да обезпечи финансово гарантирания от НЗОК пакет от здравни дейности. Предвиденият ред за финансиране на конституционно установеното право на достъпно здравеопазване изключва договорната свобода. Затова сключеният между страните договор следва да се тълкува в контекста на нормативно утвърдените отношения между НЗОК и изпълнителя на медицинска помощ. Съгласно чл.45 ЗЗО НЗОК дължи да закупи договорената и оказана медицинска помощ на осигурените лица. По делото се установява, а и не се спори, че процесната сума произтича от предоставена медицинска помощ на осигурени лица през м.март 2015г. и касае покрити от системата за здравно осигуряване дейности. На законово регламентираното право на избор на осигуреното лице да избере лечебното заведение съответства задължението на изпълнителя на медицинска помощ да го приеме. Законът освобождава осигуреното лице от задължението да заплаща здравни дейности, включени в гарантирания от НЗОК пакет, а изпълнителят е задължен да приеме потърсилото го лице, поради което меродавна е удовлетворената нужда на последното. Без правно значение е знанието на изпълнителя на медицинска помощ за договорения лимит, както и липсата на възражения на същия до РЗОК за наличието на вземания за 2015г. във връзка с годишното приключване на същата бюджетна година. По изложените съображения, предявеният иск е основателен. Претендираната сума касае оказана правна помощ в обхвата на гарантирания от НЗОК пакет, поради което искът е доказан в пълния му предявен размер. Към датата на предявяването му, главницата е била изискуема и доколкото не се твърди и не се установява вземането да е погасено до датата на приключване на усните състезания, следва да бъде присъдена ведно със законната лихва от подаване на ИМ до изплащане на вземането.

Идентичен правен резултат е постановил и първоинстанционният съд, чието решение, като правилно и законосъобразно, следва да се потвърди.

При този изход на спора, на въззивника не се следват разноски. Въззиваемата страна е претендирала такива по делото, поради което следва да ѝ бъдат присъдени – в размер на сумата от 600 лв., колкото е договореното и реално заплатено възнаграждение на адвоката за настоящата инстанция.

Водим от горното и на основание чл.271 ал.1 от ГПК, Великотърновският окръжен съд

#### РЕШИ:

**ПОТВЪРЖДАВА** Решение № 731/11.07.2018г. по гр.дело № 564/2018г. по описа на РС-Велико

Търново, с което Н. З. К. – град С., ул.“К.” № 1 е осъдена да заплати на М. “Д. С. Ч.” , ЕИК ..., със седалище и адрес на управление град В.Т., ул.“Н.” № 1, представлявано от Д. С. Ф. Ф., сумата от 6 199 /шест хиляди сто деветдесет и девет/ лв., представляваща разлика между стойността на реално извършена от дружеството медицинска дейност по клинични пътеки за м.март 2015г., възложена с Договор за оказване на болнична помощ по клинични пътеки № 040468/23.02.2015г, и сумата по Приложение № 2 за дейността на дружеството за м.март 2015г., изплатена от РЗОК-Велико Търново.

**ОСЪЖДА** Н. З. К. – град С., ул.“К.” № 1 **ДА ЗАПЛАТИ** на М. “Д. С. Ч.” , ЕИК ..., със седалище и адрес на управление град В.Т., ул.“Н.” № 1, представлявано от Д. С. Ф.Ф., сумата от 600.00 /шестстотин/ лв., представляваща направени по делото разноски за заплатено адвокатско възнаграждение за въззивното производство.

Решението подлежи на обжалване в едномесечен срок от връчването му на страните пред ВКС.

Препис от същото, на основание чл.7 ал.2 ГПК, да се връчи на страните.

ПРЕДСЕДАТЕЛ:

ЧЛЕНОВЕ:1.

2.

Решение  
2

5C5C66A583C12DDBC22583860044DD77

## РЕШЕНИЕ

№ 171

гр. Велико Търново, 19.07.2018г.

Великотърновският апелативен съд, в открито заседание на дванадесети юни две хиляди и осемнадесета година, в състав:

ПРЕДСЕДАТЕЛ: ХРИСТИНА ДАСКАЛОВА

ЧЛЕНОВЕ: ИЛИЯНА ПОПОВА

ПОЛИНА ПЕНКОВА

при участието на секретаря Галя Романова, като сложи на разглеждане в.гр.д. № 240/2018г. по описа на съда, докладвано от съдия Илияна Попова, намери за установено следното:

Производството е по чл.258 и сл. от ГПК.

С решение № 28 от 28.02.2018г. по гр.д. № 36/2017г. Габровският окръжен съд е осъдил Н. здравноосигурителна каса-гр. С. да заплати на Многопрофилна болница за активно лечение „Д-р Тота Венкова“ АД-гр. Г. сумата 41 833 лв., представляваща стойността на извършено лечение на пациенти по клинични пътеки за м.декември 2016г. по договор №070250 от 20.02.2015г. за оказване на БП по КП, ведно със законната лихва от датата на предявяване на иска 20.07.2017г. до окончателното ѝ изплащане, като искът за разликата до 47 558 лв. е отхвърлил като неоснователен. С решението Н. здравноосигурителна каса-гр. С. е осъдена да заплати на Многопрофилна болница за активно лечение „Д-р Тота Венкова“ АД-гр. Г. сумата 1979.40 лв. мораторна лихва върху главницата, считано от 1.02.2017 г. до 20.07.2017г. на основание чл.86 ЗЗД, като в останалата част до пълният размер от 2273 лв. искът е отхвърлен като неоснователен. Със същото решение Н. здравноосигурителна каса-гр. С. е осъдена да заплати на Многопрофилна болница за активно лечение „Д-р Тота Венкова“ АД-гр. Г. сумата 2370 лв. за направените по делото разноски, съобразно уважената част на иска, както и юрисконсултско възнаграждение в размер на 300 лв.

Въззивна жалба против горното решение в осъдителната му част е подадена от ответника по делото Н. здравноосигурителна каса-гр. С.. Оплакванията са, че решението е недопустимо и неправилно. Жалбоподателят твърди, че произнасяйки се с решение Габровският окръжен съд е постановил недопустим съдебен акт, решавайки спор извън неговата подведомственост, поради което иска обезсилване на решението. Оплакването за недопустимост на съдебния акт се обосновава с това, че договорът между страните е писмено съглашение между административен орган и лечебно заведение/чл.19а ал.2 от АПК/, както и че по силата на чл.19ж от АПК оспорването на административния договор става по реда на глава десета от АПК, т.е за спорните правоотношения, възникнали след 20.09.2016г. компетентен да се произнесе е Административен съд-Габрово. В случай, че съдът не приеме изложеното относно административния характер на договора, жалбоподателят моли да се отмени решението като неправилно. В

жалбата се излагат обстоятелствата, поради което обективно не е било възможно по-ранно сключване на допълнителното споразумение № 14/23.12.2016г., както и че след подписването на същото остава 1/3 от месеца. Наведен е довод, че болницата е следвало да поддържа листа за планов прием съгласно чл.157/5/ от РНС-2016г., а от заключението на приетата медицинска експертиза ставало ясно, че такава листа/с изключение на едно отделение/ не е била формирана. В жалбата се прави оплакване, че съдът е мотивирал решението си с отпаднали от договора клаузи, без да се съобрази с изменението на договора, настъпило с Допълнително споразумение № 1/330.05.2016г. Жалбоподателят поддържа тезата си, че плащането е дължимо само ако са изпълнени реда и условията на договора. Съгласно чл.221 ал.11 от действащото през процесния период РНС-2016г. стойностите по финансовоотчетните документни не следва да надвишават размера на определените месечни стойности по приложение № 2 от договора. От това следвало, че за медицинска помощ, извършена въвн от регламентирани с Наредба № 2 и НРД видове и над утвърдения по ЗБНЗОК и правилата обем, не може да се ангажира отговорността на НЗОК.

В отговора на въззивната жалба ответната страна Многопрофилна болница за активно лечение „Д-р Тота Венкова“ АД-гр. Г. изразява становище, че жалбата е неоснователна и моли съда да потвърди обжалваното решение.

Пред Габровския окръжен съд са предявени обективно съединени иски -иск с правно основание чл.79,ал.1 ЗЗД във вр. с чл.59 ал.1 от ЗЗО за сумата от 47 558 лв. и иск с правно основание чл.86 ЗЗД за заплащане на мораторна лихва в размер на 2273 лв.

От фактическа страна се установява следното:

На 20.02.2015г. между Н. здравноосигурителна каса-гр. С., представлявана от Директора на РЗОК гр. Г., в качеството на възложител, и Многопрофилна болница за активно лечение „Д-р Тота Венкова“ АД-гр. Г., в качеството на изпълнител, на основание чл.59 ал.1 от Закона за здравното осигуряване и в съответствие с Националния рамков договор, сключен между Н. лекарски съюз за 2015г., е сключен договор № 0\* за оказване на болнична помощ по клинични пътеки. Договорът е сключен за срока на действие на НРД за МД за 2015 г. и е в сила до приемането на нов или на промяна на действащия НРД. Неразделна част от договора са приложение №1 "Списък на специалистите, оказващи медицинска помощ по КП" и приложение № 2 „ Стойности на дейностите, медицинските изделия и лекарствени продукти за лечение на злокачествени заболявания, в условията на болнична медицинска помощ.

Съгласно чл.1 от сключения между страните договор изпълнителят се задължава да оказва на здравноосигурени лица, на здравнонеосигурени лица по пар.2 ал.1 от Закона за бюджета на НЗОК за 2015г. и на лицата по пар.7 ал.1 от ЗБНЗОК за 2015 г. болнична медицинска помощ/БМП/ по клинични пътеки/КП/ от приложение № 5 към член единствен на Наредба № 40 от 24.11.2014г. за определяне на основния пакет от здравни дейности, гарантиран от бюджета на НЗОК.

Не се спори от страните по делото, че действието на сключения между тях договор за оказване на болнична медицинска помощ по определени клинични пътеки е продължено със сключения между тях към договора Допълнително споразумение № 1/30.05.2016г. на основание чл.59 ал.3 от ЗЗО във връзка с Решение № РД-НС—04-24-1/29.03.2016г. на Надзорния съвет на НЗОК/ДВ бр.25/31.03.2016г., в сила от 1.04.2016г./. С допълнителното споразумение №1 от 30.05.2015г. са изменени клаузи на процесния договор от раздел I "Предмет на договора", раздел II "Права и задължения на страните", раздел IV, раздел V, в съответствие с Решение № РД-НС-04-24-1/29.03.2016 г. на НС на НЗОК за оказване на медицинска помощ по клинични пътеки, съгласно приложение № 9 към чл.1 от Наредба № 2/2016 г. за определяне на основния пакет от здравни дейности, гарантирани от бюджета на НЗОК.

С допълнително споразумение № 14 от 23.12.2016 г., считано от 20 декември, е утвърдено Приложение № 2Б към договора за 2017г. В Приложение № 2Б е посочена сума за плащане през месец януари в размер на 638 470 лв. за извършена дейност през месец декември 2016 г.

Не се спори от страните по делото, че за месец декември ищцовото учебното заведение е отчело дейност по КП на стойност по-голяма от определената в посоченото приложение. Не се спори между страните, че отчетът на болницата за месец декември е приет чрез информационната система на НЗОК в предвидените за това срокове.

Ответникът е изпратил на ищеца по електронен път месечна справка спецификация за отхвърлени случаи по КП-суми за периода 1.12.2016г.-31.12.2016г. Като причина за отхвърлянето е посочено – над месечните стойности по КП общо 82 броя. С писмо от 9.01.2017г. до Директора на РЗОК-гр. Г. ищецът М. болница за активно лечение „Д-р Тота Венкова“ АД-гр. Г. е поискала на основание чл.221 ал.8 и чл.16 ал.3 от Решението /Решение № РД-НС—04-24-1/29.03.2016г. на Надзорния съвет на НЗОК/ да бъде покрита надлимитната стойност за месец декември 2016г. По делото няма данни искането да е разгледано от РЗОК-гр. Г.. Ищецът посочва, че с решение на НС на НЗОК от 17.01.2017г. е разрешено да се заплати извършената дейност над определените лимити, но само за месеците от април до ноември 2016г., като месец декември 2016г. не е включен в разрешението.

По делото е представена спецификация за клинични пътеки и амбулаторна процедура „Предсрочно изпълнение на дейностите по КП“ по допълнителното споразумение към договор № 070250/20.02.2015г. за периода 1.12.2016г.-31.12.2016г., изготвена от ищеца. В същата са отразени дейности по общо 69 броя КП на обща стойност 47 558 лв., представляващи част от отхвърлените за заплащане дейности по 82 КП, посочени в електронното известие.

Не се спори от страните по делото, че включените в спецификацията за БМП по договор №070250/20.02.2015г. дейности по КП за м.декември 2016 г. на обща стойност 47 558 лв. са извършени от ищеца, но възложителят по процесният договор е отказал тяхното заплащане.

От заключението на медицинската експертиза, назначена от първостепенният съд се установява, че предоставената дейност е била в пълен обем по отношение на 69 от случаите. В останалите 13 са установени нарушения. В седем от тях са липсвали индикации за хоспитализация, а в останалите 4 случая е налице неизпълнен диагностично – лечебен алгоритъм – неизпълнени по брой и вид диагностични и/или терапевтични процедури, както и два случая за неизпълнени изисквания за дехоспитализация. Вещото лице е проверило документацията по 82 броя истории на заболявания/ИЗ/, които са отхвърлени за плащане от НЗОК и посочени в приложеното електронно известие. Заключение на вещото лице д-р Г. , изготвило медицинската експертиза, е че от проверените 82 КП, при 71 от случаите лечението е било по спешност, а в 11 от тях лечението е било планово/сред тях са 7-те случаи без показания за хоспитализация/. Към заключението е приложена конкретна таблица, отразяваща данните от проверката на вещото лице.

От допълнителното заключение на медицинската експертиза се установява, че листи за чакащи са изготвени само в отделението по нервни болести, а в останалите отделения на болницата не са формирани такива листи. По втория ъпрос от допълнителната задача вещото лице е извършило проверка по 703 първи екземпляри от Направленията за хоспитализация за отчетени през месец декември 2016г. като спешни клинични случаи и е установило, че само в три от случаите е било възможно лечението да бъде отложено за месец януари 2017г./за пациентите В. К. , Н. С. и Д. Ц. , които не са сред отхвърлените за плащане/, а всички останали случаи са спешни.

При съпоставка на таблицата, приложена към представената по делото спецификация и електронното известие от НЗОК, се установява, че всички посочени дейности по Клинични пътеки в спецификацията, са отразени и в месечното известие на НЗОК, с което за отхвърлени за заплащане дейности по посочените там КП, като надвишаващи месечната стойност за м. декември 2016г. В спецификацията е посочена и стойността на дейностите по всяка една от клиничните пътеки. Тази стойност не е оспорена от ответника.

При така установената фактическа обстановка, въззивният съд прави следните правни изводи:

Въззивният съд приема с оглед съдържанието на въззивната жалба, че с нея се обжалва решението в неговата осъдителна част. В отхвърлителната част решението е влязло в сила като необжалвано.

Първоинстанционното решение в обжалваната част е валидно и допустимо.

Въззивният съд намира за неоснователно оплакването на жалбоподателя за недопустимост на решението, поради неподведомственост на спора.

Предявените по делото искове по чл.79 ал.1 и чл.86 ал.1 от ЗЗД за заплащане на оказана съгласно Договор № 070250/20.02.2015г. болнична помощ по конкретно посочени клинични пътеки, извършена през месец декември 2016г., но незаплатена, представлява спор във връзка с изпълнението на договора и подлежи на разглеждане по общия исков ред, регламентиран с ГПК, а не по реда на АПК. За сключения договор между изпълнител на медицинска помощ и НЗОК/

чрез РЗОК/ важат правилата на гражданското право, независимо от особения характер на регулираните отношения.

Институтът на административния договор е въведен с изменението и допълнението на АПК/ДВ бр.74/20.09.2016г./

Към момента на сключване на процесния договор 20.02.2015г. не е уреден институтът на административния договор/чл.19а-чл.20 от АПК, поради което споровете във връзка с неговото изпълнение подлежат на разглеждане по общия исков ред, т.е. подсъдни са на гражданския, а не на административния съд. Допълнителните споразумения, с които се изменя процесния договор за оказване на болнична помощ по клинични пътеки, нямат самостоятелно значение и не представляват административен договор, изменящ съглашение с друго правно естество. Без правно значение е обстоятелството, че срокът на действие на договора, въз основа на който е заявена претенцията, се разпростира и за времето след измененията на АПК в ДВ бр.74/20.09.2016г. В горния смисъл са постановените от смесени петчленни състави на ВКС и ВАС определения-определение № 3/19.01.2018г. по адм.д. № 78/2017г., определение № 41/3.05.2018г. по адм.д. № 23/2018г., определение № 6147/11.05.2018г. по адм.д. № 4974/2018г. VI отд. ВАС, определение № 8318/20.06.2018г. на ВАС по адм.д. №6866/2018г., VI отд. С оглед на изложеното предявените иски са подсъдни на гражданския съд и Габровският окръжен съд, който ги е разгледал не е постановил недопустимо решение.

По предявения иск по чл.79 ал.1 ЗЗД вр.с чл.59 ЗЗО:

Не се спори от страните по делото, че през месец декември 2016г. ищецът е оказал болнична медицинска помощ по клинични пътеки, посочени в договора. За част от извършената през месец декември 2016г. болнична медицинска помощ ответникът НЗОК е извършил плащане, като за медицинските дейности в размер на сумата от 47558 лв. е отказал плащане поради това, че дейността е извършена над определените за месеца стойности по Приложение № 2 към договора.

Въззивният съд намира, че искът е основателен и доказан до размер на сумата от 41 833 лв., ведно със законната лихва върху тази сума, считано от предявяване на иска-20.07.2017г. до окончателното изплащане. В този размер е оказана извършена от ищеца болнична помощ по клинични пътеки, оказана на здравноосигурени лица през месец декември 2016г. Сумата е получена като от общо претендираната за плащане болнична помощ за месец декември 2016г. по представената от ищеца спецификация се приспадне сумата от 5725 лв. за установените от медицинската експертиза 13 случая, при които има нарушения на чл.210 ал.1 т.3 вр. с чл.212 ал.1 от Решение № РД-НС-04-24-1/29.03.2016 г. по чл.54 ал.9 и чл.59а ал.6 от ЗЗО на НС на НЗОК, тъй като те не подлежат на заплащане. По отношение всички останали случаи на оказана болнична помощ, посочени в спецификацията, е установено, че предоставената дейност е била в пълен обем.

Ответникът дължи плащане на ищеца за оказаната от него болнична медицинска помощ за месец декември 2016 г. в размер на 41833 лв. на основание на сключения между страните Д. /20.02.2015г. за оказване на болнична помощ по

клинични пътеки, продължен с Допълнително споразумение № 1/30.05.2016г. на основание чл.59 ал.3 от ЗЗО във връзка с Решение № РД-НС—04-24-1/29.03.2016г. на Надзорния съвет на НЗОК /ДВ бр.25/31.03.2016г., в сила от 1.04.2016г./ и на основание чл.45 ал.1 т.3 от Закона за здравното осигуряване.

В договора между страните е уговорено, че ищецът е длъжен да осигурява договорената болнична медицинска помощ на здравно осигурените лица /чл. 1, чл. 5, т.1/; да спазва правата на здравноосигурените лица и на пациента, регламентирани в ЗЗО и ЗЗ и да осигурява условия, които гарантират спазването на тези права /чл. 5, т.14 и т.15/.

Според нормата на чл. 35 от ЗЗО, задължително осигурените имат право да получават медицинска помощ в обхвата на основния пакет от здравни дейности, гарантиран от бюджета на НЗОК и да избират лекар от лечебно заведение за първична медицинска помощ, сключило договор с РЗОК.

Въззивният съд приема, че ищецът е изправна страна по процесния договор, тъй като в изпълнение на задълженията си по договора по чл.1 и чл.5 от договора, е оказал болнична медицинска помощ на здравноосигурени лица по клинични пътеки, подробно посочени в спецификацията, които са включени в пакета от здравни дейности, гарантиран от бюджета на НЗОК.

Ответникът не оспорва, че болничната медицинска помощ е извършена от лечебното заведение. Не се оспорва, че тя е отчетена пред РЗОК. Ответникът не оспорва, че лечебното заведение е спазило изискванията за осъществяване на дейността и отчитането ѝ.

Въззивният съд намира, че възражението на ответника, че не дължи исковата сума, тъй като тя е за дейност, която надвишава месечната стойност, определена в Приложение № 2 към договора и че ищецът е следвало да формира листа на чакащите, е неоснователно.

Не се спори от страните по делото, че съгласно договора, сключен между тях с измененията му, едно от условията за заплащане от страна на ответника за извършената медицинска дейност, е тя да е в рамките на стойностите, предвидени в приложение № 2 към договора. Към момента на сключването на договора, а също и към момента на продължаване действието му за 2016г. с подписване на Допълнителното споразумение от 30.05.2016г. не е била уговорена стойността за месец декември 2016 г., която се изплаща през месец януари 2017г. Стойността на дейностите за болнична медицинска помощ по клинични пътеки за месец декември 2016г. е била договорена между страните едва с допълнителното споразумение към договора, подписано на 23.12.2016 г., като е договорена сумата от 638 470 лв.

При това положение, при толкова късното определяне на стойността за месец декември по Приложение № 2 от договора, и то след като месецът е започнал и медицински дейности се извършват, ищецът не е знаел какъв е определеният му лимит за дейността през месец декември и поради това не е могъл да формира листа на чакащите, за тези дейности, които ще се окажат над лимита. Очевидно е, че ищецът не имал възможност да следи дали надвишава определения лимит и да формира листа на чакащите. В същото време ищецът е

бил задължен по договора и е оказвал болнична медицинска помощ. Няма основание да отказва такава на здравноосигурените лица.

Доводът на жалбоподателя-ответник по делото, че обективно не е било възможно по-ранно сключване на допълнителното споразумение, тъй като Закона за бюджета на НЗОК е обнародван на 9.12.2016г. и НЗОК е приела решение на 20.12.2016г., с което се определят стойностите за месец декември 2016г, които се изплащат през следващата година, не променя горния извод. Без значение е какви са причините за толкова късното определяне на стойността за месец декември 2016г. Това е задължение на НЗОК и късното определяне на стойността на дейностите за месец декември не може да бъде в ущърб на другата страна по договора. По този начин лечебното заведение е поставено в невъзможност да следи дали надвишава определения лимит и съответно да формира листа на чакащите, когато е извън лимита, при наличието на задължението, вменено му със закона/ 33О и 33/, включително и с процесния договор, да оказва болнична медицинска помощ на здравноосигурени лица.

В чл.35 от 33О в правата на задължително осигурените лица са включени получаването на медицинска помощ в обхвата на основния пакет от здравни услуги, гарантиран от бюджета на НЗОК, както и на спешна помощ там, където попаднат. Разпоредбата на чл.81 от 33 постановява, че всеки български гражданин има право на достъпна медицинска помощ при условията и по реда на този закон и на 33О.

Доводът на жалбоподателя, че не е било фатално късно подписването на допълнителното споразумение, тъй като оставала 1/3 от месеца, е несъстоятелен, поради това, че болнична медицинска помощ е оказвана в течение на месеца, по-голямата част от дейностите вече са били осъществени и за оставащите 8 дни от месеца, ищецът не е могъл да формира листа на чакащите.

Освен това по делото е установено от заключението на медицинската експертиза, че от общо проверените 82 случая, в 71 от тях лечението е било по спешност, а само в четири от случаите лечението е било планово/ ИЗ 14 775, ИЗ 14768, 14664 и 14626. Следователно само за тези четири случая е било необходимо да се формира листа на чакащи, а за всички останали ищецът няма задължение да формира листа на чакащите/чл.157 ал.5 от Решение № РД-НС—04-24-1/29.03.2016г. на Надзорния съвет на НЗОК/ДВ бр.25/31.03.2016г., в сила от 1.04.2016г./ . С цитираната разпоредба е регламентирана дейността на лечебните заведения по организиране на плановия прием, като в листата за планов прием се включват всички подлежащи на хоспитализация лица с изключение на тези, които се нуждаят от незабавен прием в лечебното заведение. Възможността да се извърши хоспитализация в условията на спешност на ЗОЛ при необходимост от болнично лечение е регламентирана в чл.177,ал.2 от НРД за 2015г. Следователно ищецът за 71 от случаите, които са спешни и лицата се нуждаят от незабавен прием в лечебното заведение, не е могъл да откаже оказването на болнична медицинска помощ, дори и тя да се окаже над определената стойност за месец декември 2016г. по Приложение № 2 към договора. Ищецът е извършил тези дейности, отчитайки законните права на здравноосигурените лица, които са

потърсили лечение при него през м.декември и изпълнявайки своите задължения по договора. За тези случаи никъде не е предвидено, че не подлежат на заплащане от НЗОК.

Освен това следва да се има предвид, че нито Законът за здравното осигуряване, нито Националният рамков договор за 2015г., нито Решение № РД-НС—04-24-1/29.03.2016г. на Надзорния съвет на НЗОК предвиждат възможност изпълнителят на болнична медицинска помощ, какъвто е ищеца, да поиска и получи заплащане за извършената от него дейност по отношение на здравноосигурени лица по клинични пътеки в предвидените от нормативните актове и договора обеми и видове, от друго лице. Следователно НЗОК е определена от закона като единствения платец на цената на оказаната болнична медицинска помощ от гарантирания пакет от здравни дейности. В посочените по-горе нормативни актове, както и в договора между страните, никъде не е предвидено, че изпълнителят на болнична медицинска помощ ще оказва такава на здравно осигурени лица за своя сметка. Не е предвидено, че извършените медицински дейности извън определения лимит, ще останат за сметка на лечебното заведение.

В чл.42 т.4 от договора е предвидено, че отхвърлената от плащане медицинска дейност се заплаща от възложителя с решение на Надзорния съвет на НЗОК. В аналогичен смисъл са разпоредбите на чл.221 ал.8, ал.9, ал.15, ал.16, ал.17, ал.18 от Решение № РД-НС—04-24-1/29.03.2016г. на Надзорния съвет на НЗОК, предписващи реда, по който следва да се извърши плащане на дейностите, надвишаващи месечната стойност по Приложение № 2, като първо решение за изплащане на тези дейности може да вземе директора на РЗОК в рамките на неусвоените стойности, а ако това не е възможно се изготвя доклад и искане до управителя на НЗОК за изплащане. При осигурена възможност в рамките на предвидения бюджет на НЗОК съгласно ЗБНЗОК за съответната година/в случая 2017г./ НС на НЗОК взема решение за извършване на корекция и изплащане на потвърдените дейности/чл.221 ал.18 от цитираното решение на НС на НЗОК/. По делото нито се твърди, нито се установява, че определените средства по бюджета на НЗОК за 2017г. са били изчерпани.

Неоснователен е доводът на жалбоподателя, че спорът в случая е за това, че плащането е дължимо само, ако са изпълнени условията и реда и че определянето е по два критерия-вид и обем. В случая спорът не е относно вида и обема на оказаната болнична помощ, а за това, че тя надвишава месечния лимит, определен в Приложение № 2 от договора. Още повече, че относно обема на оказаната болнична медицинска помощ, в случая е съобразено заключението на вещото лице и от претендираните дейности са приспаднати стойностите на 13-те случая при които дейността не е била в пълен обем и има нарушения. В разглеждания случай са спазени всички условия, поставени като изискване НЗОК да заплати на изпълнител на БМП, предвидени по чл.210 от Решение № РД-НС-04-24-1/29.03.2016 г. на НС на НЗОК. В чл.221 от посоченото Решение са регламентирани действията на изпълнителя на болнична медицинска помощ, на РЗОК и на НЗОК в случаите на извършени медицински дейности от основния

пакет по чл.1 ал.2 от Наредба № 2 от 2016г. на стойност, надвишаваща определената месечна стойност в приложение № 2, но в чл.210 от същото решение такова условие за заплащане от страна на НЗОК на изпълнителя на БМП не е поставено.

Предвид гореизложеното ответникът няма основание да откаже заплащането на извършената от ищеца БМП в размер на сумата от 41 833 лв. и дължи заплащането им на основание чл.3, т.2 от договора, съобразно изменението му с Допълнителното споразумение от 30.05.2016г. и чл.45 ЗЗО.

С оглед основателността на иска по чл.79 от ЗЗД, основателен е и акцесорният иск по чл.86 от ЗЗД за периода 01.02.2017 г.- от деня, следващ падежа на задължението до датата на депозиране на исковата молба 20.07.2017 г. в размер на 1979.40 лв. началният момент за определяне на мораторната лихва е 1.02.2017г., тъй като съобразно чл.225 от Решение № РД-НС-04-24-1/29.03.2016 г. по чл.54 ал.9 и чл.59а ал.6 от ЗЗО на НС на НЗОК, плащанията се извършват до 30-то число на месеца, следващ отчетния.

Тъй като крайният извод на първоинстанционният съд за уважаване на главния иск в размер на 41 833 лв. и за уважаване на акцесорния иск в размер на 1979.40 лв. съвпада с извода на въззивната инстанция за уважаване на исковите в същите размери, то обжалваното решение следва да бъде потвърдено в обжалваната част.

При този изход на делото жалбоподателят следва да бъде осъден да заплати на ответната по жалбата страна сумата от 300 лв. разноски за въззивната инстанция за юрисконсултско възнаграждение.

Водим от горното Великотърновският апелативен съд

### РЕШИ:

ПОТВЪРЖДАВА решение № 28 от 28.02.2018г. на Окръжен съд-Габрово, постановено по гр.д. № 36/2017г. по описа на същия съд, в обжалваната част.

ОСЪЖДА Н. здравноосигурителна каса-гр. С., ЕИК 121858220, със седалище и адрес на управление гр. С., ул."К"№1 да заплати на Многопрофилна болница за активно лечение „Д-р Тота Венкова“ АД-гр. Г. с ЕИК107507217, гр. Г., ул. „Д“ №1 сумата от 300 лв. разноски за въззивната инстанция за юрисконсултско възнаграждение.

Решението подлежи на обжалване пред Върховния касационен съд в едномесечен срок от съобщаването му на страните.

ПРЕДСЕДАТЕЛ:

ЧЛЕНОВЕ:

## РЕШЕНИЕ

№ 118

гр. Велико Търново, 15.06.2018г.

Великотърновският апелативен съд, в открито заседание на шести март две хиляди и осемнадесета година, в състав:

ПРЕДСЕДАТЕЛ: ДАНИЕЛА ДЕЛИСЪБЕВА

ЧЛЕНОВЕ: ИЛИЯНА ПОПОВА

ГАЛЯ МАРИНОВА

при участието на секретаря Ина Стоянова, като сложи на разглеждане в.т.д. № 416/2017г. по описа на съда, докладвано от съдия Илияна Попова, намери за установено следното:

Производството е по чл.258 и сл. от ГПК.

С решение № 201 от 12.10.2017г. по т.д. № 8/2017г. Окръжен съд-Габрово е осъдил Н. здравноосигурителна каса гр. С. да заплати на Многопрофилна болница за активно лечение „Д-р Стойчо Христов“ ЕООД-гр. С. сумата от 80 161лв., представляваща стойността на извършено лечение на пациенти по клинични пътеки за м.май 2015г. по договор №070247 от 20.02.2015г. за оказване на БП по КП, ведно със законната лихва от датата на предявяване на иска 08.02.2017г.  окончателното ѝ изплащане, както и сумата от 6886,44лв. разноски по делото.

Въззивна жалба против горното решение е подадена от ответника по делото Н. здравноосигурителна каса-гр. С. с оплакване, че решението е неправилно.

Жалбоподателят твърди, че е действал законосъобразно, спазвайки чл.4 от Закона за бюджета на НЗОК за 2015г, както и чл.21 на Приложение 2Б към чл.2 от ПМС 57/2015г. за приемане методики за остойностяване и за заплащане на медицинската помощ по чл.55/2/ т.2 от ЗЗО/ПМС 57/. Сумите по представените фактури за извършена дейност не следва да надвишават размера на утвърдения годишен прогнозен план за обем дейност и стойност на разходите на изпълнителите на болнична помощ/БП/, определен по реда на ЗБНЗОК и заложен в договора на изпълнителя на БП. В жалбата се твърди, че РЗОК ежеседмично е информирала изпълнителя по договора за достигнатото изпълнение на съответните месечни стойности, като за периода 11.05.-17.05.2015г. те са били 73%, т.е към средата на месец май болницата е достигнала  $\frac{3}{4}$  от определената стойност и ръководството е следвало да формира листа на чакащите за планов прием, за което е задължено от нормата на чл.22 от Наредбата за осъществяване на правото на достъп до медицинска помощ. В жалбата се сочи, че лечебното заведение не е изпълнило това си задължение, маркирайки като „спешни“ нереално висок процент подлежащи на хоспитализация лица. Твърди се, че през месец май 2015г. болницата е  ализирала около 99.5% от приема на пациенти като „Спешни“, което очевидно не можело да отговаря на обективната действителност, а било израз на специфична тенденция, превърнала се в практика. Освен това при подаване на електронния си отчет ищецът е маркирал изпратените за планов прием и приети като планови пациенти за „Спешни“, а хартиените направления били коригирани. Прави се оплакване, че в първоинстанционното производство въпросът за спешността не е повдиган и че съдът е уважил исковата претенция на основание, което ищецът не е посочил. В жалбата е изтъкнат довод, че цитираната от съда разпоредба на чл.21/4/ от Приложение № 2Б на ПМС № 57 има съвършено различен смисъл. Тя регламентирала възможност за болницата да поиска допълнително средства за лечение на спешни пациенти, което потвърждавало че спешността е изключение от общото правило и че при всички случаи на спешност финансиращата институция трябвало да удовлетвори искането на изпълнителя за допълнително финансиране в рамките на 5% спрямо определените за месеца стойности. Искането е да се отмени обжалваното решение и вместо него да се постанови решение, с което да се отхвърли предявения иск.

Ответната по жалбата страна Многопрофилна болница за активно лечение „Д-р Стойчо Христов“ ЕООД-гр. С. в писмения си отговор изразява становище за неоснователност на жалбата.

Великотърновският апелативен съд като прецени направените в жалбата оплаквания, доказателствата по делото и доводите на страните, приема за установено следното:

Производството по делото е образувано по предявен иск по чл.79,ал.1 ЗЗД във вр. с чл.59 ал.1 от ЗЗО за сумата от 80 161лв.

От фактическа страна се установява следното:

На 20.02.2015г. между Н. здравноосигурителна каса гр. С. в качеството на възложител и Многопрофилна болница за активно лечение „Д-р Стойчо Христов“ ЕООД-гр. С. в качеството на изпълнител на основание чл.59 ал.1 от Закона за здравното осигуряване и в съответствие с Националния рамков договор за медицинските дейности, сключен между Н. лекарски съюз за 2015г. е сключен договор № 0\* за оказване на болнична помощ по клинични пътеки. Съгласно чл.1 от сключения между страните договор изпълнителят се задължава да оказва на здравноосигурени лица, на здравнонеосигурени лица по пар.2 ал.1 от Закона за бюджета на НЗОК за 2015г. и на лицата по пар.7 ал.1 от ЗБНЗОК за 2015 г. болнична медицинска помощ/ БМП/ по клинични пътеки/КП/ от приложение № 5 към член единствен на Наредба № 40 от 24.11.2014г. за определяне на основния пакет от здравни дейности, гарантиран от бюджета на НЗОК.

Към договора са сключени допълнителни споразумения, част от които са представени по делото. С допълнителните споразумения от 4 март 2015г. и 24 март 2015г. се променя Приложение № 2 към сключения между страните договор, в което са отразени стойностите на дейностите в БМП, като с първото допълнително споразумение приложение № 2 се променя считано от 27 февруари 2015г., а с второто-считано от 23 март 2015г. В Приложение № 2 към първото допълнително споразумение не са отразени стойности в БМП за месец май 2015г., а в Приложение № 2 към второто споразумение са месец май 2015г. е посочена стойност на дейностите в БМП 247 682 лв., като това приложение е подписано с особено мнение от управителя на болницата-ищец по делото.

С допълнителното споразумение № 3 от 07.04.2015г. са изменени клаузи на процесния договор от раздел I, раздел V и раздел VII в съответствие с Постановление № 57 от 16.03.2015г. на Министерски съвет за приемане методики за остойностяване и заплащане на медицинската помощ по чл.55, ал.2, т.2 от ЗЗО.

С допълнително споразумение № 4 от 14.04.2015г. се променя Приложение № 2 към договора, като стойностите на дейностите по БМП за месец май 2015г. са в размер на 225 682 лв.

С Допълнително споразумение № 5 от 5.0.5.2015г. във връзка с изпълнение решение на НС на НЗОК по заявление на директора на ищцовата болница за покриване на преразхода по клинични пътеки от предходни месеци за сметка на месец април 2015г. и месец май 2015г., Приложение № 2 е изменено, като за месец май 2015 г. стойностите на БМП са 200 615 лв.

С Допълнително споразумение № 6 от 14 май 2015г. , считано от 14 май 2015г. се променя Приложение № 2 като за месец май 2015г. стойностите за БМП по клинични пътеки са в размер на 200 615.

С Допълнително споразумение № 7 от 18 май 2015г. , считано от тази дата страните са променили Приложение № 2 към договора като стойностите видно от приложението за месец май 2015 г. са 204 786 лв.

С Допълнително споразумение № 8 от 28 май 2015г., считано от 25 май 2015г. страните са променили Приложение № 2 към договора като видно от същото стойностите за месец май 2015г. за БМП са в размер на 196 613 лв.

С Допълнително споразумение № 9 от 9.06.2015г., считано от 9.06.2015г. е променено Приложение № 2 към договора, като видно от същото стойностите за месец май 2015г. за БМП са в размер на 208 385 лв. Горепосочените девет на брой допълнителни споразумения към процесния договор са представени по делото от ответника и към всяко едно от тях е приложено и Приложение № 2 към договора.

По делото е представена фактура № 2\* от 10 юни 2015г. на обща стойност 205 118 лв., издадена от ищеца, придружена с две спецификации, едната за извършени дейности по клинични пътеки през месец май 2015г. за 11 907 лв./довършени през май/ и другата за

извършени дейности по клинични пътеки през месец май за 193 211 лв. Не се спори от страните, че дължимата сума по фактура № 26 715/10.06.2015г. е изплатена на ищеца.

На 30.09.2016г. ищецът е издал фактура № 2\* за извършени дейности по процесния договор по клинични пътеки и спецификация за сумата от 80161 лв. Фактурата и спецификацията са изпратени на РЗОК-Габрово. С писмо от 3.10.2016г. РЗОК-Габрово до ищеца е върнала фактурата, тъй като е за дейност, надвишаваща месечните стойности след прилагане на чл.21 от Приложение № 2Б към чл.2 „методика за заплащане на дейностите в болничната медицинска помощ към ПМС № 57/16.03.2015г. и е отказала заплащането ѝ.

Ответникът не спори, че включените в спецификацията за болнична медицинска помощ по договор № 070247/20.02.2015г. дейности по клинични пътеки за м.май 2015г. на обща стойност 80 161лв., за които е издадена фактура №27089/30.09.2016г., са извършени от ищеца. Не е спорно по делото, че посочените в спецификацията дейности са отчетени от изпълнителя по процесния договор като спешни. Не се твърди и не са представени доказателства за това ищецът да е подавал в РЗОК писмено заявление за извършване на корекция по реда на чл.21,ал.4 от ПМС № 57 /16.03.2015г. за приемане на методика за остойносттаване и за заплащане на МП по чл.55,ал.2,т.2 от ЗЗО.

От заключението на назначената и приета от първостепенният съд съдебно икономическа експертиза, изготвена от вещото лице И. К. , се установява следното: Съгласно чл.4 от Закона за бюджета на НЗОК за 2015г. НЗОК определя за всяка районна здравноосигурителна каса годишна обща стойност на разходите, разпределена по месеци. В рамките на тези стойности РЗОК определят в договорите с изпълнителите на болнична медицинска помощ, месечни стойности за дейностите, които ще бъдат заплатени при спазване на определени изисквания. Месечните стойности за болнична медицинска помощ и тяхното изменение се утвърждават от НЗОК. Определянето на месечните стойности и техните изменения се извършва по Правила, приети от надзорния съвет на НЗОК. В процесния период, с Решения на Надзорния съвет на НЗОК Правилата са променяни няколкократно и след всяко такова решение, са следвали писма на РЗОК в резултат на които са сключвани допълнителни споразумения за изменения на договорите с изпълнителите на болнична помощ по клинични пътеки. На 16.03.2015г. е прието ПМС № 57, което отменя ПМС № 94 от 24.04.2014г. Според заключението на експертизата утвърдените стойности по Приложение № 2 към процесния договор за месеца януари и февруари 2015г. са съответно 212 360 лв. и 215 142 лв. В заключението вещото лице изяснява, че сумата за януари се заплаща за дейност, извършена през месец декември 2014г., а сумата за месец февруари –за дейност, извършена през месец януари 2015г. С писмо от 27.02.201г. управителят на НЗОК, в изпълнение на Решение на НС на НЗОК от 27.02.2015г. изпраща утвърдените стойности за заплащане на дейностите по болничната помощ през месец март, касаещи дейност, извършена през месец февруари 2015г. С допълнително споразумение от 04.03.2015г. са променени стойностите по Приложение № 2 към процесния договор, като видно от заключението на вещото лице стойността за месец януари от 212360 лв. се запазва, а стойността за месец февруари се променя на 215137 лв., а за месец март се определя стойност 215 142 лв. С писмо от 23.03.2015г. на Управителя на НЗОК се информира РЗОК, че следва да се изпълни решение на НС на НЗОК от 23.03.2015г. и към писмото е приложена таблица за утвърденото от НС на НЗОК месечно разпределение на годишните стойности. В заключението на експертизата са посочени в таблица месечните стойности за болнична помощ за ищеца за всички месеци от 2015г., като за месец юни, през който ще се разплаща извършената през месец май 2015г. стойността е **247682 лв.** До този момент видно от приложените по делото допълнителни споразумения и заключението на вещото лице не е имало утвърдени месечни стойности за ищцовата болница за всички месеци от годината, а само за първото тримесечие. Въз основа на горното писмо е подписано Допълнително споразумение от 24.03.2015г. за промяна на Приложение № 2 към договора като за м.май 2015г. стойността за дейностите в БМП е определена на 247 682лв., платима през м.юни. Следващата промяна на Приложение № 2 към договора е направена с подписаното Допълнително споразумение № 4 от 14.04.2015г., съгласно което стойността за дейностите в БМП за м.май 2015г. е определена на 225 682лв. Промяната е извършена по искане на управителя на болницата ищец в производството за покриване на спешни дейности, извършени през предходни дейности, което е станало за сметка

на стойността през второто тримесечие. Следва ново решение на НС на НЗОК от 28.04.2015г., с което се приемат изменения и допълнения на Правилата като се изважда стойността на няколко дейности по определени клинични пътеки поради това се изпращат на РЗОК утвърдени коригирани стойности за дейностите на болничната помощ и месечното разпределение. С Допълнително споразумение № 5 от 05.05.2015г. към договора стойността за месец юни за извършена през май дейност се намалява на 200 615 лв. С последващото споразумение № 7 от 18.05.2015г. стойността за БМП за месец май отново е променена и става **204 786 лв.** С писмо от 27 май 2015г. на управителя на НЗОК до РЗОК се иска да се създаде организация за изпълнение на решение на НС на НЗОК от 25.05.2015г., с което са приети изменения и допълнения на Правилата. Към писмото са приложени утвърдени от НС на НЗОК нови коригирани годишни стойности на дейностите за БМП и нови месечни разпределения, които отчитат измененията в Правилата. Във връзка с това писмо се сключва Допълнително споразумение № 8 от 28.05.2015г. към процесния договор, с което дължимата за дейността за месец май сума, платима през месец юни се променя на **196 613 лв.** След това се сключва допълнително споразумение № 9 от 9.06.2015г. с което стойността за дейностите през месец май се променя на 208 385 лв. В заключението на вещото лице подробно е посочено какво се включва в тази сума, а именно: утвърдената сума от 196 613 лв. за дейност на лечебното заведение през месец май, увеличена със сумата от 445 лв. за неплатени два случая през месец април и 500 лв. възстановени неправомерно получени суми или общо сумата 197 558 лв. Към тази сума се прибавят и сумите от извадените за месец май клинична пътека № 141 за 5800 лв. и клинична пътека № 279 за 1760 лв. след което се получава сумата от 205 118 лв. Сликата от 3267 лв. между сумата посочена в споразумението от 208385 лв. и 205 118 представлява платени през юни 3267 лв. за извадените клинични пътеки/след решението на НС на НЗОК от 25.05.2015г./, от които 787 лв. за дейност през месец април и 2480 лв. за дейност през месец март. В заключението на експертизата се посочва, че утвърдената стойност за дейност на ищеца през май е 196 613 лв., като с допълнителното споразумение № 9 от 9.06.2015г. тя е променена на **208 385 лв.** като увеличението от 12 222 лв. е за заплащането на отчетени дейности през месец март и април по клинични пътеки за раждане, както и за неплатени два случая за април. В заключението на експертизата е посочено, че превишението на определената с допълнително споразумение № 9 от 9.06.2015г. стойност на болнична медицинска дейност е в размер на 80 161 лв. Заключението на експертизата е, че приложената по делото спецификацията към фактура №27089 от 30.09.2016г./ на л.36-37 от делото/ на обща стойност 80 161 лв., са включени 152 случая по 50 клинични пътеки и клинични процедури, по които е извършена болнична медицинска дейност през месец май 2015г., която дейност е извършена след достигането от ищеца на утвърдената месечна стойност през месец май. В допълнителното си заключение вещото лице К. посочва, че определената стойност за месец май съгласно методиката, посочена в раздел III на „Правила за условията и реда за определяне и изменение на стойностите по чл.4 ал.1 т.1 и т.2 и за използване на средствата от резерва по чл.1 ал.2 ред1.4 от Закона за бюджета на НЗОК за 2015г.“ би следвало да бъде е 273 203 лв., а коригирана в съответствие с изискването на чл.31 ал.5 от ПМС № 57/2015г. би следвало да е 247 682 лв.

При така установеното от фактическа страна въззивният съд прави следните правни изводи:

Обжалваното решение е валидно и допустимо.

След съвкупна преценка на събраните по делото доказателства въззивният съд намира, че предявеният иск по чл.79 ал.1 ЗЗД във вр. с чл.59 ал.1 от ЗЗО за сумата от 80 161 лв., е основателен и следва да се уважи. Съображенията за това са следните:

Между страните по делото е сключен договор от 20.02.2015г., по силата на който Многопрофилна болница за активно лечение „Д-р Стойчо Христов“ ЕООД-гр. С. като изпълнител се е задължила да оказва на здравноосигурени лица, на здравнонеосигурени лица по пар.2 ал.1 от Закона за бюджета на НЗОК за 2015г. и на лицата по пар.7 ал.1 от ЗБНЗОК за 2015 г. болнична медицинска помощ/БМП/ по клинични пътеки/КП/ от приложение № 5 към член единствен на Наредба № 40 от 24.11.2014г. за определяне на основния пакет от здравни дейности, гарантиран от бюджета на НЗОК, подробно посочени в договора/чл.1 ал.1 от

договора/. НЗОК като възложител по договора се е задължила да заплаща за дейностите по ал.1.

Не се спори от страните по делото, че през месец май 2015г. ищецът е оказал болнична медицинска дейност по клинични пътеки, посочени в договора. За част от извършената през месец май 2015г. болнична медицинска дейност ответникът НЗОК е заплатил на ищеца 205 118 лв. по фактура № 2\* от 10 юни 2015г. За извършената от ищеца също през месец май 2015г. болнична медицинска дейност на стойност от 80161 лв., посочени подробно в представената по делото спецификация, ответникът не е заплатил.

Въззивният съд приема, че ищецът е изправна страна по процесния договор, тъй като в изпълнение на задълженията си по договора по чл.1 и чл.5 от договора, е оказал болнична медицинска помощ на здравноосигурени лица по клинични пътеки, подробно посочени в спецификацията, които са включени в пакета от здравни дейности, гарантиран от бюджета на НЗОК съгласно Наредба № 40/24.11.2004г. за определяне на основния пакет от здравни дейности, гарантирани от бюджета на НЗОК /действала за процесния период/ и НРД за МД за 2015г., като всички КП за м.май 2015г. на обща стойност 80 161лв. Ответникът не оспорва, че болничната медицинска помощ на тази стойност е извършена от лечебното заведение. Не се оспорва, че тя е отчетена като спешни случаи. Начина на отчитане на извършените дейности по представената от ищеца спецификация не се оспорва от ответника и в производството пред въззивната инстанция.

Въззивният съд намира, че възражението на ответника, че не дължи исковата сума, тъй като тя е за дейност, която надвишава месечните стойности след прилагане на чл.21 от Приложение № 2Б към чл.2 „Методика за заплащане на дейностите в болничната медицинска помощ” към ПМС №57/16.03.2015г. и че ищецът е следвало да формира листа на чакащите, е неоснователно.

Съгласно приетата методика с ПМС №57/16.03.2015г, в чл.21,ал.4 от Приложение № 2Б към чл.2 е предвидено, че при достигане на съответните месечни стойности, водещи до липса на капацитет на изпълнителя на БМП за хоспитализации, с изключение на случаите на спешна диагностика и лечение, следва да се формира листа на чакащите. Предвидено е, че за случаите на спешна диагностика и лечение, изпълнителят на БМП може да подаде в РЗОК писмено заявление за увеличаване на размера на месечната стойност на разходите за дейностите в БМП в приложение №2 от индивидуалния договор за сметка на стойностите за следващите месеци от тримесечието или утвърдените стойности за следващото тримесечие, в размер до 5%. В разглеждания случай ответникът не е доказал възражението си, че ищецът е следвало да формира листа на чакащите и да не оказва болнична медицинска помощ на здравноосигурени лица, поради достигане на месечните стойности. От представените по делото допълнителни споразумения към процесния договор и от заключението на съдебно-икономическата експертиза се установява, че няколкократно месечните стойности за болнична помощ за 2015г. са променяни по силата на различни решения на Надзорния съвет на НЗОК, включително и тази за месец май 2015г. В течение на месец май 2015г. през който ищецът е оказвал болнична медицинска помощ на здравноосигурени лица, месечната стойност за дейностите през същия месец май няколко пъти и променяна-с Допълнително споразумение № 5 от 05.05.2015г. стойността се намалява на 200 615 лв., с Допълнително споразумение № 7 от 18.05.2015г. стойността за БМП за месец май отново е променена и става 204 786лв., с Допълнително споразумение № 8 от 28.05.2015г. дължимата за дейността за месец май сума, платима през месец юни се променя на 196 613 лв., с Допълнително споразумение № 9 от 9.06.2015г. стойността за дейностите през месец май се променя на 208 385 лв. При това непрекъснато променяне на стойността на болничната медицинска помощ за месец май и то след като месецът е започнал и медицински дейности се извършват, няма как ищецът да е бил наясно какъв е определеният му лимит за дейността през месец май. Още повече, че стойността за месец май е била променена и през следващия месец юни, в който дейностите вече са били извършени. С оглед на тези непрекъснати промени в размера на стойностите за БМП за месец май, извършвани през самия месец, а и в следващия, ищецът е бил в невъзможност да следи дали надвишава определения лимит и да формира листа на чакащите. Възражението на ответника, че ищецът ежеседмично е получавал справки от РЗОК за

достигнатия % от определената месечна стойност и е знаел дали надвишава определения лимит, е неоснователно и недоказано. В течението на месец май не е имало как ищецът да се следи дали надвишава лимита, тъй като той е променян четири пъти, а през това време ищецът е бил задължен по договора и е оказвал болнична медицинска помощ. Възражението на ответника би било основателно, само ако в началото на месец май определената за този месец болнична медицинска помощ е ясна и не се променя последващо през същия месец. След като с решенията на свой орган, ответникът е правил непрекъснати промени в стойностите за БМЦ, определени за ищеца, то той е поставил изпълнителя на болничната помощ, в случая ищеца, в невъзможност да спазва разпоредбата на чл.21 ал.4 от Методиката за заплащане на дейностите в болничната медицинска помощ от 20.03.2015г. при наличието на задължението, вменено му със закона/ 33О и 33/, включително и с процесния договор, да оказва болнична медицинска помощ на здравноосигурени лица. В чл.35 от 33О в правата на задължително осигурените лица са включени получаването на медицинска помощ в обхвата на основния пакет от здравни дейности, гарантиран от бюджета на НЗОК, както и на спешна помощ там, където попадат. Разпоредбата на чл.81 от 33 постановява, че всеки български гражданин има право на достъпна медицинска помощ при условията и по реда на този закон и на 33О. Освен това от представените пред въззивната инстанция решение № 5750/29.08.2016г. на Административен съд София-град по адм.д. № 7527/2015г. е видно, че е обявено за нищожно Решение РД-НС-04-9/27.01.2015г. на Надзорния съвет на НЗОК в частта му по т.2 и 3, с които е прието да се разпределят до 95% от средствата, получени през 2014г. на изпълнителите на болнична медицинска помощ, при които има спешна диагностика и лечение и до 90% от средствата, получени през 2014г. на изпълнителите на болнична медицинска помощ, при които няма спешна диагностика и лечение. С решението е прието, че НС на НЗОК няма материална компетентност да приема такива стойности, тъй като стойността на разходите е определена със закон. Съобразно с чл.4 ал.1 от ЗБНЗОК НЗОК следва да извърши разпределението в рамките на приетите от закона стойности, а не да определя друг обем. Горепосоченото решение е потвърдено с решение на ВАС № 493/12.01.2018г. по адм.д. № 11702/2016г. По делото няма представени доказателства, от които да е видно, че ищецът е уведомен, че извършва дейности над определената месечна стойност и не е спазил задължението си да формира листа на чакащите. Пр

едвид гореизложеното ответникът няма основание да откаже заплащането на извършената от ищеца БМП в размер на сумата от 80 161 лв. и дължи заплащането им.

Освен изложеното по-горе, въззивният съд споделя изцяло изводите на първостепенният съд, че по делото не е установено, че за оценените дейности по КП, чието заплащане се претендира, е следвало да бъде формирана листа на чакащите в хипотезата на чл.21,ал.4 от Приложение № 2Б към ПМС №57/ 16.03.2015г. и че тези случаи са отчетени от изпълнителя като прием по спешност и като такива следва да бъдат заплатени. Възможността да се извърши хоспитализация в условията на спешност на ЗОЛ при необходимост от болнично лечение е регламентирана в чл.177,ал.2 от НРД за 2015г.

Съгласно чл.21 ал.4 от Приложение № 2Б към ПМС №57/16.03.2015г. случаите на спешна диагностика и лечение не се включват в листата на чакащите, която следва да се формира от изпълнителя на БМП при достигане на съответните месечни стойности на дейностите в БМП, водещи до липсата на капацитет за хоспитализации. Правилен е извода на първостепенният съд, че за тези случаи не е постановено, че не подлежат на заплащане и че за ищеца не съществува законова възможност да откаже извършването на тези дейности и да не хоспитализира такива ЗОЛ за болнично лечение. Тези изводи са подробно аргументирани от първата инстанция и въззивният съд препраща към мотивите, изложени в първоинстанционното решение.

С оглед на изложеното предявеният иск следва да бъде уважен, тъй като ищецът е извършил медицински дейности в размер на исковата сума, които са изпълнени в съответствие с договора и ответникът дължи тяхното заплащане на основание чл.3, ал.1,т.3 от договора и чл.45 33О и не е налице основание да откаже плащането им.

Оплакването на жалбоподателя, че не е изследван въпроса дали всички дейности, предмет на исковата сума, които са отчетени като спешни случаи, действително са били такива,

е неоснователно. Ответникът преди завеждане на делото е разполагал с отчетите на ищеца и пълната медицинска документация, във връзка с процесните медицински дейности и е знаел, че те са отчетени като спешни. Това обстоятелство не се е оспорвало пред първата инстанция, не се оспорва и пред въззивната инстанция. Ответникът с писмения си отговор не е оспорил това обстоятелство, че случаите са неправилно отчетени като спешни. Поради липсата на възражение в тази насока, доказателства не са ангажирани. Първоинстанционният съд е указал с доклада по делото, че ответникът следва да докаже възражението си, че дейностите се извършват по определените стойности и че за тях е следвало да се формира листа за чакащите. Като е твърдял, че следва да се формира листа на чакащите, ответникът е следвало да установи, че случаите са планови, а не спешни. В тази насока ответникът въпреки указаната му доказателствена тежест, не е ангажирал доказателства. Ето защо искането за събиране на доказателства в тази насока пред въззивната инстанция, беше оставено без уважение, поради настъпилата преклузия.

Тъй като крайният извод на първоинстанционният съд съвпада с извода на въззивната инстанция за уважаване на предявения иск, то обжалваното решение следва да бъде потвърдено.

При този изход на делото жалбоподателят следва да бъде осъден да заплати на ответната по жалбата страна сумата от 3000 лв. за направените от нея разноски за адвокатско възнаграждение за тази инстанция.

Неоснователно е искането на жалбоподателя за връщане на заплатената от него държавна такса по въззивната жалба. НЗОК не е държавно учреждение, поради което не е задължена от заплащане на държавна такса. Ето защо искането за връщане на държавната такса следва да се остави без уважение.

Водим от горното Великотърновският апелативен съд

#### РЕШИ:

ПОТВЪРЖДАВА решение № 201 от 12.10.2017г. на Окръжен съд-Габрово, постановено по т.д. № 8/2017г. по описа на същия съд.

ОСЪЖДА Н. здравноосигурителна каса, ЕИК121858220, със седалище и адрес на управление гр. С., ул. ". №1 да заплати на Многопрофилна болница за активно лечение „Д-р Стойчо Христов“ ЕООД-гр. С., ЕИК107507982, гр. С., ул."С" № 147 сумата от 3000 лв. за направените разноски пред въззивната инстанция.

ОСТАВЯ БЕЗ УВАЖЕНИЕ искането на Н. здравноосигурителна каса-гр. С. за връщане на внесената държавна такса по въззивната жалба, като неоснователно.

Решението подлежи на обжалване пред Върховния касационен съд в едномесечен срок от съобщаването му на страните.

ПРЕДСЕДАТЕЛ:

ЧЛЕНОВЕ:

**РЕШЕНИЕ**

гр. София, 10.12.2018 г.

**В ИМЕТО НА НАРОДА**

СОФИЙСКИЯТ ГРАДСКИ СЪД, VI ТО, 5 състав, в публичното съдебно заседание на двадесет девети ноември две хиляди и осемнадесета година, в състав:

ПРЕДСЕДАТЕЛ: МАРИЯ РАЙКИНСКА

при участието на секретаря Антоанета Стефанова, като разгледа докладваното от съдията **гр. д. Л. 397 по описа за 2018 г.**, за да се произнесе, взе предвид следното:

Предявени са обективно съединени иски по чл. 79, ал. 1 ЗЗД и чл. 86, ал. 1 ЗЗД.

Ищецът „С.а.б.з.а.л. „Е.“ ЕООД (САГБАЛ или болницата) твърди в исковата си молба уточнителна молба от 04.04.2018 г., че има сключен договор за оказване на болнична помощ ответника Н.З.К.(НЗОК) под № 20345/19.02.2015 г. (договора), допълнително споразумение Л 22/27.05.2016 г. за оказване на болнична помощ по КП и договор № 200345/18.05.2017 г. За период 01.03.2015 г. – 30.11.2015 г. били извършени и отчетени медицински дейности над утвърдени месечни стойности на обща стойност 138 246 лева по КП №№ 142.1, 143, 144, 149 и 151 (уточнено молба от 04.04.2018 г.) Тази дейност била извършена на пациенти с редовни здравноосигурителни права, потърсили спешна медицинска помощ в лечебното заведение и такава те са получили, без да им бъде отказвана или да бъдат пренасочвани някъде. В представени помесечни справки за извършената дейност са посочени конкретни пациенти, конкретни клинични пътеки и време на предоставяне на помощта, за която се претендира плащане.

Ищецът твърди, че в договора с ответника било уговорено, че ищецът е длъжен да осигурява договорената болнична медицинска помощ на здравно осигурените лица – чл. 1, и чл. 5, т. 1. Освен това, законът давал право на здравноосигурените лица срещу задължителното им участие при набиране на здравни вноски да получат медицинска помощ като изберат болнично заведение лекуващ лекаря да осигури това право на здравноосигурените лица НЗОК била длъжна да осигури бюджет, като заплати разходите за това лице, в която Б.то е избрало да се лекува. Поддържа, че клаузите на чл. 20, т. 6 и чл. 40, ал. 2 и чл. 41 от договора между страните противоречи на ЗЗО предвидените от него права на здравноосигурените лица. Освен това, в случая била оказана спешна медицинска помощ и евентуалното пренасочване на пациентите би застрашило тяхното здравословно състояние.

Предвид изложеното моли да бъде осъдена НЗОК да заплати на ищеца сумата 138 246 лев. за отчетена медицинска дейност над утвърдените месечни стойности за периода от 01.03.2015 г. до 30.11.2015 г., ведно със законната лихва от датата на подаване на исковата молба до окончателното изплащане на задължението.

Ответникът НЗОК, действащ чрез РЗОК – Сливен, е депозирал отговор на исковата молба, който излага доводи за неоснователност на иска. Признава, че между него и ищеца са сключен посочените в исковата молба договор и допълнителни споразумения. Сочи, че съгласно методиката за закупуване на видовете медицинска помощ, съгласно ЗЗО, приети с Постановление Л 57/16.03.2018 г. на МС се прилага условието стойностите на финансово отчетните документи представяни от изпълнителите на болнична медицинска помощ по договор с НЗОК не следва да надвишават размера на стойностите, определени в приложение 2 към индивидуалния договор с изпълнителя. Това условие било залегнало и в договорите за 2015, г., 2016 г. и 2017 г., които управителя на САГБАЛ е подписал. Определянето и коригирането на стойностите по Приложение към индивидуалния договор на лечебното заведение се регламентирало в чл. 4 от ЗБНЗОК за съответната година и било обвързано с бюджетните средства на НЗОК. Ако определената

медицинска дейност била извършена от изпълнителя на медицинска помощ, но не отговаряла на определената в Приложение 2 стойност, НЗОК не дължала плащане.

Ищецът е депозирал допълнителна искова молба, с която поддържа подадената искова молба.

Ответникът е депозирал допълнителен отговор на исковата молба, в който поддържа твърдението си, че ищецът едностранно е изменил индивидуалния си договор с НЗОК, като извършвал медицинска дейност над определената му.

**Съдът, след като прецени събраните по делото и относими доказателства и обсъд доводите на страните, приема за установено следното от фактическа страна:**

По делото е представен Договор № 200345/19.02.2015 г. за оказване на болнична помощ по клинични пътеки, подписан на 19.02.2015 г. между Н.З.К. и „Специализирана А.Б. за активна Л.Е. ЕООД, гр. Сливен, на основание чл. 59 от Закона за здравното осигуряване (ЗЗО). В чл. 1 болницата се е задължила да оказва на здравноосигурените лица акушерска помощ по чл. 82, ал. 1, т. 2 от Закон за здравето, болнична медицинска помощ по клинични пътеки, посочени в Приложение № 5 към Наредба № 40/24.11.2004 г. за определяне основния пакет от здравни дейности, гарантиран с бюджета на НЗОК по посочени 14 броя клинични пътеки (141, 142.1, 143, 144, 145, 147, 148, 149, 150, 151, 269, 271 и 279). НЗОК се е задължила да заплаща дейностите по чл. 1 съгласно Постановление № 94/24.04.2014 г. на МС за приемане на методики за остойностяване и за заплащане на медицинската помощ по чл. 55, ал. 2 ЗЗО (заменено с ПМС № 57/16.03.2015 г. за приемане на методики за остойностяване и заплащане на медицинска помощ по чл. 55, ал. 2, т. 2 ЗЗО, бел. моя). Договор № РД-НС-01-2/29.12.2014 г. за приемане на обемите и цените на медицинската помощ е сключен на 15 г. между НЗОК и БЛС. В Чл. 1, ал. 3 от договора е посочено, че болницата осъществява дейността по ал. 1 съгласно изискванията на ЗЛЗ, ЗЗ, ЗЗО, ЗБНЗОК за 2015 г., подзаконовите нормативни актове по прилагането им, кодекса за професионална етика и НРД за 2015 г. В Раздел „Цени, условия и срокове за отчитане и плащане“ са уредени правилата за отчитане на извършената медицинска дейност и нейното заплащане. В чл. 32, ал. 13 от договора са посочени случаите, които са основание за отхвърляне на исканото заплащане, като такова основание е и отчитане на дейност надвишаваща стойността по чл. 42 от договора. Според чл. 42 от договора стойността по финансовоотчетните документи не следва да надвишава размера на определените стойности в болницата по реда на чл. 4 ЗБНЗОК за 2015 г., посочени в приложение № 2. Съгласно чл. 42, ал. 4 с договора отхвърлената медицинска дейност на осн. чл. 33, ал. 13, т. 6, посочена в месечното известие по чл. 33, ал. 11, т. 2 се заплаща от възложителя с решение на Надзорния съвет, като това решение се взема в съответствие с разпоредбите и в рамките на параметрите на ЗБНЗОК за 2015 г. В чл. 41 с договора е предвидена възможност корекции на стойностите да се извършват на тримесечие, за което страните подписват допълнителни споразумения към договора. Според чл. 57 от договора, същият сключва и има действие за срока на действие на НРД за 2015 г.

По делото са представени Правила за условията и реда за определяне и изменение на стойностите по чл. 4, ал. 1, т. 1 и т. 2 и за използване на средства от резерва по чл. 1, ал. 2, ред 1.4 с Закона за бюджета на НЗОК за 2015 г., приети на заседание на Надзорния съвет на НЗОК с 27.01.2015 г. Според тези Правила, НЗОК, чрез централното си управление, определя стойности по видове дейности в БМП, съгласно ЗБНЗОК за 2015 г., които се заплащат от средствата по отделни бюджетни подпараграфи. НЗОК определя и за всяка РЗОК годишна обща стойност на разходите, разпределена по месеци. Всяка РЗОК определя стойността за дейностите за болнична медицинска помощ към договорите с изпълнителите на болнична медицинска помощ, разпределени по месеци, в рамките на утвърдените от НС на НЗОК за съответната РЗОК стойности (чл. 5). Тези стойности се разпределят по месеци и по тримесечия (чл. 6). РЗОК изпращат в ЦУ на НЗОК информация за определените стойности за утвърждаване от НС на НЗОК. Утвърдените стойности са задължителни от ИБМП и са неразделна част от сключените от тях договори – приложение № 2. В чл. 8 е уредена възможност за изпълнител, който за определен месец е отчетел дейност за случаи на спешна диагностика и лечение, над предварително договорената в приложение № 2 към индивидуалните договори, да подаде в РЗОК писмено заявление за увеличение размера на стойността на разходите за дейностите в БМП в приложение № 2 от индивидуалния договор за сметка на стойностите по приложение 2 да следващите месеци от тримесечието, в размер до 5% от стойностите за

тримесечието или до 5% от стойностите за следващото тримесечие. Тези промени се договоря между изпълнителя и директора на РЗОК в срока за предоставяне в РЗОК на отчетите за плащане в дейността за съответния месец. Изключения от този ред не се допускат, а при обективни обстоятелства изпълнителят информира незабавно съответната РЗОК, като случаят се отнася за разглеждане от Надзорния съвет на НЗОК и УС на БЛС, а решение за заплащането им се взема при наличие на бюджетни средства.

Представени са от ответника и справки по месеци след прилагане на чл. 8 от Правилата относно заявените стойности над месечния лимит, като според тях за м. март над лимит са 4 366 лев за м. април – 25 620 лева, за м. май – 5 576 лева, за м. юни – 23 886 лева, за м. юли – 19 724 лева, за м. август – 9 152 лева, за м. септември – 11 877 лева, за м. октомври – 26 242 лева и за м. ноември – 11 803 лева.

Ответникът е представил още неоспорени от ищеца допълнителни споразумения към договора № 200345/2015 г., с които са актуализирани месечните и тримесечните стойности, определени в приложение № 2 към договора, като последното липсва по делото. Видно от последното допълнително споразумение, подписано на 03.12.2015 г., лимитите по приложение № 2 са били актуализирани през годината както следва: за м. януари – 128 028; за м. февруари – 128 029; за м. март – 206 342 лева или за първо тримесечие – 462 399 лева; за м. април – 192 524 лева; за м. май – 120 301 лева; за м. юни – 173 171 лева или за второ тримесечие – 485 996 лева; за м. юли – 175 773 лева; за м. август – 157 879 лева; за м. септември – 166 871 лева или за трето тримесечие – 500 522 лева; за м. октомври – 156 312 лева; за м. ноември – 143 139 лева и за м. декември – 158 420 лева или за четвърто тримесечие – 457 871 лева. Видно е при сравнение между отделните допълнителни споразумения, че първоначално предвижданите стойности по месеци и тримесечия са увеличавани последващо подписаните допълнителни споразумения.

По делото е изслушано заключение на съдебно-счетоводна експертиза, изготвено от вещото лице В.П., неоспорено от страните. Тя е установила, че:

- при лимит за м. март 2015 г. 206 342 лева болницата е заявила сума за извършена медицинска услуга в размер на 168 969 лева, отхвърлени са 666 лева, платени са 137 181 лева по фактура, както и по две дебитни известия са платени 21 850 лева и 4 906 лева, като неизплатена претендирана сума останала 4 366 лева и е по КП 143, 144 и 151.

- при лимит за м. април 192 524 лева са заявени 159 185 лева, отхвърлени са 408 лева, платени са по фактура 98 420 лева, както и платени са по две дебитни известия 23 071 лева и 11 666 лева, неизплатени са 25 620 лева по КП 143, 144, 149, 150 и 151.

- при лимит за м. май от 121 491 лева са заявени 162 755 лева, отхвърлени са 580 лева, платени са по фактура 159 599 лева, като незаплатени са останали 5 576 лева по КП 143, 144 и 151.

- при лимит за м. юни 173 171 лева са заявени 201 039 лева, отхвърлени са 1 380 лева, платени са 160 730 лева по фактура както и 15 043 лева по дебитно известие, а неплатени са останали 23 886 лева по КП 143, 144 и 151.

- при лимит за м. юли 175 773 лева заявени са 177 993 лева, изплатени са 157 979 лева по фактура, както и 390 лева по дебитно известие, а неплатени са 19 724 лева по КП 142.1, 143, 144 и 151;

- при лимит за м. август 157 879 лева заявени са 176 023 лева, платени са 166 205 лева по фактура, както и 666 лева по дебитно известие, а неплатени са останали 9 152 лева по КП 143, 144, 149 и 151;

- при лимит за м. септември 166 871 лева са заявени 169 177 лева, отхвърлени са 988 лева, платени са 156 312 лева, като са останали неплатени 11 877 лева;

- при лимит за м. октомври 156 312 лева са заявени 169 381, платени са по фактура 143 139 лева, а неплатени са останали 26 242 лева по КП 142.1, 143, 144, 145, 149 и 151;

- при лимит за м. ноември от 143 139 лева заявени са 171 023 лева, платени са 158 404 лева, както и 816 лева по дебитно известие, като неплатени са останали 11 803 лева по КП 143, 144, 149 и 151.

По делото е изслушано заключение на Съдебно-медицинска експертиза, изготвено от д-р С.М. неоспорено от страните. Вещото лице е дал заключение, че медицинската дейност на лицата, обх

227 на брой, посочени в справките, представени с допълнителна молба от ищеца в уточнение на исковата му претенция за периода 01.03.2015 г. до 30.11.2015 г., е извършена по всички 240 процесни хоспитализации съобразно алгоритъма и изискванията на валидните към момента клинични пътеки. Отказът от лекуване на лицата в ищцовото лечебно заведение би влошило здравето им, тъй като по същество за всеки процесен случай е било налично спешно състояние с нужда от хоспитализация извършване на оперативна интервенция, А.манипулация или консервативно Л.в спешен порядък болнични условия.

**При така установената фактическа обстановка съдът приема от правна страна следното**

Договорът, въз основа на който ищецът претендира вземания, е административен договор по смисъла на сега действащото законодателство, въведен с разпоредбите на чл. 19а-19ж АПК, обн. Д. бр. 74 от 20.06.2016 г. Съгласно чл. 19а, ал. 2 АПК административният договор е писмен съгласение между административен орган и граждани и организации, като според чл. 19а, ал. 1 АПК такъв се сключва по въпроси от значим обществен интерес. Нормата на чл. 19а АПК обаче материалноправна и има действие занапред, доколкото законодателят не ѝ е придал обратен действие. Ето защо тя е приложима само към договори по въпроси от значим обществен интерес, които са сключени при нейното действие. Процесният договор е сключен през 2015 г. преди изменението на АПК ДВ бр. 74 от 20.06.2016 г., поради което за породените от него отношения се прилагат правилата на договорното право, съотв. – споровете във връзка с този договор следва да се разглеждат от общите граждански съдилища. Ето защо и при прилагане правилата на родовата подсъдност спорът е подсъден на СГС.

По иск за изпълнение на договор между две равнопоставени страни ищецът дължи да докаже, че е налице сключен валиден договор, че той е изпълнил или е готов да изпълни, че са налице условията, при които може да търси изпълнение от ответната страна, както и размера на претенцията си. Ответникът дължи да докаже, че е изпълнил, или ако отказва да изпълни – че са налице правопогасяващи, правоизключващи или правоотлагащи обстоятелства.

В настоящото производство между страните не е спорно, а и се установява от представените писмени доказателства, че между тях е сключен Договор № 200345/19.02.2015 г. за оказване на болнична помощ по клинични пътеки при условията на чл. 59, ал. 1 ЗЗО, като ищецът е изпълнил по него, а ответникът – възложител. Не се спори между страните още, че при действието на този договор и съгласно неговите условия ищецът е извършил и заявил в периода март 2015 г. - ноември 2015 г. болнични медицински дейности на стойност исковата претенция, които не са платени с ответника, нито е спорно, че същите са включени в предмета на договора и са изпълнени съобразно изискванията, а и изпълнението се установи чрез изслушаната СМЕ. Както ищецът, така и ответникът поддържат, че претендираните с исковата молба суми са за уговорената в договор болнична медицинска дейност, но на стойност над месечния лимит, определен в Приложение № към договора за заплащане от НЗОК за периода март – ноември 2015 г., но предвид това обстоятелство спорят дали тези суми са дължими.

Съгласно чл. 18 от процесния договор НЗОК дължи да заплати на болницата договорената извършена и отчетена дейност по клинични пътеки. Както бе посочено, страните не спорят, че дейността, предмет на иска, е от вида на договорената и е извършена в процесния период съответно отчетена. Съгласно чл. 40, ал. 2 от договора НЗОК заплаща на болницата за извършената отчетена дейност в рамките на стойностите, определени по реда на Правилата и посочени в приложение № 2 „Стойност на дейностите, медицинските изделия и лекарствени продукти за лечение на злокачествени заболявания, в условията на болнична медицинска дейност“, съгласно чл. 24, ал. 4, т. 2 от НРД за МД 2015 г., неразделна част от договора. Никоя от страните не е представил посоченото Приложение № 2 към договора, но са представени допълнителни споразумения, с които същото е изменяно, като от последното Допълнително споразумение, подписано за 2015 г. – това с 03.12.2015 г., се установяват лимитите за всеки месец от 2015 г., както и тези за тримесечие.

От изслушаната ССЕ, която не е оспорена от никоя страна се установи, че не цялата претендирана сума надвишава лимитите, съответно, при липса на други възражения относно дължимостта ѝ, като извършена в рамките на договорената дейност и договорената стойност тя е дължима. Това е така предвид следното: част от незаплатените заявени стойности на болнични

медицинска дейност за иския период не са над посочения лимит по месеци (м. март, април, юли септември, октомври и ноември). През някои от месеците пък, (май, юни и август) НЗОК е платил по-големи суми от месечните лимити. Доколкото обаче е прието лимитите да се коригират в тримесечие, а и видно от чл. 8 от представените от ответника Правила за условията и реда за определяне и изменение на стойностите по чл. 4, ал. 1, т. 1 и т. 2 и за използване на средства с резерва по чл. 1, ал. 2, ред 1.4 от Закона за бюджета на НЗОК за 2015 г., може да се заявява увеличение на месечната стойност за сметка на следващи месеци от тримесечието, следва да се приеме, че е достатъчно общо платените в съответното тримесечие суми да не надвишават тримесечния лимит. Самият ответник сочи в представената от него справка за стойности над лимит че са приложени правилата на чл. 8 от Правилата, което обяснява и защо през някои месеци платено под лимит, а през някои – над лимит. За общия размер на платените суми за първо тримесечие по делото няма данни, но доколкото никой от страните не твърди за януари и февруар 2015 г. да има неплатени суми над лимита, следва да се приеме, че суми над лимита за тези месеци няма. Доколкото за м. март се установи, че при лимит 206 342 лева са заплатени 163 037 лева, незаплатени от заявените са 4 366 лева, то не може да се приеме, че тази сума надвишава нито лимита за м. март, нито тримесечния лимит за първо тримесечие при съобразяване приетото относно първите два месеца. За второ тримесечие лимита, видно от допълнително споразумение с 03.12.2015 г. е 485 996 лева, а платени общо от НЗОК за това тримесечие са 465 529 лева. За трето тримесечие лимитът е 500 523 лева, а платени в това тримесечие са 480 786 лева; за четвърто тримесечие лимитът е 457 871 лева, а през октомври и ноември са платени 301 359 лева, като за декември лимитът е 158 420 лева и няма данни същият да не е достигнат, поради което следва да се приеме, че той е достигнат, следователно за четвърто тримесечие няма свободен лимит. Или предвид наличие на свободен лимит за част от периода и при липса на други направени възражения НЗОК дължи по силата на договора с ищеца да му заплати заявени и незаплатени суми в рамките на тримесечните лимити както следва: за първо тримесечие още 4 366 лева, отчетени за м. март 2015 г. и за второ тримесечие още 20 467 лева (разлика между лимита от 485 996 лева и общо платените в тримесечието 465 529 лева); за трето тримесечие 19 737 лева (разликата между лимита от 500 523 лева и общо платените за тримесечието 480 786 лева; за четвърто тримесечие не се дължи нищо поради достигнат тримесечен лимит. Или дължими и незаплатени в рамките на лимита през процесния период са общо 44 570 лева, които ответникът дължи да заплати. Несъмнено към датата на исковата молба са изтекли всички срокове за плащането им, доколкото няма спор, че същите са своевременно заявени още през 2015 г. Сумата се дължи със законната лихва от датата на исковата молба до окончателното изплащане на сумата.

Останалите заявени и неплатени суми до общия им размер, установен от ССЕ - 138 246 лева, попадат извън уговорения лимит по Приложение № 2 към договора. По въпроса дали въпреки това тази сума е дължима от ответника и относно твърдението на ищеца, че чл. 20, т. 6 и чл. 40, ал. 2 и чл. 1, които забраняват плащане над установения лимит, противоречат на ЗЗО, настоящият състав намира следното:

Съгласно чл. 52, ал. 1 от Конституцията на Република България гражданите имат право на здравно осигуряване, гарантиращо им достъпна медицинска помощ и на безплатно ползване на медицинско обслужване при условия и по ред, определени със закон. Този закон е Законът за здравното осигуряване (ЗЗО). Съгласно чл. 4 ЗЗО задължителното здравно осигуряване гарантира свободен достъп на осигурените лица до медицинска помощ чрез определен по вид, обхват и обем пакет от здравни дейности, както и свободен избор на изпълнител, сключил договор с районна здравноосигурителна каса. Това законово правило обаче не означава, че здравноосигурените лица могат да получат неограничена по обем и стойност медицинска помощ само въз основа на здравните си осигуровки. Ако целта на закона бе достъпът до здравните нужди да бъде неограничен подчиненото изречение "чрез определени по вид, обхват и обем пакет от здравни дейности" би бил излишно. (Така решение № 2 от 22.02.2007 г. на Конституционния съд по к. д. № 12/2006 г., с което посочения смисъл се тълкува Конституцията и в частност чл. 52, ал. 1 и е направен извод, че не противоречат на основния ни закон нормите на чл. 4 и 5 от Закона за бюджета на НЗОК за 2007 г.)

(които са с идентично съдържание с текста на чл. 4 от ЗБНЗОК за 2015 г.) и които предвижда разпределение на бюджета по месеци и на тримесечия за всеки изпълнител на медицинска дейност.

Съгласно чл. 55а ЗЗО Н.З.К. планира, договаря и закупува за здравноосигурените лица медицинска помощ по чл. 55, ал. 2, т. 2 ЗЗО (описаните в чл. 45 от ЗЗО видове медицинска помощ които според алинея 2 се определят като пакет, гарантиран от бюджета на НЗОК) в рамките на обемите, договорени в националните рамкови договори и в съответствие с бюджета на НЗОК за съответната година.

НЗОК е създадена като специализиран орган, за което разполага със самостоятелен бюджет който се формира и изразходва по точно определен начин (чл. 6, чл. 22 - 32 от ЗЗО). Тя се състои с централно управление и районни здравноосигурителни каси. Бюджетът на НЗОК е основен финансов план за набиране и разходване на паричните средства на задължителното здравно осигуряване и отделен от държавния бюджет. Годишната стойност на разходите за видовете медицинска помощ изплащана от НЗОК, са неразделна част от бюджета на НЗОК за съответната година – чл. 22 ЗЗО.

Съгласно чл. 4, ал. 1 от Закона за бюджета на НЗОК 2015 г. в рамките на стойностите по чл. 4, ал. 2, ред 1.1.3.6, 1.1.3.7 и 1.1.3.8 (здравноосигурителни плащания за лекарствени продукти медицински изделия в болнична медицинска помощ и за самата болнична медицинска дейност):

1. НЗОК определя за всяка РЗОК годишна обща стойност на разходите, разпределена по месеци;

2. РЗОК определят стойността за дейностите към договорите с изпълнителите на болнична медицинска помощ разпределени по месеци

Алинея втора на същата норма определя, че стойностите, определени от РЗОК и тяхното изменение се утвърждават от Надзорния съвет на НЗОК, а според ал. 3 изпълнението на дейности по ал. 1 се контролира по месеци и се коригира на тримесечие в рамките на утвърдените разходи по бюджета на НЗОК.

Надзорният съвет на НЗОК приема правила за условията и реда за определяне и изменение на стойностите на дейностите и за техния контрол и корекции, както и за използване на средства с резерва за плащане на разходи в случай на значителни отклонения от равномерното разходване на утвърдените/коригираните средства по договорите с изпълнителите на болнична медицинска помощ

Видно от посочената разпоредба, законодателят е установил задължителни стойности за дейностите за болнична медицинска помощ за всеки изпълнител на болнична помощ (т. е., за всяко лечебно заведение, сключило договор с НЗОК за оказване на болнична медицинска помощ).

Законът за бюджета на НЗОК е финансов план за разходване на средства от задължителни здравноосигурителни вноски. Отпусканите стойности за болнична помощ по същество представляват един от финансовите механизми, установени в закона, чрез които се цели да се постигне баланс между приходната и разходната част и да се избегне дефицит в бюджета на НЗОК. На практика ЗЗО очертава пакета от здравни дейности, до който задължително здравноосигурените лица имат достъп, а ежегодният бюджет на НЗОК определя финансовата рамка, в която се осигурява здравните дейности. Именно за постигане на баланса и спазване на финансовата рамка законът придава задължителен характер на бюджета на изпълнителя на медицинска дейност, сключил договор с НЗОК. Единствената възможност за коригирането ѝ е на тримесечие, след корекции, извършени на начина, описан по-горе. Заплащането на дейности на стойност по-висока от определената стойност би било неправомерно, а за случаи на погрешно (неоснователно) плащане законът е предвидил административната процедура за коригирането му по чл. 76а ЗЗО.

На следващо място, съгласно чл. 4, ал. 3 ЗЗО условията и редът за упражняване правото на достъп и свободен избор на осигурените лица до медицинска помощ се уреждат в наредбата по чл. 81, ал. 3 от Закона за здравето и в националните рамкови договори. Това е Наредба за осъществяване правото на достъп до медицинска помощ, в сила от 02.06.2006 г., приета с ПМС № 119 от 22.05.2006 г. за осъществяване на задължителното здравно осигуряване. Съгласно чл. 2 от Наредбата здравноосигурените лица в Република България имат право да получават медицинска помощ обхваща на основния пакет от здравни дейности, гарантиран от бюджета на Н.З.К., които и гарантират достъпно лечение в съответствие със стадия, развитието, тежестта и остротата на съответното заболяване. Съгласно чл. 20 от Наредбата лекарите и лекарите по дентална медицина с

лечебните заведения за извънболнична помощ са длъжни да предприемат мерки за насочване на здравноосигуреното лице за диагностика и лечение в болнични условия, когато лечебната цел не може да се постигне в условията на извънболничната помощ. В случая на оказване на болнична помощ изборът на лекар и лекарски екип е платена услуга.

Съгласно чл. 22 от Наредбата за организиране на плановия прием в лечебните заведения: склучили договор с НЗОК за оказване на болнична помощ, се поддържа листа за планов прием в всяка клиника и/или отделение. В листата по ал. 1 се включват всички подлежащи на хоспитализация лица с изключение на тези, които се нуждаят от незабавен прием в лечебното заведение. Вписването на пациента в листата за планов прием се извършва при негово писмено съгласие за това, изразено след като му бъде предоставена информация за възможните обичайни рискове от необходимите диагностични и лечебни дейности и алтернативи, за срока, в който ще бъде осъществен хоспитализацията, както и за възможността да се обърне за прием към друго лечебно заведение.

Към процесния договор са приложими и правилата на ПМС № 57/16.03.2015 г. за приемане на методики за остойностяване и заплащане на медицинска помощ по чл. 55, ал. 2, т. 2 ЗЗО (отделни видове медицинска помощ по чл. 45 ЗЗО). Съгласно чл. 21 от ПМС № 57, стойностите на дейностите в болничната медицинска дейност по договорите на изпълнителите на БМП се определят съгласно чл. 4 ЗБНЗОК за 2015 г. и приетите правила от НС на НЗОК и са неразделна част от индивидуалните им договори (приложение № 2 към индивидуалните договори). Съгласно чл. 21, ал. 4 при достигане на съответните месечни стойности, водещи до липса на капацитет на изпълнителя на БМП за хоспитализация, с изключение на случаите на спешна диагностика и лечение, същият формира лист за чакащите съгласно чл. 22 от Наредбата за осъществяване на правото на достъп до медицинска помощ. За случаите за спешна диагностика и лечение изпълнителят на БМП може да подаде в РЗОК писмено заявление за увеличение на размера на месечната стойност на разходите в БМП по приложение № 2 от индивидуалния договор за сметка на стойностите за следващите месеци с тримесечието в размер на 5 на сто от стойността за съответното тримесечие или до 5 на сто с утвърдените съгласно правилата по чл. 4, ал. 4 от ЗБНЗОК за 2015 г. стойности за следващото тримесечие. При увеличение размера на стойностите по горния ред промените се прилагат чрез договаряне между и БМП и директора на РЗОК. По изключение, при особено тежки случаи по медицински показатели, както и случаи, свързани с форсмажорни обстоятелства, изпълнителят на БМП информира директора на съответната РЗОК и случаят се внася за разглеждане в НС на НЗОК УС на БЛС, като решение за заплащането им се взема при наличие на бюджетни средства.

Видно от цитираната по-горе нормативна уредба законът от една страна осигурява предвиденото в Конституцията право на здравноосигурените лица да получават достъп до безплатна медицинска помощ, но от друга страна създава правила относно осигуряването на такъв достъп в съответствие със стадия, развитието, тежестта и остротата на съответното заболяване, според които се извършва планова хоспитализация, така че да бъде възможно финансовото ѝ осигуряване. Именно тази цел предвидимост и преценка на възможността за финансово осигуряване дейността на НЗОК е свързана с достъпа до безплатна медицинска помощ е предвидено това да става в рамките на определен бюджет, приеман със съответния Закон за бюджета на НЗОК. В същото време са предвидени и съответни механизми за коригиране на този бюджет съобразно нуждите на изпълнителите на медицинска дейност при необходимост от спешна хоспитализация от една страна и финансовите възможности от друга страна. В чл. 40, ал. 1 от договора е предвидено, че се прилагат Правилата, приемани от НС на НЗОК за условията и реда за определяне и изменение на стойностите по чл. 4, ал. 1, т. 1 и т. 2 и за използване на средства от резерва по чл. 1, ал. 2, ред 1.4 от Закона за бюджета на НЗОК за 2015 г., а съгласно чл. 8 от тези правила е уредена възможност за изпълнителят, който за определен месец е отчетел дейност за случаи на спешна диагностика и лечение, на предварително договорената в приложение № 2 към индивидуалните договори, да подаде в РЗОК писмено заявление за увеличение размера на стойността на разходите за дейностите в БМП по приложение № 2 от индивидуалния договор за сметка на стойностите по приложение 2 за следващите месеци от тримесечието, в размер до 5% от стойностите за тримесечието или до 5% от стойностите за следващото тримесечие. Тази възможност за коригиране на месечния бюджет

именно гаранция за незабавно осигуряване достъпа до медицинска помощ при избор на лечебни заведения на здравноосигурени лица, чието състояние изисква спешна медицинска намеса.

Съдът намира за неоснователно твърдението на ищеца, че клаузите на чл. 20, т. 6 и чл. 40, ал. и чл. 41 от договора между него и НЗОК, които предвиждат, че НЗОК заплаща само фактури, чият месечна стойност надвишава утвърдения болничен бюджет, противоречат на ЗЗО. Тези разпоредби напълно съответстват на чл. 55а ЗЗО, изискващ закупуване на медицинска дейност от НЗОК в рамките на нейния бюджет. Нормите на чл. 35 ЗЗО, която установява право на достъп на здравноосигурените лица до медицинска помощ, финансирана от НЗОК и чл. 55а ЗЗО, който предвижда, че НЗОК закупува пакети здравна помощ само в рамките на своя бюджет следва да се прилагат съвместно и с оглед целта на закона – да осигури достъп на здравноосигурените лица до безплатна медицинска помощ, но по такъв начин, че да може да бъде осигурявано и финансирането на тази медицинска дейност от НЗОК, чийто бюджет се формира до голяма степен с здравноосигурителните вноски.

Освен това, клаузата, че НЗОК изплаща само медицински дейности, които са на стойност до месечния лимит не означава, че изпълнителят на медицинска дейност следва да отказва такава на здравноосигурени лица при достигане на месечния лимит. Това означава само, че при достигане на месечния лимит съответното здравноосигурено лице, което не се нуждае от спешна медицинска помощ, ще бъде включено в плана (листата на чакащите) за лечение за следващия месец. Както вече бе посочено, законът предвижда достъп на всички здравноосигурени лица до гарантирания от НЗОК пакет от медицински дейности, но предвижда още и редица правила и условия за този достъп според неговата спешност, целящ да даде възможност за неговата финансова обезпеченост. Защото е ясно, че медицинска помощ на всички здравноосигурени лица в един и същи момент не може да бъде осигурена. Достатъчно е тя да бъде осигурена в подходящ срок, според състоянието на конкретното лице и в съответствие със стадия, развитието, тежестта и остротата на съответното заболяване.

Изпълнителите на медицинска дейност също са адресати на правилата за изпълнение и финансиране на медицинската дейност, свързана с осигурявания от НЗОК пакет от медицинска помощ, включително с определението им бюджети и следва да ги спазват, за което те са поели задължение със сключените от тях договори. Те следва да организират плановия прием на пациент така, че да остане бюджет и за оказване на спешна медицинска помощ, а ако все пак го надхвърлят да се възползват от процедурата по чл. 8 от Правилата, идентична с процедурата, предвидена в ПМ № 57/16.03.2015 г. или от процедурата по изменение на лимитите с решение на НС на НЗОК. Въпрос за добро управление е изпълнението на бюджета и ако съответният изпълнител не успее да се вмести в него, включително след използване на всички законоустановени възможности за неговото изменение, то направените разходи за медицинска дейност извън бюджета следва да останат за неговата сметка, освен ако по решение на НС на НЗОК и според бюджетните възможности тези разходи не бъдат изплатени, каквато възможност е предвидена и в чл. 42, ал. 4 от процесния договор. Конкретният случай няма данни НС на НЗОК да е взел подобно решение.

Предвид изложеното съдът намира, че на ищеца не се дължи заплащане от НЗОК на сумите за медицински дейности извън установените тримесечни лимити, поради което искът в частта му на 44 570 лева, (която сума е в рамките на тримесечните лимити), до общо претендираните 138 246 лева (която разлика е извън рамките на тримесечните лимити), е неоснователен и следва да бъде отхвърлен.

**По отношение на разноските:** При този изход от спора, всяка страна има право на разносък съобразно уважената, съотв. – отхвърлената част от иска. Ищецът е направил разноски за държавна такса в размер на 5 519.84 лева, за адвокатско възнаграждение в размер на 8 400 лева и за вещи лиц в размер на 700 лева. От тях, на основание чл. 78, ал. 1 ГПК ответникът дължи да му заплати 4 713.4 лева.

Ответникът е бил защитаван от юрисконсулт и на основание чл. 78, ал. 3 и ал. 8 ГПК има право на юрисконсултско възнаграждение, което съдът определя при условията на чл. 78, ал. 8 ГПК на 200 лева. От тях съобразно отхвърлената част от иска ищецът дължи да му заплати 135.52 лева.

Воден от горното съдът

## РЕШИ:

**ОСЪЖДА Н.З.К.**, гр. София, ул. „\*\*\*\*\*“, да заплати на **„С.А.Б.ЗА А.Л. Е.“ ЕООД**, ЕИ \*\*\*\*\* , със седалище и адрес на управление \*\*\*, сумата **44 570 лева** (четиридесет и четири хиляд петстотин и седемдесет лева) – част от отчетена, но незаплатена болнична медицинска помощ по Договор № 200345/19.02.2015 г. за оказване на болнична помощ по клинични пътеки, за периода маї – ноември 2015 г., на основание чл. 79, ал. 1 ЗЗД във вр. чл. 59, ал. 1 ЗЗО, ведно със законната лихв върху сумата от 28.02.2018 г. до окончателното изплащане на задължението, като **ОТХВЪРЛ** претенцията за разликата до пълния ѝ размер от 138 246 лева, като неоснователна.

**ОСЪЖДА Н.З.К.**, гр. София, ул. „\*\*\*\*\*“ да заплати на **„С.А.-Г. Б. ЗА А.Л. Е.“ ЕООД**, ЕИ \*\*\*\*\* , със седалище и адрес на управление \*\*\* сумата **4 713.44 лева** (четири хиляди седемстоти и тринадесет лева и четиридесет и четири стотинки) – разноски по делото, на основание чл. 78, ал. ГПК.

**ОСЪЖДА „С.А.-Г. Б. ЗА А.Л. Е.“ ЕООД**, ЕИК \*\*\*\*\* , със седалище и адрес на управлени \*\*\* да заплати на **Н.З.К.**, гр. София, ул. „\*\*\*\*\*“ сумата **135.52 лева** (сто тридесет и пет лева петдесет и две стотинки) – юрисконсултско възнаграждение, на основание чл. 78, ал. 3 и ал. 8 ГПК.

Решението подлежи на обжалване в двуседмичен срок от връчването му на страните, пре САС.

СЪДИЯ:

# РЕШЕНИЕ

гр. София, 10.12.2018г.

## В ИМЕТО НА НАРОДА

СОФИЙСКИ ГРАДСКИ СЪД, ТО, VI-18, в публично заседание на двадесет и седми ноември през две хиляди и осемнадесета година в състав:

СЪДИЯ: МИРОСЛАВА КАЦАРСКА

При участието на секретаря ТАНЯ СТОЯНОВА и като разгледа докладваното от съдията т. д. № 563 по описа за 2018г. и за да се произнесе взе предвид следното:

Предявени са искиове с правно основание чл. 79, ал.1 от ЗЗД и чл.86 от ЗЗД.

Ищецът „М.б.з.а.л.В.“ ЕООД поддържа, че има сключен с ответника НЗОК, представляван от директора на Столичната здравноосигурителна каса, договор за оказване на болнична медицинска помощ по клинични пътеки № 22-2480/23.02.2015г. Сочи, че по чл. 18, ал.1, т.1 от договора ответникът като възложител се е задължил да заплаща извършената от ищеца и отчетена болнична помощ по клинични пътеки, като плащането съгласно чл.35 от договора се извършва до 30-то число на месеца, следващ отчетния. Твърди, че в рамките на процесния период от 01.03.2015г. до 30.12.2015г. редовно е отчитана оказваната болнична помощ по електронен път в информационната система на НЗОК за електронно поддържане на здравна информация за пациентите /т.нар. Персонализирана информационна система/. За същия период сочи, че директора на СЗОК е изпратил на ищеца месечни известия, съдържащи отхвърлената за заплащане медицинска дейност по клинични пътеки. Твърди, че основанията за отхвърляне са регламентирани в чл.32, ал.13 от договора. Поддържа, че за извършената и отчетена такава дейност неправилно са отхвърлени за заплащане стойностите по приложение № 2 в общ размер на 309 452 лв. Сочи, че от извършените финансови и медицински проверки, за които представя констативни протоколи, не се установяват нарушения при оказването на болничната помощ. Твърди, че с допълнителните споразумения са увеличени стойностите по приложения № 2, за т.нар надлимитна дейност, като в рамките на отчетния период с описаните писма от 17.06.2015г. и последващите е канил ответника да заплати извършената, но отхвърлена за плащане, медицинска дейност. Излага подробни съображения, поради които счита, че поради това, че лечебното заведение няма право да откаже медицинска помощ на здравноосигуреното лице, то и ответникът няма право да откаже плащането й. Нормативният акт, който забранявал изплащането на надлимитна дейност за 2015г., а именно ПМС № 57/16.03.2015г., като издадено на основание отменения чл. 55е ал.3 от ЗЗО не би следвало да е основание за отказ според ищеца. Предвид горното счита, че клаузите на чл. 32, ал.13 т.6 от договора са в противоречие със ЗЗО и чл.52, ал.1 от Конституцията, поради което му се следва заплащане. Предвид горното претендира осъждането на ответника да му заплати описаните в т.1-16 от петитума на исковата молба суми, а именно главници по следните фактури: № 976/17.06.2015г. в размер на 17 009,00 лв. и лихва върху нея в размер на 5003,73 лв. за периода от 01.05.2015г. до датата на исковата молба; сумата от 8426 лв. по фактура №977/17.06.2015г. и лихва от 2406,15 лв. върху нея за периода от 01.06.2015г. до датата на исковата молба; сумата от 61 120 лв. по фактура № 978/17.06.2015г. и лихва в размер на 16 943,69 лв. за периода от 01.07.2015г. до исковата молба; сумата от 43 074,00 лв. по фактура №982/16.07.2015г. и лихва за забава в размер на 11 569,32 лв. за периода от 01.08.2015г. до датата на исковата молба; сумата от 6722 лв. по фактура № 988/19.10.2015г. и сумата от 1633,35 лв. – лихва за забава върху тази главница от 01.11.2015г. до датата на исковата молба; сумата от 69 469 лв. по фактура №991/23.11.2015г. и сумата от 16 299,89 лв. – лихва за забава от 01.12.2015г. до датата на исковата молба; сумата от 87 139 лв. по фактура № 1103/15.12.2015г. и лихва върху нея за периода от 01.01.2016г. до исковата молба в размер на сумата от 19 693,99 лв.; сумата от 16493 лв. по фактура № 1105/31.01.2016г. и лихва за забава в размер на 3585,22 лв. за периода от 01.02.2016г. до датата на исковата молба – 22.03.2018г., или общо претендираната сума за главница е 309 452 лв. и лихвата е в размер на 77 135,54 лв. Допълнителна искова молба не е подал, въпреки предоставената му възможност. В хода на съдебното

производство поддържа исковите си претенции чрез процесуалния си представител – адв. Г., като претендира уважаването им и присъждане на разноски по списък.

Ответникът НЗОК е подал подробен писмен отговор от 18.04.2018г., като поддържа, че не се спори относно сключването на индивидуалния договор с ищеца, но сочи, че съгласно чл.11 от НРД за медицинските дейности за 2015г. има финансова рамка и тя е на обща стойност 2 695 080 лв. Позовава се на решение № 2 от 2.02.2007г. на Конституционния съд по конст. дело № 12/2016г., че медицинската помощ, до която осигурените лица имат право на свободен достъп не е неограничена и се определя от Държавата по обем, вид и обхват, което именно е намерило израз в стойностите по Приложение №2 към договорите. Излага подробни доводи относно приложимите нормативни разпоредби и счита, че извършената и отчетена дейност по клинични пътеки подлежи на заплащане, само когато е в рамките на стойностите по Приложение №2, поради което счита, че няма основание за дължимост на исковите суми, ищцовото лечебно заведение е получило в пълен обем договорените стойности, поради което искът е неоснователен. Наред с горното оспорва и по размер претенциите както за главница, така и за лихва. В хода на делото поддържа оспорването чрез процесуалния си представител – юриск. Тодоров, който излага съображения и в писмени бележки.

Съдът като обсъди доводите на страните и събраните по делото доказателства поотделно и в тяхната съвкупност, намира за установено от фактическа страна следното:

Не се спори и се установява от представения на стр.17 и следващите от делото договор за оказване на болнична медицинска помощ по клинични пътеки № 22-2480/23.02.2015г., че ответникът НЗОК, представляван от директора на Столичната ЗКО като възложител е възложил на ищцовото лечебно заведение да оказва на описаните лица болнична медицинска помощ по клинични пътеки от приложение № 5 към член единствен на Наредба №40/24.11.2004г. за определяне основния пакет от здравни дейности, гарантиран от бюджета на НЗОК, така както са описани в табличен вид / 70 на брой/, като съгласно чл.1, ал.2 от договора възложителят се е задължил да заплаща дейностите съгласно ПМС №94/24.04.2014г. на Министерски съвет за приемане на остойностяване и за заплащане на медицинската помощ по чл. 55, ал.2, т.2 от ЗЗО, Методиката за остойностяване, Методика за заплащане и НРД между НЗОК и БЛС от 29.12.2014г. В чл.18 от договора е уговорено, че възложителят заплаща на изпълнителя договорената по чл.1, ал.1, извършена и отчетена от изпълнителя БМП по клинични пътеки, както и вложените при изпълнение на определени клинични пътеки медицински изделия, до съответната стойност, определени по описания списък, утвърден с решение на НС на НЗОК от 10.06.2014г. В чл. 19, ал.1 са посочени конкретните цени по клинични пътеки. В чл. 20 в т.1 до 6 са описани условията, при които се заплаща, като по т.6 изискването е извършената и отчетена дейност по клинични пътеки в рамките на стойностите, посочени в Приложение 2. В чл. 28 е уговорено, че възложителят заплаща дейността след представяне на описаните в т.1-3 документи, като в чл. 30, ал.1 е предвидено, че стойността се заплаща ежемесечно, след проверка на документите по чл. 28 и по чл. 52, ал.1, като в ал.2 на чл.30 са посочени четири хипотези, в които отчетните документи не се приемат, а именно ако сумите по фактурите и спецификациите не отговарят на изискванията на чл. 42, отчетането е извън регламентирания в чл. 29 от договора срок / а именно по утвърден график до осмия работен ден на месеца, следващ месеца на дейността/, при липса на който от задължителните отчетни документи и ако отчетните документи не са изготвени съобразно изискванията и реквизитите. В чл. 32 е уговорено, че изпълнителят ежедневно отчита по електронен път в утвърдени от НЗОК форми оказаната за денонощие дейност, предмет на договора, като съгласно ал.11 на същата разпоредба, отчетената в ежедневно подавани отчети дейност се обработва в информационната система на НЗОК и след окончателната обработка РЗОК изплаща на петия работен ден, следващ отчетния месец до изпълнителя месечно известие, съдържащо потвърдената за заплащане дейност, лекарствени продукти и/или медицински изделия, както и отхвърлената такава. В чл.32, ал.13 са посочени основанията за отхвърляне на заплащане, включително и по т.6, ако дейността, надвишава стойността по чл. 42, който препраща към размера, определен в приложение № 2. От представеното извлечение от приложение №2 е видно, че за януари 2015г. стойността на БМП съгласно Правилата по чл.4, ал.4 от Закона за бюджета на НЗОК е 154 476,00 лв., а за февруари – 154 404,00лв. и т.н. Съгласно чл.42, ал.4 от договора отхвърлената за заплащане медицинска дейност на това основание, посочена в месечното известие, се заплаща по решение на Надзорния съвет на НЗОК, което е в съответствие с разпоредбите и в рамките на параметрите по ЗБНЗОК за 2015г. В чл.35 е предвидено, че плащанията на изпълнителя се извършват чрез РЗОК до 30-то число на месеца, следващ отчетния, с изключение на тези, за които е предвиден друг срок.

На стр.207 и следващите от делото са представени допълнителните споразумения, сключени към процесния договор, които са съответно от 23.02.2015г., с което съгласно цитираното решение на Надзорния съвет на НЗОК № РД-НС-04-16/27.02.2015г., за актуализиране на Приложение № 2 към договора, като към всяко последващо споразумение е прилагано актуализираното такова въз основа на цитираното решение на НС на НЗОК.

На стр. 37-63 от делото са представени констативни протоколи за извършени въз основа на цитираните заповеди на директора на СЗОК на проверки в ищцовото лечебно заведение, като в тях е отразено, че е извършена описаната проверка на ИЗ и не са констатирани медицински и финансови нарушения. На стр. 65 и следващите са представени спецификациите за болничната медицинска помощ, а на стр.77 и следващите издадените фактури от ищеца, които са представяни в СЗОК с приложените уведомителни писма, всяко заведено с описания входящ номер.

По делото е изслушано заключение на вещото лице Г.М., което се кредитира от съда като дадено обективно, безпристрастно и компетентно. От същото се установява, че вещото лице е извършило проверка на документацията, съхранявана в МБАЛ "В" ЕООД по отношение на договор № 22-2480/23.02.2015г. за оказване на болнична помощ по клинични пътеки, в сградата на болницата, находяща се в София, ул. "\*\*\*\*\*", както и проверка на документацията, съхранявана в сградата на СЗОК. Вещото лице сочи, че е установило, че към сключения договор №22-2480/23.02.2015г. за оказване на болнична помощ по клинични пътеки има Приложения №1 – 70 броя, където са посочени лекарите специалисти и специализанти, които работят по съответните клинични пътеки и Приложение №2, където са определени стойностите на дейностите в БМП, медицинските изделия и лекарствени продукти за лечение на злокачествени заболявания в условията на БМП. Според експерта през 2015г. са сключени 12 допълнителни споразумения за промяна на Приложение №2. Вещото лице сочи, че в изпълнение на договора болницата ежедневно е подавала файлове по електронен път в утвърдени от НЗОК формати за оказаната за денонощия дейност, включена в предмета на договора, през интернет портала на НЗОК или чрез web услуга. Файловете са в xml формат и съдържат посочената информация за хоспитализираните и дехоспитализираните пациенти по съответните КП, както и за започната, извършена и завършена дейност АПр, КПр, като за една календарна година са изпратени 365 ежедневни и 12 месечни отчета. Според експертното заключение ежедневно подадената по електронен път информация се обработва в информационната система на НЗОК и се изготвят седмични файлове. След окончателната обработка за календарен месец на седмия работен ден, следващ отчетния месец, СЗОК изпраща по електронен път на лечебното заведение месечно известие, съдържащо одобрената и отхвърлената от заплащане дейност, лекарствени продукти и/или медицински изделия, заплащани от НЗОК извън стойността на КП/АПр, съответните основания за отхвърляне и сума за плащане. До десетия работен ден лечебното заведение представя в СЗОК следните първични медицински и финансово-отчетни документи: първи екземпляр на Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури, фактури и спецификации за извършена дейност по КП, АПр и КПр. Експертът сочи, че за периода от 01.03.2015г. до 31.12.2015г., лечебното заведение е представило следните първични медицински и финансово-отчетни документи за общо представени случаи на медицинска помощ – 2 774 броя, 24 спецификации и 24 фактури, които са систематизирани в таблица на стр.3 от експертизата. Според вещото лице от общо подадени случаи в Персонализираната информационна система (ПИС) за периода от 01.03.2015г. до 31.12.2015г., които са 2 774 броя, одобрените случаи са 2 481 броя, а общо отхвърлените случаи са 293 броя, като данните са в таблица на стр.4 от заключението и основанието за отхвърлянето за всички е „над месечните стойности“. Според експерта, отразеното в таблицата на стр.4 и 5 от приложението и справка №1, общо стойността е 2 721 671,00 лв., от които е изплатена сумата от 2 412 219,00 лв. и остава неизплатено възнаграждение в размер на 309 452,00 лв. Вещото лице сочи, че Размерът на законната лихва върху незаплатената част за оказване на болнична помощ по клинични пътеки, за периода от 01.03.2015г. до 31.12.2015г., изчислена при условията на договора с изтичане на срока за плащане, до датата на завеждане на исковата молба в съда – 22.03.2018г., е общо 77 011,48 лв., в т.ч. по месеци и суми, видни от следната таблица:

| Месец | Остатък в лв. | Период на олихвяване      | лихва в лв. |
|-------|---------------|---------------------------|-------------|
| Март  | 17009,00      | 01.05.2015г.-22.03.2018г. | 4996,92     |
| Април | 8426,00       | 01.06.2015г.-22.03.2018г. | 2402,77     |
| Май   | 61120,00      | 01.07.2015г.-22.03.2018г. | 16919,20    |
| Юни   | 43074,00      | 01.08.2015г.-22.03.2018г. | 11552,06    |

|           |          |                           |          |
|-----------|----------|---------------------------|----------|
| Септември | 6722,00  | 01.11.2015г.-22.03.2018г. | 1630,65  |
| Октомври  | 69469,00 | 01.12.2015г.-22.03.2018г. | 16272,03 |
| Ноември   | 87139,00 | 01.01.2016г.-22.03.2018г. | 19659,09 |
| Декември  | 16493,00 | 01.02.2016г.-22.03.2018г. | 3578,76  |

При така установената фактическа обстановка съдът достига до следните правни изводи:

Настоящият съдебен състав намира, че е компетентен да разгледа и реши правния спор, тъй като същият произтича от сключен през 2015г. договор. Институтът на административния договор е въведен в позитивното право с нормите на чл. 19а-19ж от АПК, обн., ДВ, бр. 74 от 20.06.2016 г. Легалното определение за административен договор е закрепено в чл. 19а от АПК, а именно в производство пред административните органи страните могат да сключат административен договор по въпроси от значим обществен интерес, когато е предвидено в закон. Съгласно ал. 2 от същия член, административният договор е писмено съглашение между административен орган и граждани или организации. Съгласно разпоредбата на чл.45а, ал.4 от Закона за здравното осигуряване договорите, сключени между Националната здравноосигурителна каса, съответно Регионална здравноосигурителна каса по чл. 45 с физически или юридически лица, са административни договори, като тази нормата е приета с ДВ бр.77/2018г., в сила от 01.01.2019г. Нормите са материалноправни и действат занапред, поради което не са приложими към сключените преди приемането им договори, какъвто е и процесния, и затова спорът по изпълнението му се явява гражданскоправен и е от компетентността на настоящия съд, в който смисъл е налице и практика на смесени 5 членни състави на ВКС и ВАС, обективизирана в определение № 3 от 19.01.2018 г. по адм. д. № 78/2017г. и др.

По делото не се спори и се установи от събраните доказателства, че между ищеца и ответника НЗОК, представляван от директора на Столичната здравноосигурителна каса, е сключен процесния договор за оказване на болнична медицинска помощ по клинични пътеки №22-2480/23.02.2015г., като по силата на чл. 18, ал.1, т.1 от същия ответникът като възложител се е задължил да заплаща извършената от ищеца и отчетена болнична помощ по клинични пътеки, като плащането съгласно чл.35 от договора се извършва до 30-то число на месеца, следващ отчетния. Безспорно е, че за процесния период от 01.03.2015г. до 31.12.2015г., от ищеца са отчетени 2 774 случая на оказана болнична помощ, от които одобрените случаи са 2 481 броя, а отхвърлените случаи са 293 броя, като основанието за отхвърлянето за всички е „над месечните стойности“. По делото не се установи твърдението на ищеца, че липсва основание за отхвърляне на случаите, респ. да е относим довода му, че нямало нарушения, които да са констатирани от проверките. Основанието за отхвърляне е ясно посочено и това е, че тези отчетени дейности не са съобразени с уговореното по договора да са в рамките на стойностите по Приложение №2, което е актуализирано със съответните анекси. От заключението на вещото лице се установи, че стойността на извършената болнична помощ е общо 2 721 671,00 лв., от които е изплатена сумата от 2 412 219,00 лв. и остава неизплатено възнаграждение в размер на 309 452,00 лв., като именно за тази сума, представляваща възнаграждение за осъществена надлимитна дейност по посочените отхвърлени 293 на брой случаи, е процесния правен спор.

За отчетния период е бил в сила Националният рамков договор за медицинските дейности между НЗОК и БЛС за 2015 г. В глава седма на НРД 2015 са уредени общите условия и редът за сключване на договори за оказване на медицинска помощ с изпълнителите на медицинска помощ. Според чл. 24, ал. 3 от НРД 2015, част от съдържанието на договора са цените на медицинските дейности, установени по реда на чл. 55д от ЗЗО. Според, ал. 4 т. 2 на същия член, неразделна част от договора са приложения за стойност на медицинските дейности за болнична медицинска помощ, за медицински изделия, прилагани в болничната медицинска помощ, и/или за лекарствена терапия при злокачествени заболявания. На основание този член, в чл. 40 от процесния договор е предвидено задължение за заплащане на извършената и отчетена медицинска дейност в рамките на стойностите, посочени в Приложение № 2 "Стойности на дейностите в БМП, медицинските изделия в БМП и лекарствени продукти за лечение на злокачествени заболявания в условията на БМП". В ал. 3 на чл.40 от договора е постигнато съгласие изпълнителят да не може да отчита с финансово-отчетни документи дейности, лекарствени продукти и медицински изделия на стойност надвишаваща утвърдената в приложение № 2 за съответния месец. С аналогично съдържание е и текстът на чл. 42, ал. 1 от договора, който предписва, че стойността по финансово-отчетните документи не може да надвишава размера на определените стойности на изпълнителя, посочени в приложение № 2. Заплащането на дейностите, отчетени по договора с НЗОК през процесния период, е по реда приет с Постановление № 57 от 16.03.2015 г. на Министерския съвет за

приемане на методики за остойносттаване и за заплащане на медицинската помощ по чл. 55, ал. 2, т. 2 от Закона за здравното осигуряване, като само за първоначалния период на месец март е действало старото ПМС. В чл. 22, ал. 1 от Приложение № 2 Б озаглавено „Методика за заплащане на дейностите в болничната медицинска помощ“ на Постановление № 57 от 16.03.2015 г. на Министерския съвет за приемане на методики за остойносттаване и за заплащане на медицинската помощ по чл. 55, ал. 2, т. 2 от 330 /наричано по-долу за краткост Приложение №2 Б от ПМС № 57 от 16.03.2015 г. на МС/ е посочено, че изпълнителите на БМП, сключили договор с НЗОК, представят отчетните документи по чл. 18, 19 и 20 ежемесечно в РЗОК по утвърден график до осмия работен ден на месеца, следващ отчетния“, а в чл. 21, ал.7 от същото приложение са посочени изискванията, относно отчитането на тази дейност: „Стойностите по финансовоотчетните документи по чл. 18, 19 и 20 не следва да надвишават размера на определените по ал. 1 и 5 стойности на изпълнителя на БМП, определени в приложение № 2 към индивидуалния договор. От ищеца се поддържа, че клаузите, с които се регламентира в сключения договор като основание за отказ от плащане надвишаване на стойностите по Приложение №2 са в противоречие с разпоредбите на Закона за здравното осигуряване и предвидените в него права на здравноосигурените лица, както и в противоречие с чл. 52, ал.1 от Конституцията на Република България. Съгласно горепосочената разпоредба на Конституцията, гражданите имат право на здравно осигуряване, гарантиращо им достъпна медицинска помощ, и на безплатно ползване на медицинско обслужване при условия и по ред, определени със закон, като чл. 52, ал.2 от Конституцията повелява, че здравеопазването на гражданите се финансира при условия и по ред, определени със закон. Същевременно следва да се има предвид и разпоредбата на чл.4 от Закона за здравното осигуряване, която посочва, че задължителното здравно осигуряване гарантира свободен достъп на осигурените лица до медицинска помощ чрез определен по вид, обхват и обем пакет от здравни дейности, както и свободен избор на изпълнител, сключил договор с районна здравноосигурителна каса. Съгласно чл. 35, ал. 1 т. 1 от 330, здравноосигурените лица имат право да получават медицинска помощ в обхвата на пакета от здравни дейности, гарантиран от бюджета на НЗОК. Разпоредбата на чл. 22, ал. 1 330 пък определя бюджета на НЗОК като основен финансов план за набиране и разходване на паричните средства за задължителното здравно осигуряване. Осъществяването на медицинска помощ на здравноосигурените лица се извършва от лечебно заведение - изпълнител на медицинска помощ, с който НЗОК е сключила индивидуален договор при условията и по реда на чл. 58 и сл. от 330. Нормата на чл. 4, ал. 1 от Закона за бюджета на Националната здравноосигурителна каса за 2015 г. предвижда в рамките на предвидените със закона стойности НЗОК да определи за всяка районна здравноосигурителна каса годишна обща стойност на разходите, разпределени по месеци, на която основа районните здравноосигурителни каси да определят стойността на дейностите по договорите с отделните изпълнители на медицинска помощ. Здравното осигуряване се изгражда на фондов принцип, което означава, че паричните средства, които то набира, са от точно определени източници. Фондовата организация на здравноосигурителните средства намира бюджетен израз в наличието на отделен бюджет на съответния фонд и приемането му с отделен закон. Законът за бюджета на НЗОК представлява финансов план за разходване на средства. Има едногодишно действие, отразява налични средства и представлява финансов план за тяхното изразходване. Бюджетът на Касата, съгласно чл. 29 330 е елемент от системата на осигуряването и здравната помощ. Средствата по бюджета на НЗОК могат да се използват само за дейностите, включени в предмета на правно регулиране на 330. По отношение на противоречието с Конституцията, Конституционният съд е приел в Решение № 2/22.02.2007г. по конст.дело № 12/2006г., че посочената разпоредба / чл.52, ал.1 от Конституцията/ гарантира свободен достъп на осигурените лица до медицинска помощ, но 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 могат да бъдат определени, респ. са определяеми, а не са неограничени. 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. КС приема, че съдържанието на Конституцията, съпоставено с оспорените разпоредби на Закона за бюджета на касата, тълкуван в контекста на Закона за здравното осигуряване, води до извода, че разпоредбите не са противоконституционни. Съдът намира, че следва да се възприеме тълкуването на нормата на чл. 52, ал.1 от Конституцията, извършено от компетентния за това орган, а именно Конституционния съд, и да се приеме, че правото на здравноосигуреното лице да получи безплатна медицинска помощ не е неограничено, а се подчинява на определени със закон правила, а именно обхватът и обемът на същата могат да бъдат законово ограничени. Предвид горното,

фактът че с процесните договорни клаузи на договора, сключен между страните, се въвежда стойностно ограничение на медицинската помощ, която да бъде финансирана от НЗОК спрямо конкретния изпълнител, не може да бъде възприет като противоречие на конституционната разпоредба на чл. 52, ал.1 от Конституцията и тези клаузи не са нищожни нито поради противоречие със закона / Конституцията и цитираните разпоредби/, нито поради нарушение на добрите нрави. Твърдението, че задължението, поето от изпълнителя за осъществяване на болнична медицинска помощ, е неограничено спрямо пациентите, не може да бъде възприето, тъй като още в чл. 1, ал.3 от договора е уговорено, че дейността по чл. 1 изпълнителят се задължава да осъществява съгласно изискванията на цитираните закони, включително ЗБНОЗК за 2015г. и НРД за МД за 2015г. Изтъкнатите от ищеца доводи за нищожност на клаузите са неоснователни, тъй като не се установява твърдяното противоречие със закона или добрите нрави, тъй като правото на здравно обслужване на пациентите не е точно свързано с избор на конкретен изпълнител, а задължението на конкретния изпълнител е да отчита дейност в рамките на уговореното и установеното със съответните законови разпоредби. Изпълнителят при положение, че е надхвърлил обема на финансираната дейност, е можело да насочи здравноосигурените пациенти към други изпълнители, респ. да създаде листа на чакащите или да проведе предвидената изрично процедура, която е регламентирана в разпоредбата на чл. 8, ал. 1 и ал. 2 от Правилата и на чл. 21, ал. 4 на Приложение № 2Б от ПМС № 57, т.е. е следвало да подаде заявление за увеличаване на стойностите по Приложение № 2 в срока за отчитането на отчетните документи, а именно при достигане на съответните месечни стойности, водещи до липса на капацитет на изпълнителя на БМП за хоспитализации, с изключение на случаите на спешна диагностика и лечение, да формира листа на чакащите съгласно чл. 22 от Наредбата за осъществяване правото на достъп до медицинска помощ /такава листа на чакащи не представена по делото, а за случаите на спешна диагностика и лечение изпълнителят на БМП /болнична медицинска помощ/ е имал възможност да подаде в РЗОК писмено заявление за увеличение на размера на месечната стойност на разходите за дейностите в БМП в приложение № 2 от индивидуалния договор за сметка на стойностите в приложение № 2 от индивидуалния договор за следващите месеци от тримесечието, в размер до 5 на сто от стойността за съответното тримесечие, или 2. до 5 на сто от утвърдените съгласно правилата по чл. 4, ал. 4 ЗБНОЗК за 2015 г. стойности за следващото тримесечие; тази възможност не се допуска през четвъртото тримесечие. По делото няма данни и не се твърди ищецът да се е възползвал от някоя от тези възможности. Следователно процесната претенция, предмет на делото, е неоснователна, макар да е за дейности, които не се спори, че са извършени, но за същите, както изрично посочва и ищецът е налице основание за отхвърляне на заплащането по смисъла на чл. 32, ал.3 от договора, т.е. безспорно е, че не е налице една от кумулативно уговорените по договора предпоставки, при която възниква правото за заплащането им. Следва да се има предвид, че настоящата претенция е за заплащане на процесната сума на договорно основание и поради това ищецът следва да установи, че са налице всички договорени като условия по договора предпоставки за заплащането ѝ, а е безспорно, че е една от тях не е налице, а именно процесните суми са за извършена дейност на стойности, извън тези по Приложение № 2 към договора, каквито по договора е уговорено, че не следва да се фактурират и не се заплащат, освен при изрично предвидената процедура, цитирана по-горе. НЗОК закупува медицинска помощ по чл. 55, ал. 2 т. 1 от ЗЗО, но в рамките на предварително определените обеми и в съответствие с бюджета на НЗОК. Доколкото се касае за плащания на разходи в рамките на предварително определен по месеци и за годината бюджет, коригиране на стойностите е възможно само в рамките на предварително определения бюджет. Заплащането на всички извършени дейности от изпълнителите на болнична помощ от страна на касата би довело до превишаване на разходната част на приетия бюджет. Тук следва да се отбележи, че изтъкнатия от процесуалния представител на ищеца в писмените бележки довод, че 2015г. НЗОК била приключила финансовата година с излишък, първо не е установен с надлежни доказателства по делото. Ищецът се позовава на справка-извлечение, но такъв документ не е представен по делото, нито е заявено като искане за приемане на безспорно такова обстоятелство. Следователно съдът не установява от събраните по делото доказателства твърдението, което ищецът въвежда едва с писмените бележки, че имало формиран излишък в бюджета на НЗОК в твърдения размер от ищеца, но дори и да бе установен, именно поради предвидения особен ред и структура на бюджета на НЗОК не се установява това да е релевантно, а именно да има завишаване на стойностите по Приложение №2 със съответно решение на НС на НЗОК, което да е основание за дължимост на сумите. В случая има изрично предвиден ред, по който следва да се извършват корекции на предварително определените по месеци стойности, като основната предпоставка за увеличение на стойностите е съществуването на средства за закупуване на

допълнителни дейности, а корекциите следва да бъдат утвърдени от Надзорния съвет на НЗОК. Съдът не може по иска за реално изпълнение за първи път да прецени наличие на предпоставки за коригиране на същите, тъй като се касае за действия по администриране на бюджет, представляваща дейност и по целесъобразност, осъществявана от органите на НЗОК и РЗОК в рамките на техните правомощия и при условията на оперативна самостоятелност. Процесният договор ограничава заплащането на осъществена над предвидения в него лимит медицинска дейност само въз основа на отчетните документи, а осъществена над лимита по договора медицинска дейност /в т.ч. медицински изделия и лекарствени средства/ е предвидено също, че се заплаща, но по друг ред – с решение на Надзорния съвет на НЗОК /чл.42, ал.4 от договора/, каквото не се твърди и не се установява от ищеца да е налице и не може да бъде заместено от волеизявление на съда по настоящото дело. Следователно договорът между страните свързва заплащането на извършената медицинска дейност над определените в него лимити с друг ред за заплащането ѝ, като ограничение в това отношение не е единствено това да е в съответствие с разпоредбите и в рамките на параметрите по ЗБНОК за 2015 г., а и да има решение на компетентния административен орган. Ето защо, дори и да бяха доказани по надлежния ред, твърденията на ищеца по писмените бележки за излишък по бюджета на НЗОК за 2015г., които в случая не са, съдът намира, че не би могло, без представянето на решение за корекция на стойностите от НС на НЗОК да бъдат заплащани надлимитни дейности, а такова не се установява да е налице и не се твърди. Съдът намира, че твърденията на ищцовата страна за постановени съдебни актове, цитирани в писмената защита, не променя горния извод. Не се касае за задължителни за съдилищата съдебни актове, а и липсват данни, че посочените такива са влезли в сила. Следва да се отбележи, че дори част от цитираните от ищеца решения, които се твърди, че са в подкрепа на изложената от негова теза, че му се дължи сумата, са отхвърлителни като напр. решение от 31.07.2018г. по т.д.№450/2018г. на СГС, VI-16 състав, което съдът прилагаше за сведение. Напротив на настоящия състав е служебно известно, че има и влезли в сила съдебни актове, с които са отхвърлени претенции за заплащане на договорно основание на надлимитни дейности, но нито едно от тях не съставлява задължителна за съдилищата съдебна практика по смисъла на закона. Независимо от горното, при положение, че съдът намира, че така уговорените договорни клаузи не са нищожни поради противоречие със закона, и че съобразно тях, дейността, за която се иска заплащане, не е приета по надлежния уговорен ред от ответника, а именно установи се от неоспореното заключение на вещото лице, че във всичките 293 случая се касае за отхвърлени такива по данни от Персонализираната информационна система, както и предвид, че има специално уговорен договорен ред, включващ изрично решение на административния орган, за да може да се заплаща надлимитна дейност, каквото решение ищецът не твърди и не установи да е налице, респ. да е инициирал процедурата, и каквото поради фактът, че се касае за оперативна самостоятелност, не може да бъде заместено от съда, намира, че исковата претенция се явява неоснователна и следва да бъде отхвърлена. С оглед отхвърлянето на главния иск, неоснователна е и акцесорната претенция за лихва за забава, още повече, че в случая дори и да бе налице основание за присъждане на сумата като главница, то при всички случаи началната дата на евентуално изпадане на ответника в забава би била друга, различна от твърдяната от ищеца, тъй като не са изпълнени условията на договора в конкретния случай, з.да се приеме, че изпадането в забава е по същите правила.

С оглед изхода на спора, съдът намира, че разноски на ищеца не се следват, а такива не следва да бъдат присъдени и на ищеца. Ответникът е заявил искане за присъждане на юрисконсултско възнаграждение, като съдът намира, че с оглед предмета на делото се следва такова в размер на сумата от 300 лв.

Воден от горното съдът

### РЕШИ:

**ОТХВЪРЛЯ** предявените от М.б.за а.л. „В.“ ЕООД, ЕИК \*\*\*\*\*, със седалище и адрес на управление \*\*\* и със съдебен адрес \*\*\*, офис 519 – адв. Г., срещу Н. З. К., Булстат \*\*\*\*\*, с адрес – гр. София, ул. \*\*\*\*\*, искове с правно основание чл. 79, ал.1 от ЗЗД за присъждане на сумата от 309 452 лв. / триста и девет хиляди четиристотин петдесет и два лева/ - главница, представляваща възнаграждение по договор №22-2480/23.02.2015г. за периода от март до декември 2015г., както и искове с правно основание чл. 86 от ЗЗД за присъждане на сумата от 77 135,54 лв. / седемдесет и седем хиляди

сто тридесет и пет лева и петдесет и четири стотинки/ - лихва, които включват следните суми, а именно: по фактура № 976/17.06.2015г. сума в размер на 17 009,00 лв. и лихва върху нея в размер на 5003,73 лв. за периода от 01.05.2015г. до датата на исковата молба; сумата от 8426 лв. по фактура №977/17.06.2015г. и лихва от 2406,15 лв. върху нея за периода от 01.06.2015г. до датата на исковата молба; сумата от 61 120 лв. по фактура №978/17.06.2015г. и лихва в размер на 16 943,69 лв. за периода от 01.07.2015г. до исковата молба; сумата от 43 074,00 лв. по фактура №982/16.07.2015г. и лихва за забава в размер на 11 569,32 лв. за периода от 01.08.2015г. до датата на исковата молба; сумата от 6722 лв. по фактура № 988/19.10.2015г. и сумата от 1633,35 лв. – лихва за забава върху тази главница от 01.11.2015г. до датата на исковата молба; сумата от 69 469 лв. по фактура № 991/23.11.2015г. и сумата от 16 299,89 лв. – лихва за забава от 01.12.2015г. до датата на исковата молба; сумата от 87 139 лв. по фактура № 1103/15.12.2015г. и лихва върху нея за периода от 01.01.2016г. до исковата молба в размер на сумата от 19 693,99 лв.; сумата от 16493 лв. по фактура № 1105/31.01.2016г. и лихва з.забава в размер на 3585,22 лв. за периода от 01.02.2016г. до датата на исковата молба – 22.03.2018г., като неоснователни и недоказани.

**ОСЪЖДА** на основание чл. 78 от ГПК М.б.за а.л. „В.“ ЕООД, ЕИК \*\*\*\*\*, със седалище и адрес на управление \*\*\* и със съдебен адрес \*\*\*, офис 519 – адв. Г., да заплати на Н. З. К., Булстат \*\*\*\*\*, с адрес – гр. София, ул.“\*\*\*\*”, сумата от 300 лв. / триста лева/, представляваща юрисконсултско възнаграждение.

Решението подлежи на въззивно обжалване пред Софийски апелативен съд в двуседмичен срок от съобщаването му на страните. Да се връчат преписи от решението на страните.

СЪДИЯ:

# Решение

№ 1301

гр. София, 03.06.2019 г.  
В ИМЕТО НА НАРОДА

Софийски апелативен съд ,Търговско отделение, VI с-в в открито съдебно заседание на десети април 2019год. в състав :

ПРЕДСЕДАТЕЛ : Иван Иванов  
ЧЛЕНОВЕ : З. Х.  
В. Б.

при секретаря Е.М. и като разгледа докладваното от съдия Б. т.д.№ 982 по описа за 2019год., за да се произнесе взе предвид следното :

Производството е по реда на чл.258 и сл. от ГПК.

С Решение от 10.12.2018г., постановено по т. дело № 563/2018 г., Софийски градски съд, ТО, 18с-в, са отхвърлени предявените от [фирма] срещу Национална здравноосигурителна каса обективно съединени искиове с правно основание чл. 79, ал.1 от ЗЗД за присъждане на сумата от 309 452 лв. / триста и девет хиляди четиристотин петдесет и два лева/ - главница, представляваща възнаграждение по договор № 22-2480/23.02.2015г. за периода от март до декември 2015г., както и искиове с правно основание чл. 86 от ЗЗД за присъждане на сумата от 77 135,54 лв. / седемдесет и седем хиляди сто тридесет и пет лева и петдесет и четири стотинки/ - лихва, като неоснователни и недоказани. Със същото решение СГС е осъдил ищеца да заплати на НЗОК на осн. чл.78, ал.3 ГПК сумата 300 лева, представляваща разноски за юрисконсултско възнаграждение.

Срещу така постановеното решение е подадена въззивна жалба от [фирма], с която се обжалва първоинстанционното решение, като неправилно с искане да бъде отменено и вместо него постановено друго, с което предявените искиове да бъдат уважени.

Извършена е размяна на книгата съгласно изискванията на чл.263, ал.1 ГПК, като по делото въззиваемата страна е изразила становище за неоснователността на въззивната жалба.

Софийски апелативен съд, намира, че въззивната жалба като подадена в законоустановения срок и срещу подлежащ на инстанционен контрол съдебен акт, е процесуално допустима. След като прецени доводите на страните и събраните по делото доказателства, съобразно изискванията на чл.235 от ГПК във вр. с чл.269 от ГПК, приема за установено следното от фактическа и правна страна :

Въззивната жалба е процесуално допустима – същата е подадена в срока по чл. 259, ал. 1 от ГПК, изхожда от легитимирана страна, имаща право и интерес от обжалване, насочена е срещу валиден и допустим съдебен акт, подлежащ на обжалване.

За установено от фактическа страна, настоящият състав намира следното:

По делото не се спори, а и от представените в производството пред първостепенния съд писмени доказателства се установява, че на осн. чл.59, ал.1 от Закона за здравното осигуряване/ЗОО/ страните са сключили Договор за оказване на болнична медицинска помощ по клинични пътеки №22-2480/23.02.2015г., по силата на който ответникът НЗОК, като възложител е възложил на ищцовото лечебно заведение да оказва на описаните лица болнична медицинска помощ по клинични пътеки от приложение № 5 към член единствен на Наредба № 40/24.11.2004г. за определяне основния пакет от здравни дейности, гарантиран от бюджета на НЗОК, така както са описани в табличен вид / 70 на брой/, като съгласно чл.1, ал.2 от договора възложителят се е задължил да заплаща дейностите съгласно ПМС № 94/24.04.2014г. на Министерски съвет за приемане на остойностяване и за заплащане на медицинската помощ по чл. 55, ал.2, т.2 от ЗЗО, Методиката за остойностяване, Методика за заплащане и Н. между НЗОК и Б. от 29.12.2014г. В чл.18 от договора е уговорено, че възложителят заплаща на изпълнителя договорената по чл.1, ал.1, извършена и отчетена от изпълнителя болнична медицинска помощ по клинични пътеки, както и вложените при изпълнение на определени клинични пътеки медицински изделия, до съответната стойност, определени по описания списък, утвърден с решение на НС на НЗОК от 10.06.2014г. В чл. 19, ал.1 са посочени конкретните цени по клинични пътеки. В чл. 20 в т.1 до 6 са описани условията, при които се заплаща, като по т.6 изискването е извършената и отчетена дейност по клинични пътеки в рамките на стойностите, посочени в Приложение 2. В чл. 28 е уговорено, че възложителят заплаща дейността след представяне на описаните в т.1-3 документи, като в чл. 30, ал.1 е предвидено, че стойността се заплаща ежемесечно, след проверка на документите по чл. 28 и по чл. 52, ал.1, като в ал.2 на чл.30 са посочени четири хипотези, в които отчетните документи не се приемат, а именно ако сумите по фактурите и спецификациите не отговарят на изискванията на чл. 42, отчитането е извън регламентирания в чл. 29 от договора срок / а именно по утвърден график до осмия работен ден на месеца, следващ месеца на дейността/, при липса на някой от задължителните отчетни документи и ако отчетните документи не са изготвени съобразно изискванията и реквизитите. В чл. 32 е уговорено, че изпълнителят ежедневно отчита по електронен път в утвърдени от НЗОК форми оказаната за денонощие дейност, предмет на договора, като съгласно ал.11 на същата разпоредба, отчетената в ежедневно подавани отчети дейност се обработва в информационната система на НЗОК и след окончателната обработка Р. изплаща на петия работен ден, следващ отчетния месец до изпълнителя месечно известие, съдържащо потвърдената за заплащане дейност, лекарствени продукти и/или медицински изделия, както и отхвърлената такава. В чл.32, ал.13 са посочени основанията за отхвърляне на заплащане, включително и по т.6, ако дейността, надвишава стойността по чл. 42, който препраща към размера, определен в приложение №2. От представеното извлечение от приложение №2 е видно, че за януари 2015г. стойността на болничната медицинска помощ съгласно Правилата по чл.4, ал.4 от Закона за бюджета на НЗОК е 154 476,00 лв., а за февруари – 154 404,00лв. и т.н. Съгласно чл.42, ал.4 от договора отхвърлената за заплащане медицинска дейност на това основание, посочена в месечното известие, се заплаща

по решение на Надзорния съвет на НЗОК, което е в съответствие с разпоредбите и в рамките на параметрите по ЗБНЗОК за 2015г. В чл.35 е предвидено, че плащанията на изпълнителя се извършват чрез Р. до 30-то число на месеца, следващ отчетния, с изключение на тези, за които е предвиден друг срок.

В производството пред първоинстанционния съд е изслушано заключение на вещото лице Г. Т. М., което се кредитира изцяло и от настоящия съдебен състав като дадено обективно, безпристрастно и компетентно. От същото се установява, че вещото лице е извършило проверка на документацията, съхранявана в МБАЛ [фирма] по отношение на договор №22-2480/23.02.2015г. за оказване на болнична помощ по клинични пътеки, в сградата на болницата, находяща се в С., [улица], както и проверка на документацията, съхранявана в сградата на С..

Вещото лице сочи, че в изпълнение на договора болницата ежедневно е подавала файлове по електронен път в утвърдени от НЗОК формати за оказаната за денонощие дейност, включена в предмета на договора, през интернет портала на НЗОК или чрез web услуга. Файловете са в xml формат и съдържат посочената информация за хоспитализираните и дехоспитализираните пациенти по съответните КП, както и за започната, извършена и завършена дейност АПр, К., като за една календарна година са изпратени 365 ежедневни и 12 месечни отчета. Според експертното заключение ежедневно подадената по електронен път информация се обработва в информационната система на НЗОК и се изготвят седмични файлове. След окончателната обработка за календарен месец на седмия работен ден, следващ отчетния месец, С. изпраща по електронен път на лечебното заведение месечно известие, съдържащо одобрената и отхвърлената от заплащане дейност, лекарствени продукти и/или медицински изделия, заплащани от НЗОК извън стойността на КП/АПр, съответните основания за отхвърляне и сума за плащане. До десетия работен ден лечебното заведение представя в С. следните първични медицински и финансово-отчетни документи: първи екземпляр на Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури, фактури и спецификации за извършена дейност по КП, АПр и К.. Експертът сочи, че за периода от 01.03.2015г. до 31.12.2015г., лечебното заведение е представило следните първични медицински и финансово-отчетни документи за общо представени случаи на медицинска помощ – 2 774 броя, 24 спецификации и 24 фактури, които са систематизирани в таблица на стр.3 от експертизата. Според вещото лице от общо подадени случаи в П. информационна система (ПИС) за периода от 01.03.2015г. до 31.12.2015г., които са 2 774 броя, одобрените случаи са 2 481 броя, а общо отхвърлените случаи са 293 броя, като данните са в таблица на стр.4 от заключението и основанието за отхвърлянето за всички е „над месечните стойности“. Според експерта, отразеното в таблицата на стр.4 и 5 от приложението и справка №1, общо стойността е 2 721 671,00 лв., от които е изплатена сумата от 2 412 219,00 лв. и остава неизплатено възнаграждение в размер на 309 452,00 лв., като основанието за отказа е, че то съставлява „над месечна лимитна стойност“.

При така установената фактическа обстановка и с оглед правомощията си по чл. 269 от ГПК, настоящият съдебен състав намира от правна страна следното:

Между страните не се спори, а и се установява наличието на облигационно правоотношение, възникнало от договор за оказване на болнична помощ по клинични пътеки, както и извършена и отчетена от въззиваемия медицинска

дейност, която надхвърля стойностите, дефинирани в договора.

При това положение същността на правния спор се свежда до отговор на въпроса действителни ли са уговорките в сключения договор, с които задължението на НЗОК да заплаща осъществяваната от лечебното заведение медицинска помощ е ограничено до уговорения в приложение № 2 към договора обем.

Спорът между страните е правен и касае тълкуване постигнатото между страните съгласие по процесния договор във връзка с относимата към отношенията им императивна правна уредба предвид защитимия обществен интерес по осигуряване на достъпна медицинска помощ и безплатно използване на медицинско обслужване от здравноосигурените лица – чл. 52 от Конституцията на Република България.

С цитираната разпоредба на основния закон на Република България е предвидено право на гражданите на Република България на здравно осигуряване, гарантиращо им достъпна медицинска помощ и безплатно ползване на медицинско обслужване при условия и ред, определени със закон. Установен е и принципът за закрила от държавата на здравето на гражданите – чл. 52, ал. 3, както и че здравеопазването на гражданите се финансира от държавния бюджет, от работодателите, от лични и колективни осигурителни вноски и от други източници при условия и ред определени със закон.

Прокламираните с Конституцията на Република България принципи и основни права на гражданите във връзка с опазване на тяхното здраве намират по - нататъшна уредба в Закон за здравето и нормативни актове и приложението му.

С нормата на чл. 3 от Закон за здравето опазването на здравето на гражданите като състояние на пълно физическо, психическо и социално благополучие е определено като национален приоритет, който се гарантира от държавата чрез прилагане на основни принципи на равнопоставеност при ползването на здравни услуги, осигуряване на достъпна и качествена здравна помощ, вкл. и държавно участие при финансиране на дейности, насочени към опазване на здравето на гражданите. С разпоредбата на чл. 81 от ЗЗ също е прогласено правото на всеки български гражданин на достъпна медицинска помощ при условията и по реда на Закон за здравето и Закон за здравното осигуряване, като са очертани и основните принципи, при които следва да бъде осъществявано правото, а именно: своевременност, достатъчност и качество на медицинската помощ, равнопоставеност при оказването и др. В приложение на последния закон и по законовата делегация на чл. 81, ал. 3 ЗЗ е приета Наредба за осъществяване правото на достъп до медицинска помощ. С чл. 2 от последната е предвидено правото на здравноосигурените лица в Република България да получават медицинска помощ в обхвата на основния пакет от здравни дейности, гарантиран от бюджета на Националната здравноосигурителна каса. Разписани са и правото на избор за пациента на лечебно заведение, сключило договор с Р., където последният да получи съответната болнична помощ на територията на цялата страна. С разпоредбата на чл. 22 в редакцията и към процесния период – м. март 2015г., е предвидено, че при липса на капацитет за планова хоспитализация лечебното заведение следва да изготви листа на чакащи пациенти, които са избрали това лечебно заведение за провеждане на болничното им лечение. С чл. 24 от Наредбата е предвидено, че лечебните заведения за болнична помощ, които по обективни причини не могат да осигурят необходимия обем диагностични и лечебни дейности на лица в спешно състояние, следва да

осигурят своевременно превеждане на пациента в най-близкото лечебно заведение, което може да осъществи тези дейности.

Уредбата на обществените отношения във връзка с гарантираните от Конституцията на Република България право на здравно осигуряване и достъп до медицинска помощ е продължена в Закон за здравното осигуряване.

С разпоредбата на чл. 2 от ЗЗО задължителното здравно осигуряване е дефинирано като дейност по управление и разходване на средства от задължителни здравноосигурителни вноски за закупуване на здравни дейности, което се осъществява от Националната здравноосигурителна каса (НЗОК) и нейните подразделения – районни здравноосигурителни каси (Р.). Изрично е разписано, че задължителното здравно осигуряване предоставя пакет от дейности, гарантирани от бюджета на НЗОК.

С чл. 2, ал. 3 ЗЗО е уредено задължението на НЗОК да закупува от изпълнителите на медицинска помощ здравни дейности, определени по вид, обем, цена и достъпност в съответствие със ЗЗО.

С нормата на чл. 4 ЗЗО са преповторени, прокламираните в Конституцията и ЗЗ, принципи на гарантиран свободен достъп на здравноосигурените лица до медицинска помощ, чрез определения в закона пакет от здравни дейности, както и за правото на свободен избор на изпълнител, сключил договор с Р. на територията на цялата страна. С чл. 37 ЗЗО са уредени правата на здравноосигурените лица да получат здравна помощ в обхвата на пакета от здравни дейности, гарантиран от НЗОК и разписан в чл. 45 ЗЗО, както и за избор на лекар и правото им да получат спешна здравна помощ там, където попаднат.

С чл. 5 ЗЗО са очертани принципите, при които следва да се осъществява задължителното здравно осигуряване, включително: равнопоставеност на изпълнителите на медицинска помощ при сключване на договори с Р.; договаряне на отношенията между последните; пакет от здравни дейности, гарантиран от НЗОК; свободен избор от осигурените лица на изпълнители на медицинска помощ и др.

За осъществяване на дейностите, предвидени в ЗЗО, НЗОК и Българският лекарски съюз приемат чрез подписване Национален рамков договор – чл. 53 ЗЗО, който съобразно дефиницията му по чл. 4а ЗЗО е нормативен административен акт, който има действие на територията на цялата страна и е задължителен за НЗОК, Р., изпълнителите на медицинска помощ, осигурените лица и осигурителите.

Съобразно чл. 46 ЗЗО и чл. 55 ЗЗО в Националния рамков договор (Н.) се определят реда за предоставяне и изискванията към изпълнителите на отделните видове медицинска помощ, гарантирана като пакет по чл. 45 ЗЗО от бюджета на НЗОК, критериите за качество и достъпност, вкл. своевременност на помощта, и други въпроси от значение за здравното осигуряване.

За определяне на съдържанието на Н. в частта му по чл. 55, ал. 2, т. 2 ЗЗО досежно предоставяните видове медицинска помощ по чл. 45 ЗЗО Националната здравноосигурителна каса разработва прогнозни обеми – чл. 55г, ал. 1 ЗЗО.

Съобразно императивната разпоредба на чл. 55, ал. 3 ЗЗО Националните рамкови договори не могат да установяват изисквания за условия, възпрепятстващи свободния избор от осигурения на изпълнители на медицинска помощ, сключили договор с Р., нито на максимален брой извършвани дейности и разпределение на

квоти за изпълнителите на такива дейности в специализираната извънболнична и в болничната помощ, както и на ограничение в обема и разпределение на извършваните дейности между лечебните заведения.

За осъществяване на дейността по оказване на медицинска помощ в съответствие с гарантирания пакет по чл. 45 ЗЗО се сключват договори между директора на Р. и изпълнителите на медицинска помощ – чл. 59 ЗЗО. Съобразно чл. 59б ЗЗО договърът се сключва с всеки кандидат, който отговаря на изискванията на чл. 55, ал. 1, т. 1 ЗЗО и на критериите за осигуряване на достъпност и качество на медицинската помощ по чл. 59в ЗЗО.

Предвид императивната разпоредба на чл. 59, ал. 2 ЗЗО договорите с изпълнителите на медицинска помощ не могат да бъдат сключвани при по-неизгодни условия от приетите с Националния рамков договор.

С нормата на чл. 47 ЗЗО е предвидено заплащането на оказаната на осигурено лице медицинска помощ да се извършва с пари от бюджета на НЗОК от Р. на изпълнителя на медицинска помощ, като съобразно чл. 51 ЗЗО не се заплаща само медицинска помощ извън обхвата на чл. 45 ЗЗО и договореното в Националния рамков договор.

Бюджетът на НЗОК съобразно дефиницията на чл. 22, ал. 1 ЗЗО е основен финансов план за набиране и разходване на парични средства на задължителното здравно осигуряване и е отделен от държавния бюджет. Приходите на НЗОК съобразно чл. 23 ЗЗО се набират от осигурителни вноски, лихви и други законови приходи на НЗОК, целеви субсидии от държавния бюджет за изпълнение на задължения, които произтичат от прилагането на правилата за координация на системите за социална сигурност, както и трансфери от държавния бюджет, в това число и чрез бюджета на Министерство на здравеопазването. С разпоредбата на чл. 23, ал. 2 ЗЗО е предвидена възможността при недостиг на средства да се ползват краткосрочни безлихвени заеми от държавния бюджет. Законът предвижда задължително в бюджета на НЗОК да бъде заделен резерв за непредвидени и неотложни разходи – чл. 25 ЗЗО.

Управителят на НЗОК внася чрез министъра на здравеопазването в МС проект на закон за бюджета на НЗОК, в който следва да бъдат определени размерът на задължителната здравноосигурителна вноска, приходите и разходите по бюджетна квалификация, както и диференцираните разходи за здравноосигурителни плащания – чл. 29 ЗЗО.

За процесния период приложим е Закон за държавния бюджет на НЗОК за 2015г. С чл. 4 от закона се предвижда, че в рамките на стойностите по чл. 1 от закона НЗОК определя за всяка районна здравноосигурителна каса годишна обща стойност на разходите, разпределени по месеци, а районните здравноосигурителни каси определят стойността за дейностите към договорите с изпълнителите на болнична медицинска помощ, разпределени по месеци. Изпълнението на дейностите се контролира по месеци и се коригира на тримесечие в рамките на утвърдените разходи по бюджета на НЗОК. Предвидена е делегация за приемане от надзорния съвет на НЗОК на правила за определяне и изменение на стойностите по чл. 4, ал. 1, т. 1 и т. 2 и ал. 2 от ЗБНЗОК.

При горната императивна законова уредба на спорните по делото отношения между ищеца като изпълнител на медицинска помощ от пакета, гарантиран с бюджета на

НЗОК по чл. 45 ЗЗО, и ответника НЗОК, настоящият състав на съда приема да са противни на императивните правила на закона и прокламираните с последните основни принципи на задължителното здравно осигуряване постигнати договорки между изпълнител на медицинска помощ по чл. 45 ЗЗО и Р. по договорите по чл. 59 ЗЗО, с които се ограничава броя на изпълняваните от лечебното заведение медицински дейности в рамките на гарантирания от НЗОК пакет до определена месечна сума като твърд горен размер на дължимите от НЗОК плащания за реално извършени медицински дейности по отношение на здравноосигурени лица.

Уговарянето на такъв лимит на дейности и плащания от НЗОК влиза в пряко противоречие с установената в чл. 59, ал. 2 ЗЗО, вр. чл. 55, ал. 3 ЗЗО забрана в Националния рамков договор и договорите с изпълнители на медицинска помощ да бъдат предвиждани условия, възпрепятстващи свободния избор от осигурените лица на изпълнители на медицинска помощ, сключили договор с Р., на забраната да бъдат предвиждани максимален брой извършвани дейности и за разпределение на квоти за изпълнение на такива дейности в болничната помощ, както и на забраната да се предвиждат ограничения в обема и да се въвежда разпределение на извършваните дейности между лечебните заведения.

Определянето на лимит на заплащаните от НЗОК дейности по месеци на изпълнителя на медицинска дейност, едностранно от НЗОК и Р. по техни „прогнозни“ стойности, реално води до разпределение на дейностите между лечебните заведения и въвеждане на квоти между тях, доколкото сочи максималния брой дейности, които изпълнителят може да изпълни в рамките на всеки месец.

Въвеждането на лимити от НЗОК и Р., съобразно техните прогнозни разчети на бюджета, които и са задължителни за изпълнителите на медицинска помощ, нарушава и основните прогласени в ЗЗО и ЗЗ принципи на равнопоставеност на изпълнителите на медицинска дейност и на равнопоставеност между последните и НЗОК при сключване на договорите за изпълнение на медицинска помощ – чл. 5, т. 6 и т. 8 ЗЗО.

Предвид гореочертаната законова уредба отношенията между страните по договора за изпълнение на медицинска помощ по чл. 59 ЗЗО са строго нормативно регулирани чрез императивни правила като договор с изпълнител се сключва винаги, когато са налице условията на чл. 59 б ЗЗО, а изпълнителят не може да откаже и приеме, различни от наложените му от НЗОК и Р. условия при сключване на последния договор, с оглед на което и отношенията между страните по спора следва да бъдат разглеждани не като изолирано съгласие, плод на свободната воля на страните по сделката, а като неизменно продължение на съществуващата императивна уредба на договора и позоваването на свобода на договарянето от жалбоподателя във въззивната му жалба е некоректно.

Определянето на лимит на заплащаните от НЗОК дейности в сключените индивидуални договори с изпълнителите на медицинска помощ влиза в явно противоречие и със застъпените в чл. 5, т. 9 и т. 10 ЗЗО, чл. 4 ЗЗО, чл. 2 ЗЗ и чл. 52 от Конституцията на Република България принципи за закрила от държавата на здравето на нейните граждани, на опазването му като национален приоритет, на гарантиране на своевременна, достатъчна и качествена медицинска помощ за здравноосигурените лица в кръга на гарантирания от бюджета на НЗОК пакет от медицински дейности по чл. 45 ЗЗО. За постигането на последните основни

принципи на здравното осигуряване законодателно на НЗОК са предоставени достатъчно законови средства и инструментариум – предлага своя бюджет, прави анализи и прогнози, поддържа резерв, има право на нисколихвени заеми от държавния бюджет и т.н., които при добро управление от страната на последния държавен орган на предоставените му средства, биха били достатъчни за гарантиране заплащането на законово регламентирания пакет от медицински дейности и за изпълнение на едно от основните права на гражданите в Република България – на здравеопазване. Недопустимо е като противно на горесцитираните основни принципи на правовия ред в държавата чрез използването на властническото положение на един държавен орган – НЗОК и районните му поделения, и в резултата на евентуалното му недобро функциониране – липса на правилно планиране на очакваните разходи, да бъдат ограничавани правата на гражданите, гарантирани им от закона, за достъп до своевременна и качествена медицинска помощ в лечебно заведение, избрано от тях. При предложеното от жалбоподателя тълкуване на закона и на сключения между страните договор се предполага, че при изпълнение на определения от НЗОК лимит на дейности, изпълнителят на медицинска помощ следва да откаже предоставянето на такава на здравноосигурено лице, което законът не му позволява, респективно да го включи в листа на чакащи пациенти за следващ месец или периоди. Последното е мислимо само в хипотези извън спешната медицинска помощ, какъвто не е процесния случай, но и тогава влиза в противоречие с основните принципи на здравното осигуряване по оказване на своевременна и качествена медицинска помощ, и на последното основание следва да бъде определено като противно на закона. Пряка последица от едностранните ограничения в броя на извършваните от един изпълнител на медицинска дейност хоспитализации е ограничаването на правата на пациентите, които са потърсили медицинска помощ в лечебното заведение след като последното вече е извършило определеният му от НЗОК и Р. брой дейности, които лица или трябва да изчакат за планов прием в следващ период, с което се нарушава правата им на своевременно и качествено лечение, или да се откажат от направения избор на изпълнител на медицинска помощ и да потърсят такава при друг изпълнител, което изключва гарантираната им от закона свобода на избор на изпълнител на медицинска помощ и нарушава принципа за равнопоставеност на здравноосигурените лица. В нарушение на закона е и последицата по принудително по горния ред пренасочване на пациенти от един изпълнител на медицинска помощ, който здравноосигуреното лице е избрало, но който е изчерпал лимита си, определен му от Р. и НЗОК, към друг изпълнител на медицинска дейност, който не е изчерпал отново определен му от НЗОК и Р. лимит. Резултатът, в случай, че бъде допуснат, е противен и на установения принцип за равенство на изпълнителите на медицинска помощ, като реално НЗОК и Р., а не качеството на предоставяната от изпълнителите медицинска помощ ще са определящи за броя на лекуваните в лечебното заведение здравноосигурени лица, респективно последните търговски дружества се лишават от административен орган от следващия им се доход, който биха получили ако не са обвързани от лимити.

Противно на закона е и прехвърлянето на отговорността по здравно осигуряване и гарантиране на правото на своевременна и качествена медицинска помощ от държавата в лицето на нейните органи – НЗОК и районните и поделения, на

частноправните субекти – изпълнители на медицинска помощ, които ако се приеме, че са обвързани от определените от НЗОК лимити за дейността им, би следвало да финансират оказаната от тях медицинска помощ на здравноосигурени лица, от които от една страна не могат да поискат заплащане на гарантираните им с бюджета на НЗОК медицински дейности, а от друга не могат да откажат да им предоставят своевременно и качествено лечение, заложено в ЗЗО, ЗЗ и медицинските стандарти като ги оставят да чакат при неясни последици за здравето на пациентите от последното изчакване, но при всички случаи негативни, доколкото своевременността на медицинската помощ е ясно разписана гаранция за добро здравеопазване във всички относими нормативни актове.

В процесния случай се претендира заплащане на медицински дейности, като безспорно между страните при всеки от тях е била налице необходимост от спешна хоспитализация за диагностика и лечение. В последната хипотеза лечебното заведение е длъжно да предостави медицинска помощ, освен ако по обективни причини не може да осигури необходимите по обем диагностични и лечебни дейности, в която хипотеза, само, може да преведе пациента в друго най-близко лечебно заведение, в което да може да бъде осъществена тази дейност – чл. 24 ЗЗО(ред.2015г.) Ищецът е имал възможност да окаже спешна медицинска помощ на избралите го здравноосигурени лица през периода м. март- декември 2015г., предвид на което и при точно приложение на закона им е предоставил такава, а за ответника на основание чл. 59 ЗЗО и чл. 47 ЗЗО е възникнало задължение да заплати същата.

Не почиват на закона доводите въззиваемия, че заплащането на последната сума би било противно на закона. Напротив, именно закона вменява задължение на НЗОК чрез своя бюджет да гарантира на здравноосигурените лица достъп до своевременно и качествено здравеопазване, както и пакет от медицински дейности, които здравноосигурените лица да получат от избрания от тях изпълнител на медицинска помощ, сключил договор с Р., без да дължат сами плащане на изпълнителя, а такава да бъде извършено от НЗОК.

По отношение на процесните претендирани за плащане дейности са налице всички предпоставки по чл. 47 ЗЗО за заплащането им от касата, като не са налице и изключенията по чл. 51 ЗЗО, когато касата може да откаже плащане. Доводите, че бил изчерпан определеният от самата НЗОК и съответната Р. лимит на дейности и суми, които НЗОК е поела задължение да заплати за този месец, не могат и нямат твърдения от въззиваемия ефект да изключат отговорността на НЗОК за тяхното заплащане, доколкото отговорността и произтича от императивни норми на закона и не може да бъде дерогирана с клаузи в допълнително споразумение между касата и частноправен субект, който и няма признати от закона права да влияе върху едностранно наложения му от НЗОК лимит. Последният държавен орган има всички предоставени му от закона възможности така да планира, организира и пренасочва предоставения му финансов ресурс в рамките на бюджета на НЗОК, че да изпълни надлежно законово вменените му задължения по гарантиране на свободен достъп на здравноосигурените лица до своевременна и качествена медицинска помощ в избрано от тях на територията на страната лечебно заведение, както и да заплати на последното предоставената медицинска помощ за гарантираните медицински дейности по чл. 45 ЗЗО. Включително, при недостиг на

средства глобално -в целия бюджет на НЗОК, да получи нисколихвен заем от държавния бюджет, с който държавата да изпълни поетия с Конституцията на Република България ангажимент за опазване здравето на гражданите в страната. Действително, всеки бюджет е лимитиран като възможности, но в случая не се твърди, нито доказва от ответника, чиято е доказателствената тежест за този факт, че процесните плащания не са сторени поради изчерпване на средствата в бюджета на НЗОК, което е и малко вероятно, доколкото се претендира плащане за м. януари и февруари. Разпределението вътре в рамките на бюджета е дейност, изцяло поверена на ответника НЗОК, и е недопустимо последният поради недобро изпълнение на тези му вменени със закон задължения и правомощия и предвид отреждането на прогнозни дейности на ищеца, под реалните такива, да бъде освободен от произтичащата му от закона отговорност да заплати стойността на извършени дейности по чл. 45 ЗЗО. И напротив, с императивна правна уредба законът вменява в задължение на НЗОК да гарантира със своя бюджет заплащането на изпълнителите на медицинска помощ, сключили договори с Р., на извършените от последните дейности по гарантирания с чл. 45 ЗЗО здравен пакет по отношение на здравноосигурени пациенти, като ангажимент на последния държавен орган е така да организира разходването на средствата от бюджета му, че да обезпечи финансово своевременното заплащане на извършените дейности на изпълнителя на медицинската помощ. Отново с императивни правила е предвидено, че гарантираният обем по чл. 45 ЗЗО от здравни дейности за всяко здравноосигурено лице е за сметка на бюджета на НЗОК, и нито една норма от закона не предвижда хипотеза, при която по причина административна дейност, респ. разчети на бюджета след решения на НС на НЗОК, да се достигне като последица до прехвърляне на последната отговорност върху здравноосигурените лица или върху изпълнителите на медицинска помощ, а предложеното от ответника тълкуване в последния смисъл е противно на цялостната нормативна уредба на задължителното осигуряване. Следва да бъде добавено и че в конкретния случай от събраните по делото доказателства се установява поведение на ответника НЗОК и съответната Р. по недобро планиране и системно неизпълнение на възложените им със закон правомощия. Определяните лимити за процесния период не са съответни на реалните обеми извършвани дейности от ищеца като изпълнител на медицинска помощ. Последното поведение на ответника в процесния случай по неизпълнение на законово вменени му задължения, по вече подробно изложените мотиви на съда, не може да има сочения от въззиваемия резултат по освобождаването му от отговорност, а НЗОК следва да изпълни законово вменените и задължения и да бъде осъдена да заплати на ищеца реално изпълнената от него медицинска помощ в пълния доказан и претендиран размер от 309 452 лв. Затова и претенцията за заплащане стойността на тази надлимитната медицинска дейност, основана на сключения договор за оказване на болнична помощ по клинични пътеки 22-2480/23.02.2015г. за сумата от 309 452 лева за периода от 01.03.2015г. до 31.12.2015г. се явява изцяло основателна. С оглед безспорно акцесорния ѝ характер основателна е и претенцията за мораторна лихва по чл.86, ал.1 от ЗЗД в доказания от ССЕ размер за сумата от 77 011,48 лева за исковия период от 01.03.2015г. до 31.12.2015г.

Поради несъвпадането на крайните изводи на настоящия състав на въззивната

инстанция с тези на първостепенния съд, обжалваното решение като неправилно ще следва да се отмени изцяло, вкл. и в частта за разноските, и вместо него да се постанови друго, с което предявените искове да бъдат уважени.

На осн. чл.78, ал.1 ГПК и с оглед на направеното искане ответникът следва да бъде осъден да заплати на въззивника разноски за производството и пред двете съдебни инстанции общо в размер на сумата от 33 456,25 лева.

*По изложените съображения Софийският апелативен съд, търговско отделение, шести състав*

## **РЕШИ:**

**ОТМЕНЯ** изцяло Решение № 2438 от 10.12.2018 г. на СГС, ТО, 18 –ти състав, вкл. и в частта за разноските и вместо него постановява друго :

**ОСЪЖДА** Национална здравноосигурителна каса, [населено място], [улица] да заплати на Многопрофилна болница за активно лечение [фирма], ЕИК[ЕИК], със седалище и адрес на управление [населено място], район О., [улица] на осн. чл.79, ал.1 от ЗЗД сумата от 309 452 лв. / триста и девет хиляди четиристотин петдесет и два лева/ - главница, представляваща възнаграждение по договор № 22-2480/23.02.2015г. за периода от март до декември 2015г., както и на осн. чл.86, ал.1 от ЗЗД сумата от 77 135,54 лв. / седемдесет и седем хиляди сто тридесет и пет лева и петдесет и четири стотинки/, както и на осн. чл.78, ал.1 ГПК сумата 33 456,25 лева, представляваща разноски по производството и пред двете съдебни инстанции. *Решението подлежи на обжалване пред Върховния касационен съд на Република България в едномесечен срок от съобщението за изготвянето му при условията на чл. 280, ал. 1 от ГПК.*

**Председател:**

**Членове:1.**

**2.**

## Решение

№2927

гр. София, 12.12.2018 г. 00:00:00 ч. г.

В ИМЕТО НА НАРОДА

Софийски апелативен съд, Търговско отделение, VI с-в в открито съдебно заседание на седемнадесети октомври 2018год. в състав :

ПРЕДСЕДАТЕЛ : Иван Иванов  
ЧЛЕНОВЕ : Зорница Хайдукова  
Валентин Бойкинов

при секретаря И.М. и като разгледа докладваното от съдия Бойкинов т.д.№ 3684 по описа за 2018год., за да се произнесе взе предвид следното :

Производството е по реда на чл.258 и сл. от ГПК.

С Решение от 16.06.2017г., постановено по т. дело № 1532/2017 г., Софийски градски съд, ТО, 14с-в, е осъдил Национална здравноосигурителна каса/НЗОК/ да заплати на МБАЛ [фирма] на осн. чл.79 от ЗЗД във вр. с чл. 59, ал.1 от ЗЗО сумата 47 439 лева, дължима за м. март 2015г. по Договор за оказване на болнична помощ по клинични пътеки № 240800/24.02.2015г., ведно със законната лихва върху сумата от 29.08.2016г. до окончателното ѝ изплащане и на осн. чл.78, ал.1 ГПК сумата 3897,56 лева, представляваща съдебно-деловодни разноски.

Срещу така постановеното решение е подадена въззивна жалба от НЗОК, с която се обжалва първоинстанционното решение, като неправилно с искане да бъде отменено и вместо него постановено друго, с което предявения иск бъде отхвърлен, с присъждане на разноски, по съображения подробно изложени в жалбата.

Извършена е размяна на книжата съгласно изискванията на чл.263, ал.1 ГПК, като по делото въззиваемата страна е изразила становище за неоснователността на въззивната жалба.

Софийски апелативен съд, намира, че въззивната жалба като подадена в законоустановения срок и срещу подлежащ на инстанционен контрол съдебен акт, е процесуално допустима. След като прецени доводите на страните и събраните по делото доказателства, съобразно изискванията на чл.235 от ГПК във вр. с чл.269 от ГПК, приема за установено следното от фактическа и правна страна :

Въззивната жалба е процесуално допустима – същата е подадена в срока по чл. 259, ал. 1 от ГПК, изхожда от легитимирана страна, имаща право и интерес от обжалване, насочена е срещу валиден и допустим съдебен акт, подлежащ на обжалване.

За установено от фактическа страна, настоящият състав намира следното:

По делото не се спори, а и от представените в производството пред първостепенния съд писмени доказателства се установява, че на осн. чл.59, ал.1 от Закона за здравното осигуряване/ЗОО/ страните са сключили Договор № 240800/24.02.2015г., с който между НЗОК, в качеството на възложител и МБАЛ [фирма] в качеството на изпълнител изпълнителят се задължава да оказва на посочените в чл.1, ал.1 от договора лица болнична медицинска помощ по описаните в договора 126 клинични пътеки. Съгласно чл.1, ал.2 възложителят се е задължил да заплаща дейностите съгласно Постановление № 94/24.04.2014 г. по Методика за остойностяване на дейностите в болничната помощ по приложение № 2А към чл.2 и по Методиката за заплащане на дейностите в болничната медицинска помощ по приложение № 2Б към чл.2. Съгласно чл.3, ал.1, т.3 възложителят се е задължил да заплаща определените с Договор № РД-НС-01-2/29.12.2014 г. между НЗОК и БЛС обеми и цени на извършената и отчетена болнична медицинска помощ. Съгласно чл.18, ал.1 възложителят заплаща на изпълнителя: 1./ договорената в чл.1, ал.1 от договора, извършена и отчетена от изпълнителя болнична медицинска помощ по клинична пътека; 2./ вложените при изпълнение на определени клинични пътеки медицински изделия до съответните стойности, определени в Списък с медицински изделия, които НЗОК заплаща в условията на болнична медицинска помощ. В чл.19 са посочени цените на клиничните пътеки. В чл.20 и сл. са уговорени условията, при които възложителят заплаща на изпълнителя за всеки отделен случай по клинична пътека като в т.5 е посочено, че извършената дейност по клинична пътека трябва да е отчетена при условията и по реда на Методиката за заплащане, а в т.6 е поставено изискването извършената и отчетена дейност по клинична пътека да е отчетена в рамките на стойностите, посочени в приложение № 2 „стойност на дейностите, медицинските изделия и лекарствени продукти за лечение на злокачествени заболявания в условията на болнична медицинска помощ. Съгласно чл.31 възложителят заплаща по реда, определен в Методика за заплащане в рамките на съответния отчетен период след извършването ѝ като съгласно чл.35 плащанията на изпълнителя се извършват чрез РЗОК до 30-то число на месеца, следващ отчетния.

Представено е и прието като доказателство Приложение № 2 „Стойност на дейностите в БМП, медицинските изделия в БМП и лекарствени продукти за лечение на злокачествени заболявания в условията на болнична медицинска помощ, към Договор за оказване на болнична помощ по клинични пътеки № 240800/24.02.2015 г., в което са определени стойностите на медицинските услуги само за м.януари и м.февруари 2014 г.

По делото е представен и е приет като доказателство и Анекс № 2/24.03.2015 г., към Договор за оказване на болнична помощ по клинични пътеки № 240800 / 24.02.2015 г. На мястото на първоначално приетото Приложение № 2 към договора е прието ново общо за Договор за оказване на болнична помощ по клинични пътеки № 240800/24.02.2015 г. и за Договор № 241272/24.02.2015г. за извършване на клинични процедури Приложение № 2, в което са посочени утвърдените от Надзорния съвет на НЗОК годишни общи стойности по видове дейности за болнична медицинска помощ. Стойността на дейностите в БМП, медицинските изделия в БМП и лекарствени продукти за лечение на злокачествени заболявания в условията на болнична медицинска помощ за м.март е определена на 674 376 лв.

Не се спори, а и се установява, че МБАЛ [фирма] е издало към РЗОК Стара Загора Фактура № 3 000 000 108/14.04.2015 г. за сумата 47439 лв. за дейността

през м.март 2015 г. над утвърдената, към която е представена спецификация към нея.

Не се спори, а и се установява, че с Писмо изх.№ И -444/ 04.02.2015 г. до Управителя на НЗОК и до директора на РЗОК; Писмо изх.№ И- 484/05.02.2015 до Надзорен съвет на НЗОК и подуправителя на НЗОК; Писмо И- 943/17.03.15 г.; Писмо изх.№ И-1101/27.03.27.03.2015 г. до РЗОК-Ст.Загора; Писмо изх.№ И-1145/02.04.2015 г. до РЗОК-Ст.Загора; Писмо изх.№ 1223/06.04.2015 г. до НС на НЗОК - [населено място] управителят на МБАЛ [фирма] е сигнализирил, че утвърдените от НС на НЗОК годишни общи стойности за 2015 г. на МБАЛ [фирма] не са съобразени с действителната дейност на болницата по оказване на болнична медицинска помощ.

По делото са представени и са приети като доказателства писмо изх.№ И-1478/20.05.2015 г. до РЗОК-СТ.Загора; Писмо изх.№ И-1996/05.06.2015 г. до НС на НЗОК, БЛС - [населено място], Комисия по здравеопазване към НС на РБ; Писмо изх.№ 2870/05.08.2015 г. до НС на НЗОК - [населено място]; Писмо изх.№ 2878/05.08.2015 г. до Управител на НЗОК, до БЛС и Комисия по здравеопазване към НС на РБ, в които управителят на МБАЛ [фирма] е информирал за наличието на надлимитни приходи, незаплатени от РЗОК за 2015 г. между които и дължими през м.април 47 439 лв. В тях управителят на МБАЛ [фирма] е признал, че бюджета на болницата за второто полугодие е увеличен със 166 606 лева.

Представени са Правилата за условията и реда за определяне и изменение на стойностите по чл.4, ал.1, т.1 и т.2 и за използване на средства от резерва по чл.1, ал.2, ред 1.4. от ЗБНЗОК за 2015г. (Правилата), приети с решение на Надзорен съвет на НЗОК № РД-НС-04- 9/27.01.2015г. на основание чл.4, ал.4 от ЗБНЗОК за 2015г. и измененията им. Съгласно чл.3, ал.2 от Правилата НЗОК чрез Централното си управление определя за всяка РЗОК годишна обща стойност на разходите, разпределена по месеци. Съгласно чл.4, ал.4 от Правилата тези стойности и месечното им разпределение се внасят за утвърждаване от НС на НЗОК. НС на НЗОК определя за всяка РЗОК годишна обща стойност на разходите за болнична медицинска помощ, разпределена по месеци. Всяка РЗОК определя стойността за дейностите за болнична медицинска помощ към договорите с ИБМП, разпределени по месеци, в рамките на утвърдените от НС на НЗОК за съответната РЗОК стойности по чл.4, ал.5. В чл.5, ал.2 от Правилата са определени критериите за изчисляване на стойностите за ИБМП по ал.1 като при това следва да се отчита относителния дял на плащанията за ИБМП от размера на общите разходи на РЗОК за дейностите за 2014 г.. Разпоредбата на чл.7, ал.1 от Правилата предвижда, че РЗОК изпращат в ЦУ на НЗОК информация за определените стойности по чл.5 и чл.6 от Правила за утвърждаване от НС на НЗОК, като към информацията се прилага мотивирано предложение за направеното разпределение. Съгласно чл.7, ал.2 от Правилата утвърдените от НС на НЗОК стойности за ИБМП по месеци и по тримесечия са задължителни за ИБМП и неразделна част от сключените от тях договори - Приложение № 2 към индивидуалните договори. В чл.8, ал.1 от Правилата е предвидено, че изпълнител на болнична медицинска помощ, който за определен месец е отчетел дейност за случаи на спешна диагностика и лечение над предварително договорената в Приложение № 2 към индивидуалните договори, може да подаде в РЗОК писмено заявление за увеличение на размера на стойността на разходите за дейностите в болнична медицинска помощ в приложение № 2 от индивидуалните договори, за

сметка на: 1./ стойностите в приложение № 2 от индивидуалния договор за следващите месеци от тримесечието в размер до 5% от съответното тримесечие или 2./ до 5% от утвърдените по чл.7, ал.2 стойности за следващото тримесечие. Съгласно чл.8, ал.4, случаите извън чл.8, ал.1 се включват в листата на чакащите. Съгласно чл.8, ал.5 изключения от реда на чл.8, ал.4 не се допускат. Съгласно чл.8, ал.6 /приет с Правилата за изменение и допълнение от 28.04.2015/ надвишаването на стойностите по Приложение № 2 от индивидуалните договори на ИБМП се увеличава размера на съответната стойност в рамките на съответната годишна стойност на изпълнителя за сметка на стойностите за следващите месеци.

Представен е Договор № 241272/24.02.2015г. за извършване на клинични процедури, сключен между НЗОК като възложител и МБАЛ [фирма] с Приложение № 2 към него. В Приложение № 2 за м.март не е предвидена стойност на дейностите в болнична медицинска помощ и лекарствени продукти за лечение на злокачествени заболявания в условията на болнична медицинска помощ. Представен е Анекс № 1/4.03.2015 г. към договора, към който е подписано ново Приложение № 2, в което стойността за м.март е 57751 лв.

По делото са представени и са приети като доказателства Анекс № 4/14.04.2015г., Анекс № 6/21.04.2015г., Анекс № 7/08.05.2015г., Анекс № 8/13.05.2015г. Анекс № 10/03.06.2015г., Анекс № 33/26.02.2016г. към Договор за оказване на болнична помощ по клинични пътеки № 240800/24.02.2015 г. и Договор № 241272/24.02.2015г. за извършване на клинични процедури.

Не се спори, а и се установява, че с писмо изх.№ 35-00-543.1/10.03.2015г. от директора на РЗОК Стара Загора до управителя на НЗОК, ведно с приложенията към него, сред които Обяснителна записка, в която фигурира анализ на дейността на МБАЛ [фирма] за 2014 г. и са поискани допълнителни средства за болницата в размер 500 000 лв.

По делото са представени и са приети като доказателства Фактура № [ЕГН]/14.04.2015г. и спецификации към нея ; Фактура № [ЕГН]/14.04.2015г. и спецификации към нея; Фактура № [ЕГН]/14.04.2015г. и спецификации към нея; Фактура № [ЕГН]/13.05.2015г. и спецификации към нея; Фактура № [ЕГН]/03.06.2015г. и спецификации към нея. Фактурите са издадени от МБАЛ [фирма] към РЗОК за извършените от болницата дейности по Договор за оказване на болнична помощ по клинични пътеки № 240800/24.02.2015 г. за месец март.

В производството пред първоинстанционния съд е изслушана съдебно-счетоводна експертиза, която не е оспорена от страните и като компетентно извършена съдът възприема. Съгласно заключението на вещото лице предоставените болнични услуги от МБАЛ [фирма] на пациентите в периода от 1.03.2015 г. до 31.12.2015 г., предмет на производството, подадени към РЗОК Стара Загора и НЗОК, възлизат на 47 439 лв. Вещото лице е работило по извлечение от Информационната система на НЗОК, в което е констатирало ежедневно подавани отчети по електронен път с цените по всяка клинична пътека. Въз основа на тази информация РЗОК Стара Загора е издала Спецификация за болничната помощ по Договор за оказване на болнична помощ по клинични пътеки № 240800/24.02.2015 г. на стойност 47 439 лв. Въз основа на Спецификацията МБАЛ [фирма] е издала фактура № [ЕГН]/14.04.2015 г. Вещото лице е извършило проверка по извлечение от счетоводните регистри по сметка 4111 „Клиенти освободени сделки“, аналитична партида на РЗОК Стара Загора и е констатирало, че към 31.12.2016 г. общата стойност на предоставените услуги над определения лимит от МБАЛ [фирма] на пациенти на болницата, незаплатени от ЛЗОК „Стара

Загора възлиза на 341 025 лв. в което число и сумата по фактура № [ЕГН]/14.04.2015 г. 47 439 лв.

При така установената фактическа обстановка и с оглед правомощията си по чл. 269 от ГПК, настоящият съдебен състав намира от правна страна следното:

Между страните не се спори, а и се установява наличието на облигационно правоотношение, възникнало от договор за оказване на болнична помощ по клинични пътеки, както и извършена и отчетена от въззиваемия медицинска дейност, която надхвърля стойностите, дефинирани в договора.

При това положение същността на правния спор се свежда до отговор на въпроса действителни ли са уговорките в сключения договор, с които задължението на НЗОК да заплаща осъществената от лечебното заведение медицинска помощ е ограничено до уговорения в приложение № 2 към договора обем.

Съгласно установеното по-горе, по обща воля на страните, обективизирана в процесния договор, задължението на НЗОК да заплаща осъществената от МБАЛ [фирма] медицинска дейност е ограничено по обем, определен на месечна база, конкретизирана по клинични пътеки в приложение № 2 към договора, което означава, че при действителност на тези клаузи (съответствие с императивни правни норми, включително от конституционен порядък) извършването на медицинска болнична помощ от лечебното заведение, която надхвърля уговорените стойности, не поражда договорно задължение за НЗОК за заплащането ѝ - релевираната претенция е такава за реално изпълнение на задължение с източник сключения между страните договор за оказване на болнична помощ по клинични пътеки. Предвид клаузите на този договор, които изрично ограничават плащанията до предвидените в приложение № 2 обеми, които за процесните месеци няма спор, че са надвишени от лечебното заведение, искът би бил неоснователен за сумите, които надвишават тези стойности, респ. липсва последващо решение на Надзорния съвет на касата за закупуването на тези допълнително отчетени дейности, освен при недействителност на лимитиращите плащанията клаузи, за която в хипотезата на нищожност поради противоречие с императивна правна норма съдът следи и служебно. Клаузите на договора обаче не са нищожни.

В чл. 52, ал. 1 от Конституцията на Република България са прокламирани като основни права на гражданите правото на здравно осигуряване, гарантиращо им достъпна медицинска помощ, и правото на гражданите на безплатно ползване на медицинско обслужване. Тази конституционна разпоредба не е пряко приложима - приложението ѝ предполага приемането на законов нормативен акт, който да определя условията и реда за упражняване на тези основни права, като съгласно, ал. 2 здравеопазването се финансира при условия и по ред, определени със закон. Общественият отношения, свързани със здравното осигуряване и ползването на медицинска помощ са предмет на регулиране от Закона за здравното осигуряване, разпоредбата на чл. 2 от който дефинира задължителното здравно осигуряване като дейност по управление и разходване на средствата от задължителни здравноосигурителни вноски за закупуване на здравни дейности, което се осъществява от НЗОК. Задължителното здравно осигуряване предоставя пакет от здравни дейности, гарантиран от бюджета на НЗОК, което означава, че на този държавен орган е възложено да закупува от изпълнителите на медицинска помощ пакет здравни дейности, определени по вид, обем, цена и съответстващи на критерии за качество и достъпност, в съответствие с разпоредбите на закона. Нормата на чл. 4, ал. 1 от Закона за бюджета на НЗОК за 2015 г. (отм., но

приложим за спорното правоотношение) предвижда в рамките на предвидените със закона стойности НЗОК да определи за всяка районна здравноосигурителна каса годишна обща стойност на разходите, разпределени по месеци, на която основа районните здравноосигурителни каси да определят стойността на дейностите по договорите с отделните изпълнители на медицинска помощ. Изпълнението на дейностите се контролира помесечно и се коригира на тримесечие в рамките на утвърдените разходи по бюджета на НЗОК. Изпълнението на закона е възложено на органите на управление на НЗОК, а на надзорния съвет е предоставена компетентност да приема съответните правила за прилагане на ЗБНЗОК за 2015 г. Изрично в чл. 4, ал. 1, т. 2, б. "б." ЗБНЗОК за 2015 г. е предвидено директорите на РЗОК да закупуват от изпълнителите на болнична медицинска помощ здравни дейности от пакета по чл. 2, ал. 1 Закона за здравното осигуряване в рамките на обемите и стойностите на разпределените им годишни бюджети. Следователно в нормативен акт с ранг на закон е предвидено закупуването на здравни дейности да се осъществява в рамките на разпределените на РЗОК за съответния период разходи, т. е. заплащането на стойността на извършена медицинска дейност не е неограничено, а нарочно регулирано - в рамките на административно разпределени обеми. Това лимитиране не нарушава правото на здравноосигурените лица на достъп до медицински услуги, а тъкмо обратното - осигурява и обезпечава това право, като регулира законово държавното финансиране на здравеопазването по начин, че заплащането му да се осъществява регулярно в рамките на бюджетната година. Това е така, защото като всяка бюджетно обезпечена функция и закупуването на здравни дейности по смисъла на ЗЗО налага необходимост от планиране и контрол за ефикасно и ефективно използване на средствата, които не са неограничени. От тази гледна точка финансовият план (бюджет) и предписаните от закона правила за изпълнението му са предпоставка за регулярното извършване на финансови плащания срещу предоставените на здравноосигурени лица медицински услуги. Закупуването на неограничени по обем здравни услуги (надлимитни такива) с ограничени и предварително рамкирани (бюджетни) средства е икономически неосъществимо и затова нормативната уредба предвижда правила за изпълнение разходната част на бюджета на НЗОК, които няма основание да се считат за стоящи в противоречие с конституционните разпоредби.

В този смисъл установените правила в сключения между страните договор за заплащане на извършената болнична помощ в рамките на суми, за които изпълнителят-ищец е дал изричното си съгласие да бъдат в определените в приложение № 2 обеми, не са нищожни, тъй като не противоречат на повелителни правни норми, а са израз на съобразяването на страните с такива именно норми. Самият ЗЗО в чл. 58 - чл. 62 очертава предметните рамки на индивидуалния договор, сключван между НЗОК, представлявана от РЗОК и съответния изпълнител на медицинска помощ, който при всички положения следва да е в съответствие с НРД, с решението по чл. 54, ал. 9 ЗЗО и със самия ЗЗО (чл. 59, ал. 1 ЗЗО). Предвиденият ред за регламентиране финансирането на конституционното прогламираното социално право на достъпно здравеопазване изключва пълната свободата на договаряне, като

сключеният между страните договор за оказване на болнична помощ по клинични пътеки следва да се тълкува в контекста на нормативно утвърдените финансови отношения между НЗОК и изпълнителите на медицинска помощ.

По силата на чл. 45 ЗЗО НЗОК дължи да закупи договорената и оказаната медицинска помощ на осигурени лица, но разпоредбата на чл. 51 ЗЗО уточнява, че медицинската помощ извън обхвата на чл. 45 и договореното в НРД, не се закупува от НЗОК, което още веднъж установява принципа на допустими ограничения при закупуването на медицинската помощ и изключва разбирането (поддържано от въззиваемия), че НЗОК дължи безусловното ѝ заплащане. В тази светлина следва да се тълкуват и ограничаващите обема на задължението на НЗОК разпоредби в индивидуалния договор, които не са нищожни и не водят до ограничаване правата на здравноосигурените лица, нито пък предполагат дефинитивно извършването на надлимитната дейност да остава за сметка на лечебните заведения. Съгласно договора възможността за заплащане на отчетената медицинска помощ над планираните разходи не е изключена. Напротив - изрично е предвиден ред и условия за заплащането ѝ (чл. 39 и чл. 40 от договора), които изискват подадено заявление до възложителя по договора за увеличаване на месечната стойност и издаването на индивидуален административен акт - решение на надзорния съвет на НЗОК, което би съставлявало изменение на договора по отношение на установените лимити, което в рамките на договорното правоотношение неведнъж е осъществявано. В случая не са ангажирани доказателства, а и не се твърди да е спазена посочената в договора процедура по отношение на дейностите, за които са издадени процесните спецификации за исковата сума от 47 439 лева дължима за м. март 2015г. и не се позовава на факта да е налице решение на НС на НЗОК, съответно обемът допустими по приложение № 2 средства не се установява да е бил увеличен така, че да обхваща тези, предмет на предявения иск. Затова и претенцията за заплащане стойността на тази надлимитната медицинска дейност, основана на сключения договор за оказване на болнична помощ по клинични пътеки № 24080/24.02.2015г. по фактура № 108/14.04.2015г. за сумата от 47 439 лева се явява неоснователна.

Поради несъвпадането на крайните изводи на настоящия състав на въззивната инстанция с тези на първостепенния съд, обжалваното решение следва да бъде отменено изцяло, като бъде постановено ново решение, с което иска с правно основание чл. 79, ал.1 от ЗЗД да бъде отхвърлен като неоснователен и недоказан.

На осн. чл.78, ал.1 от ГПК и ос оглед на направеното искане въззиваемият следва да бъде осъден да заплати на въззивника направените от него разноски по въззивното производство в размер на сумата от 948,78 лева, представляваща заплатена държавна такса.

*По изложените съображения Софийският апелативен съд, търговско отделение, шести състав*

**Р Е Ш И :**

**ОТМЕНЯ ИЗЦЯЛО** решение № 1162 от 16.06.2017 г. по т.д. № 1532/ 2017 г. на Софийския градски съд, търговско отделение, VI - 14 състав, както и в частта за разноските, вместо което **ПОСТАНОВИ** :

**ОТХВЪРЛЯ** иска с правно основание чл. 79, ал.1 от ЗЗД, предявен от МБАЛ [фирма], ЕИК[ЕИК], със седалище и адрес на управление [населено място], [улица] срещу Национална здравноосигурителна каса, със седалище и адрес на управление [населено място], [улица] за сумата 47 439 лева, дължима за м. март 2015г. по Договор за оказване на болнична помощ по клинични пътеки № 240800/24.02.2015г., като неоснователен.

**ОСЪЖДА** МБАЛ [фирма], ЕИК[ЕИК], със седалище и адрес на управление [населено място], [улица] да заплати на Национална здравноосигурителна каса, със седалище и адрес на управление [населено място], [улица] на осн. чл.78, ал.1 ГПК сумата от 948,78 лева, представляваща заплатена държавна такса.

*Решението подлежи на обжалване пред Върховния касационен съд на Република България в едномесечен срок от съобщението за изготвянето му при условията на чл. 280, ал. 1 от ГПК.*

**Председател:**

**Членове:1.**

**2.**

**Решение**

гр. София, 15.10.2013 г.

**В ИМЕТО НА НАРОДА**

Софийски градски съд, Гражданска колегия, I-18 състав, в публично заседание на трети октомври през две хиляди и тринадесета година в състав:

**ПРЕДСЕДАТЕЛ: КРИСТИНА ФИЛИПОВА**

при секретаря И. А., като разгледа докладваното от съдията гр. дело № 12 641 по описа за 2011 г., за да се произнесе взе предвид следното:

Предявени са искиове с правно основание чл. 79, ал. 1 и чл. 86 ЗЗД.

Ищецът „С.б.за ал.по к.Я.” ЕАД твърди, че е в договорни отношения с ответника, съгласно договор № 280292 от 25.02.2011 г. За ищеца е било налично задължение да оказва на задължително здравноосигурени лица болнична помощ по определени клинични пътеки, а ответникът да заплаща оказаната болнична медицинска помощ по приложение № 5 към Наредба № 40 от 24.11.2004 г., както и стойността на консумативите (импланти) използвани при лечение на пациенти. Твърди се, че от страна на РЗОК Ямбол (второстепенен разпоредител с бюджетни средства и представител на НЗОК на териториално равнище) не са изплатени дължими на ищеца суми по две фактури - № 128 от 28.04.2011 г. по клинични пътеки на стойност 241 984 лв. и № 129 от 28.04.2011 г. за импланти 16 800 лв. Изтъква се, че според чл. 28 от Приложение № 13 на ПМС № 304 от 2010 г. падежът на задълженията следва да се счита настъпил на 1.04.2011 г., от когато и ответникът е в забава относно тяхното плащане. Изтъква се още, че с изключение на 42-ма пациенти, които са били планови, всички останали действия остойностени по фактура № 128 са били от категорията на спешните и ищецът е имал задължението да извърши животоспасяващите процедури. С оглед изложеното се претендира ответникът да заплати по фактура № 128 от 28.04.2011 г. по клинични пътеки сумата от 241 984 лв., ведно с лихва в размер на 12 262, 64 лв. за периода от 1.04.2011 г. до 26.09.2011 г. и по фактура № 129 от 28.04.2011 г. за импланти сумата от 16 800 лв., ведно с лихва в размер на 851, 36 лв. за периода от 1.04.2011 г. до 26.09.2011 г. Претендира разноски.

Ответникът НЗОК оспорва исковите изцяло и претендира разноски.

Съдът, след като прецени събраните по делото доказателства и обсъди доводите на страните, приема за установено следното от фактическа и правна страна:

С писмо изх. № 29-00-52 от 30.12.2010 г. на Директора на РЗОК Ямбол ищецът „СБАЛ по кардиология Ямбол” ЕАД е уведомен, че с оглед спазване на бюджетна дисциплина и предвид предстоящо делегиране на общи годишни стойности през м. януари на 2011 г. следва да съобрази стойността си в рамките на делегираната дейност за м. декември 2010 г. Съгласно анекс № 9 от 10.12.2010 г. към договор от 280292 от 1.02.2010 г. тази стойност възлиза на 1 212 224 лв.

Не се спори, че за м. януари 2011 г. ищецът е разходвал общо 1 129 806 лв.

Не се спори и от представен по делото договор № 280292 от 25.02.2011 г. е видно, че между НЗОК, представлявана от директора на РЗОК – Ямбол, и ищеца „СБАЛ по кардиология Ямбол” ЕАД е сключен договор, по силата на който болницата е поела задължението да оказва на задължително здравноосигурените лица болнична медицинска помощ по приложение № 5 на Наредба № 40 от 24.11.2004 г. и приложение № 18 „Клинични пътеки” към НРД 2011. Съгласно чл. 3 Касата се задължава да заплаща посочената в договора стойност на извършена и отчетена дейност в БМП, съгласно приложение № 5 към чл. 1 и приложение № 13 към чл. 3 от Постановление № 304 от 17.12.2010 г. на МС. Според чл. 19 от договора Касата заплаща за всеки отделен случай по клинична пътека при изпълнение на посочен в шест точки условия. Едно от посочените условия, фиксирано в т. 6 е сумата по фактурата да не надвишава стойностите на утвърдените болнични бюджети, определение по реда на ЗБНЗОК за 2011 г. В чл. 22 от договора е предвидено, че Касата заплаща клапи, протези, стентове, кохлеарни импланти и постоянни кардиостимулатори, когато тези медицински изделия са предвидени и вложени при изпълнение на определени КП по приложение № 18 към НРД 2011 г. Ал. 5 на същия текст от договора предвижда, че заплащането на медицинското изделие се извършва ако то е вложено при изпълнение на

КП, съгласно изискванията на Приложение № 18 за изпълнение на съответната КП и са изпълнение всички изисквания на раздела от договора за заплащане на съответния случай по КП.

В приложение № 2 към договора е посочено, че задължителните годишни прогнозни стойности за дейностите са в размер на 2 082 257 лв. за първото тримесечие на 2011 г. или 694 085 лв. на месец.

Отчетът за месец януари е изпратен от ищеца на ответника, но с писмо № 29-00-156 от 28.02.2011 г. от Касата са дадени указания да се представи финансово-отчетна документация за стойността на оказаната помощ, като не се превишава посочената в Приложение № 2 сума.

По делото са представени две фактури - № 128 от 28.04.2011 г. по клинични пътеки на стойност 241 984 лв. и № 129 от 28.04.2011 г. за импланти на стойности 16 800 лв., които са били изпратени на ответника с молба вх. № 29-02-317 от 29.04.2011 г. В нея е посочено, че с тях се фактурира посочената надлимитна стойност за лечение на пациенти и импланти за м. януари 2011 г.

По делото са представени спецификации за клапи, протези, стентове, кохлеарни импланти и постоянни кардиостимулатори както и спецификация за болнична медицинска помощ – л. 68 и 69 от делото.

Приети са счетоводна и медицинска експертиза.

При така очертаната фактическа обстановка, се налагат следните правни изводи:

Няма спор, че между страните в процеса е бил подписан валиден договор за 2011 г., обвързващ договарящите, по силата на който ищецът е следвало да извършва медицински дейности, стойността за които, при изпълнение на определени условия, е следвало да бъде възстановена от ответника. Едно от условията е предвидено в текста на чл. 19, т. 6 от договора, съгласно който Касата заплаща за всеки отделен случай по клинична пътека при условие, че сумата по фактурата *не надвишава* стойностите на *твърдените* болнични бюджети, определение по реда на ЗБНЗОК за 2011 г. В настоящия случай не се спори и се поддържа и от двете страни, че сумата по двете процесни фактури, надвишава предвидения лимит. Ето защо на това основание претенцията по чл. 79 ЗЗД за плащане на стойността от 241 984 лв., осчетоводена по фактура № 128 е неоснователна. Ищецът не е изправна страна, тъй като претендираната сума надвишава предвидения по договора лимит, установен в цитирано по-горе приложение № 2 към същия.

Правата си ищецът може да реализира на плоскостта на вреди от преддоговорни отношения. Страните не спорят, че с нарочно писмо от януари 2011 г., *преди подписването* на договора, от страна на ответника е изискано ищецът да съобразява дейността си със стойностите, които са били отчетени за предходния месец декември. Съобразявайки се с тези указания ищецът е извършил разходи, които обаче не са били покрити от рамките на сключения в последствие договор. При това положение категорично налице е недобросъвестно поведение от страна на ответника, с което на ищцовото дружество са причинени вреди. Същите обаче могат да бъдат претендирани по реда на чл. 12 ЗЗД, какъвто иск в настоящото производство не е предявен и не може да бъде разглеждан.

За неоснователна съдът приема и претенцията за изплащане на сумата от 16 800 лв., разходвана за импланти, съгласно фактура № 129. Както по-горе бе посочено, Касата заплаща клапи, протези, стентове, кохлеарни импланти и постоянни кардиостимулатори, когато тези медицински изделия са предвидени и *вложени* при изпълнение на определени клинични пътеки по приложение № 18 към НРД 2011 г. – чл. 22 от договора. Като условие за плащане на тези медицински изделия страните са предвидили още да са били *изпълнение всички изисквания* на раздела от договора за заплащане на съответния случай по клинична пътека. В съответствие с тези разпоредби се налага извода, че Касата не дължи по силата на договора плащане на разходи за медицински консумативи, вложени по изпълнение на медицински дейности, които надхвърлят установените от договора рамки на финансова дейност. Логично и обосновано е предвиденото правило, че Касата следва да заплаща консумативи само по отношение на медицински дейности, които са в рамките на предвидения финансов лимит и са извършени и надлежно отчетени, съгласно предвидените правила. Следва да се отбележи, че не са ангажирани доказателства, които да установят, че сочените медицински изделия (осчетоводени по фактура № 129) са използвани по клинична пътека, която е била заплатена от касата. Т.е. не са налице основания да се приеме, че за Касата е налично задължение да възстанови стойността на консумативите, вложени при медицинската дейност.

Настоящият състав намира за неоснователна претенцията на ищеца, насочена срещу Касата, за плащане на исковите суми и въз основа на твърдението, че за болничното заведение е било налице договорно задължение да обслужва пациенти в случай, че се касае до оказване на спешна медицинска помощ. Съгласно чл. 7 от Наредба № 25 от 4 ноември 1999 г. за оказване на спешна медицинска помощ,

разходите по оказване на спешна медицинска помощ до хоспитализиране на пациента се поемат от държавата. Следователно пасивно материално правно легитимиран да отговаря по иска се явява държавата, като правен субект, различен от ответника НЗОК.

Предвид изложените по-горе доводи и като взе предвид акцесорния характер на иска за лихви, съдът приема, че само с оглед неоснователността на главната претенция, исковете по чл. 86 ЗЗД следва да се отхвърлят без да се обсъжда в детайли основателност им - настъпването на падежа, размера и пр.

Предвид изхода на спора на ответника се следват разноски в размер на 5 890 лв. за юрисконсултска защита и 250 лв. за експертиза.

Воден от гореизложеното, съдът

### Р Е Ш И:

ОТХВЪРЛЯ исковете с правно основание чл. 79 ЗЗД, предявени от „С.б.за а.л.по к.Я.” ЕАД срещу **Н.З.К.** за заплащане на сумата от 241 984 лв. по фактура № 128 от 28.04.2011 г. и сумата от 16 800 лв. по фактура № 129 от 28.04.2011 г., като неоснователни.

ОТХВЪРЛЯ исковете с правно основание чл. 86 ЗЗД, предявени от „С.б.за а.л.по к.Я.” ЕАД срещу **Н.З.К.** за заплащане на сумата от 12 262, 64 лв. за периода от 1.04.2011 г. до 26.09.2011 г. като лихва върху главницата от 241 984 лв. и сумата от 851, 36 лв. за периода от 1.04.2011 г. до 26.09.2011 г. като лихва върху главницата от 16 800 лв., като неоснователни.

ОСЪЖДА „С.б.за а.л.по к.Я.” ЕАД, ЕИК \*\*\*\*\*, да заплати на **Н.З.К.** на основание чл. 78, ал. 3 ГПК сумата от 6140 лв. като разноски.

Решението може да се обжалва пред САС в двуседмичен срок от получаване на съобщението.

ГРАДСКИ СЪДИЯ:

**РЕШЕНИЕ**

гр. С., 09.12.2013 г.

**В ИМЕТО НА НАРОДА**

СОФИЙСКИЯТ ГРАДСКИ СЪД, I ГО, 20 състав, в публичното съдебно заседание на единадесети ноември две хиляди и тринадесета година, в състав:

ПРЕДСЕДАТЕЛ: МАРИЯ РАЙКИНСКА

при участието на секретаря Е.К., като разгледа докладваното от съдията гр. д. № 653 по описа за 2012 г., за да се произнесе, взе предвид следното:

Предявени са обективно съединени иски по чл. 79, ал. 1 ЗЗД и чл. 86, ал. 1 ЗЗД.

Ищецът - Б. „Л.“, създадена с ПМС № 66 от 4.04.1994 г. (Обн., ДВ, бр. 32 от 15.04.1994 г., изм. и доп., бр. 65 от 12.08.1994 г., бр. 81 от 12.09.1995 г., изм., бр. 80 от 10.09.1999 г., в сила от 1.08.1999 г., бр. 63 от 1.08.2000 г., в сила от 1.08.2000 г., бр. 29 от 8.04.2011 г., в сила от 1.05.2011 г.) в исковата си молба и уточнение на същата от 06.02.2012г. твърди, че на основание Национален рамков договор (НРД), сключен между Н. здравно-осигурителна каса, Български лекарски съюз и Български зъболекарски съюз за 2010 г., обнародван в ДВ брой 102/22.12.2009г., сключила със СЗОК договор № 22-2502/27.01.2010г. за оказване на болнична помощ, в който било договорено, че стойността на извършената дейност по клинична пътека не надвишава месечните стойности, утвърдени от Директора на РЗОК. Съгласно анекс към договор № 22-2502/27.01.2010г., отчетените над този размер дейности по фактура се заплащали след проверка в лечебното заведение в срок до един месец, следващ месеца за отчитане на дейността.

За месец януари 2010 г. ищецът отчетел дейност по Клинична пътека (КП) № 45 с фактура № 15814 от 10.02.2010 г. и спецификация към нея на стойност 70 360 лева **над** размера на определената в Приложение № 2 към договора месечна стойност за дейност по КП. С фактура № 15815 от 10.02.2010г. и спецификация към нея били отчетени вложени импланти за месец януари 2010г. на стойност 36 720 лева **над** размера определен в приложение № 2 към договора за вложени импланти.

На основание чл. 29 ал. 2 от договор № 22-2502/27.01.2010г. със заповед № РД-18-285/22.03.2010г. на Директора на СЗОК на 22.03.2010г. била извършена медицинска проверка на 19 броя Истории на заболяването, по КП № 45 „Интервенционално лечение и свързани с него диагностични катетаризации при сърдечносъдови заболявания“. Били съставени два констативни протокола от длъжностното лице извършващо проверката - д-р Е.Х.П. - старши инспектор МК-СЗОК, в които било отразено, че не са констатирани нарушения.

Със заповед № РД-18-286 /22.03.2010г. на Директора на РЗОК на 23.03.2010 г. била извършена финансова проверка на проверени 20 бр. Истории на заболяването, по КП № 45 „Интервенционално лечение и свързани с него диагностични катетаризации при сърдечносъдови заболявания“.

В констативен протокол от 23.03.2010г. от финансова проверка на 13 бр. Истории на заболяването било посочено, че е извършено нарушение на разпоредбата на чл. 220, т. 1 от НРД 2010г., която гласяла:

*Чл. 220. Н. З.К. заплаща на изпълнител на болнична помощ за всеки отделен случай по КП при наличие на следните условия: отчетената / отчетените КП е включена в предмета на договора между НЗОК и изпълнителя на БП и същата е извършена от посочените в договора специалисти.*

Преди съставянето му между проверяващия и директорът на Б.та имало несъгласие по искане на проверяващия за предоставяне на документи от Б.та и дали е налице основание за предоставянето им. Протоколът не бил връчен да Директора на Б.та по надлежния ред.

Безспорно било, че отчетената клинична пътека № 45 била включена в предмета на договор № 22-2502/27.01.2010г. Ищецът оспорва изцяло констатациите в протокол за финансова

проверка от 23.03.2010г., че пътеката не била извършена от посочените в приложение № 1, от договор № 22-2502/27.01.2010г., специалисти. Изпълнителят на Болнична помощ, Б. „Л.“ бил извършил медицинската дейност, отразена по фактура № 15814 от 10.02.2010г. и спецификация към нея за месец януари 2010 г. по КП № 45 на стойност 70 360 лева в пълно съответствие с разпоредбите на НРД 2010 г. По тази причина отчетените по фактура № 15815 от 10.02.2010г. и спецификация към нея били отчетени вложени импланти за месец януари 2010г. на стойност 36 720 лева, също подлежащи на заплащане.

Във връзка с твърдените нарушения при извършената финансова проверка и връчването на констативния протокол по нея, Директорът на Б.та подал сигнал към Директора на НЗОК с искане за инициране на проверка по случая. На основание правилата за осъществяване на контрол, разписани в НРД 2010 г. и заповед № РД-25-127/08.04.2010г. на Директора на НЗОК, със заповед РД 18-413/09.04.2010г. на Директора на СЗОК била назначена проверка, при която били съставени три констативни протоколи от 12.04.2010 г., като в този, в който били отразени обстоятелства от проверка на водене на медицинската документация и било констатирано, че същата била водена коректно и своевременно.

Ищецът оспорва извъсъдебното становище на ответника, изразено в писмо изх. № 22-2502-16/19.04.2010 г. Директора на СЗОК уведомил Б. „Л.“, че съставения констативен протокол от финансова проверка от 22.03.2010г. били установени нарушения, което щяло да доведе до незаплащане на дейности. В писмото се твърдяло от СЗОК, че не подлежат на заплащане 11 броя случая (в протокола са отразени 13) на хоспитализирани пациенти по КП № 45 (за месец януари на стойност 38 698 лева) и съответно не подлежали на заплащане отчетените вложени импланти на същите пациенти на стойност 19 440 лева. Със същото писмо било изискано от Б. „Л.“ да се извърши корекция на финансово-отчетните документи с кредитни известия и били върнати фактура № 15814 от 10.02.2010г. и спецификация към нея за месец януари 2010г за отчетена дейност по КП № 45 на стойност 70 360 лева и фактура № 15815 от 10.02.2010г. и спецификация към нея за отчетени вложени импланти за месец януари 2010г на стойност 36 720 лева. С Писмо (изх. № 964 от 04.05.2010г.) Б.та върнала фактура № 15814 от 10.02.2010г. и фактура № 15815 от 10.02.2010г. със спецификации към тях и приканила СЗОК за изплащане на цялата сума по тях. С писмо изх. № 22-2502-18 от 15.05.2010г СЗОК отново върнал фактурите.

С оглед изложеното, ищецът моли да бъде осъден ответника да му заплати сумата от 107 080 лева, ведно със законната лихва, мораторна лихва в размер на 376,02 лева за периода от 01.03.2010г. от 13.01.2012г., и разноски.

Ответникът - Национална З.К., оспорва иска. Не оспорва че с лечебното заведение са сключени посочените в исковата договор и анекс, че двете процесни фактури надхвърлят лимита на помесечните стойности за януари 2010 г., уговорен в Приложение № 2 към договора и че е извършена проверка, но заявява, че не подлежат на заплащане 11 случая от месец януари 2010г. по клинична пътека 45, тъй като не са спазени изискванията за това и тяхната стойност е 36 698 лева за медицинска дейност и 19440 лева – за вложени импланти. Б.та била уведомена, че следва да коригира финансово-отчетните си документи с тези суми, като издаде кредитни известия; даден им бил срок за това съгласно чл. 30, ал. 2 от договора в случаите на чл. 29, ал. 2 от същия. Ответникът твърди, че на основание чл. 245 НРД не дължи плащане по процесните две фактури изобщо, тъй като ищецът не е изпълнил задължението си да извърши корекции в срока и по реда на чл. 242 НРД. Моли иска да бъде отхвърлен като неоснователен.

В първото по делото съдебно заседание, след изясняване фактическите твърдения на страните и становищата им по твърденията на насрещната страна по реда на чл. 143 от ГПК, е прието за безспорно между страните, че между тях е имало договор, по който ищецът е следвало да извършва определени дейности по клинична пътека, а ответникът да му заплаща за извършените дейности, но до определен лимит на месец. Не се спори и относно размера на лимита. Не е спорно и, че ищецът е извършил твърдените от него дейности, като е надвишил лимита с твърдените от него суми и дейности, нито че тези дейности са извършени качествено. Не се спори, че за да се заплатят сумите над лимита е следвало да бъде извършена проверка и че такава е извършена. Страните спорят относно изпълнението на едно от условията за извършване на плащане от страна на ответника - дейностите над разрешения лимит да са били извършени от лекари, включени в одобрения списък на лекарите, които могат да извършват

дейностите по клинична пътека № 45, представляващ Приложение № 1 към договора, като ищецът твърди, че всички дейности са били извършени от лекари, които са били включени в този списък, а ако не са били извършени от такива, то те са били наблюдавани от лекари, които са включени в списъка. Ответникът от своя страна твърди, че единайсет от дейностите, извършени над лимита, не са били извършени от лекари, включени в списъка. Ответникът твърди също, че не е законно дейностите да се извършват от лекари, невключени в списъка, макар с одобрението на лекари, включени в списъка.

**Съдът, след като прецени събраните по делото и относими доказателства и обсъди доводите на страните, при прилагане разпоредбата на чл.12 ГПК и чл.235, ал.2 ГПК, приема за установено следното от фактическа страна:**

Видно от представяния неколкократно от страните Договор № 22-2502/27.01.2010 г., същият е сключен между страните по делото на основание чл. 59, ал. 1 от Закона за здравното осигуряване (ЗЗО) и в съответствие с НРД 2010 между НЗОК, БЛС и БЗС, като негов предмет е задължението на ищеца да оказва на задължително осигурените лица болнична медицинска и/или дентална помощ по Приложение № 5 към чл. 1 на Наредба № 40/24.11.2004 г. за определяне на основния пакет от здравни дейности, гарантирани от бюджета на НЗОК, и кореспондиращото задължение на ответника да заплаща така оказаната болнична помощ. В обхвата на договора е включена медицинска помощ по 292 клинични пътеки (КП), между които и КП 45 „Интервенционално лечение и свързани с него диагностични катетеризации при сърдечно-съдови заболявания” – за възраст над 18 г. В чл. 5 от договора са уредени основните задължения на Изпълнителя-ищец, между които и задължението по т. 16 – да представи „Списък на специалисти, работещи по клинични пътеки” – Приложение № 1, както и ежесечно да представя в РЗОК работен график на тези специалисти. В чл. 18 от договора страните са уговорили че Възложителят-ответник заплаща на Изпълнителят-ищец договорената, извършена и отчетена болнична помощ по КП и медицински изделия за болнично лечение в определени КП от Приложение № 18 към НРД 2010, включени в предмета на договора. Посочени са цени на всяка КП.

Видно от текста на чл. 20, ал. 1 от договора, Възложителят заплаща на Изпълнителя за всеки отделен случай по КП при наличие на следните условия: 1. отчетените КП са включени в предмета на договора **и същите са извършени от посочените в Приложение № 1 специалисти**; 2. Лицето е с непрекъснати здравноосигурителни права в деня на хоспитализацията или ги е възстановило до деня на дехоспитализацията; 3. Спазени са условията за завършена КП по смисъла на § 1, т. 2 от ДР на НРД 2010; 4. Изпълнителят е изпълнил всички свои задължения по осигуряване на пациентите на непрекъснатост на болничната помощ и грижи; 5. Извършената дейност по КП е отчетена при посочените в договора условия и ред; 6. **Стойността на извършената дейност по КП (сумата по фактура) не надвишава месечните стойности, утвърдени от директора на РЗОК, съгласно чл. 4, ал. 1, т. 2 от ЗБНЗОК за 2010 г. и посочени в Приложение № 2.**

В чл. 25 от договора са посочени медицинските консумативи и техните цени, които се заплащат от НЗОК.

Съобразно правилата на чл. 26 от договора изпълнителят отчита извършената през месеца дейност по КП, като предоставя в РЗОК по утвърден график от 3-то до 10-то число на месеца, следващ отчетния, определен набор от документи, включително фактура и спецификация за извършена дейност по КП. Заплащането на отчетените дейности е уредено в чл. 29 от договора, според който възложителят заплаща ежесечно на изпълнителя чрез РЗОК до 30-то число на месеца, следващ отчетния, не по-висока от определената в Приложение 2 от договора месечна стойност. При неспазване срока за представяне на документи, плащането става в следващ отчетен период. Неотчитането на извършената дейност в рамките на два последователни отчетни периода след извършването ѝ – чл. 29, ал. 4 от договора. В чл. 30 е уредена процедура по коригиране на фактурата и спецификацията към нея, при констатиране на неправилно попълнени данни, като е уговорено, че ако корекцията не бъде извършена в до два следващи отчетни периода, дейността не се заплаща. Съгласно чл. 31 от договора възложителят заплаща стойност за извършена и отчетена дейност, определена по реда на чл. 4, ал. 1, т. 2 ЗБВЗОК за 2010 г., като изпълнението се контролира от възложителя по месеци и се коригира на

тримесечие. В чл. 32 от договора е посочено, че възложителят не изплаща средства в превишение на определените по реда на чл. 4, ал. 1 т. 2 ЗБНЗОК за 2010 г. месечни стойности.

От представеното Приложение № 1 към договора се установява, че в списъка на специалистите, оказващи болнична помощ по КП 45 са вписани двама кардиолози – д-р И.Г.Т. – Д. и д-р П.М.Г., като последният е включен като изпълнител, считано от 26.01.2010 г.

По делото е приет и Анекс от 08.02.2010 г. (датата е видна от екземпляра, представен от отвентика – л. 135) към Договор № 22-2502/27.01.2010 г., с който страните изменят чл. 20, т. 6 от договора, който приема следната редакция: „стойността на извършената дейност по КП (сумата по фактура) не надвишава месечните стойности, утвърдени от директора на РЗОК, съгласно 4, ал. 1, т. 2 ЗБВЗОК за 2010 г.“, като се създава и ал. 2 със следния текст „Отчетената над този размер дейност по фактура и спецификация се заплащат след проверка в лечебното заведение за болнична помощ, като се прилагат разпоредбите по отношение на контрола, определени в НРД 2010 и Закона за здравното осигуряване. Проверката се извършва в срок до един месец, следващ месеца на отчитане на дейността“. Отменен е и чл. 32, ал. 1 от договора.

По делото е прието Приложение № 2 към договора (л. 157), според което, месечната стойност за м. януари 2010 г., подлежаща на заплащане, е в размер на 482 539 лева

По делото са приети две фактури, издадени от ищеца с получател СЗОК с № № 15815/10.02.2010 г. за 70 360 лева – стойност на извършена дейност през м. януари 2010 г. и № 15815/10.02.2010 г. за 36 720 лева – стойност на вложени импланти през м. януари 2010 г. Към двете фактури са приложени спецификации за извършените дейности, съответно – на вложените импланти, за които ищецът твърди, че са отчетени в СЗОК в срок. Видно от Заповед № РД – 18-285/22.03.2010 г. на Директора на СЗОК е разпоредена медицинска проверка на ищеца за дейността през януари 2010 г., а със Заповед № РД – 18-286/22.03.2010 г. на Директора на СЗОК е разпоредена финансова проверка на ищеца за дейността през януари 2010 г. Медицинската проверка е извършена от д-р Елена Пагелска, която е отразила в съставени от нея констативни протоколи от 22.03.2010 г. В единият от тях е отразена проверка по КП № 45 и е записана констатация, че не са открити нарушения.

Финансовата проверка е извършена от Иван Соколов – старши инспектор-финансов контрол при СЗОК. В изготвения от него констативен протокол от 22.03.2010 г. ( л. 229) е отразено, че по 13 броя Истории на заболяването (ИЗ) е открито, че дейностите, посочени в тях, не са извършвани от специалисти, посочени в Приложение № 1 към договора и че е нарушен чл. 220 НРД 2010 г. Констативният протокол е връчен при отказ.

По сигнал на ищеца е извършена проверка относно двете предходни проверки и е констатирано, че има пропуски при изпълнение процедурата по връчване на протоколите – Заповед № РД – 18-413/09.04.2010 г. на директора на СЗОК и Констативен протокол от 12.04.2010 г.

По делото са приети писма, отразяващи разменена между двете страни писмена кореспонденция във връзка с описаните по-горе 2 фактури, издадени от ищеца. С писмо изх. № 22-2502-16/19.04.2010 г. директорът на СЗОК е заявил, че не подлежат на заплащане дейностите и имплантите по 11 ИЗ за януари 2010 г., за които при проверката са открити нарушения, като тази дейност е на обща стойност 38 698 лева, а имплантите са на стойност 19 440 лева. Поискано от е от „Б. Л.“ да коригира издадените две фактури с посочените стойности, като издаде кредитни известия.

С писмо изх. № 881/22.04.2010 г. директорът на „Б. Л.“ е възразил, че не са инициирани административните процедури по чл. 76а или чл. 76б от ЗЗО, поради което не тече срок за възражения от Б.та. Заявен е категоричен отказ да бъдат издадени кредитни известия по фактурите.

С последващо писмо на СЗОК изх. № 22-2502/17/30.04.2010 г. директорът на СЗОК е пояснила, че не става дума за посочените административни процедури, а за това, че по 11 ИЗ са отчетени дейности, които не подлежат на заплащане и отново е приканена Б.та да издаде кредитни известия.

Директорът на „Б. Л.“ е отговорил със писмо изх. № 964/04.05.2010 г., че СЗОК следва да вземе предвид правилото на чл. 15, ал. 2 НРД, а именно, че лекари без придобита специалност

могат да извършват БП под ръководство и контрол на лекар с придобита специалност, който извършва медицинска дейност в същото лечебно заведение по договор с НЗОК и носи отговорност за това.

С писмо изх. № 22-2502-18/15.05.2010 г. СЗОК отново е отказала плащане по процесните две фактури.

Прието е писмо на директора на НЗОК до всички директори на РЗОК изх. № 20-00-77/27.05.2010 г., с което същите са уведомени, че сключените от тях Анекси към договорите с болничните заведения, в които се предвижда заплащане на болнична помощ над предоставения бюджет, противоречат на НРД 2010 г. и следва да се поканят партньорите да подпишат нови Анекси, като в случай на отказ НЗОК ще предприеме действие по съдебно прогласяване на Анексите за нищожни поради противоречие със закона. Такава покана е отправена и до ищеца, видно от приетото писмо изх. № 22-2502-21/08.06.2010 г. на СЗОК.

По делото са приети правилата за лечение по КП 45.

По делото се приети и 11 броя ИЗ ( №№ 108, 248, 381, 247, 250, 298, 365, 402, 434, 40 и 410) и катетеризационните протоколи към тях, за които ответникът твърди, че има извършена дейност от лекари, невключени в списъка на специалистите – Приложение № 1. Катетеризационни протоколи с № № 248, 250, 402, 409 са подписани от д-р Н. и д-р Т.; катетеризационни протоколи № № 247, 365, 410, 434 са подписано иот д-р П. и д-р Т.; катетеризационни протоколи с №№ 108, 298 са подписани от д-р И. и д-р Т.; катетеризационни протоколи с №№ 381 е подписан от д-р Г. и д-р Т..

По делото е изслушана СМЕ, заключение по която е изготвило вещото лице д-р Д.М.. Заключение е прието и е оспорено от ответника само по отношение изводите на вещото лице в отговорите на въпроси 3 и 4, които изводи обаче са правни, поради което съдът е длъжен да изгради собствени такива въз основа на доказателствата и закона. Д-р М. е заявил, че не може категорично да се направи извод, кой от подписалите протоколите лекари е извършил дейността, защото по делото не са налични амбулаторните журналы, отразяващи интервенционалната процедура и оператора. Посочил е обаче, че протоколите са подписани както от лекар, невключен в Списъка – Приложение № 1 към индивидуалния договор между страните, така и от лекар, включен в този списък – д-р Т.. В съдебно заседание на 22.06.2012 г. вещото лице е пояснило (това пояснение е поддържано в с.з. на 11.11.2013 г., когато повторно е изслушано вещото лице и е прието отново заключението му), че според него, след като и д-р Т., която е включена в списъка на лекарите по Приложение № 1 към договора, е подписала катетеризационните протоколи, то следва да се приеме, че дейността е извършена от лекар без специалност, но под ръководството на лекар със специалност и КП е изпълнена правилно, имайки предвид разпоредбата на чл. 15, ал. 2 НРД 2010. Съдът не следва да обсъжда останалите изводи на вещото лице, тъй като те касаят въпроси, които не са спорни между страните, а и вещото лице не е направило собствена проверка на документацията, а се е позовало на констатациите на други лица по нея.

**При така установената фактическа обстановка съдът приема от правна страна следното:**

По иск за изпълнение на договор ищецът дължи да докаже, че е налице сключен валиден договор, че той е изпълнил или е готов да изпълни, както и че са налице условията, при които може да търси изпълнение от ответната страна. Ответникът дължи да докаже, че е изпълнил, или ако отказва да изпълни – че са налице правопогасяващи, правоизключващи или правоотлагащи обстоятелства.

В настоящото производство между страните не е спорно, а и се установява от представените писмени доказателства, че между тях е сключен договор при условията на чл. 59, ал. 1 ЗЗО, като ищецът е изпълнител по него, а ответникът – възложител. Не се спори между страните още, че ищецът е извършил през януари 2010 г. медицински дейности и е вложил импланти на стойност исковата претенция, че тези дейности влизат в предмета на договора, доколкото същите са по КП 45, включена в неговия предмет, както и че стойността им е над лимита, определен за заплащане от НЗОК за м. януари 2010 г. в Приложение № 2 към договора. Страните спорят дали са налице някои условия за заплащане на тези стойности над лимита - дейностите, чието заплащане се търси, да са извършени от специалисти, включени в Списъка на

специалистите, работещи по КП 45, Приложение № 1 към договора. Спорно е още дали това изискване е изпълнено посредством извършване на дейностите от лекари, невключени в този списък, но под контрола на лекари със специалност, включени в списъка.

В отговора на исковата молба ответникът прави и възражение, че не дължи цялата търсена сума (макар първоначално извънсъдебно да не е оспорвал дължимостта на част от нея), поради това, че ищецът не е извършил корекция на представените две процесни фактури за януари 2010 г. в уговорените срокове, което обуславяло недължимост и на тази част.

Съгласно чл. 4 ЗЗО задължителното здравно осигуряване гарантира свободен достъп на осигурените лица до медицинска помощ чрез определен по вид, обхват и обем пакет от здравни дейности, както и свободен избор на изпълнител, сключил договор с районна З.К.. Това законово правило обаче не означава, че здравноосигурените лица могат да получат неограничена по обем и стойност медицинска помощ само въз основа на здравните си осигуровки. Ако целта на закона бе достъпът до здравните нужди да бъде неограничен, подчиненото изречение "чрез определени по вид, обхват и обем пакет от здравни дейности" би било излишно. (Вж. решение № 2 от 22.02.2007 г. на Конституционния съд по к. д. № 12/2006 г., с което в посочения смисъл се тълкува Конституцията и в частност чл. 52, ал. 1 и е направен извод, че не противоречат на основния ни закон нормите на чл. 4 и 5 от Закона за бюджета на НЗОК за 2007 г. (които са с идентично съдържание с текста на чл. 4 от ЗБНЗОК за 2010 г.).

За осъществяване на задължителното здравно осигуряване НЗОК е създадена като специализиран орган, за което разполага със самостоятелен бюджет, който се формира и изразходва по точно определен начин (чл. 6, чл. 22 - 32 от ЗЗО). Тя се състои от централно управление и районни здравноосигурителни каси. Бюджетът на НЗОК е основен финансов план за набиране и разходване на паричните средства на задължителното здравно осигуряване и е отделен от държавния бюджет. Годишната стойност на разходите за видовете медицинска помощ, изплащана от НЗОК, са неразделна част от бюджета на НЗОК за съответната година – чл. 22 ЗЗО.

На териториално ниво НЗОК се представлява от директора на съответната РЗОК, който, съобразно чл. 20, т. 4 ЗЗО, сключва, изменя и прекратява договорите с изпълнителите на медицинска помощ на територията, обслужвана от РЗОК, съгласно закона, НРД и правилника за устройството и дейността на НЗОК. **Посочените договори се сключват в съответствие с НРД – чл. 59, ал. 1 ЗЗО.**

Съгласно чл. 4а от ЗЗО НРД е **нормативен административен акт**, който има действие на територията на цялата страна за определен срок и е задължителен за НЗОК, РЗОК, изпълнителите на медицинска помощ, осигурените лица и осигурителите. В чл. 220 от НРД за 2010 г. са посочени по императивен начин условията, при които НЗОК заплаща на изпълнител на болнична помощ за всеки отделен случай по КП:

1. отчетената/отчетените КП е включена в предмета на договора между НЗОК и изпълнителя на БП и **същата е извършена от посочените в договора специалисти;**

2. лицето е с непрекъснати здравноосигурителни права в деня на хоспитализацията или ги възстанови до датата на дехоспитализацията, с изключение на неосигурените жени, на които са оказани акушерски грижи по реда на чл. 45, ал. 1, т. 7 от ЗЗО и чл. 82, ал. 1, т. 2 от ЗЗ;

3. спазени са условията за завършена КП;

4. изпълнителят е изпълнил всички свои задължения по осигуряване на пациентите на непрекъснатост на болничната помощ и грижите, координация между специалистите, които ги осъществяват, както и осигуряване на координация със структури на извънболнична и болнична помощ, съобразена с диагностично-лечебния алгоритъм на съответната КП - при дехоспитализация на пациента с цел довършване на лечебния процес;

5. **извършената дейност по КП е отчетена при настоящите условия и ред;**

6. **сумата по фактура не надвишава месечните стойности, утвърдени от директора на РЗОК съгласно чл. 4, ал. 1, т. 2 от ЗБНЗОК за 2010 г.**

Съгласно чл. 4, ал. 1 от Закона за бюджета на НЗОК 2010 г. в рамките на стойностите по чл. 1, ал. 2, ред 1.5.6 (стойностите на здравноосигурителни плащания за болнична медицинска помощ в размер на 886 932 000 лв.):

1. НЗОК определя за всяка РЗОК годишна обща стойност на разходите, разпределена по месеци;

2. РЗОК определят **задължителни стойности на делегирани бюджети за дейностите за болнична медицинска помощ към договорите с изпълнителите.**

Алинея втора на същата норма определя, че изпълнението на дейностите по ал. 1 се **контролира по месеци и се коригира на тримесечие.**

Делегираните стойности и тяхното изменение по ал. 2 се утвърждават от Надзорния съвет на НЗОК. За определяне на стойностите на делегираните бюджети по ал. 1, т. 2 и тяхното изменение Надзорният съвет на НЗОК приема правила.

Видно от посочената разпоредба, законодателят е установил задължителни стойности на делегирани бюджети за дейностите за болнична медицинска помощ за всеки изпълнител на болнична помощ (т. е., за всяко лечебно заведение, сключило договор с НЗОК за оказване на болнична медицинска помощ).

Законът за бюджета на НЗОК е финансов план за разходване на средства от задължителни здравноосигурителни вноски. Делегираните бюджети за болнична помощ по същество представляват един от финансовите механизми, установени в закона, чрез които се цели да се постигне баланс между приходната и разходната част и да се избегне дефицит в бюджета на НЗОК. На практика ЗЗО очертава пакета от здравни дейности, до който задължително здравноосигурените лица имат достъп, а ежегодният бюджет на НЗОК определя финансовата рамка, в която се осигуряват здравните дейности. Именно за постигане на баланса и спазване на финансовата рамка законът е придал задължителен характер на делегирания бюджет на изпълнителя на медицинска дейност, сключил договор с НЗОК. Единствената възможност за коригирането ѝ е на тримесечие, след корекции, извършени по начина, описан по-горе. Израз на тази задължителност е и т. 6 от чл. 220 НРД 2010 г., според която условие за плащане от НЗОК е сумата по фактура да не надвишава месечните стойности, утвърдени от директора на РЗОК съгласно чл. 4, ал. 1, т. 2 от ЗБНЗОК за 2010 г. Заплащането на дейности на стойност по-висока от стойността на делегирания бюджет би било неправомерно, а за случаи на погрешно (неоснователно) плащане законът е предвидил административната процедура за коригирането му по чл. 76а ЗЗО.

Както бе посочено, между страните по настоящото дело не е спорно, че претендираната сума изцяло е извън стойностите, посочени в Приложение № 2 към индивидуалния договор между тях. Самият ищец твърди това в исковата си молба. За да обоснове основателност на претенцията си, ищецът се позовава на Анекса, подписан между страните на 08.02.2010 г., с който е уговорена възможност за заплащане на суми над лимита (делегирания бюджет), след извършване на проверка съобразно изискванията на НРД и закона. Настоящият състав намира, че тази уговорка е нищожна поради противоречието ѝ със закона – чл. 4 от ЗБНЗОК и чл. 220, т. 6 НРД. Същата не е породила действие на това основание, поради което за ответникът не е възникнало задължение за заплащане на суми над уговорения лимит.

Директорът на СЗОК не е и могъл да задължава НЗОК със заплащане на суми над лимита – ЗЗО му възлага правомощия да сключва договори с изпълнителите на медицински дейности, **но в рамките на НРД** – чл. 20, т. 4 ЗЗО. Ето защо такава уговорка, не обвързва НЗОК.

Само на тези основания главният иск следва да бъде отхвърлен.

Дори да се приеме, че тази уговорка е валидна и обвързва ответника, то същата би следвало да се тълкува само във връзка с чл. 4, ал. 1 от ЗБНЗОК за 2010 г., според която контролът върху изпълнението на дейностите се осъществява ежемесечно **и се коригира на тримесечие.** Т.е., плащане на медицинска дейност, извършена над първоначално определения месечен лимит, следва да се извършва не само след извършена проверка от контролните органи и установена липса на нарушения при извършване на медицинската дейност, но и при извършена корекция в съответния тримесечен лимит. По делото не са събрани доказателства за извършена такава корекция, която да позволява изплащане на дейностите по процесните фактури.

На следващо място, настоящият състав споделя изцяло доводите на ответната страна, че не е налице и друго условие за изплащане на част от исковите претенции – условието посочено в чл. 220, т. 1 НРД за 2010 г. дейностите по КП да са извършени от специалисти, включени в списъка по Приложение № 1 към индивидуалния договор между страните. Това изискване е

императивно и е част от мерките за контрол върху качеството и сигурността на извършваната медицинска дейност в полза на здравноосигурените лица. Извод за това може да се направи от изискването за уведомяване на РЗОК за всяка промяна в специалистите, които ще извършват дейност по КП – чл. 191 вр. чл. 188 НРД 2010. Ако законът имаше предвид, че се заплащат и дейности, извършени от неспециалисти, работещи под контрола на специалисти, щеше да съществува и изискване за представяне списък и на тези неспециалистите, съответно на специалистите, под чийто контрол работят.

По настоящото дело страните не спорят, а и се установява от представените към всяко ИЗ Катетеризационни протоколи, че по 11 ИЗ, посочени от ответника, дейността е извършвана от лекар извън Списъка – д-р И., д-р П., д-р Н. и Д-р Г.. Те са приподписвани от д-р Т., която е включена в списъка, но само подписването на протокола от нейна страна не покрива изискването тя лично да е извършила отчитаната дейност по КП. Вярно е, че чл. 15, ал. 2 НРД 2010 г. дава право на неспециалисти да извършват болнична помощ под контрола на специалисти, при което тази дейност се приравнява на извършена от специалист. Нормите относно заплащането по КП обаче изискват дейността да е извършена не от какъв да е специалист, а от такъв, който е включен в списъка - Приложение № 1 към договора. На това друго основание искът е неоснователен за сумата от 36 720 лева по фактура № 15814/10.02.2010 г. (стойността на медицинската дейност по прицесните 11 ИЗ) и за сумата 19 440 лева по фактура № 15815/10.02.2010 г. (стойността на вложените по тези ИЗ импланти). След като е бил основателен отказът на НЗОК да заплати тези суми и е върнал фактурите за корекции съобразно чл. 242 НРД 2010 г., а такива не са извършени до два отчетни периода след м. януари 2010 г., то на основание чл. 245 НРД 2010 отчетените дейности не се дължат изцяло.

Всичко изложено по-горе обосновава извод за неоснователност на иска за заплащане на извършена медицинска дейност през януари 2010 г. над установения лимит, както и на стойността на вложени импланти за същия период над лимита. Съответно, неоснователен се явява и акцесорния иск за мораторна лихва.

**По отношение на разноските:** При този изход от спора, на основание чл. 78, ал. 3 ГПК на ответника следва да бъдат присъдени направените разноски, като искане има направено в предпоследното съдебно заседание по делото за присъждане на юрисконсултско възнаграждение. Същото, определено съобразно чл. 7 от Наредбата за минималните размери на адвокатските възнаграждения, възлиза на 2 599.12 лева.

Воден от горното съдът

## РЕШИ:

**ОТХВЪРЛЯ** иска на Б. „Л.“, гр. С., ул. „К.“ № \* против Н. З.К., гр. С., ул. „К.“ № 1, за заплащане на извършена медицинска дейност по КП № \*\* „Интервенционално лечение и свързани с него диагностични катетаризации при сърдечносъдови заболявания“ и вложени в нея импланти над уговорения с Приложение №2 към договор лимит за м. януари 2010, в общ размер на 107 080 (сто и седем хиляди и осемдесет) лева, от които по фактура № 15814:10.02.2010 г. – 70 360 лева за медицинска дейност и по фактура № 18415/10.02.2010 г. – 36 720 лева за вложени импланти, с правно основание чл. 79, ал. 1 ЗЗД, както и за заплащане на мораторна лихва върху главницата в размер на 376.02 лева (триста седемдесет и шест лева и две стотинки) за периода 01.03.2010 г. – 13.01.2012 г., с правно основание чл. 86, ал. 1 ЗЗД.

**ОСЪЖДА** Б. „Л.“, гр. С., ул. „К.“ № \* да заплати на Н. З.К., гр. С., ул. „К.“ № \* сумата от 2599.12 лева (две хиляди петстотин деветдесет и девет лева и дванадесет стотинки) – юрисконсултско възнаграждение, на основание чл. 78, ал. 3 вр. ал. 8 ГПК.

Решението подлежи на обжалване в двуседмичен срок от връчването му на страните, пред САС.

**ПРЕДСЕДАТЕЛ:**

# Решение

№ 902

гр. София, 04.05.2015 г.

ВИМЕТО НА НАРОДА

СОФИЙСКИ АПЕЛАТИВЕН СЪД ТЪРГОВСКО ОТДЕЛЕНИЕ 3 състав в публичното заседание на шести февруари през две хиляди и петнадесета година в състав:

ПРЕДСЕДАТЕЛ: ЛЮДМИЛА ЦОЛОВА

ЧЛЕНОВЕ: Г. И.

В. Х.

при участието на секретаря Д. И., като разгледа докладваното от съдия Ц. т.д. №2210 по описа за 2014 г., за да се произнесе, взе предвид следното:

Производството е по реда на чл. 258 и сл. от ГПК.

С решение №8275, постановено на 09.12.13 г. по гр.д. №653/12 г. СГС I ГО 20с-в е отхвърлил предявените от Болница „Л.“ [населено място] срещу НЗОК искове по чл. 79 ал. 1 от ЗЗД - за заплащане на извършена медицинска дейност по КП №45 „Интервенционално лечение и свързани с него диагностични катетеризации при сърдечно-съдови заболявания“ и вложени импланти над уговорения лимит за м. януари 2010 г. в общ размер 107 080 лв. и по чл. 86 ал. 1 от ЗЗД - за сумата 376,02 лв., представляваща лихва за забава за периода от 01.03.10 г. - 13.01.12 г. С решението ищецът е осъден да заплати на ответника деловодни разноски.

Недоволен от постановеното решение е останал ищецът, който е обжалвал същото с твърдения за неправилност, необоснованост и незаконосъобразност. Възивникът е оспорил следните изводи на съда: че направената в анекса от 08.02.10 г. уговорка е нищожна поради противоречие с Н. и по тази причина не поражда правно действие; че за ответника не е възникнало поради това задължение за плащане на суми над договорения лимит; че дори тази уговорка да е действителна, тя трябва да се тълкува само във връзка с чл. 4 ал. 1 от ЗБНЗОК за 2010 г.; че заплащането на медицинските дейности, извършени над първоначално определения месечен лимит следва да се извърши след проверка от страна на контролните органи, установена липса на нарушения и при извършена корекция в съответния тримесечен лимит. Възивникът твърди, че съдът изцяло погрешно и едностранчиво е споделил доводите на ответника, че не е налице условието на чл. 220 т. 1 от Н. за 2010 г. – дейностите да са извършени от специалисти, включени в списъка по приложение 1 към договора между страните; че дейността е извършвана от лекари извън този списък и протоколите само са приподписвани от д-р Т., като специалист от този списък. В подкрепа на това оспорване възивникът сочи, че никъде в кориците на делото не се съдържа доказателство, че д-р Т. само е приподписвала, без реално да е извършвала дейността по КП №45, а напротив – с подписа си същата е удостоверила участието си в дейностите, отразени в протоколите. По тези съображения възивникът е поискал САС да отмени атакуваното решение на СГС и да постанови

друго,с което да уважи предявените от него искове,като му присъди разноски и юрисконсултско възнаграждение.

Въззивната жалба е оспорена от ответника в писмен отговор и в съдебно заседание с искане решението на СГС да бъде потвърдено като правилно и законосъобразно.

Въззивната жалба е подадена в законоустановения срок от легитимирана страни в процеса,имаща правен интерес от обжалване на решението и е насочена срещу подлежащ на обжалване съдебен акт,поради което е допустима.

Софийски апелативен съд, като взе предвид събраните по делото доказателства и ги обсъди в тяхната съвкупност във връзка с доводите на страните,намира за установено от фактическа страна следното:

Ищецът Болница „Л.“ е предявил срещу НЗОК обективно съединени искове с правно основание чл.79 ал.1 и чл.86 ал.1 от ЗЗД.В исковата молба твърди,че на основание Н. за 2010г. болницата е сключила с НЗОК договор №22-2502/27.01.10г. за оказване на болнична помощ. С анекс към договора било прието,че стойността на извършените дейности не надвишават месечните стойности,утвърдени от директора на Р.,а в случай на отчетени дейности над този размер,те се заплащат след проверка в лечебното заведение в срок до 1 месец след месеца за отчитане на дейността. Твърди се,че с две фактури от 10.02.10г. и спецификации към тях ищецът отчетел за януари 2010г. дейност по КП №45 на стойност 70 360 лв. и вложени импланти на стойност 36 720 лв.,които стойности са над размерито,определени в приложение 2 към договора. Вследствие на това били извършени медицинска и финансова проверка,от които първата приключила с констатация за липса на нарушения.В констативния протокол,съставен от финансовия проверяващ била отразена констатация,че по 13 бр. истории на заболяване е установено извършване на процедури от лекари,невключени в приложение №1 към договора между страните , представляващо нарушение на разпоредбата на чл.220 ал.1 от Н. за 2010г. Въз основа на това С. изпратила писмо до ищеца,в което било посочено,че не подлежат на заплащане дейностите по 11 случая на хоспитализирани пациенти по КП №45 за м.януари 2010г. на стойност 38 698 лв. и съответно вложени на тези пациенти импланти на стойност 19 440 лв.С писмото било изискано от болницата да извърши съответни финансови корекции с кредитни известия, като са й върнати двете фактури със спецификациите към тях. С писмо от своя страна болницата отново изпраща фактурите с искане да бъде извършено плащане на сумите по тях,но фактурите отново са върнати от С.,без да последва плащане.Поради това ищецът е поискал от съда да постанови решение,с което да осъди ответника да му заплати сумите по двете фактури в общ размер 107 080 лв., лихва за забавата в размер на 376,02 лв. за периода от представянето на фактурите с искане за плащане – 01.03.10г. до датата на завеждането на исковата молба,законната лихва след тази дата и направените деловодни разноски.

Ответникът НЗОК е оспорил исковете по основание и размер.Без да оспорва изложените в исковата молба твърдения за факти,ответникът счита,че не подлежат на заплащане 11-те случая на медицинска дейност от м.януари на стойност 36 698 лв. и вложени импланти на стойност 19 440 лв.Тъй като ищецът не изпълнил предписанието да коригира финансово-отчетните си документи в дадения му срок,на основание чл.245 от Н. ответникът не дължи плащане по фактурите изобщо.По тези съображения ответникът е поискал от съда да отхвърли

предявените срещу него искове.Претендира направените разноси и юрисконсултско възнаграждение.

За да отхвърли главния иск,първоинстанционният съд се е позовал на нормативните актове,уреждащи спорната материя – Закона за здравното осигуряване, Закона за бюджета на НЗОК и Националния рамков договор за 2010г. Приел е,че със същите е определена финансовата рамка,в която се осигурява пакета от здравни дейности, за спазването на която законодателят е придал задължителен характер на делегираните бюджети за дейностите за болнична медицинска помощ към договорите с изпълнителите. Като е взел предвид императивната разпоредба на чл.220 т.6 от Н. 2010г.,според която условие за плащане от НЗОК е сумата по фактурата да не надвишава месечните стойности,утвърдени съгласно ЗБНЗОК за 2010г. съдът е намерил за нищожна,като противоречаща на тази разпоредба уговорката в анекса към договора между страните,в която е предвидена възможност за плащане на суми над определения лимит.От това съдът е заключил,че за ответника не е възникнало задължение за плащане на суми в повече от уговорения лимит,тъй като между страните не е спорно,че сумите по фактурите надвишават същия. Наред с това съдът е изложил мотиви и в случай на валидност на посочената уговорка. Приел е,че плащане на медицинска дейност над лимита може да бъде извършено след корекция,извършена в тримесечния лимит,с оглед чл.4 ал.1 от ЗБНЗОК за 2010г.,а доказателства за така извършена корекция не са ангажирани по делото.На последно място съдът като е приел за установено,че по 11 истории на заболяване медицинските дейности са извършени от лекари извън списъка по приложението към договора,като същите са приподписани от д-р Т.,която е включена в този списък,съдът е намерил,че с това е нарушена разпоредбата на чл.220 т.1 от Н. 2010г.Тъй като отказът на НЗОК да заплати част от сумите по фактурите и същите са върнати за корекция съобразно чл.242 Н. 2010г.,а такива не са направени до изтичането на двата отчетни периода след м.януари 2010г.,неплащането на цялата сума по фактурите е обосновано с нормата на чл.245 от Н. 2010г. По тези съображения съдът е намерил за неоснователен гравния иск,а ведно с него и акцесорния такъв,поради което ги е отхвърлил изцяло.

Софийски апелативен съд по реда на чл.269 изр.1 от ГПК,намира така постановеното решение за валидно и допустимо. По същество е правилно и законосъобразно,като САС споделя изложените от първата инстанция мотиви и препраща към тях с оглед дадената му от закона процесуална възможност – чл.272 от ГПК.

Пред настоящата инстанция не са ангажирани други допустими и относими към спора доказателства.

Във въззивната жалба са оспорени всички посочени по-горе изводи,въз основа на които съдът е постановил решението си , без да са изложени съответни доводи и аргументи,оборващи обосноваността и законосъобразността им. Поради това и съобразно вменените й с разпоредбата на чл.269 изр.2 от ГПК ограничени функции по проверка законосъобразността на решението,настоящата инстанция приема,че така направеното от въззивника оспорване не е обосновано и доказано. Н. за 2010г. е предвидил по императивен начин в чл.220 изчерпателно посочени условия за заплащане на предоставената от изпълнителя болнична помощ,между които са това отчетената КП да е включена в предмета на договора , същата да е извършена от

посочените в договора /в случая в приложението към него/ специалисти /т.1/ и сумата по фактурата да не надвишава месечните стойности,утвърдени от директора на Р., съобразно правомощията му по чл.4 ал.1 т.2 от ЗБНЗОК за 2010г. /т.6/. Всяка уговорка , противоречаща на тази императивна разпоредба,е нищожна,поради което такава се явява и уговорката в анекса от 09.02.10г.,с която се създава нова ал.2 на чл.29 от договора в посочения смисъл. Препращането към разпоредбите за контрол , съдържащи се в Н. 2010г. и гл.II разд.X от ЗЗО,е без правна стойност,след като тези разпоредби не съдържат възможност за плащания над определената месечна стойност. Поради това и тъй като не се спори,че претендираните суми надвишават определения за м.януари месечен лимит /такова твърдение е направено в самата искова молба/, тази клауза не може да породи за ответника задължение за плащане. Наред с това неоснователно се явява оспорването от въззивника на извода на съда,че е налице нарушение на разпоредбата на чл.220 т.1 от Н. за 2010г.,освобождаващо НЗОК от отговорност да плати изобщо твърдяните за извършени медицински дейности. В посочената норма също по императивен начин е поставено изискване отчетената клинична пътека да е извършена от специалист,посочен изрично в индивидуалния договор между страните. Видно от същия /приложение №1/ и от останалите писмени доказателства,приети в хода на производството пред първата инстанция специалисти кардиолози,имащи право да извършват дейностите по КП №45 са двама – П. Г. и И. Т. – Д.. В представените 11 бр. катетеризационни протоколи на здравно-осигурените лица И. И.,И. Д., Х. Б., С. Б., Ц. Д., А. Ч., Б. Б., И. И., К. Т., И. И. и К. Б., попълването на данните е извършено на ръка,като със съответния почерк са изписвани имената на лекари,различни от посочените двама специалисти.Върху или до подписите на същите са полагани печати с името на д-р И. Т. и неин подпис. В представения амбулаторен дневник срещу имената на тези пациенти като лекуващи лекари са посочени имената на лекарите,отразени в катетеризационните протоколи. При тези данни /и с оглед заявеното от вещото лице,че името на лекуващия лекар се отразява в амбулаторния дневник/ може да бъде направен категоричен извод , че медицинските дейности,заплащането на които е поискано от НЗОК, не са извършвани от специалист по смисъла на чл.220 т.1 от Н. 2010г.,а последният само е приподписал протоколите /какъвто извод е направен и от първата инстанция/. Тъй като изискването на чл.220 т.1 от Н. 2010г. за извършване на заплащане е дейността да е извършена конкретно от специалиста,правно ирелевантно е обстоятелството дали и доколко последната е участвала в дейностите. От това следва извод за липса на посочената предпоставка за плащане. Отделно от това настоящата инстанция констатира и неизпълнение на изискването по чл.229 от Н. 2010г. за удостоверяване вложеното медицинско изделие /импланти/.

Предвид изложеното следва да се приеме,че за ответника НЗОК не е възникнало задължение за плащане на сумите по фактурите,поради което предявеният с правно основание чл.79 ал.1 от ЗЗД иск се явява неоснователен и недоказан и поради това подлежи на отхвърляне.

С оглед акцесорния характер на иска за обезщетение за забавата в плащането на главницата,последният също се явява неоснователен и недоказан.

Поради изложените изводи на настоящата инстанция,които съвпадат изцяло с тези на СГС,решението на СГС следва да бъде потвърдено.

С оглед изхода на делото в полза на въззиваемия следва да бъде присъдено юрисконсултско възнаграждение в размер на 2815 лв.

Водим от горното,Софийски апелативен съд

Р Е Ш И :

ПОТВЪРЖДАВА изцяло решение № 8275, постановено на 09.12.13г. по гр.д. №653/12г. по описа на СГС I ГО 20с-в.

ОСЪЖДА БОЛНИЦА „Л.” [населено място] 1407 [улица] да заплати на НЗОК [населено място] 1408 [улица] сумата 2815 лв. юрисконсултско възнаграждение.

Решението подлежи на обжалване пред ВКС в едномесечен срок от връчването му на страните при наличие на предпоставките на чл.280 ал.1 ГПК.

ПРЕДСЕДАТЕЛ: ЧЛЕНОВЕ:1. 2.



670389CEDF4223EBC2257E4B002AA306.rtf