

РЕШЕНИЕ

№ 408

гр. Пловдив, 08.12.2022 г.

В ИМЕТО НА НАРОДА

ОКРЪЖЕН СЪД – ПЛОВДИВ, XI СЪСТАВ, в публично заседание на първи декември през две хиляди двадесет и втора година в следния състав:

Председател: Миглена Ил. Площакова

при участието на секретаря Боряна Ал. Костанева
като разглежда докладваното от Миглена Ил. Площакова Търговско дело № 20225300900147 по описа за 2022 година

Производството по делото е образувано по искова молба, подадена на 11.03.2022 год. от „МБАЛ Парк хоспитал“ ЕООД против Националната здравноосигурителна каса, с която е предявен осъдителен иск за присъждане на парична сума, дължима на договорно основание, ведно с обезщетение за забавеното й плащане.

Исковата молба се основава на следните *фактически обстоятелства*:

Ищецът „МБАЛ Парк хоспитал“ ЕООД твърди, че е лечебно заведение за болнична помощ, регистрирано по реда на ТЗ и на ЗЛЗ с рег. № 1626211048 по регистъра на МЗ и осъществява лечебна дейност. Ответното юридическо лице осъществявало дейностите по задължително здравно осигуряване съгласно ЗЗО. Регионална структура на НЗОК била Районната здравно-осигурителна каса със седалище в гр. Пловдив, една от основните функции на която била да сключва чрез своя директор индивидуални договори с изпълнителите на медицинска помощ на съответната територия, както и да осъществява плащанията по тях.

Твърди се, че между ищеца, от една страна, и ответника, чрез директора на РЗОК-Пловдив, е сключен договор № 164277 / 01.06.2018 г., в сила от 01.04.2018 год. за оказване на *болнична помощ по клинични пътеки*, както и договор № 164758/01.06.2018 год., в сила от 01.04.2018 год., за извършване на *амбулаторни процедури*. Ответникът, като възложител по посочените два договора, имал задължение да заплаща извършената и отчетена болнична медицинска помощ до 25-то число на месеца, следващ отчетния. До момента на подаването на исковата молба ответникът не е изпълнил изцяло задължението си да заплати извършената и отчетена болнична медицинска помощ, оказана през **м. юли 2018 год.**, като

не е заплатил сумата 62 414 лв., представляваща дължима сума за извършена болнична помощ по клинични пътеки и за амбулаторни процедури през м. 07.2018 год. по процесните два договора.

Исковата сума представлявала стойността на извършената през м. 07.2018 год. болнична дейност по клинични пътеки и амбулаторни процедури, която е **над утвърдената стойност** на разходите за м. 07.2018 год. по приложение № 2, неразделна част от договорите. Според чл. 36, ал. 2 от този договор и чл. 40, ал. 2 от договор № 164758 месечните стойности за дейностите за болнична медицинска помощ се определят като обща стойност по всички сключени договори с възложителя.

Направено е уточнение, че след приключването на м. 07.2018 год. ищцовото дружество не е издало фактура за сумата, тъй като договорните разпоредби позволявали на изпълнителя да отчита с финансово-отчетни документи дейности на стойност в рамките или под равнището на месечната стойност за този вид договор.

С писмо от 12.06.2018 год. ищецът поискал от директора на РЗОК – Пловдив да бъде извършена актуализация на стойността на разходите за БМП и да бъде увеличен размерът на месечните стойности, тъй като за първото полугодие на 2018 год. се наблюдавала тенденция за изчерпване на определения от НЗОК ресурс още през първата половина на месеца поради увеличени брой пациенти, които са хоспитализирани в спешен порядък. Това искане било оставено без уважение, с позоваване на принципа за спазване на финансова дисциплина. Подобно искане било отправено и с последващо писмо от 10.07.2018 год. С писмо от 01.08.2018 год. на директора на РЗОК било отговорено, че няма неусвоени средства, за да се приложи редът на чл. 358, ал. 1 НРД от 2018 год. и на чл. 14 от Правилата, а следвало да бъдат съобразени и ограниченията по индивидуалния договор.

Ищецът счита за нищожни поради противоречие със закона договорните разпоредби, които позволяват на изпълнителя да отчита дейности на стойност само в рамките или под равнището на месечната стойност за този вид дейност и които не дават право на изпълнителя да предявява за закупуване от възложителя на дейности, отхвърлени за заплащане поради надвишаване на стойностите за съответния месец. Аргументира подробно становището си за противоречие на тези норми с разпоредби на Конституцията, на ЗЗО, ЗЗдр. Такива били разпоредбите на чл. 34, ал. 1, чл. 38, ал. 1 и ал. 7 и чл. 42, ал. 3 от договор № 164277/01.06.2018 год. за оказване на болнична помощ по клинични пътеки и чл. 38, ал. 1, чл. 42, ал. 1 и 7 и чл. 46, ал. 3 от договор № 164758/01.06.2018 год. за извършване на амбулаторни процедури.

Ищецът аргументира становището си, че ответникът дължи заплащане на ищеца на извършената и отчетена дейност и над стойностите по приложение № 2, щом оказаната болнична помощ е от пакета от здравни дейности, гарантирани по закон /чл. 45, ал. 2 ЗЗО/ от бюджета на НЗОК.

Въз основа на изложеното е формулиран *петитум* ответникът да бъде осъден да заплати на ищеца:

- **сумата 62 414 лева**, представляваща стойност на оказана през месец **юли 2018 година**, но незаплатена болнична медицинска помощ по клинични пътеки и амбулаторни процедури, съгласно сключените между страните по делото договор № 164277/01.06.2018 год. за оказване на болнична помощ по клинични пътеки и договор № 164758 от 01.06.2018 год. за извършване на амбулаторни процедури, ведно със законна лихва от датата на исковата молба /11.03.2022 год./ до окончателното плащане;

- **сумата 19 003,12 лева** – обезщетение за забава в плащането на посоченото парично задължение в размер на законната лихва за периода от 11.03.2019 г. до 10.03.2022 год.

Сочат се доказателства. Претендират се деловодни разноски.

Въз основа на изложените в исковата молба факти и обстоятелства съдът намира, че е сезиран с обективно съединени икове с правна квалификация чл. 79, ал. 1, пр. 1 от ЗЗД, във вр. чл. 59, ал.1 ЗЗО и чл. 86 ЗЗД.

В срока по чл. 367, ал.1 ГПК ответникът е депозирал *отговор* на исковата молба, с който оспорва исковите претенции. Направил е възражение за неподведомственост и неподсъдност на спора пред сезирания съд, по което съдът вече се е произнесъл с определение, което е влязло в сила. Направено е възражение за погасяване на исковите с изтичането на тригодишна погасителна *давност* по чл. 111 „в“ ЗЗД.

Ответникът възразява срещу допустимостта на иска, но на практика излага съображения срещу неговата основателност. Не оспорва сключването на процесните договори и предмета на същите. Счита, че е изправна страна по тези договори, тъй като извършената от изпълнителя дейност в рамките на лимитите, определени по договорите и допълнителните споразумения по тях, е изцяло заплатена от НЗОК. Възразява се, че ищецът претендира заплащане на дейности, надвишаващи стойността на лимитите, посочени в Приложение № 2 към договорите, т.е. извън предвижданията на индивидуалните договори. С полагането на подписа си в договора и Приложение № 2 ищецът се е съгласил с така определените лимити за извършваната от него медицинска дейност. Предвиден е ред лечебното заведение да поиска увеличаването на стойността на лимитите с мотивация на необходимостта от това. Уведомяването от страна на лечебното заведение на необходимост от увеличение според ответника е крайно недостатъчна предпоставка, за да бъде реализирано търсеното увеличение. Искането следва да почива на новонастъпили обстоятелства, преценката за увеличение е на НЗОК, а отказът, мълчалив или изричен, подлежи на съдебен контрол пред съответния административен съд.

В случая ищецът е извършил надлимитна дейност, но заплащането ѝ не му се дължи по право. В изпълнение на процесните договори НЗОК/РЗОК заплаща само дейността в рамките на лимитите. Позовава се на клауза от НРД за 2018 год., според който изпълнителите на болнична медицинска помощ не могат да предявяват за закупуване от НЗОК дейности и изделия, отхвърлени от заплащане поради надвишаване на стойностите по приложение № 2 и оспорва доводите на ищцовата страна за нищожност на тези договорни клаузи.

Подчертава се, че определянето и коригирането на стойностите по приложение № 2 се регламентира от чл. 4 на ЗБНЗОК за съответната година и е обвързано с бюджетните средства на НЗОК и в частност от здравноосигурителните плащания към БМП. Всеки изпълнител е длъжен да се съобразява със съдържанието на своя договор и с определените в приложение № 2 стойности. Недопустимо било да се приеме, че НЗОК дължи 100% от извършените от всяко лечебно заведение дейности. Лечебните заведения са юридически лица по ТЗ и разполагат със собствен бюджет и средства, имат автономия сами да се управляват, а финансирането на определени техни дейности чрез НЗОК ставало само в рамките на конкретно определени лимити. Лимитирането на обема и стойността на медицинската дейност в индивидуалните договори не противоречало на правото на достъп на ЗОЛ до медицинска помощ, а било способ за осигуряване на достъп на всички ЗОЛ съобразно ограничения държавен ресурс, което изисква в по-голяма степен неговото целесъобразно разпределение между изпълнителите, така че да стигне за максимален брой нуждаещи се.

Изложени са и аргументи, с които се оспорва претенцията за законна лихва – писмена покана по см. на чл. 84, ал. 2 ЗЗД била отправена едва с подаването на исковата молба.

По изложените съображения счита исковите за неоснователни и моли същите да бъдат отхвърлени. Претендират се сторените по делото разноски, в т.ч. за юрисконсултско възнаграждение.

В срока по чл. 372 ГПК е постъпила *допълнителна искова молба*. С нея ищецът възразява срещу доводите в отговора.

Счита, че възраженията срещу допустимостта съставляват по същността си становище по същество на спора.

Оспорват се възраженията за погасяване на претенциите по давност. Ищецът аргументира становище, че приложимата към главното вземане давност е петгодишна, като се позовава на съдебна практика в тази насока и тя не е изтекла към момента на предявяването на иска, а вземането за обезщетение за забавено плащане е предявено в рамките на тригодишен период до образуването на делото.

Оспорва се твърдението, че главната претенция попада извън предмета и предвижданията на индивидуалния договор. Предметът на процесните договори бил определен в чл. 1 от тях и там били посочени по кои клинични пътеки и амбулаторни процедури ищецът е длъжен да оказва помощ, а в чл. 19 било посочено, че възложителят закупува и заплаща на изпълнителя договорената в чл. 1 ал. 1, извършена и отчетена от изпълнителя помощ. Поддържат се и се доразвиват доводите за противоречие на клаузи на договора с императивни правни норми.

Акцентираща, че никъде в исковата молба не се твърди, че с отказа на НЗОК да заплати на ищеца надлимитната дейност се нарушават правата на здравноосигурените лица, тъй като те са получили безплатна за тях медицинска помощ; нарушени били правата на лечебното заведение. Твърди се, че исканията на ищеца до ответника за увеличаване на лимитите са

мотивирани. Оспорва се довода на ответника, че ищецът е следвало да обжалва мълчаливия отказ на директора на РЗОК – Пловдив да увеличи установения лимит, тъй като мълчалив отказ е налице само при наличие на задължение за административния орган да се произнесе с ИАА. Позовава се на утвърдена съдебна практика, според която жалба срещу подобен „мълчалив отказ“ е недопустима. Счита, че дори директорът да уважи искането на лечебното заведение и да увеличи лимитите, това не би съставлявало ИАА, а основание за сключване на допълнително споразумение към договора.

Акцентираща се върху обстоятелството, че ищецът предявява иск да му се заплати само стойността на болничната медицинска помощ, оказана на здравноосигурените лица в обхвата на пакета от здравни дейности, гарантирани от бюджета на НЗОК, тъй като ответникът извършва по закон заплащането на тази болнична дейност в полза на ЗОЛ. Позовава се на формираната съдебна практика, според която ЗОЛ имат свободен избор на изпълнител и те не бива да бъдат поставяни в положение на неравнопоставеност при третирането им в зависимост от това дали са потърсили медицинска помощ преди или след изчерпването на лимитите.

Първоначално определената в договорите стойност е прогнозна, а не окончателна и непроменима. Ответникът не е изпълнил задълженията си да коригира първоначално определените стойности, не е използвал и средствата от резерва. Убедително според ищеца доказателство за основателността на иска било признанието от страна на НЗОК са законодателните промени от 2020 и 2021 год. и взетите в тази връзка решение на НС на НЗОК да бъде платена надлимитната дейност за 2018 год. дори в случаите, при които осъдителните искове са били отхвърлени с влезли в сила съдебни решения.

В раздела за доказателствените искания ищецът излага твърдение, че ищцовото дружество е получило допълнително финансиране за процесния период с до 5% от утвърдената стойност за следващия месец, тази сума е платена от ответника и не е предмет на производството по делото. След получаването на допълнителното финансиране за м. 07.2018 год., договорената месечна стойност за м. 08.2018 год. е намалена от 71 371 лв. на 68 197 лв.

Моли исковите претенции да бъдат уважени изцяло.

В *отговора на допълнителната искова молба* ответникът поддържа и доразвива вече изложените доводи и възражения.

ОКРЪЖЕН СЪД - ПЛОВДИВ, след като разгледа събраните по делото доказателства поотделно и в тяхната съвкупност и обсъди доводите и възраженията на страните, приема за установено следното:

С доклада по делото, въз основа на становищата на страните като *безспорни* между са оповестени следните обстоятелства: че ищецът е лечебно заведение за болнична помощ; сключването на описаните в исковата молба два договора от 01.06.2018 год., които са обвързвали страните през процесния период – м. 07.2018 год.; че през м. 07.2018 г. ищецът е извършвал болнична медицинска помощ по клинични пътеки и амбулаторни процедури в

изпълнение на задълженията си по договорите; че е извършил дейности, надхвърлящи уговорените лимити в приложение № 2 към договорите; че медицинската помощ в рамките на лимитите, определени в приложение № 2, е заплатена от ответника; че исковата сума е за осъществена надлимитна дейност и не е заплатена от ответника.

Съдът, като прецени събраните по делото доказателства поотделно и в тяхната съвкупност и взе предвид становищата, доводите и възраженията на страните, намери за установено следното:

В качеството си на лечебно заведение за болнична помощ, което е регистрирано по Търговския закон и по Закона за лечебните заведения с регистрационен № 1626211048 от регистъра в МЗ и осъществява лечебна дейност, ищецът е сключил с ответната НЗОК индивидуален *договор* № 164277 от 01.06.2018 г., в сила от 01.04.2018 г., за *оказване на болнична помощ* по клинични пътеки със срок на действие за 2018 г., както и индивидуален договор № 164758 от 01.06.2018 г. за извършване на амбулаторни процедури. Задълженията на ищеца са да оказва на здравноосигурени лица, на лицата по § 9, ал.1 от ЗБНЗОК за 2018 г. *медицинска помощ по клинични пътеки* от приложение № 9 към член първи на Наредба № 3 от 2018г. за определяне на пакета от здравни дейности, гарантирани от бюджета на НЗОК със съдържание, посочено съответно в приложение № 17а и чл.1 от договора, срещу насрещното задължение на възложителя „Националната здравноосигурителна каса“ да заплаща извършените дейности, съгласно уговореното в чл. 3, т. 3 от договора. С *договор* № 164758/01.06.2018 год., в сила от 01.04.2018 год., за извършване на *амбулаторни процедури*, ищецът се задължил да оказва и посочените в приложение № 18а „Амбулаторни процедури“ на НРД за медицинските дейности за 2018 г., посочени в чл. 1, ал.1 от процесния договор.

Ответникът, като възложител по договорите, има задължение да заплаща извършената и отчетена болнична медицинска помощ, според чл. 3, ал. 1, т. 3 от договора. Договореният в чл. 46 от договора срок е до 25-то число на месеца, следващ отчетния.

С исковата молба е представена заповед на Директора на РЗОК – Пловдив от 13.08.2020 год., с която е разпоредено да се извърши проверка на отчетената от ищцовата дружество дейност, включена в ежедневните му отчети, която не е разплатена в периода от 2015 до 2019 год. При проверката са изследвани представените от лечебното заведение истории на заболяванията на случаите, включени в ежедневните отчети, която дейност не е разплатена. За резултатите от проверката е съставен протокол № 105 / 14.08.2020 год. В него не са описани констатации за нарушения на договора.

От приетото по делото заключение по допуснатата по въпроси на ответника *съдебно-счетоводна експертиза* се установява следното:

Извършената от ищеца медицинска дейност за месец юли 2018 год. е отчетена съобразно чл. 352 от НРД за МД 2018 год., според който изпълнителите на болнична медицинска помощ, сключили договор с НЗОК, ежедневно подават файлове по електронен път в утвърдени формати за оказаната за денонощия дейност, включена в предмета на договора през интернет портала на НЗОК или чрез web услуга. Сумите са отказани за

заплащане като са включени в Месечна справка – справка над месечни стойности по КП за „МБАЛ Парк хоспитал“ ЕООД. Отказаната за заплащане дейност за месец юли 2018 год. на основание надвишаване на месечните стойности възлиза на сумата 62 414 лв., като 62 260 лв. са по клинични пътеки и 154 лв. по амбулаторни процедури. Извършената дейност не е заплатена нито от НЗОК, нито от пациенти.

През м. юли 2018 год. е отчетена сумата 19 468 лв., от която изплатени са 19 314 лв., а 154 лв. не са изплатени. Констатирано след направена проверка е, че през м. юли 2018 год. по клинични пътеки са хоспитализирани общо 308 пациенти, от които 108 по спешност. От незаплатените 69 случая, 46 са хоспитализирани в спешен порядък, а 23 са планови.

Претендираните по делото суми са изчислени на база подадената от РЗОК Пловдив чрез персонализирана информационна система справка за отхвърлени случаи над месечните стойности по клинични пътеки и амбулаторни процедури. Всички пациенти по отчетените случаи са здравно осигурени лица и попадат в основния пакет, гарантиран от бюджета на НЗОК за съответната година.

Безспорно по делото е обстоятелството, че ответникът не е заплатил извършената и отчетена болнична медицинска помощ, оказана през м. 07.2018 г. над утвърдената стойност на разходите за м. юли 2018 г. по Приложение № 2 към договора. Неизпълнението е обосновано с недължимост, с оглед наведеното възражение, че дейностите са извършени извън нормативно и договорно определените месечни лимити. Т.е., спорът по делото е правен, а именно следва ли ответната НЗОК да заплати надлимитната дейност на лечебното заведение за процесния период.

За отговор на повдигнатия спор и конкретно основателно ли е възражението на ответника и освобождава ли го от отговорност за изпълнение, следва да се посочи, че съгласно чл. 52 от Конституцията на Република България, гражданите имат право на здравно осигуряване, гарантиращо им достъпна медицинска помощ, както и на безплатно ползване на медицинско обслужване при условия и по ред, определени със закон. В ал. 2 на същата разпоредба е предвидено, че 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. Законът, който урежда отношенията във връзка със здравното осигуряване в държавата е Законът за здравното осигуряване при отчитане правилата, на който закон следва да се уреждат и отношенията между страните по настоящия спор.

Съгласно чл. 1, ал. 2 от ЗЗО здравното осигуряване е дейност по набирането на здравноосигурителни вноски и премии, управлението на набраните средства и тяхното разходване за заплащане на здравни дейности, услуги и стоки, предвидени в този закон, в националните рамкови договори (НРД) и в застрахователните договори.

Разпоредбата на чл. 46 ЗЗО предвижда, че редът за предоставяне и изискванията към изпълнителите на отделните видове медицинска помощ по чл. 45 се определят в НРД и в договорите между РЗОК и изпълнителите. Според чл. 4а ЗЗО Националният рамков договор

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, като следва да се посочи, че в Националния рамков договор за медицинските дейности между Националната здравноосигурителна каса и Българския лекарски съюз не е предвидено ограничение /лимити/ в стойностите на предоставените от изпълнителите на медицински помощи здравни услуги.

Разпоредбата на чл. 4, ал. 1 от ЗЗО сочи, 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, а ал. 2 на същата разпоредба определя правото на избор като валидно за цялата територия на страната и забранява ограничаването му по географски или други административни основания. В чл. 35 от ЗЗО са определени правата на задължително осигурените лица, а пакетът от здравни дейности, гарантиран от задължителното здравно осигуряване е посочен в чл. 45 от ЗЗО. В чл. 46 от ЗЗО е предвидено, че редът за предоставяне и изискванията към изпълнителите на отделните видове медицинска помощ по чл. 45 се определят в Националния рамков договор (НРД) и в договорите между РЗОК и изпълнителите.

Съгласно разпоредбата на чл. 55д от ЗЗО обемите и цените на медицинската помощ, предвидена в НРД не са част от същия, а са предмет на самостоятелно ежегодно договаряне, като се определят в съответствие с бюджета на НЗОК за съответната година и следва да бъдат приети в срок до 14 дни от обнародването на закона за бюджета на НЗОК за следващата календарна година, които съгласно чл. 55д, ал. 8 от ЗЗО се обнародват в ДВ и са задължителни за НЗОК, РЗОК и за изпълнителите на медицинска помощ.

Изложеното до тук налага извод за това, че претендираните от ищеца субективни права като част от възникналото между страните правоотношение на основание на чл. 59 и сл. от ЗЗО, което пряко обслужва интересите на трети лица, ползващи се от здравни услуги, са обусловени от предвиденото в чл. 52 от Конституцията на РБ право на гражданите на здравно осигуряване, гарантиращо им достъпна медицинска помощ, осъществяване на която гаранция е разписано и в Закона за здравното осигуряване - чл. 2, чл. 4 и чл. 35 от ЗЗО.

Именно с цел осигуряването на този достъп, а и за гарантиране спазването на правата на здравноосигурените лица е предвидена разпоредбата на чл. 45 от ЗЗО, съгласно която НЗОК е *задължена* да заплаща определени видове медицинска помощ. Коментираната разпоредба има императивен характер, който се потвърждава и от следваща разпоредбата на чл. 46 от ЗЗО, която сочи, че 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.

Видно от изложеното, предоставянето на гарантирания пакет здравни дейности на лицата, осигуряващи се задължително, е обусловено от сключването на НРД за съответната година и от договорите, сключени между НЗОК и изпълнителите на медицинска помощ по

чл. 59 от ЗЗО. Част от индивидуалните договори, съгласно чл. 24 от НРД са цените на медицинските дейности, установени по реда на чл. 55д ЗЗО, както и 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.

Тези две изисквания според съда са продиктувани от съдържанието на чл. 4 от ЗБНЗОК за 2018 г., изискващо НЗОК да определя за всяка районна здравноосигурителна каса годишна обща стойност на разходите, разпределена по месеци, а самите РЗОК да определят стойността за дейностите към договорите с изпълнителите на болнична медицинска помощ, разпределени по месеци. Следва да се има предвид, че ЗБНЗОК за 2018 г. изрично овластява Надзорния съвет на НЗОК да използва преизпълнението в приходната част на бюджета от здравноосигурителни вноски и неданъчни приходи за допълнителни здравноосигурителни плащания над утвърдените разходи – § 1 от ПЗР на ЗБНЗОК. Казаното означава, че нито финансовият план, нито ЗЗО предписват бюджетна рамка като предел на отговорността на държавата при обезпечаване на покрития от НЗОК пакет от услуги.

Изложеното до тук, съобразено със съдържанието на цитираните по - горе разпоредби на ЗЗО налага извод, че предвиденото в чл. 52 от КРБ право може да бъде упражнено в рамките на бюджетът на НЗОК за съответната година при условие, че с предвидените разходи за медицинска помощ в този бюджет следва да са съобразени НРД за годината, договорът определящ обемите и цените на медицинската помощ, а и самите индивидуални договори с изпълнителите на такава. Именно за да се създадат условия за спазване на съответната бюджетна рамка е предвидено и споменатото по - горе изискване на чл. 4 от ЗБНЗОК. Това обаче не означава, че разходването на бюджета за годината в един по-ранен период лишава гражданите да се възползват от правата си по чл. 52 от КРБ, нито освобождава държавата от отговорност спрямо изпълнителя, осъществил обещаната от нея и финансово обезпечена чрез бюджета на НЗОК медицинска помощ. Бюджетът очертава обещаните средства, без обаче да лимитира отговорността на НЗОК, в който смисъл и следва да се коментира правилото на чл. 4, ал. 3 от ЗБНЗОК за 2018г., което ангажира органите на управление на НЗОК периодично да анализират и при необходимост да коригират разпределените суми в рамките на предвидените с бюджета средства за НЗОК при предварително утвърдени правила – чл. 4, ал. 4 ЗБНЗОК, вкл. и с използване на бюджетния резерв. В подкрепа на изложеното е и разпоредбата на чл. 26, ал. 2 от ЗЗО, съгласно която със средствата от резерва се плащат разходи в случай на значителни отклонения от равномерното разходване на средствата за здравноосигурителни плащания, т.е. водещото е осигуряване на предвиденото в Конституцията право на гражданите по чл. 52, а не съблюдаване на фискалната дисциплина.

Предвид изложеното по-горе, съдът приема за основателни възраженията на ищеца за това, че разпоредбите на чл. 34, ал. 1, чл. 38, ал. 1 и ал. 7 и чл. 42, ал. 3 от Договор № 164277 и чл. 38, ал. 1, чл. 42, ал. 1 и ал. 7 и чл. 46, ал. 3 от Договор № 164758, които задължават възложителя да заплаща само извършената и отчетена от изпълнителя дейност в рамките на

стойностите, посочени в приложение № 2 и не дават право на изпълнителя да се отчита за дейности на стойност, надвишаваща стойността за съответния месец в Приложение № 2 към договора са нищожни като противоречащи на чл. 35 от ЗЗО, чл. 55, ал. 3, т. 2 и т. 5 и т. 6 ЗЗО, на основание чл. 25, ал. 1, пр. 1 ЗЗД и като такива не произвеждат действие. Осъщественията болнична помощ, следва да бъде заплатена в изпълнения обем, тъй като за оказването на болнична помощ по клинични пътеки няма уговорени лимити. Противното би означавало възлагане на финансова тежест за предвиден в закона пакет от медицинска помощ върху частно правен субект – лечебното заведение, което е в пряко противоречие с гарантираната цел на ЗЗО, както и с основните разпоредби на сключения между страните договор.

Следва да се има предвид и факта, че в договора не е предвидена възможност, след изчерпване на предварително определените стойности, лечебното заведение да прекрати извършването на определените по договора дейности. Напротив, в същия изрично е въведено изискване, ищецът в качеството му на изпълнител, постоянно да осигурява договорената болнична медицинска помощ на здравно осигурени лица – вж. чл. 5 от договора – т. 1 и т.2. Изрично в чл. 5, т. 8 е предвидено задължение за изпълнителя да разполага по всяко време с медицински специалисти, в т. 9 - да осигурява непрекъснато 24-часово изпълнение на лечебната дейност. С посочените уговорени основни задължения на ищеца по договорите НЗОК му е възложила изпълнението на дейностите, предмет на договора без да е поставено условие за изпълнението им - ограничение на приема на здравно осигурени лица съобразно лимита на договорените средства. Дори напротив, в чл. 5, т. 10 изрично е посочено, че изпълнителя не следва да изисква заплащане или доплащане от здравно осигурени лица за дейност, предмет на настоящия договор, от което следва извода, че всяка извършена дейност, описана в договора, следва да бъде заплатена от възложителя.

Коментираното до тук е изцяло съобразено с конституционно гарантираните права на здравно осигуряване, достъпна медицинска помощ и безплатно ползване на медицинско обслужване при свободен избор, осигуряващи опазването на здравето на гражданите като състояние на пълно физическо, психическо и социално благополучие, като в конкретния случай, дружеството ищец при провеждане на лечението е изхождало именно от този принцип в съответствие с критериите за добра медицинска практика – чл. 46, ал. 3 ЗЗ.

Изложеното налага да се приеме, че извършените над определения лимит дейности са по повод на изпълнение задълженията на изпълнителя по договора, за които същия следва да бъде възмезден, а наведеното възражение от ответника за това, че не дължи плащане, тъй като извършеното е над установения лимит е в категорично противоречие с целите и предмета на сключения между страните договор. Поради това главният иск следва да бъде уважен изцяло, като в полза на ищеца се присъди претендираната главница.

След като се установи съществуване на вземането по предявения главен иск, следва да се разгледа възражението на ответника за изтекла *погасителна давност*.

На първо място ще се посочи, че в случая приложим е общият петгодишен давностен срок по чл. 110 ЗЗД. Процесното вземане не притежава правната характеристика на

периодично плащане, тъй като няма повтарящ се характер, поради което не е погасено с изтичане на кратката погасителна давност по чл. 111, б. "в" ЗЗД. Извършената от изпълнителя надлимитна дейност има случаен характер, тъй като с процесния индивидуален договор между страните не е уговорено изрично задължение на изпълнителя да осъществява такава през определен период от време, нито е поето повтарящо се задължение за плащането ѝ от страна на възложителя. След като е изцяло обусловено от здравноосигурените пациенти, явяващи се трети за сключения индивидуален договор лица, които чрез избора си на ответното болнично заведение са упражнили гарантираното им от Закона за здравното осигуряване право на свободен достъп до медицинска помощ и на свободен избор на изпълнител, сключил договор с районна здравноосигурителна каса, вземането за надлимитна дейност няма сумарните белези, които в своето единство, според разясненията в задължителното за съдилищата Тълкувателно решение № 3 от 18.05.2012 год. по т. д. № 3/2011 г. на ОСГТК на ВКС характеризират "периодичните плащания". В този смисъл е и съдебната практика, обективирана в Решение № 152 от 02.02.2021 г. на ВКС по т. д. № 385/2020 г., II т. о.

По въпроса кога настъпва *изискуемостта* на задължението на НЗОК за заплащане на надлимитна дейност е формирана практика на ВКС по реда на чл. 290 ГПК - решение № 141 от 21.09.2021 год. по т. д. № 2586/2019 г., ВКС, I т. о., с което е прието, че изпълнение на задължението за плащане на надлимитните дейности НЗОК дължи до приключване на финансовата година, в която са извършени, т. е. до 31.12. на съответната година. Следователно процесните вземания са изискуеми от 01.01.2019 г., като към датата на подаване на исковата молба - 11.03.2022 г. погасителната давност по чл. 110 ЗЗД не е изтекла и искът не е погасен по давност.

Основателна е и акцесорната претенция за заплащане на обезщетение за забава върху главницата.

Както бе посочено, изпълнение на задължението за плащане на надлимитните дейности НЗОК дължи до приключване на финансовата година, в която са извършени, т. е. до 31.12. на съответната година. След изтичане на календарната 2018 г., т.е. от 01.01.2019 г., НЗОК изпада в забава и дължи на изпълнителите на медицинска помощ като титуляри на вземанията обезщетение по чл. 86 ЗЗД.

За исковия период - от 11.03.2019 г. до 10.03.2022 г., за който се претендира обезщетението, размерът му се определи от съда при условията на чл. 162 ГПК и с помощта на електронното приложение на calculator.bg и се констатира, че същото е в размер на сумата от 19 003,12 лв. Тази сума ще се осъди да заплати ответника на ищеца, ведно с главницата.

По въпроса за разноските:

Предвид пълното уважаване на предявените иски и на основание чл. 78, ал.1 ГПК на ищеца се дължат направените от него разноски, които съдът констатира да са в размер на 3 256,69 лв. - внесена държавна такса, както и сумата 2 973 лв. - платено в брой

възнаграждение за адвокат, или общо 6 229,69 лв.

Мотивиран от изложеното, съдът

РЕШИ:

ОСЪЖДА НАЦИОНАЛНА ЗДРАВНООСИГУРИТЕЛНА КАСА, със седалище и адрес на управление гр. София, ул. "Кричим" № 1, ЕИК 121858220, да заплати на „Многопрофилна болница за активно лечение ПАРК ХОСПИТАЛ” ЕООД, със седалище и адрес на управление: с. Браниполе, обл. Пловдив, местност „Герена” № 20 Г, ЕИК 202628753, представлявано от управителя С.Ш.П., **сумата 62 414 лева**, представляваща неплатената сума за болничната медицинска помощ, оказана през месец *юли 2018* г. по клинични пътеки и амбулаторни процедури, съгласно сключените между страните по делото договор № 164277 от 01.06.2018 г. за оказване на болнична помощ по клинични пътеки и договор № 164758 от 01.06.2018 г. за извършване на амбулаторни процедури, която е над утвърдената стойност на разходите за м. юли 2018 г. по Приложение № 2 - неразделна част от договор № 164277 от 01.06.2018 г., ведно със **законната лихва** върху присъдената главница, считано от датата на подаването на исковата молба - 11.03.2022 г. до окончателното плащане; **сумата 19 003,12 лева** *обезщетение за забавеното плащане* на присъдената главница в размер на законната лихва за периода от 11.03.2019 г. до 10.03.2022 г., както и **сумата 6 229,69 лева**, представляващи *разноски* по делото и включваща внесената държавна такса и заплатеното адвокатско възнаграждение.

Решението подлежи на обжалване пред Апелативен съд - Пловдив в двуседмичен срок от връчването му на страните.

Съдия при Окръжен съд – Пловдив: _____