

РЕШЕНИЕ

№ 318

гр. Пловдив, 12.10.2022 г.

В ИМЕТО НА НАРОДА

ОКРЪЖЕН СЪД – ПЛОВДИВ, XVIII СЪСТАВ, в публично заседание на четвърти октомври през две хиляди двадесет и втора година в следния състав:

Председател: Александър Л. Стойчев

при участието на секретаря Милена Анг. Левашка Августинова като разглежда докладваното от Александър Л. Стойчев Търговско дело № 20225300900143 по описа за 2022 година

Искове с правно основание чл. 79 ал.1 от ЗЗД.

Предявени са искове от „МБАЛ ПАРК ХОСПИТАЛ“ ЕООД, с ЕИК 202628753, със седалище и адрес на управление с.Браниполе, обл.Пловдив, местност „Герена“ № 20Г, представлявано от неговия управител С.Ш.П. против НЗОК, с ЕИК 121858220 със седалище и адрес на управление гр.София, ул.“Кричим“ № 1, представлявана от Й. К. – ** на РЗОК – гр.Пловдив, по които се желае заплащане на сумата от 52 550 лв., представляваща неплатена сума за болнична медицинска помощ, оказана през месец август 2018 г. по клинични пътеки по Договор № 164277/01.06.2018 г. за оказване на болнична помощ по клинични пътеки и сумата от 124 лв., дължима за извършени амбулаторни процедури през месец август по сключен между страните Договор № 164758/01.06.2018 г. За извършване на амбулаторни процедури. Желаят заплащане на законна лихва върху сумите в общ размер на 16 046,72 лв. В исковата молба подробно се мотивира искането за заплащане на исковите суми.

Ответникът не оспорва фактите по делото, а именно, че са сключени договорите, че ищецът е извършил дейност по двата договора за клинични пътеки и амбулаторни процедури. Спори се относно дължимостта на

исковите суми във връзка с това, че същите излизат извън рамките на процесните правоотношения. В отговора на исковата молба подробно се мотивира това становище.

Между страните е безспорно, че са сключени процесните договори между тях, както и това, че ищецът е оказал болнична помощ през исковия период по клинични пътеки и по извършени амбулаторни процедури. При наличието на безспорните факти за извършени б

Пловдивски Окръжен Съд, Търговско отделение, XIX състав, като обсъди обстоятелствата по делото и представените доказателства поотделно и в тяхната съвкупност намери за установено следното:

Между страните е безспорно, че ищцовото дружество е лечебно заведение за болнична помощ, което е регистрирано по Търговския закон и по Закона за лечебните заведения с регистрационен № 1626211048 по регистъра в МЗ и осъществява лечебна дейност.

Също, че между страните по делото е сключен договор № 164277/01.06.2018 г. за оказване на болнична помощ по клинични пътеки и Договор № 164758/01.06.2018 г. за извършване на амбулаторни процедури. Също така не се спори, че ответникът не е заплати извършената и отчетена болнична медицинска помощ (БМП), оказана през м. август 2019г. по двата договора по фактури № 1477/13.09.2018г. и № 1475/11.09.2018г. Тези посочени факти се потвърждават от представените по делото писмени доказателства и заключението по назначената ССЕ.

По делото са предявени осъдителни иски с правна квалификация чл. 79, ал.1, пр.1 ЗЗД и чл.86 от ЗЗД.

Очевидно е безспорен между страните и факта, че за август 2018г. ищецът е извършил болнична медицинска помощ в рамките на претендираните в настоящия процес права, като спорът е правен, а именно следва ли да се финансира надлимитната дейност на лечебното заведение за процесния период.

В отговор на този въпрос, 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 посочената 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 регламентира въпросите, отнасящи се до здравното осигуряване в държавата и свързаните с него обществени и правни отношения, е Законът за здравното осигуряване. Съгласно чл. 1, ал. 2 от посочения закон, 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. Съгласно чл. 2 от ЗЗО, задължителното здравно осигуряване е дейност по управление и разходване на средствата от задължителни здравноосигурителни вноски за заплащане на здравни дейности, което се осъществява от Националната здравноосигурителна каса (НЗОК) и от нейните териториални поделения - районни здравноосигурителни каси (РЗОК). Задължителното здравно осигуряване, според законодателя предоставя основен пакет от здравни дейности, гарантиран от бюджета на НЗОК.

На следващо място, в чл. 24 от ЗЗО е предвидено за какво следва да се разходват средствата от бюджета на НЗОК, а в чл. 25 изрично е предвидено, че в същият задължително се предвижда резерв, включително и за непредвидени и неотложни разходи. Съгласно чл. 26, ал. 2 от ЗЗО със средствата от резерва се плащат разходи в случай на значителни отклонения от равномерното разходване на средствата за здравноосигурителни плащания.

Съгласно чл. 4 от 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. На тази база, в чл. 35 от ЗЗО са определени и правата на задължително осигурените лица, а пакетът от здравни дейности гарантирано 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.

Националният рамков договор от своя страна според чл. 4а от ЗЗО 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. Той, видно от чл. 53 от ЗЗО се приема за срок от една година за осъществяване на дейностите, предвидени в този закон, като относно медицинските такива приемането става между НЗОК и Българският лекарски съюз. Самият договор, с оглед чл. 55, ал. 2 от ЗЗО, определя:

1. условията, на които трябва да отговарят изпълнителите на медицинска помощ, както и реда за сключване на договори с тях;
2. отделните видове медицинска помощ по чл. 45;
3. условията и реда за оказване на помощта по т. 2;
4. критерии за качество и достъпност на помощта по т. 2;
5. документацията и документооборота;
6. задълженията на страните по информационното осигуряване и обмяна на информация;
7. други въпроси от значение за здравното осигуряване.

От съпоставката на изложените до тук нормативни разпоредби, следва извод, че претендираните от ищеца субективни права са част от възникналото между ищеца и ответника правоотношение въз основа на разпоредбата на чл. 59 и сл. от ЗЗО, което е обусловено от предвиденото в чл. 52 от КРБ право на гражданите на здравно осигуряване, гарантиращо им достъпна медицинска помощ. Именно за осъществяване на същото са приети и разпоредбите на ЗЗО, където на първо място е дадено определение за задължително здравно осигуряване в чл. 2, а с чл. 4 е предвидено, че същото гарантира на осигурените лица свободен достъп до медицинска помощ, чрез определен по вид, обхват и обем пакет от здравни дейности, както и свободен избор на изпълнител. Съобразени с така дадената гаранция са и правата на лицата, осигуряващи се задължително/ЗЗЛ/ в чл. 35 от ЗЗО.

За осигуряването на този достъп, а и за гарантиране спазването на правата на ЗЗЛ с разпоредбата на чл. 45 от ЗЗО, НЗОК е задължена да заплаща определени видове медицинска помощ. Тълкуването на тази разпоредба води до извод, че плащането на предоставената на ЗЗЛ помощ от типа, описан в чл. 45 от ЗЗО е задължително, т.е. тази разпоредба има императивен характер. В подкрепа на това е и съдържанието на чл. 46 от ЗЗО,

според който 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, и че качеството на оказваната медицинска помощ, заплащана от НЗОК, трябва да отговаря на националните медицински стандарти и правилата за добра медицинска практика. Посоченото означава, 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 споменатия чл. 24 от НРД са цените на медицинските дейности, 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 2015 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 по тази алинея към договорите с изпълнителите на болнична медицинска помощ, разпределени по месеци.

От така изложеното и от съдържанието на цитираните по-горе разпоредби на ЗЗО следва логичен 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. По тази причина

съдът счита, че по принцип при възникване на такава ситуация за касата възниква задължението да използва от споменатия по – горе бюджетен резерв. В подкрепа на това е и законодателното предвиждане на чл. 26, ал. 2 от ЗЗО, където се споменава, че със средствата от резерва се плащат разходи в случай на значителни отклонения от равномерното разходване на средствата за здравноосигурителни плащания, т.е. в случая водещото е осигуряване на предвиденото в Конституцията право на гражданите по чл. 52, а не съблюдаване на фискалната дисциплина. Изискването за посочване на стойността на дейностите в индивидуалните договори не следва при процесния тип правоотношения да се приравнява на обем на възложената за съответното лечебно заведение работа. Това е така, защото 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 съответното лечебно заведение. 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 стойността на оказаната от болницата медицинска помощ по чл. 45 от ЗЗО. Това, още веднъж потвърждава казаното, че така определените стойности са прогнозни и се включват като елемент от договорите за създаване на определена бюджетна дисциплина. Същата обаче, както вече се спомена не е водеща при даване отговор на въпроса дали за престирана от страна на лечебното заведение медицинска услуга за дейности по чл. 45 от ЗЗО последното има право на възнаграждение, ако е надвишен лимита по съответното приложение към индивидуалния договор.

Съдът намира, че на общо основание, в случая приложимо е правилото на [чл. 81, ал. 2 ЗЗД](#). Този текст изключва ограничените финансови възможности като основание за отпадане отговорността на длъжника в правоотношението да плати дължимото. След като длъжникът в частноправното отношение отговаря, макар и да не разполага с възможност да престира, няма причина ответникът да се счита освободен от отговорност.

Договорно въведените лимити за заплащане на извършените

медицински услуги противоречат на законовите разпоредби, регламентиращи болнична медицинска помощ, въз основа на които процесните договори са сключени, а именно - чл. 52 от Конституцията на РБ, чл. 5 и чл. 35 от ЗЗО. Това е така, тъй като оказването на медицинска помощ на здравноосигурените лица се поставя в зависимост от обстоятелството дали необходимостта е възникнала в рамките на определените от здравната каса стойностни лимити. Това 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 и като такива не произвеждат действие. Горепосочените правни норми са от категорията на императивните, поради което противоречащите им договорни клаузи се явяват нищожни, в хипотезата на чл. 26, ал. 1, пр. 1 от ЗЗД и като такива не произвеждат действие. С оглед гореизложените съображения, съдът намира, че НЗОК следва да се извърши плащане и на надлимитните дейности.

По изложените съображения, съдът намира, че предявения искове за осъждане на ответника НЗОК да заплати на ищеца процесната главница, са основателен и следва да бъде уважен в предявените им размери. Предвид основателността на главния иск, съдът намира за основателен и акцесорния иск за заплащане на мораторни лихви за процесния период от три години назад от предявяване на исковите.

Воден от така изложените мотиви Пловдивски Окръжен Съд

РЕШИ:

О С Ъ Ж Д А НАЦИОНАЛНА ЗДРАВНООСИГУРИТЕЛНА КАСА, БУЛСТАТ 121858220, с адрес: гр. София, ул. „Кричим” № 1 да заплати на „МБАЛ ПАРК ХОСПИТАЛ“ ЕООД, с ЕИК 202628753, със седалище и адрес на управление с.Браниполе, обл.Пловдив, местност „Герена“ № 20Г, сумата

от **52 550 лв.**, представляваща неплатена сума за болнична медицинска помощ, оказана през месец август 2018 г. по клинични пътеки по фактура № 164277/ 01.06.2018г. издадена по Договор № 164277/01.06.2018 г. за оказване на болнична помощ по клинични пътеки и сумата от **124 лв.**, дължима за извършени амбулаторни процедури през месец август по фактура № 164758/ 01.06.2018г. издадена по сключен между страните Договор № 164758/01.06.2018 г. за извършване на амбулаторни процедури, както и да заплати сумата от **15 998 лева**, представляваща законната лихва върху главницата от 52 550 лв. за периода 11.03.2019г. до 10.03.2022г. и сумата от **46.88 лева**, представляваща законната лихва върху главницата от 124 лв. за периода 11.03.2019г. до 10.03.2022г., ведно със законната лихва върху неплатените главници, считано от завеждане на делото на 11.03.2022г. до окончателното изплащане, като ОТХВЪРЛЯ иска за мораторна лихва върху главницата от 124 лева за сумата от 1.84 лева.

ОСЪЖДА НАЦИОНАЛНА ЗДРАВНООСИГУРИТЕЛНА КАСА, БУЛСТАТ 121858220, с адрес: гр. София, ул. „Кричим” № 1 да заплати на „МБАЛ ПАРК ХОСПИТАЛ“ ЕООД, с ЕИК 202628753, със седалище и адрес на управление с.Браниполе, обл.Пловдив, местност „Герена“ № 20Г сумата от 5642 лева направените по делото разноски.

Решението подлежи на обжалване в двуседмичен срок от връчването му на страните пред Пловдивски Апелативен Съд.

Съдия при Окръжен съд – Пловдив: _____