

РЕШЕНИЕ

№ 318

гр. Русе, 15.03.2022 г.

В ИМЕТО НА НАРОДА

РАЙОНЕН СЪД – РУСЕ, III ГРАЖДАНСКИ СЪСТАВ, в публично заседание на петнадесети февруари през две хиляди двадесет и втора година в следния състав:

Председател: Майя Й. Йончева

при участието на секретаря Емилия Д. Добрева
като разгледа докладваното от Майя Й. Йончева Гражданско дело №
20214520103764 по описа за 2021 година

Исковете са с правно основание по чл.79 във вр. с чл.59, ал.1 ЗЗО и по чл.86 ЗЗД.

Ищецът Специализирана болница за активно лечение по физикална и рехабилитационна медицина - Медика ООД гр. Русе, представляван от управителя доц. д-р Кирил Панайотов Панайотов, чрез процесуалния си представител твърди, че на основание чл.59, ал.1 ЗЗО и в съответствие с Националния рамков договор за медицинските дейности (НРД) на 28.05.2018г. сключил в качеството си на изпълнител с ответника Национална здравноосигурителна каса гр. София (възложител) чрез директора на РЗОК Русе Договор за болнична помощ по клинични пътеки №180354 със срок на действие – действието на НРД за медицински дейности за 2018г., в сила от 01.04.2018г. Договорът съдържа: Приложение №1 – списък на специалистите, работещи по КП, Приложение №1а – списък на специализантите, работещи по КП и Приложение №2 – стойности и обеми на дейностите в болничната медицинска помощ (БМП), стойности на медицинските изделия в БМП и лекарствени продукти за лечение на злокачествени заболявания в условията на БМП. Съгласно договора, изпълнителят се е задължил да оказва БМП на здравноосигурени лица и на определена категория здравно неосигурени лица, като в чл.1 е очертан обемът на договорената за изпълнение БМП с изброяване на клиничните пътеки (КП) и цените на клиничните пътеки по приложение №17– чл.19, ал.1. Възложителят пък се е задължил да заплаща обемите извършена и отчетена болнична помощ до 25-то число на месеца,

следващ отчетния – чл.46. В периода 01.01.2018г.-31.03.2018г. за договорните отношения на страните се е прилагал предходният договор №180354/23.05.2017г. със срок на действие от 01.04.2017г. до 31.03.2018г., като срокът за заплащане на извършена и отчетена болнична помощ е до 30-то число на месеца, следващ отчетния – чл.45. Ответникът не е заплатил извършената и отчетена дейност по КП за месеците февруари, март 2017г. и за месец май 2018г. поради надвишаване на договорените стойности в Приложение №2, въпреки сключените 5 бр. допълнителни споразумения за корекции на определените месечни стойности по Приложение №2 към договора от 2017г. Твърди, че клаузите на чл.36 и чл.37 на сключения договор с редакцията след измененията с Допълнително споразумение №5/2017г., в сила от 20.06.2017г., които не му позволяват да отчита с финансовоотчетни документи дейности на стойност, надвишаваща тази по чл.36, ал.2, за нищожни поради противоречие с чл.35, ал.1, т.1 ЗЗО, с Конституцията и добрите нрави. С писмо изх. №15/16.04.2021г. управителя на НЗОК с копие до директора на РЗОК е поканен да му заплати доброволно надлимитната дейност за посочените периоди в общ размер 2310.00 лв главница, от която 990 лв за извършената медицинска дейност над определените максимални стойности за месец февруари 2018г., 660 лв за извършената медицинска дейност над определените максимални стойности за месец март 2018г. и 660 лв за извършената медицинска дейност над определените максимални стойности за м. май 2018г., както и 690.74 лв обезщетение за забава за исковите периоди. Към датата на предявяване на иска ответникът - възложител не е изпълнил изцяло задължението си да заплати извършената и отчетена “надлимитна” БМП в размер на 2310 лв, която сума е осчетоводена, вземанията са заприходени и е заплатен данък печалба за 2018г. Изложени са подробни фактически положения и правни аргументи. Моли съдът да осъди ответника да му заплати сума в общ размер 2310.00 лв по Договор за оказване на болнична помощ по клинични пътеки №180354/23.05.2017г. и по Договор за оказване на болнична помощ по клинични пътеки №180354/28.05.2018г., от която 990 лв незаплатена медицинска помощ за периода 01.02-28.02.2018г., заедно със законната лихва от 01.04.2018г. до 30.06.2021г. в размер на 326.45 лв, 660 лв незаплатена медицинска помощ за периода 01.03-31.03.2018г., заедно със законната лихва от 01.05.2018г. до 30.06.2021г. в размер на 212.13 лв и 660 лв незаплатена медицинска помощ за периода 01.05-30.05.2018г., заедно със законната лихва от 26.06.2018г. до 30.06.2021г. в размер на 201.87 лв или общо 740.45 лв лихва за забава, заедно със законната лихва върху главниците от предявяване на иска до окончателното изплащане, както и разноските по делото. Претендира разноските по делото.

Ответникът Национална здравноосигурителна каса гр. София, представляван от управителя проф. д-р Петко Ненков Салчев, чрез процесуалния си представител взема становище за неоснователност на исквете. Позовава се на приложимата към спора договорна и подзаконова

нормативна уредба, конкретизирана в т.1.1 и в т.1.2. Заявява, че няма договорно, респ. нормативно, задължение като възложител да заплаща суми за дейности, лекарствени продукти и медицински изделия в БМП, които са над определените стойности по Приложение №2 към индивидуалния договор, независимо дали са извършени от изпълнителя. Възражава, че претендираната за заплащане дейност не е отчетена с изискуемите първични медицински и финансовоотчетни документи по НРД за МД за 2017г., респ. с електронни документи по чл.353 НРД за МД за 2018г. Възражава срещу твърдението, че клаузите на чл.36 и чл.37 на сключения договор с редакцията след измененията с Допълнително споразумение №5/2017г., в сила от 20.06.2017г., които не му позволяват да отчита с финансовоотчетни документи дейности на стойност, надвишаваща тази по чл.36, ал.2 от договора, противоречат на закона и са нищожни, както и че въвеждането на лимити за заплащане на медицинските дейности не се основава на закона и противоречи на Конституцията и добрите нрави. Развива подробни фактически и правни съображения, обосновани с нормата на чл.4, ал.1 ЗБНЗОК за 2018г., с договореното между страните, съобразено с разпоредбите на чл.58 - чл.62 ЗЗО, както и с НРД за МД за 2017г. и 2018г. Оспорва дължимостта на главниците, а не и размерите им, падежите на съществуващите според ищеца задължения, както и изцяло обезщетението за забава. Моли исковете да бъдат отхвърлени с присъждане на разноски.

По делото са представени писмени доказателства, назначени са съдебномедицинска и счетоводна експертизи, чиито заключения са приложени в писмен вид по делото

За да се произнесе, съдът съобрази следното:

Видно от представеното Разрешение за осъществяване на лечебна дейност №СБ-238/02.11.2012г., на Специализирана болница за активно лечение по физикална и рехабилитационна медицина - Медика ООД гр. Русе, в качеството ѝ на лечебно заведение за болнична помощ, е разрешено да осъществява следните дейности: 1. диагностика и лечение на заболявания, когато лечебната цел не може да се постигне в условията на извънболнична помощ; 2. рехабилитация; 3. диагностика и консултации, поискани от лекар или лекар по дентална медицина от други лечебни заведения; 4. учебна и научна дейност по физикална и рехабилитационна медицина. Посочено е, че лечебната дейност следва да се осъществява в изброените в документа

клиники, отделения и клиничко-диагностични структури, с нива на компетентност.

На основание чл.59, ал.1 ЗЗО и в съответствие с НРД за 2018г. СБАЛФРМ- Медика ООД гр. Русе, изпълнител и НЗОК, чрез директора на РЗОК-Русе, възложител, са сключили договор №180354/28.05.2018г. с предмет: оказване на здравноосигурени лица, на здравнонеосигурени лица по §2, ал.1 ЗБНЗОК за 2018г. (за акушерска помощ по чл.82, ал.1, т.2 ЗЗ) и на лицата по §9, ал.1 ЗБНЗОК за 2018г., медицинска помощ по КП от приложение №9 към чл.1 от Наредба №3/2018г. за определяне на пакета от здравни дейности, гарантиран от бюджета на НЗОК и посочени съответно в приложение №17а “Клинични пътеки” на НРД за медицинските дейности за 2018г. В чл.1 от договора е описан обема на договорената за изпълнение болнична медицинска помощ с изброяване на клиничните пътеки, а в чл.20, ал.1 са посочените цените на всяка от клиничните пътеки. По силата на договора СБАЛФРМ-Медика ООД се е задължило в качеството на изпълнител да оказва болнична помощ на посочените лица. С допълнително споразумение №1/27.06.2018г. договорът от 28.05.2018г. е изменен (л.45). През 2018г. страните са били в договорни отношения и по силата на предходен Договор №180354/23.05.2017г., който е бил със срок на действие от 01.04.2017г. до 31.03.2018г. За исковия период този договор многократно е изменян и допълван с двустранно подписани споразумения, приложени към исковата молба. Възложител и по двата договора е НЗОК, която съгласно чл.3, ал.1, т.3 се е задължила да заплаща определените съгласно НРД за медицинските дейности за 2017г. и 2018г. цени за извършена и отчетена болнична медицинска помощ (БМП).

Неразделна част от договорите е Приложение №2 “Стойности и обеми на дейностите в БМП и стойности на медицинските изделия в БМП и лекарствените продукти за лечение на злокачествени заболявания в условията на БМП”. Приложенията съдържат месечни стойности за дейности в болничната медицинска помощ.

Спорът между страните се свежда до това има ли основание НЗОК да въвежда лимити при заплащане на извършената от изпълнителя дейност и дали подлежи на заплащане т.нар. “надлимитна дейност”, респ. дали лимитите, определени с приложения №2 към посочените договори, определят границите на отговорността на НЗОК за заплащане стойността на реално извършените и отчетени медицински дейности от ищеца на основание индивидуалните договори по чл.59, ал.1 ЗЗО от 2017г. и 2018г.

От заключението на медицинската експертиза, депозирано от вещото лице д-р Даниела Димитрова К., потвърдено и допълнено устно в съдебно заседание на 15.02.2022г., се установява, че претендираните за заплащане от ищеца надлимитни дейности по клинични пътеки за месеците февруари, март и май 2018г. са извършени действително и са документирани в съответната медицинска документация, налична в лечебното заведение. Надлимитните

дейности за месеците февруари, март и май 2018г. са отчетени (декларирани) в РЗОК по съответния ред, като всички изисквания на индивидуалния договор за извършване, документиране и отчитане са изпълнени. Лечебното заведение е работило съобразно правилата за добра медицинска практика. Контролните органи на РЗОК - Русе са извършили проверка за част от дейността, извършена през посочените месеци, включително и на тази, отчетена над утвърдените по Приложение №2 към индивидуалния договор месечни стойности. В Протокол №РД-13-244/30.09.2020г. от извършената извънпланова, тематична, самостоятелна проверка на РЗОК – Русе за дейността на болницата от 2015г. до месеците януари, февруари и март 2018г., са посочени отчетените и неразплатени случаи в табличен вид на стр.2 от протокола (л. 208-210). За 2018г. са посочени 5 случая: 3 за м. февруари 2018г. и 2 за м. май 2018г. Двата случая за м. май 2018г. не са проверени от РЗОК – Русе, а от вещото лице в рамките на експертизата. При извършената проверка не са констатирани нарушения, както и за проверените от експертизата общо седем истории на заболяването (ИЗ) за съответния период относно проведено лечение на седем пациенти. Тези случаи са били планови по КП и като такива са отразени със списъка на НЗОК. Посочените седем медицински документи са за пациенти, които са приети в лечебното заведение и лекувани, без то да има представа, кога е бил изчерпан определения лимит, поради което пациентите не би могло да бъдат върнати или да им бъде прекъснато лечението поради изчерпване на лимита. Устно в съдебно заседание, вещото лице заключава, че дори да няма повече пари в рамките на бюджета, лечебното заведение е длъжно да окаже своевременна адекватна, достъпна и непрекъсната медицинска помощ, съгласно Закона за здравето и ищцовото лечебно заведение е спазило тези принципи относно седмината пациенти. Медицинската дейност за тези седмина пациенти е останала незаплатена от НЗОК.

От заключението на счетоводната експертиза, дадено от вещото лице Ралица Минчева Д., потвърдено и допълнено устно в съдебно заседание на 15.02.2022г., се установява, че размерът на извършените от СБАЛФРМ-Медика ООД гр. Русе медицински дейности, надвишаващи месечната стойност по Приложение №2, за месец февруари 2018г. възлиза на 990 лв, за месец март 2018г. възлиза на 660 лв и за м. май 2018г. – на 660 лв. Извършената, отчетена и неизплатена надлимитна дейност за същите месеци е осчетоводена при ищеца съгласно Националните счетоводни стандарти и Закона за счетоводството. Устно в съдебно заседание вещото лице казва, че надлимитната дейност за всеки един от тези месеци е осчетоводена с мемориален ордер, а не с фактура. Заключава, че в случая няма грешно осчетоводяване, нито нарушение на ЗСч. Корпоративният данък за 2018г. в размер на 21295.08 лв е заплатен от ищеца. Претендираната надлимитна дейност е включена в общия размер на приходите, формиращи данъчните задължения и заплатения корпоративен данък за 2018г. Съгласно експертизата размерът на лихвата за забава върху неизплатената надлимитна

дейност за месец февруари 2018г., изчислена за периода от 31.03.2018г. до 30.06.2021г. вкл. възлиза на 327 лв, лихвата за забава за месец март 2018г., изчислена за периода от 01.05.2018г. до 30.06.2021г. вкл. е в размер на 212.32 лв, а за м. май 2018г., изчислена за периода от 26.06.2018г. до 30.06.2021г. вкл. е в размер на 202.05 лв.

От значение за конкретния правен спор по делото са следните разпоредби от сключените между страните договори от 23.05.2017г. и от 28.05.2018г.:

С клаузата на чл.19, ал.1, т.1 и от двата договора, съдържаща се в раздел V - Цени, условия и срокове за отчитане и заплащане, възложителят НЗОК се е задължил да заплаща на изпълнителя договорената в чл.1, ал.1, извършена и отчетена медицинска помощ по клинични пътеки. Необходимите условия, за да бъде извършено плащането, са изброени в чл.25, ал.1 от договорите, като сред тях са извършената дейност по клинични пътеки да е в рамките на предмета на сключения договор (т.1) и да е отчетена при условията и по реда на Националния рамков договор за медицински дейности и на индивидуалния договор, сключен между страните (т.5 и т.6).

Раздел VI и от двата договора урежда условията и сроковете за заплащане на дейностите в болничната медицинска помощ. В чл.31, ал.12 от договорите са изброени основанията за отхвърляне на заплащане. Чл.31, ал.12, т.7 от договорите препраща към основанията за отхвърляне на плащане по чл.37 (за договора от 23.05.2017г.), съответно чл.38 от договора от 28.05.2018г.

Чл.37 от договора от 23.05.2017г. урежда условията, при които изпълнителят на медицински дейности може да отчита дейност на стойност, надвишаваща с до 3% определената месечна стойност с договора. В чл.37, ал.5 и ал.6 от същия договор изрично е посочено, че потвърдените за заплащане дейности в месечния отчет по чл.31, ал.10 са в рамките на стойностите за съответния месец в приложение №2 от договора и че с известията се посочват дейностите, чието заплащане се отхвърля поради надвишаване на стойностите по приложение №2. В чл.40, ал.1 от договора са възложени функции на НС на НЗОК да утвърждава корекции по стойностите на разходите за БМП на РЗОК в съответствие с параметрите на средствата по бюджета на НЗОК за здравноосигурителни плащания за БМП на национално ниво. В чл.40, ал.2 от договора е предвидено, че при достигане или надвишаване на средствата на НЗОК за здравноосигурителни плащания за БМП на национално ниво и след верификация на дейностите, надвишаващи месечните стойности на изпълнителя на БМП, дейностите не се отчитат за заплащане. В изречение второ е предвидено, че при осигурена възможност на средства през следващите месеци в рамките на средствата на НЗОК за здравноосигурителни плащания за БМП на национално ниво, НС на НЗОК взема решение за извършване на корекция на месечните стойности и закупуване на потвърдените дейности, частично или напълно.

В чл.38, ал.4 и ал.7 от договора от 28.05.2018г. е посочено, че при надвишаване на стойностите за съответния месец в приложение №2 към договора възложителят отхвърля заплащането на медицински дейности, като го посочва в месечните известия по чл.31 и че изпълнителят не може да предяви за закупуване от възложителя дейности и медицински изделия, отхвърлени от заплащане поради надвишаване на стойностите за съответния месец в приложение №2 към договора.

Цитираните клаузи от договорите ограничават правото на изпълнителя да отчете и да получи заплащане за дейност, надвишаваща рамките на стойностите, определени в Приложение №2.

В НРД за медицинските дейности между НЗОК и БЛС за 2017г., в Раздел IX -“Условия и срокове за заплащане на дейностите в болничната медицинска помощ” - чл.336, чл.355, е уредена процедура по обосноваване и заявяване за плащане от изпълнителя на извършени медицински дейности по КП на стойност над договорените лимити. Разпоредбата на чл.16, ал.2 от Правила за условията и реда за прилагане на чл.4, ал.1, ал.2 и ал.3 от ЗБНЗОК за 2017г., приетите от НС на НЗОК с решение №РД-НС-04-29/27.03.2017г., в сила от 01.04.2017г., урежда начина и предоставя компетентност на НЗОК да утвърждава корекции по стойностите на разходите за болнична медицинска помощ в съответствие с параметрите на средствата по бюджета при извършени и отчетени от изпълнител на БМП случаи на стойност, надвишаваща определената месечна стойност в приложение №2 към договорите с НЗОК. В т.см. разпоредбата на чл.355, ал.11 от НРД за МД за 2017г., съгласно която, стойностите по финансовоотчетните документи не следва да надвишават размера на определените месечни стойности по приложение №2 на индивидуалните договори на изпълнителите, не може да се тълкува и прилага самостоятелно и изолирано от горесцитираните разпоредби.

Аналогични разпоредби в нормативните актове има и по отношение на претенциите за заплащане на извършената медицинска дейност през 2018г. – Правила за условията и реда за прилагане на чл.4, ал.1, ал.2 и ал.3 ЗБНЗОК за 2018г., приети от НС на НЗОК с решение №РД-НС-04-6/26.01.2018г., в сила от 01.01.2018г., където в глава III - Условия и ред за закупуване от изпълнителите на болнична медицинска помощ на здравни дейности от пакета по чл.2, ал.1 ЗЗО, в чл.12-14 е уредена процедура по промяна на месечните стойности, определяни с приложение №2 към договора, като е предоставена възможност на НС на НЗОК по предложение на Директора на РЗОК и по мотивирано предложение на конкретен изпълнител да променя тези стойности. В контекста на тези разпоредби, осигуряващи възможност за промяна на стойностите по приложение №2 към договора, следва да се тълкуват и разпоредбите на чл.352, ал.12, т.7 във връзка с чл.356, ал.7 от Националния рамков договор за медицински дейности между НЗОК и БЛС за 2018 година, които предвиждат, че НЗОК не закупува дейности и медицински изделия, чиято стойност надвишава месечните стойности, определени по реда

на чл.4 ЗБНЗОК за 2018г. В ал.6 на чл.356 от НРД за 2018г. има изрично препращане към цитираните по-горе правила на НС на НЗОК по чл.4 ЗБНЗОК за 2018г. за регламентиране на условията и реда за определяне на стойностите на разходите по ал. 1 и ал.3, предвиждащи възможност за увеличаване на договорените в приложение №2 стойности.

Обществените отношения, свързани със здравното осигуряване, са уредени в Закона за здравното осигуряване. Според чл.2 от с.з. задължителното здравно осигуряване е дейност по управление и разходване на средствата от задължителни здравноосигурителни вноски за закупуване на здравни дейности, което се осъществява от НЗОК и от нейните териториални подразделения - районни здравноосигурителни каси (РЗОК). Задължителното здравно осигуряване предоставя пакет от здравни дейности, гарантиран от бюджета на НЗОК. Този пакет от здравни дейности, определени по вид, обем, цена и изискванията за качество и достъпност, е уреден в закона. Той се предоставя от изпълнителите на медицински дейности и се закупува от НЗОК.

Бюджетът на НЗОК е основния финансов план за набиране и разходване на паричните средства на задължителното здравно осигуряване и е отделен от държавния бюджет - чл.22 ЗЗО, като се състои се от приходна, разходна част и задължителен резерв (чл.25 от ЗЗО), със средствата от който задължителен резерв се заплащат и разходи в случаи на значителни отклонения от равномерното разходване на средствата за здравноосигурителни плащания - чл.26, ал.2 ЗЗО.

Съгласно чл.4, ал.1 ЗБНЗОК за 2017г. и за 2018г., в рамките на стойностите по чл.1, ал.2, ред 1.1.3.5.2, ред 1.1.3.6 и ред 1.1.3.7 за прилагане на чл.55а ЗЗО и на съответния НРД за медицинските дейности, НЗОК определя за всяка РЗОК годишна обща стойност на разходите за здравноосигурителни плащания, разпределена по месеци и по предложение на директорите на РЗОК по изпълнители на болнична медицинска помощ, разпределена по месеци. С ал. 2 и 3 са възложени функции по анализиране, наблюдение и контролиране на разходите за здравноосигурителни плащания. С ал.4 е предвидено, че НС на НЗОК приема правила за условията и реда за прилагане на ал. 1, 2 и 3, а в ал. 5 е посочено, че условията и редът за наблюдение, анализ и контрол по изпълнението на обемите по чл.55а ЗЗО и на стойностите по ал.1 от изпълнителите на болнична медицинска помощ се определят в НРД за медицинските дейности за 2017г. и 2018г. В чл.55а ЗЗО, приложим към настоящия спор в редакцията, обнародвана в ДВ,бр.98/2016г., в сила от 01.01.2017г., са възложени на НЗОК функции да планира, договаря и закупува за здравноосигурените лица медицинска помощ по чл.55, ал.2, т.2 в рамките на обемите, договорени в националните рамкови договори и в съответствие с бюджета на НЗОК за съответната година. Неприложима към спора по делото, с оглед на исковия период, е разпоредбата на ал.2 на чл.55а ЗЗО (ДВ, бр.102/2018г., в сила от 01.01.2019г.), според която НЗОК не заплаща за оказана от лечебните заведения медицинска и дентална помощ в

нарушение на посочените в техните договори по чл.59, ал.1 обеми и стойности.

Съгласно чл.59, ал.1 ЗЗО, договорите по чл.20, ал.1, т.4 за оказване на медицинска помощ по този закон се сключват между директора на РЗОК и изпълнителите на медицинска помощ в съответствие с НРД с анексите към тях, с решението по чл.54, ал.9 и в съответствие със закона.

Съгласно чл.35, ал.1 ЗЗО, задължително осигурените имат право да получават медицинска помощ в обхвата на пакета от здравни дейности, гарантиран от бюджета на НЗОК; да избират лекар от лечебно заведение за първична медицинска помощ, сключило договор с РЗОК; на спешна помощ там, където попаднат.

Според нормата на чл.55, ал.3 ЗЗО, Националните рамкови договори не могат да установяват изисквания за минимален брой на регистрираните здравноосигурени лица от изпълнител на първична извънболнична помощ, както и условия, възпрепятстващи свободния избор от осигурения на изпълнители на медицинска помощ, сключили договор с РЗОК.

В чл.45 ЗЗО е регламентирано задължението на НЗОК да заплаща оказването на изброените видове медицинска помощ, като това задължение не е обвързано с определени от самия осигурител лимити. 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 РЗОК 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 НРД.

Бюджетът на НЗОК, съобразно даденото в чл.22, ал.1 ЗЗО определение, 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 т.ч. и чрез бюджета на Министерство на здравеопазването. Съгласно разпоредбата на чл.29 ЗЗО със Закона за бюджета на НЗОК ежегодно се определят 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. 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, 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 съответствие с тези законови разпоредби са възможностите, визирани в Правилата за условията и реда за прилагане на чл.4, ал.1, ал.2 и ал.3 ЗБНЗОК за 2017г. и за 2018г.

Разпоредбите на чл.4 и чл.35 ЗЗО не предвиждат възможност за отказ от заплащане на оказаната надлимитна медицинска дейност от страна на НЗОК на изпълнителите по индивидуалните договори, сключени при условието на НРД за МД. Напротив, законодателната уредба предоставя на НЗОК всички възможности да планира, организира и пренасочва предоставения ѝ финансов ресурс в рамките на своя бюджет, така че да изпълни надлежно законово вменените 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. За да се отговори на тези законови изисквания с Правилата за условията и реда за прилагане на чл.4, ал.1, ал.2 и ал.3 ЗБНЗОК за 2017г. и за 2018г., е предвидена изрично възможност НЗОК да утвърждава корекции по стойностите на разходите за болнична медицинска помощ при извършени и отчетени от изпълнител на БМП случаи на стойност, надвишаваща определената месечна стойност в приложение №2 към договорите с НЗОК, т.е. такава надлимитна дейност да бъде възмездена. Това е и в съответствие с основните принципи за уреждане обществените отношения, свързани с опазване здравето на гражданите - чл.2 ЗЗ.

Съпоставката на клаузите на индивидуалните договори със законовата уредба, относима към спорните по делото отношения между ищеца като изпълнител на медицинска помощ от пакета, гарантиран с бюджета на НЗОК по чл.45 ЗЗО и ответника сочи, че въпреки наличието на посочените в двата договора изисквания, с които се лимитира стойността на извършваните от болницата медицински дейности за съответните месеци в рамките на определения от НЗОК бюджет, действително извършените от ищеца през иския период медицински дейности, надвишаващи определения лимит, също подлежат на заплащане. Произтичащите от законовите разпоредби и от клаузите на индивидуалния договор задължения на изпълнителя на болнична медицинска помощ изключват възможността същият да откаже предоставянето на помощ в рамките на гарантирания пакет на избраните ги здравноосигурени лица, на каквото и да е основание, в т.ч. и поради изчерпване на средствата от разпределения лимитиран бюджет. 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 е предвиден и свободен избор на изпълнител на тези дейности. Достигането на лимитните стойности от изпълнителя на БМП 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 и от двата 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 ЗОЛ, независимо от това, дали определените от НЗОК месечни стойности са достигнати или не.

НЗОК е длъжна да заплаща всички дейности в обхвата на този пакет на избрания от здравно осигуреното лице изпълнител, в случай че общата стойност на извършените от всички изпълнители дейности не надхвърля бюджета на НЗОК за съответната година, включително резерва, предвиден в него. Доколкото по делото не се твърди и не се установява да е надхвърлен бюджета на НЗОК за 2017г. и 2018г., липсва основание да се откаже плащане на надлимитната дейност на конкретен изпълнител за съответния месец. След като извършването и отчитането на медицинските дейности от страна на ищцовото дружество съответства на предмета и условията на договора, не би могло да се приеме, че превишаването на определените с Приложение №2 към договора месечни стойности на дейностите в БМП съставлява такова неизпълнение на индивидуалния договор, което да освобождава възложителя от задължението за заплащането им над определения лимит. С превишаването на тези стойности лечебното заведение не е надхвърлило обема на възложената му 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. Оказаната от изпълнителя болнична медицинска помощ не може да остане неразплатена. Напротив, за нейното заплащане са осигурени по съответния ред необходимите средства в бюджета на НЗОК, включително и в резерва за непредвидени и неотложни разходи (чл.1, ал.2, т.1.3 ЗБНЗОК за 2017г. и 2018г.), като НС на НЗОК е приел и правила за условията и реда за прилагане на чл.4 ЗБНЗОК за 2017г. и 2018г. 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 2017г., съответно 2018г.

Възраженията на процесуалния представител на ответника, свързани с чл.22 от Наредбата за осъществяване правото на достъп до медицинска помощ са неоснователни, тъй като разпоредбата урежда плановия прием в лечебните заведения. Невключването на пациентите в листа за планов прием не обосновава извод за недължимост на плащането. Включването на пациенти в листата на чакащите поради ограничение в броя на извършваните хоспитализации би довело до нарушаване на правата им за своевременно и качествено лечение - чл.81, ал.2, т.1 ЗЗ или до накърняване на свободата за избор на изпълнител на медицинска помощ - чл.4, ал.1 ЗЗО. Нуждаещите се

здравноосигурени лица биха получили медицинска помощ през същия месец в случай на избор на друго болнично заведение, ненадхвърлило лимита за хоспитализации или в съответния по-късен момент в рамките на съответната година. И в двата случая обаче се дължи плащане от бюджета на НЗОК за съответната година, доколкото извършените от изпълнителя дейности са били в обхвата на гарантирания на здравноосигурените лица пакет здравни дейности.

С оглед изложеното по-горе съдът намира, че предявеният иск по чл.79 ЗЗД следва да бъдат уважен, тъй като се касае за договорена и извършена дейност по клинични пътеки, за която са представени пред РЗОК необходимите отчетни документи. Обстоятелството, че се касае за дейности над лимитите по приложение №2 към договорите, не е основание да се откаже нейното заплащане. В тази връзка следва да се посочи, че клаузите на договорите, установяващи определени лимити, не са нищожни, те са прогнозни и са съобразени с извършеното първоначално разпределение на средствата от задължителното обществено осигуряване между отделните РЗОК и отделните изпълнители на медицинска помощ. Посочените по-горе клаузи обаче, с които не се разрешава на изпълнителя да отчита медицински дейности, надвишаващи стойностите, посочени в Приложение №2 и даващи право на възложителя да не заплаща надлимитните дейности по Приложение №2 към договорите, са нищожни на основание чл.26, ал.1, предл.1 ЗЗД като противоречащи на императивни правни норми - чл.4, ал.1, чл.35, т.1 във връзка с чл.26, ал.2 и чл.25 ЗЗО. Следва извод, че изпълнителят (ищецът) има право да получи и стойността на извършените и отчетени надлимитни дейности.

Визираното в отговора на исковата молба решение на Конституционния съд не дава основание за други изводи, различни от изложените. Решение №2/22.02.2007г. по к.д. №12/2006г. на КС предвижда, че правото по чл.52, ал.1 от Конституцията на здравно осигуряване, гарантиращо на гражданите достъпна медицинска помощ и безплатно ползване на медицинско обслужване при условия и по ред, определени със закон, е социално право, изискващо държавна намеса и определяне със закон. Това разрешение не противоречи на нормативната уредба в ЗЗО и НРД, която не съдържа количествени ограничения за заплащане на договорените медицински дейности, а договорените лимити представляват само план за разходване на средствата, подлежащ на изменения.

За уважаването на иска с правно основание по чл.86, ал.1 ЗЗД е необходимо да се установи наличието на парично задължение и забава на длъжника.

По делото се установява, че ответникът не е изпълнил задължението си да заплати на ищеца извършената от него надлимитна дейност за месеците февруари, март и май 2018г. на уговорения падеж, поради което е изпаднал в

забава.

Съгласно чл.45 от договора от 23.05.2017г., срокът, в който НЗОК е следвало да извърши плащане е до 30-то число на месеца, следващ отчетния.

Съгласно чл.46 от договора от 28.05.2018г., срокът, в който НЗОК е следвало да извърши плащане е до 25-то число на месеца, следващ отчетния.

Искът за заплащане на лихва за забава следва да бъде уважен общо за сумата 740.45 лв, съобразно поисканото.

Предвид изложеното съдът намира, че предявените искове са основателни и ответникът следва да бъде осъден да заплати на ищеца сумите 2310 лв общо по Договор за оказване на болнична помощ по клинични пътеки №180354/23.05.2017г. и по Договор за оказване на болнична помощ по клинични пътеки №180354/28.05.2018г., заедно със законната лихва от предявяването на иска - 01.07.2021г. до окончателното изплащане и 740.45 лв лихва за забава до 30.06.2021г.

Ответникът трябва да заплати на ищеца на основание чл.78, ал.1 ГПК разноските по водене на делото, както следва: 142.40 лв държавна такса, 700 лв разноски за експертизи и 540 лв адвокатско възнаграждение, съобразно представен списък на разноските (л.248).

Водим от горното, съдът

РЕШИ:

ОСЪЖДА Национална здравноосигурителна каса, ЕИК 121858220, със седалище и адрес на управление в гр. София, ул. Кричим №1, представлявана от управителя проф. д-р Петко Ненков Салчев да заплати на “Специализирана болница за активно лечение по физикална и рехабилитационна медицина - Медика” ООД, ЕИК 117629041, със седалище и адрес на управление в гр. Русе, ул. “Пирот” №24, вх.3, ет.1, ап.2, представлявано от управителя доц. д-р Кирил Панайотов Панайотов, сумите 2310 лв общо по Договор за оказване на болнична помощ по клинични пътеки №180354/23.05.2017г. и по Договор за оказване на болнична помощ по клинични пътеки №180354/28.05.2018г., заедно със законната лихва, считано от 01.07.2021г. до окончателното изплащане и 740.45 лв лихва за забава до 30.06.2021г., както и 1382.40 лв

разноски по делото.

Решението е подлежи на обжалване пред Русенски окръжен съд в двуседмичен срок от връчването му на страните.

Съдия при Районен съд – Русе: _____