

# РЕШЕНИЕ

№ 29

гр. Стара Загора , 09.07.2021 г.

## В ИМЕТО НА НАРОДА

**ОКРЪЖЕН СЪД – СТАРА ЗАГОРА** в публично заседание на втори юни,  
през две хиляди двадесет и първа година в следния състав:

Председател: Румяна Ат. Танева

при участието на секретаря Антонина Д. Динева Николова  
като разгледа докладваното от Румяна Ат. Танева Търговско дело №  
20205500901164 по описа за 2020 година

Предявени са обективно съединени иски, с правно основание чл. 79  
ЗЗД във вр. с чл. 59, ал.1 от ЗЗО и иск по чл. 86, ал.1 от ЗЗД. При условията  
на евентуалност, ако бъде отхвърлен главният иск, се предявява осъдителен  
иск по чл. 59 ЗЗД и акцесорна претенция по чл. 86 ЗЗД.

В исковата молба се твърди, че на 26.05.2017 г. между „МБАЛ  
ТРАКИЯ” ЕООД, в качеството на Изпълнител, и Националната  
здравноосигурителна каса /НЗОК/, представлявана от директора на Районната  
здравноосигурителна каса /РЗОК/ - Стара Загора, в качеството на Възложител,  
са сключени Договор № 241104/26.05.2017 г. за оказване на болнична помощ  
по клинични пътеки, Договор № 241702/26.05.2017 г. за оказване на болнична  
медицинска помощ по клинични процедури по НРД 2017 г. и Договор №  
241860/26.05.2017г. за извършване на амбулаторни процедури. По силата на  
сключения договор №241104/26.05.2017г. болницата се задължава да оказва  
на здравноосигурени и други категории лица, посочени в чл.1 ал.1 от същия,  
болнична медицинска помощ (БМП) по клинични пътеки (КП) от  
приложение №9 към член 1 на Наредба №2 от 2016г. за определяне на  
основния пакет дейности, гарантиран от НЗОК. По силата на чл. 1, ал. 1 от  
Договор за извършване на амбулаторни процедури № 241860/26.05.2017  
година изпълнителят се задължава да оказва на здравноосигурени лица и на

лицата по пар. 8, ал. 1 от ЗБНЗОК за 2017 г. медицински дейности по Приложение № 7 към чл. 1 от Наредба № 2 от 2016 за определяне на основния пакет дейности, гарантиран от НЗОК, и тези в приложение № 18 „Амбулаторни процедури“ на НРД за медицинските дейности за 2017г.

Посочва се, че договорите са сключени в гр. Стара Загора между „МБАЛ ТРАКИЯ“ ЕООД и НЗОК, представлявана от директора на РЗОК-Стара Загора по силата на законовата делегация на чл.59 ал.1 ЗЗО. Правният статут на НЗОК е определен в чл.6 ал.1 от Закона за здравното осигуряване, регламентиращ качеството й на юридическо лице със седалище - София. Съгласно чл.2 ал.1 ЗЗО РЗОК-Стара Загора е териториално поделение на НЗОК, като съгласно чл.20 ал.1 т.1 ЗЗО директорът на РЗОК представлява НЗОК на териториално равнище. Съгласно чл.45 и чл.47 ЗЗО, както и според чл. 2 ал. 1 т. 7 и 8 от Националния рамков договор за медицински дейности за 2015 год., сключен между НЗОК и БЛС заплащането за оказаната медицинска помощ се извършва от бюджета на НЗОК чрез съответната РЗОК на предоставилия я изпълнител. За болницата плащанията на сумите за медицинска дейност се извършват от РЗОК-Стара Загора. Поради изложеното и съгласно чл.108 ал.2 във връзка с чл.104 от ГПК ищецът счита, че искът, предявен срещу НЗОК, е подсъден на Окръжен съд - Стара Загора, където е възникнало правоотношението, от което произтича спора и където е седалището на платеща на сумите - РЗОК Стара Загора.

През месец април 2017 г. болницата оказала болнична медицинска помощ на здравноосигурени български граждани. Във връзка с дейността били издадени фактури, като незаплатена към настоящия момент била сумата от 159 265 лева (сто петдесет и девет хиляди двеста шестдесет и пет лева), представляваща сбор от дължимите, но неразплатени възнаграждения за извършена дейност по клинични пътеки /КП/ и амбулаторни процедури.

Твърди се, че за месец април 2017 г. незаплатената сума от 152 639 лева (сто петдесет и две хиляди шестстотин тридесет и девет лева) представлява стойността на оказана болнична помощ на 195 пациенти - български граждани с непрекъснати здравноосигурителни права в деня на хоспитализацията им. През месец април 2017 г. била проведена диагностика и лечение на тези пациенти по клинични пътеки, които са включени в предмета

на договора, както следва: КП с № 1, 17, 25, 28, 29, 32, 33, 48, 49, 50, 56, 68, 69, 71, 73, 74, 75, 76, 78.1, 79, 113.2, 123, 124, 126, 127, 132, 133, 134, 136, 137, 138, 139, 141, 145, 147, 152, 159, 160, 162, 163, 164, 171, 175, 177, 182, 185, 187, 193, 195, 197, 202, 203, 210, 217.1, 219, 220, 222, 229, 237 и 265. След постъпването им в болницата, пациентите били включени в ежедневно подаваните електронни отчети и приети като успешно обработени в електронната система на НЗОК.

Посочва се, че стойността на незаплатените дейности по амбулаторни процедури е 6 626 лева (шестдесет хиляди шестстотин двадесет и шест лева), за изпълнение на амбулаторни процедури № 18, 19, 20, 21 и 23 за лечението на 26 здравноосигурени лица.

Всички изискуеми първични медицински и финансовоотчетни документи - Направления за хоспитализация, спецификации за извършена дейност по КП и АПр, били представени в РЗОК. Посочва се, че за лечението на тези пациенти НЗОК чрез РЗОК-Стара Загора дължи заплащане на болницата на основание сключения между страните договор.

Съгласно договорите и приложимия НРД НЗОК се е задължила да извърши плащане чрез РЗОК-Стара Загора до 30-о число на месеца, следващ отчетния, на основание чл. 86 от ЗЗД НЗОК дължи заплащането и на обезщетение за забавено плащане от момента на от деня, следващ падежа до датата на подаване на исковата молба, в размер на законната лихва върху неплатената главница от 159 265 лева (сто петдесет и девет хиляди двеста шестдесет и пет лева), а именно 51 451 лева.

Въпреки многократните опити, до доброволно уреждане на спора не се стигнало.

Предвид изложеното, моли съда да постанови решение, с което:

Да осъди ответника НЗОК да заплати на „МБАЛ ТРАКИЯ“ ЕООД сумата от 159 265 лева (сто петдесет и девет хиляди двеста шестдесет и пет лева), ведно със законната лихва върху сумата от датата на подаване на исковата молба до окончателното ѝ заплащане, представляваща стойността на извършена през месец април 2017 г. болнична помощ по клинични пътеки по

Договор № 241104/26.05.2017 г. за оказване на болнична помощ по КП, и стойността на изпълнени но незаплатени амбулаторни процедури по договор за извършване на амбулаторни процедури № 241860/26.05.2017 година.

Да осъди ответника НЗОК да заплати на „МБАЛ ТРАКИЯ“ ЕООД сумата от 51 451 лева, представляваща обезщетение по чл. 86 ЗЗД за забавено плащане на главницата от 159 265 лева, за периода от 31.05.2017 год. до датата, предхождаща датата на подаването на исковата молба.

При условията на евентуалност и ако съдът отхвърли предявения по-горе иск, предявен за сума, дължима на договорно основание, моли да се произнесе и по следния иск:

Съгласно чл.4 ал.1 от 330 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 гарантира свободен избор на изпълнител. Съгласно чл.2 ал.1 от 330 „задължителното здравно осигуряване е дейност по управление и разходване на средствата от задължителни здравноосигурителни вноски за закупуване на здравни дейности, което се осъществява от Националната здравноосигурителна каса (НЗОК) и от нейните териториални поделения - районни здравноосигурителни каси (РЗОК). Задължителното здравно осигуряване предоставя основен пакет от здравни дейности, гарантиран от бюджета на НЗОК.

Съгласно чл. 24, т.1 от 330 средствата на НЗОК се разходват за закупуване на медицинска помощ, посочена в чл. 45 330, а съгласно чл.47 330 „Закупуването на оказаната на осигуреното лице медицинска помощ се извършва от РЗОК, като средствата се превеждат на предоставилия я изпълнител“. По аргумент от посочените две разпоредби, НЗОК дължи заплащане за всеки случай на оказана медицинска помощ на осигурено лице, осъществено в обхвата, гарантиран от бюджета на НЗОК, и то на всеки изпълнител, който я е предоставил. Разпоредбата на чл.58 от 330 определя, че изпълнител на медицинска помощ по смисъла на този закон е лечебно заведение по Закона за лечебните заведения.

Посочва се, че в случая е оказана болнична помощ на 195

здравноосигурени лица. Диагностиката и лечението им са за заболявания, включени в клинични пътеки /КП/ от приложение № 9 към Наредба № 2/2016 г. за определяне на основния пакет от здравни дейности, гарантиран от бюджета на НЗОК и със съдържание на КП съгласно Приложение №16 от НРД за МД за 2017 г. Конкретните КП, по които са лекувани пациентите, са подробно описани по-горе в обстоятелствената част на иска на договорно основание, както и в спецификациите „надлимит“. Изпълнени са амбулаторни процедури, № 18, 19, 20, 21 и 22 за лечението на 26 здравноосигурени лица.

Посочва, че доколкото оказаната болнична помощ е за заболявания, заплащането на които се гарантира от бюджета на НЗОК и нейно е задължението да извърши плащане, с отказът да заплати нейната стойност, ответникът на практика се обогатява с тази сума за сметка на обедняването на ищеца, изпълнител на дейността, извършил разходи за осъществяването ѝ. Стойността на обогатяването на НЗОК, респ. на обедняването на болницата, е със сума, равна на разходите за изпълнението на съответните дейности.

Стойността на разходите за изпълнение на дейността е нормативно определена с НРД 2017 г. за медицинските дейности, както и в сключените индивидуални договори с изпълнители на БМП.

Тъй като ЗЗО и НРД не допускат възможност лечебно заведение, изпълняващо дейност, включена в обхвата на здравното осигуряване, да поиска и получи пълно или частично плащане за осъществена дейност от здравноосигурените лица - арг. от чл. 47 ЗЗО, нормативно утвърденото финансово отношение определя НЗОК като единствен платец на цената на оказана медицинска помощ от гарантирания пакет от здравни дейности. Като не извършил заплащане на осъществена медицинска помощ, включена в основния пакет от здравни дейности по чл. 45 ЗЗО, заплащането на която според чл. 47 ЗЗО се извършва от РЗОК на предоставилия я изпълнител, ответникът се е обогатил със сумите, представляващи нормативно определени разходи за дейността.

Твърди се, че лечението на общо 195 пациенти по клинични пътеки и изпълнението на 26 амбулаторни процедури е осъществено в рамките на месец април 2017 г. Отчитането на извършената дейност, респ. уведомяването

затова на НЗОК чрез териториалното ѝ поделение РЗОК, е извършвано ежедневно. Ето защо с извършване на дейността и уведомяването на ответника за изпълнението ѝ за ответника е възникнало задължение за заплащане на сумите, представляващи нормативно определени разходи за изпълнението на БМП. Ответникът е изпаднал в забава, поради което дължи и обезщетение в размер на законната лихва, която претендираме за периода от 31.05.2017г. до датата на подаване на исковата молба в съда или 51 451 лева.

Предвид горното моли съда да постанови решение, с което:

Да осъди ответника НЗОК да заплати на „МБАЛ ТРАКИЯ“ ЕООД

сумата от 159 265 лева (сто петдесет и девет хиляди двеста шестдесет и пет лева), ведно със законната лихва върху сумата от датата на подаване на исковата молба до окончателното ѝ заплащане, представляваща стойността на извършена през месец април 2017 г. болнична помощ по клинични пътеки по Договор № 241104/26.05.2017 г. за оказване на болнична помощ по КП, и стойността на изпълнени но незаплатени амбулаторни процедури по договор за извършване на амбулаторни процедури № 241860/26.05.2017 година, с които НЗОК се е обогатил без основание за сметка на „МБАЛ ТРАКИЯ“ ЕООД.

Да осъди ответника НЗОК да заплати на „МБАЛ ТРАКИЯ“ ЕООД сумата от 51 451 лева, представляваща обезщетение по чл. 86 ЗЗД за забавено плащане на главницата от 159 265 лева, за периода от 31.05.2017 год. до датата, предхождаща датата на подаването на исковата молба.

С уточнителна молба от 09.09.2020 г ищецът посочва следната банкова сметка на „МБАЛ ТРАКИЯ“ ЕООД при "Търговска Банка Д" АД: IBAN BG3 6DEMI92401000189220.

С отговора на исковата молба ответникът прави възражение за изтекла погасителна давност на вземанията, претендирани с исковите, предявени от „МБАЛ ТРАКИЯ“ ЕООД, гр.Стара Загора по търг.дело №20205500901164 по описа за 2020г. на Окръжен съд-Стара Загора, поради следните съображения:

Видно от исковата молба ищецът претендира вземания за оказана

болнична медицинска помощ в изпълнение на сключен с НЗОК договор №241104/26.05.2017г. и договор №241860/26.05.2017г. за месец на дейност април 2017г.

В чл. 45 от №241104/26.05.2017г. и чл.49 договор № 241860 от 26.05.2017г. сключени между НЗОК и „МБАЛ ТРАКИЯ“ ЕООД, гр. Стара Загора е посочено, че плащанията на Изпълнителя се извършват чрез РЗОК до 30-о число на месеца, следващ отчетния.

Ответникът счита, че претендираните вземания не са дължими от НЗОК, но дори и да бяха то падежът на същите е както следва:

-относно отчетния м.април 2017г. падежът е до 30 число на м.май 2017г.

Ищецът също приема, че дата на падежа на процесните вземания е 31.05.2017г, тъй като видно от исковата молба излага искане за присъждане на обезщетение по чл.86 от ЗЗД за забавено плащане на главницата за периода 31.05.2017г. до датата предхождаща датата на подаване на исковата молба.

Предвид на това по отношение на претендираните вземания за месец април 2017г. се твърди, че е изтекла тригодишна давност по чл.111, б. „в“ от ЗЗД. В случая вземанията на ищеца, респ. задълженията на ответника произтичат от един и същи факт - сключени договори №241104/26.05.2017г. №241860/26.05.2017г.и отговарят на останалите критерии, посочени в Тълкувателно решение № 3/18.05.2012г. на ОСГК на ВКС, тъй като цените на медицинските дейности по клинични пътеки и амбулаторни процедури са предварително определени в договора и крайният размер на задължението зависи само от обема на извършената дейност.

В случая исковата молба за вземания за месец април 2017г. е подадена пред Окръжен съд Стара Загора след изтичане на тригодишната погасителна давност.

С оглед гореизложеното ответникът прави възражение за изтекла в полза на НЗОК погасителна давност и моли съда да отхвърли предявените

искове на това основание.

В случай, че съдът приеме за неоснователно направеното възражение за изтекла погасителна давност, ответникът излага съображения за неоснователност на предявените искове.

Посочва, че с подписване на договор № 241104/26.05.2017г. и договор № 241860/26.05.2017г. е подписано Приложение № 2, част Б към договора, в което са определени стойностите на дейностите в болничната медицинска помощ за месеци от периода на действие на тези договори. Съгл. чл. 34 от договор № 241104/26.05.2017г. и чл. 38 от договор №241860/26.05.2017г. възложителят закупува от изпълнителя дейности, съгласно този договор, в рамките на стойностите, определени по чл. 36, съответно по чл. 40. Счита, че анализът на приложимата към процесния период нормативната уредба, обосновава извода, че клаузите на чл. 34 от договор № 241104/26.05.2017г. и чл. 38 от договор № 241860/26.05.2017г., с които се въвеждат ограничения при заплащането на оказана от болнично заведение медицинска помощ са в съответствие с разпоредбите на относимите законови и подзаконови нормативни актове и извършена по договор с НЗОК по чл. 59, ал. 1 от ЗЗО дейност, чиято стойност надхвърля определената в Приложение № 2 стойност за съответен месец не подлежи на заплащане.

Ответникът посочва, че ЗЗО регламентира правото на медицинска помощ не като неограничено по предмет право, а като такова, лимитирано в рамките на пакета от здравни дейности, гарантирани и закупувани от НЗОК за всички здравноосигурени лица на територията на страната. Този извод следва недвусмислено и от нормата на чл.35, ал.1 от ЗЗО, която прогласява изрично правото на здравноосигурените лица да получават медицинска помощ в обхвата на пакета от здравни дейности, гарантиран от бюджета на НЗОК.

Закона за бюджета на НЗОК за 2017г./ЗБНЗОК за 2017г./ е приет от Народното събрание и обн., ДВ, бр. 98 от 09.12.2016 г., в сила от 1.01.2017 г. В чл.4 от този закон е регламентирано следното:

Чл. 4. (1) 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 от Закона за здравното



осигуряване и на Националния рамков договор за медицинските дейности за 2017 г., а когато не е приет такъв - в решението по чл. 54, ал. 9 от Закона за здравното осигуряване:

Надзорният съвет на НЗОК: утвърждава за всяка РЗОК годишна обща стойност на разходите за здравноосигурителни плащания, разпределена по месеци; наблюдава, анализира и коригира стойността на разходите по буква "а" ежемесечно и на тримесечие;

Директорите на РЗОК: разпределят утвърдените стойности на разходите по т. 1, буква "а" по изпълнители на болнична медицинска помощ за съответната РЗОК по месеци; закупуват от изпълнителите на болнична медицинска помощ обем здравни дейности от пакета по чл. 2, ал. 1 от Закона за здравното осигуряване в рамките на стойностите по т. 1, буква "а"; анализират и отчитат ежемесечно пред Надзорния съвет на НЗОК дейността си по буква "а" и буква "б". Надзорният съвет на НЗОК наблюдава и контролира стойностите по ал. 1, т. 2, буква "а" ежемесечно и на тримесечие. Надзорният съвет на НЗОК наблюдава и контролира дейността по ал. 1, т. 2, буква "б" ежемесечно и на тримесечие. Надзорният съвет на НЗОК приема правила за условията и реда за прилагане на ал. 1,2 и 3. Условията и редът за наблюдение, анализ и контрол по изпълнението на обемите по чл. 55а от Закона за здравното осигуряване и на стойностите по ал. 1 от изпълнителите на болнична медицинска помощ се определят в Националния рамков договор за медицинските дейности за 2017 г., а когато не е приет такъв - в решението по чл. 54, ал. 9 от Закона за здравното осигуряване.

Посочва, че с разпоредбата на чл. 4 от Закона за бюджета на НЗОК е регламентирано, че към договорите с изпълнителите на болнична медицинска помощ се определят стойности за дейностите, разпределени по месеци, както и че от изпълнителите на болнична медицинска помощ се закупуват/заплащат обем здравни дейности от пакета по чл. 2, ал. 1 от Закона за здравното осигуряване в рамките на определените им стойности, като от изложеното следва, че в нормативни актове с ранг на закон е предвидено закупуването на здравни дейности да се осъществява в рамките на договорените обемите и стойности и в съответствие с бюджета на НЗОК за съответната година. Съгл.

чл. 24, т.1 от ЗЗО средствата на НЗОК се разходват за закупуване на медицинска помощ, посочена в чл. 45, договорена с НРД и с договорите с изпълнителите. Това правило несъмнено има императивен характер и според него се заплаща не всяка медицинска помощ, като вид и стойност, а договорената. Затова всеки изпълнител на медицинска помощ, какъвто несъмнено е ищецът е длъжен да се съобразява със съдържанието на своя договор с НЗОК. Излизането извън неговите рамки е допустимо само по един начин-чрез допълнително договаряне по ред и условия предвидени в специалните нормативни актове. Едностранното изменение/допълване/ на договора, което в случая прави лечебното заведение-ищец е недопустимо.

Ако определена медицинска дейност реално е извършена от изпълнителя на медицинска помощ, но тя не е договорена като стойност плащане за нея не се дължи.

Действащите към датата на сключване на процесното допълнително споразумение законови разпоредби намерили смислово отражение в клаузите на същия, като изпълнителят с подписването му изразил съгласие с реда и метода на остойностяване на медицинските услуги, както и с установяването на месечен лимит на стойността на тези услуги. Горното следвало от естеството на предлаганата услуга-осъществяване на болнично лечение, при което е невъзможно конкретният вид и обем на дейностите за съответния месец да бъдат предвидени отнапред, поради което определянето на обема и вида на дейностите се осъществява посредством определяне на лимити при заплащането на дейността. Липсата на ограничение в заплащането на дейността, а оттам и в нейния обем създава предпоставки за неоснователно обогатяване на изпълнителя по договора за сметка на бюджета на здравното осигуряване, чрез задължение на НЗОК да заплаща неограничен обем от дейности, което противоречи на естеството и принципите на задължителното здравно осигуряване.

Анализът на уговорените в договора клаузи, спецификата на регулираните отношения и правната уредба сочи, че НЗОК дължи плащане за извършените дейности /за всички случаи/ само до предварително определените стойности в Приложение №2 към индивидуалния договор. По изключение и при строго определени правила е предвидена възможност за

заплащане/закупуване на дейности надхвърлящи уговорените стойности-регламентирана в раздел VI от договор № 241104/26.05.2017г. и раздел VI от договор № 241860/26.05.2017г.

Тази процедура изисква подадено писмено заявление до директора на РЗОК за увеличаване на месечната стойност, като е регламентирано, че директорът на РЗОК има право да вземе решение/не е вменено задължение/ за закупуване на дейности или издадено Решение на надзорния съвет на НЗОК. Следователно, уредена е възможност за увеличаване на лимита, но тази възможност не е едностранна, а предвижда „договаряне“, т.е, предполага насречно съгласие, изразено или в допълнително споразумение, или чрез решение, съобразено с общия бюджет на касата. Едностранното отправяне на искане за увеличаване на лимита не е достатъчно основание да се приеме, че лимита е увеличен.

Твърди, че относно дейностите, извършени над лимита в периода април-ноември 2016г. е прието решение на Надзорния съвет №РД-НС-04-11/17.01.2017г. да закупи отчетената дейност, като заплащането ще се извърши в месеца, в който се осигурят тези средства. С последващо решение е било отложено изпълнението на посоченото решение съобразно § 9 ПЗР ЗБНЗОК за 2017г. Относно месеците през периода на действие договор №241104/26.05.2017г. и договор №241860/26.05.2017г. няма и ищеца не се позовава на решение на Надзорния съвет на НЗОК за закупуване на надлимитна дейност, съответно не се установява стойностите по Приложение № 2 към договора за процесите месеци да са били увеличени така, че да обхващат тези, предмет на предявения иск, затова и претенцията за заплащане стойността на тази надлимитна медицинска дейност е неоснователна. Не са представени от ищеца доказателства, които да доказват задължение на НЗОК да заплати медицинска дейност над определените с договора стойности. Липсва какъвто и да е документ НЗОК да е поела такова задължение и да не го е изпълнила. Поради което не е налице изискуемо вземане, подлежащо на присъждане.

Твърди, че по време на действието на договор №241104/26.05.2017г. и договор №241860/26.05.2017г. на лечебното заведение-ищец са изплатени всички определени по месеци в Приложение №2 стойности, като това

обстоятелство не се оспорва от ищеца.

Оспорва претендираната сума - 152 639лв. за месец април 2017г. за проведено лечение по КП и по размер, тъй като счита, че лечебното заведение претендира с 620 лв повече. Твърди, че тази сума е за един случай за които при извършена проверка на основание Заповед № РД-18-537/12.06.2017г.на директора на РЗОК Стара Загора е установено, че не подлежи на заплащане, като прилага цялата преписка по цитираната заповед.

С оглед на гореизложеното ответникът счита, че не са налице договорни и нормативни основания да бъдат уважени исковете на ищеца, поради което молим уважаемия съд да постанови решение, с което да отхвърли изцяло исковете ведно с всички законови последици от това, както и да ни присъди юрисконсултско възнаграждение в размер определен от съда.

С допълнителната искова молба ищецът оспорва възраженията на ответника, като счита същите за основателни.

Посочва, че от депозирания отговор може да се заключи, че между страните е безспорно обстоятелството, че ищецът е извършил дейности, изискващи финансиране в размер по-голям от договорения. Тези дейности са извършени при зачитане правата на здравноосигурените лица, които са потърсили лечение при ищцовото лечебно заведение в съответния период, още повече, че се касае за действителни разходи за извършване на медицинска дейност по клинични пътеки и за осъществени амбулаторни процедури, по които са обслужени здравноосигурени пациенти.

По противопоставеното възражение за недължимост на сумата поради погасяване на вземането по давност оспорва същото, като аргументите за това са следните:

Посочва, че ответникът не е съобразил разпоредбата на чл. 3, т. 2 във връзка с § 13 от Преходните и заключителни разпоредби към Закона за изменение и допълнение на Закона за здравето (ДВ, ф. 44 от 2020 г., в сила от 14.05.2020г.) от Закона за мерките и действията по време на извънредното положение, обявено с решение на Народното събрание от 13 март 2020 г., и за преодоляване на последиците (Загл. доп. — ДВ, ф. 44 от 2020 г., в сила от

14.05.2020г.), уреждаща спирането на давностните срокове за частноправните субекти. Исковата молба е депозирана по пощата, от когато се счита извършено процесуалното действие по сезиране на съда с искова молба, преди изтичане на съкратената погасителна давност.

Поддържа също, че за процесните вземания не е приложим режимът на съкратена погасителна давност. Счита, че претендираните вземания се погасяват с изтичане на общия петгодишен давностен срок. След като разпоредбата на чл. 111, б. "в" ЗЗД се отнася за изключение, то тя не следва да се тълкува разширително. Тя трябва да се прилага само за такива периодични плащания, които са подобни на наемите и лихвите. В този смисъл е и Тълкувателно решение № 3 от 18.05.2012 г. на ВКС по тълк. д. № 3/2011 г., ОСГТК, докладвано от съдиите Мариана Костова и Марио Първанов. В случая за т.нар. надлимитна дейност е създадена нарочна регламентация, като аргументи в подкрепа на горното се съдържат дори в отговора на исковата молба, депозиран от ответника. На законово ниво е създадена регламентация на заплащането/закупуването на такъв тип дейност, а именно чрез вземане на решение за изменение на съответната бюджетна рамка, което според чл. 4 от ЗБНЗОК е от компетентността на НС на НЗОК. Реализирането на процедурата не се осъществява на предварително определени периоди, а представлява еднократен акт на орган на ответника, поради което претендираното възнаграждение попада извън обхвата на съкратената погасителна давност. Така например, с решение № РД-НС-О411/17.01.2017г , НС на НЗОК приема 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 изделия, извършени през периода м.април 2016гм.ноември 2016 г, чиято стойност надвишава утвърдените стойности по приложение 2 към сключените договори със съответните изпълнители.

По противопоставеното възражение за недължимост на сумата поради факта, че „със същата са надвишени стойностите, посочени в Приложение № 2 към Договор № 241104/26.05.2017 г. и Договор № 241860/26.05.2017 година излага следните аргументи в подкрепа на тезата си, че НЗОК не може да откаже заплащане за добросъвестно и точно оказана медицинска помощ от изпълнител по индивидуален договор.

Посочва, че с договор № 241104/26.05.2017 г. за оказване на болнична помощ по клинични пътеки, сключен между страните, ищецът се е задължил да оказва на здравноосигурени лица по § 2 ал. 1 от ЗБНЗОК за 2017 г. (за акушерска помощ по чл. 82, ал. 1, т. 2 Закона за здравето и на лицата по § 8 ЗБНЗОК за 2017 г. медицинска помощ по клинични пътеки и посочени в Приложение № 16 клинични пътеки по НРД за медицинските дейности за 2017 г. В договора са описани права и задължения и страните, документацията, отчитането и заплащането на услугите. В чл. 11 от договора изпълнителят е поел задължение за осигуряване на пациентите непрекъснатост на болничната помощ по КП, капо и координация между лекарите — специалисти, които я осигуряват. С разпоредбата на чл. 19, ал.1, т. 1 от договора е установено, че възложителят закупува и заплаща на изпълнителя договорената в чл. 1, ал. 1 от договора медицинска помощ по КП. В чл. 32 е установено, че се заплаща договорената и извършена дейност по КП и АПР след представяне на фактура и спецификация, в която се включва само договорената, извършена и неотхвърлена дейност. С чл. 34 от договора е установено, че възложителят закупува от изпълнителя дейностите съгласно договора, в рамките на стойностите, установени в чл. 36 от последния, като в част Б на Приложение № 2 към договора са определени месечните стойности за периодите на дейност на м. април — м. юни 2017 г., м. юли — м. септември 2017 г., м. октомври — м. ноември 2017 г., заплащани за периода м. май — м. декември 2017 г.

Страните са сключили и договор № 241860/26.05.2017 година за извършване на амбулаторни процедури, с който ищецът поел задължение да оказва на здравноосигурените лица и на лицата по § 8, ал. 1 ЗБНЗОК за 2017 г. медицинска помощ по клинични пътеки и посочени в Приложение № 18 „Амбулаторни процедури“ за медицинските дейности за 2017 г. С разпоредбата на чл. 26, ал. 1. т. 1 от договора е установено, че възложителят закупува и заплаща на изпълнителя договорената в чл. 1, ал. 1 от договора медицинска дейност по АПР. В чл. 32 е установено, че се заплаща договорената и извършена дейност по КП и АПР след представяне на фактура и спецификация, в която се включва само договорената, извършена и неотхвърлена дейност. С чл. 38 от договора е установено, че възложителя закупува от изпълнителя дейностите съгласно договора, в рамките на

стойностите, установени в чл. 40 от последния, като в част Б на Приложение № 2 към договора са определени месечните стойности за периодите на дейност на м. април — м. юни 2017 г., м. юли — м. септември 2017 г., м. октомври — м. ноември 2017 г., заплащани за периода м. май — м. декември 2017 г.

Подчертава, че искът касае период на дейност месец април 2017 година, а договорите по чл. 59 ЗЗО и Приложение № 2 към тях са сключени на 26.05.2017 година, т.е. след като дейността е добросъвестно изпълнена и отчетена. В противоречие с правилата на формалната логика е съблюдаване на финансова рамка, която не е съществувала в началото и дори към края на определения период.

Поддържа възражението, че цитираните договори, сключени между НЗОК и изпълнителя на медицинска помощ и възникналите с тях правоотношения не могат да се квалифицират като „обикновена гражданскоправна сделка“ и не са „съглашения между равнопоставени субекти“. На практика болницата била лишена от възможност да извърши договаряне на отделните клаузи по договора, предложени от възложителя на дейността.

Посочва, че законодателно е изключена всякаква възможност за провеждане на реално договаряне на условия или конкретни текстове по договора. Клаузите му не подлежат на предварително уточняване с оглед съгласуване волята и на двете страни и реално лечебното заведение няма възможност да прави предложения по тях. Сочи, че с изцяло едностранен и типов характер са и всички последващи допълнителни споразумения, които се представят за подпис на изпълнителя във вече готов вид, без възможност дори за предварително запознаване със съдържанието им. Нещо повече, веднъж сключило договор по чл. 59 ЗЗО, лечебното заведение на практика се оказва принудено да подписва всички последващи договори и допълнителни споразумения, които се предоставят от страна на НЗОК, предвид съществуващата възможност при неподписването им договорът да бъде прекратен (чл.59, ал.3 от ЗЗО) и отчетената дейност да не бъде заплатена (чл.41, ал.2 от договора). Именно по тази причина болницата била принудена да подпише договора и Приложенията към него, изправена пред риска да не

бъде заплатена и дейността до определените за месец април стойности. Въпреки това лечебното заведение многократно изразило пред НЗОК своето несъгласие с определените стойности.

С оглед на изложеното твърди, че част от клаузите на договора не са подписани от ищеца по силата на постигнато съгласие, а при условия на липса на възможност да договаря по тях, респ. да посочи противоречията им със закона. Такова противоречие обаче е налице по отношение на клаузите, с които се ограничава отговорността на НЗОК за заплащане на оказаната болнична помощ на здравноосигурени лица до размера на стойностите, определени в Приложение №2 към договора и на паузите във връзка с представяните финансово-отчетни документи.

Предвид изложеното и на основание чл. 26 ал. 1 пр. 1 от ЗЗД прави изрично възражение за нищожност на част от клаузите, а именно всички с които се лимитира отговорността на НЗОК за заплащане на дейността на изпълнителя поради превишаване на стойностите по Приложение № 2, в частност, но не само - разпоредбата на чл. 34 във ВР. с чл. 36 от договор № 241104/26.05.2017 г. за оказване на болнична помощ по клинични пътеки и в разпоредбата на чл. 38 във ВР. с чл. 40 от договор № 241860/26.05.2017 година за извършване на амбулаторни процедури, с която е установено, че възложителят се задължава да изплаща на изпълнителя само извършената и отчетена дейност в рамките на стойностите, посочени в Приложение № 2 към договорите, поради което и договорът не дава право на изпълнителя да се отчита за дейности, надвишаващи предвидените месечни стойности.

Посочените клаузи се оспорват като нищожни на основание чл. 26 ал. 1 пр. 1 от ЗЗД, поради противоречието им с разпоредбите на чл.52, ал. 1 от Конституцията на РБ, ВР. чл.4, чл.35 и чл.47 и чл.59, ал.2 от ЗЗО.

Посочва, че както НЗОК, така и лечебното заведение са поели задължение да спазват правата на здравноосигурените лица /ЗОЛ/ и на пациента, установени в ЗЗО и Закона за здравето. Болницата е поела и задължение да осигурява условия, които гарантират правата на ЗОЛ, включително и в качеството им на пациенти, при оказване на болничната помощ. Срещу задължението, разписано в чл.33 от ЗЗО, за внасяне на здравни



вноски в бюджета на НЗОК, гражданите имат право да получават медицинска помощ в обхвата на основния пакет от здравни дейности, гарантиран от бюджета на НЗОК /чл.35 ЗЗО/. Законодателят /в чл.4 ЗЗО/ им е гарантирал свободен достъп до тази медицинска помощ, както и свободен избор на изпълнител, сключил договор с РЗОК, който избор е валиден за цялата територия на страната. Нещо повече — законодателят изрично е посочил /чл.4 ал.2 ЗЗО/, че правото на избор на ЗОЛ не може да бъде ограничавано по географски и/или административни основания, като от цитираните разпоредби се вижда, че НЗОК е задължена да заплати лечението на задължително здравноосигурените лица за заболявания, включени в гарантирания пакет от здравни дейности и то на това лечебно заведение, в което ЗОЛ са упражнили правото си на избор /чл.4, ал. 1, ВР. чл.47 от ЗЗО/.

Поддържа, че правото на ЗОЛ да получат безплатна медицинска помощ от гарантирания от бюджета на НЗОК пакет от здравни дейности в избраното от тях лечебно заведение, респ. на болницата да получи заплащане за тези дейности, е основано на чл.52, ал. 1 от Конституцията на РБ и е развито в Закона за здравното осигуряване — чл.35 и чл.4. Съгласно чл.59, ал. 1 от ЗЗО договорите за оказване на болнична медицинска помощ се сключват в съответствие с разпоредбите на Националния рамков договор, като изрично ал.2 от разпоредбата предвижда, че договорите с изпълнителите не могат да бъдат сключвани при по-неизгодни условия от приетите с НРД. Никъде в Рамковия договор за 2015г. няма разпоредби, които да ограничават заплащането на оказваната от изпълнителите медицинска помощ с оглед на определени в договора стойности. След като НРД 2017 не въвежда ограничения в отговорността на НЗОК, то такива не могат да се поставят и в индивидуалните договори с изпълнителите. Доколкото посочените паузи от договора изключват задължението на НЗОК за заплащане на част от изпълнената и отчетена от ищеца дейност, каквато правна възможност не е предвидена в НРД 2017г., то посочените клаузи са в противоречие с чл.59, ал.2 от ЗЗО и по тази причина - нищожни.

Изброените клаузи се оспорват като нищожни и поради противоречието им с добрите нрави /чл.26, ал. 1 пр.2 ЗЗД/, духа и целта на ЗЗО. Доколкото с тези разпоредби НЗОК ограничава своята отговорност да заплати извършените дейности до размера на определените в Приложение №2

към договора стойности, се нарушава равнопоставеността между страните по договора. Първо — стойностите, отразявани в Приложение №2 към договора, се определят едностранно от НЗОК и не подлежат на договаряне между страните. Второ, в сключения договор не е предвидена възможност след изчерпване на така определените стойности, лечебното заведение да прекрати извършването на определените по договора дейности. Напротив, в чл. 11 от договор № 241104/26.05.2017 г. е въведено изискване болницата постоянно да осигурява договорената болнична помощ на ЗОЛ, да поддържа по всяко време на изпълнението на договора функционираща и изправна медицинска апаратура, да разполага със специалисти на основен трудов договор, да осигурява непрекъснато 24-часово изпълнение на лечебната дейност и да не изисква заплащане или доплащане от ЗОЛ за дейност предмет на договора. На практика НЗОК възлага на болницата изпълнението на дейностите, предмет на договора, като не поставя ограничение на приема „на ЗОЛ, съобразно някакви ограничения на определените средства, но едностранно ограничава пределния размер на своето насрещно задължение — да заплати извършената дейност и същевременно забранява изрично на изпълнителя да се изисква заплащане или доплащане от страна на ЗОЛ за тази дейност. След като лечебното заведение няма право да търси заплащане от страна на пациента, то следва извода, че дейността следва да бъде заплатена от възложителя по договора - НЗОК. В противен случай разходите за лечение на ЗОЛ остават за сметка на лечебното заведение, което е недопустимо. Това е така, защото болницата е търговско дружество и извършва по занятие дейностите, предмет на договора, а здравноосигурителните вноски на ЗОЛ формират бюджета на НЗОК, който следва да се използва именно за лечение, което не може да им се откаже и от който бюджет това лечение следва да се заплати.

Счита, че обемът на предоставената медицинска помощ не може да бъде ограничаван нито от подзаконов нормативен акт, нито от индивидуалния договор. 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,

За напълно неоснователни намира доводите на ответника, че като

орган на бюджетна издръжка, същият не може да излиза извън рамките на бюджета. Твърди точно обратното — Законът за бюджета на НЗОК за 2017 г. дава право и възможност Касата да прави изменения на бюджета с цел заплащане на изпълнени дейности от изпълнителите на медицинска дейност на ЗОЛ. Посочва, че изрично в закона се предвижда, че средствата от резерва на НЗОК могат да се разходват за плащане на разходи в случай на отклонения от утвърдените/коригирани средства по договорите с изпълнителите на болнична помощ. Отделно в § 9 от ЗБНЗОК 2017 е предоставена възможност средства от резерва да се разходват за заплащане за здравноосигурителни плащания. Ето защо неоснователни за неоснователни счита възраженията на ответника, че НЗОК е длъжна да спазва бюджетната дисциплина, заложена в ЗБНЗОК и в тази връзка да заплаща извършената дейност само до стойността, определена в приложение №2 към договора. Напротив, в ЗБНЗОК 2017 са предвидени редица възможности за НЗОК да коригира утвърдените стойности на конкретния изпълнител съобразно обема на извършените дейности, без с това да се нарушава общото бюджетно салдо.

Категорично оспорва твърденията по отговора на исковата молба, че ЗОЛ имат право на определен по вид, обхват и обем пакет от здравни дейности, който налага оказването на здравна помощ в рамките на определени от НЗОК стойности. Конституцията и ЗЗО гарантират на ЗОЛ безплатно лечение на конкретни заболявания. включени в основния пакет от дейности и това е единственото ограничение и условие, което ЗЗО поставя — съответното заболяване на ЗОЛ да попада в обхвата на гарантирания от закона основен пакет, но без да въвежда ограничения за брой случаи от основния пакет, които да бъдат финансирани. Посочва, че всеки осигурен има право да се ползва от съответния пакет дейности, включени в КП именно с оглед на факта, че осигурителните му вноски формират бюджета на НЗОК. Срещу заплащането на съответните вноски, държавата гарантира на лицата осъществяване на здравни дейности, които се възлагат за изпълнение на лечебните заведения. Твърдението в отговора, че това изпълнение на гарантирани от закона права на пациентите, на практика представлявало безотговорно изпълнение на медицинска помощ, по съществото си е отказ на държавен орган да изпълни конституционно гарантирани права на гражданите, което е недопустимо.

Поддържа се, че при възникнала необходимост всяко задължително здравноосигурено лице е в правото си да се ползва от определен по вид, обхват и обем пакет от здравни дейности, поради което правилото първият по време е по-силен по право в контекста на задължителното здравно осигуряване е неприложимо. Законът за бюджета на НЗОК за 2017 г. не предвижда норма, дерогираща така утвърденото правило, а напротив - 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 Преходни и Заключителни разпоредби на ЗБНЗОК за 2017 г. Поради изложеното счита, че разходната част на приетия бюджет не определя лимит на отговорността на НЗОК към изпълнителите на болнична помощ. Водещият принцип на сключения договор, е реализирането на гарантираните от Конституцията и ЗЗО права на здравноосигурените лица, а не стриктното съблюдаване на бюджетната рамка, вземането на решенията по чл. 26 ал. 2 от ЗЗО и чл. 4 ал. 4 от ЗБНК е не само право, но и задължение на НС на НК. 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 слива да вземе съответните решения. При невъзможност няма пречка това да стане в рамките на бюджета на НЗОК и за следващи години. Оказаната медицинска дейност е от категорията на гарантираните и за нея задължително следва да има бюджетно предвиждане за плащане.

На следващо място посочва, че законоустановеното право на избор на осигуреното лице да избере лечебното заведение — чл. 4 ал. 1 ЗЗО, обаче произтича от задължението на изпълнителя на медицинската помощ да го приеме. В тази насока и чл. 31 т. 1 от Националния рамков договор обвързва изпълнителя да осигури на пациента необходимата медицинска помощ. При положение, че законът освобождава осигуреното лице от задължението да заплаща за здравни дейности, включени в гарантирания от НЗОК медицински пакет, а изпълнителят на медицинска помощ дължи да приеме потърсилото го лице, осъществяната дейност не почива на свободната преценка на изпълнителя на медицинска помощ. Меродавна се явява нуждата на

здравноосигуреното лице.

Поддържа, че ответникът е следвало в изпълнение на Закона за бюджета на НЗОК за 2017 г., чл. 4, ал. 1, т. 1, б. „б“ да наблюдава, анализира и коригира стойността на разходите по буква ежемесечно и на тримесечие, като с § 9 законодателят изрично е делегирал на управителния орган на ответника — Надзорен съвет, да взема решения за разпределяне на средствата по чл. 1, ал. 2, ред 1.3 “Резерв, включително за непредвидени и неотложни разходи” за здравноосигурителни плащания след приемане на Национален рамков договор за медицинските дейности за 2017 г. и Национален рамков договор за денталните дейности за 2017 г., а когато не са приети такива — на решението по чл. 54, ал. 9 от Закона за здравното осигуряване, като първото решение за разпределяне на част от средствата по чл. 1, ал. 2, ред 1.3 се взема не по-рано от 31 март 2017 г. Затова, като не е изпълнил правомощията си, делегирани със закон, ответникът изпаднал в забава, поради което е основателен и акцесорният иск за заплащане на обезщетение за забавено плащане на задължението си за надлимитна болнична помощ по клинични пътеки и амбулаторни процедури за месец април 2017 г.

За неоснователни счита твърденията, че „се претендира сума извън обхвата на Договора“. Самият закон — чл. 58-62 ЗЗОК очертава предметните рамки на договора между НЗОК, представлявана от РЗОК, и съответния изпълнител на медицинска помощ, а именно осъществяване на медицинска помощ на здравноосигурени лица. Посочва, че според очертаните задължения за изпълнителя с процесния договор ищецът като изпълнител на медицинската помощ по смисъла на Националния рамков договор, дължи да осъществи здравната дейност в определен обем със съответната клинична пътека. Пак според самия договор — чл. 8 ал. 1, ищецът оказва помощ по клинична пътека на здравноосигурено лице, на което е издадено „Направление за хоспитализация“, а съгласно чл. 11 т. 1 и 2 се задължава да осигурява непрекъснатост на болничната помощ по клиничната пътека. Следователно, самият договор определя като съществен и за двете страни интересът на нуждаещото се от медицинска помощ лице, потърсило медицинска помощ. Счита, че това тълкуване удовлетворява и предписаната със закон цел на договора — постигане на качествено лечение и осигурена възможност за контрол досежно начина на използване на целевите финансови

средства. При положение, че по силата на договора трети ползватели се лица са получили уговорената от ответника и обещана от ищеца услуга, безспорно заплащане се дължи и то именно от НЗОК, опосредстваща отношението между държавата — пряко ангажирана да обезпечи достъпно здравеопазване и лечебните заведения — частноправни субекти, поели задължението да го осигурят организационно. Дори хипотетично да се приеме, че изпълнителят е бил длъжен да идентифицира усвояването на планираната сума като възприета от възложителя цел на договора и очаквано от него игнориране нуждата на здравноосигурено лице, потърсило помощ след изчерпване на лимита, подобно тълкуване лишава от предмет договора за периода от време от момента на достигнатия лимит до началото на следващия календарен месец при осигурено финансиране. Освен, че при подобен подход договорът се обезсмисля, влиза в пряко противоречие с правото на задължително здравноосигурените лица да разчитат на достъпна медицинска помощ, за реализацията на което е сключен и самият договор.

По противопоставеното възражение в отговора на исковата молба относно размера на исковата претенция, ищецът посочва, че със Заповед № РД-18-537 от 12.06.2017 г. на РЗОК Стара Загора е постановено да бъде извършена проверка на изпълнителя и контрол по изпълнение на договорения пакет болнична медицинска помощ по клинични пътеки по Приложение № 16 към НРД от 2017 г. в ищцовото лечебно заведение за процесния период. От представения протокол е видно, че въпреки отказа да заплати извършените дейности НЗОК чрез териториалното си поделение РЗОК Стара Загора, е осъществило контрол за изпълнението на договора и е установено изпълнение и отчитане на претендираната сума, като има основание за отхвърляне на един случай на оказана медицинска помощ по клинични пътеки от претендираните за заплащане 195 случая за процесния период.

Не оспорва, че проверките са приключили с протокол, с който е установено едно нарушение при проверка на стотици броя истории на заболяванията, като посочва, че ответната страна не е доказала въпросният случай, отхвърлен от заплащане, да е включен в процесната сума.

С отговора на допълнителната искова молба ответникът намира допълнителната искова молба, подадена от „МБАЛ Тракия“ ЕООД, гр. Стара

Загора по търг.дело №20205500901164 по описа за 2020г. на Окръжен съд-Стара Загора за неоснователна, поради следните съображения:

Поддържа направеното възражение за изтекла в полза на НЗОК погасителна давност на претендираните с исковата молба вземания по съображенията изложени в отговора на исковата молба, като счита, че ищеца неоснователно се позовава на неприложимост на чл.111, б. „в“ от ЗЗД, тъй като твърди, че клаузите от договора с които се установява лимит са нищожни поради противоречие с императивни правни норми и стойностите за извършена надлимитна дейност са дължими на общо основание. Посочва, че в сключените договори с НЗОК е уговорено, че плащанията на изпълнителя се извършват чрез РЗОК до 30-о число на месеца, следващ отчетния, поради което тези вземания са периодични. Плащанията се извършват всеки месец въз основа на отчетена извършена в изпълнение на договора дейност през предходния месец, поради което са периодични плащания по смисъла на чл.111, б. „в“ от ЗЗД.

Цитира се съдебна практика относно обстоятелството, че по отношение на вземанията, произтичащи от сключен договор между НЗОК и изпълнител на болнична медицинска помощ е приложима тригодишната давност е формирана съдебна практика.

В случай, че се приеме, че давностният срок започва да тече след взето решение на Надзорния съвет на НЗОК за заплащане на надлимитна дейност, посочва, че към настоящият момент няма такова решение, съответно вземанията не са изискуеми и не следва да се иска заплащането им.

Относно твърдението на ищеца, че при процесния договор едната от страните-НЗОК едностранно е определила цялото негово съдържание, докато за другата страна-лечебното заведение не е предвидена подобна възможност, посочва, че НЗОК не определя своеволно съдържанието на договора. Сключването на договор между НЗОК и изпълнителите на медицинска помощ е законово регламентирано, като НЗОК, както всички останали физически и юридически лица, следва да спазват законите така, както са разписани. НЗОК не е законодателен орган и не е определила сама условията и реда за сключване на тези договори.

Посочва, че съгл.чл.59, ал.1 от 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/ИМП/ в съответствие с НРД с анексите към тях, с решението по чл. 54, ал. 9 и с този закон. Относно НРД в чл.54, ал.1 от ЗЗО е регламентирано, че изготвянето на НРД за медицинските дейности се извършва от 10 представители на НЗОК и 10 представители на Българския лекарски съюз, тоест изпълнителите на медицинска помощ при изготвянето на НРД за медицинските дейности се представляват представители на Българския лекарски съюз. В ал.5 на същата разпоредба е разписано, че Националните рамкови договори по ал. 1 и 2 се приемат с мнозинство от не по-малко от 7 представители на НЗОК и 7 представители на съсловните организации на лекарите. Индивидуалните договори между НЗОК и изпълнителите на медицинска помощ се сключват в съответствие с НРД, което е договорено между представители на двете страни и съответно са сключени в резултат на двустранно договаряне. Националните рамкови договори/НРД/ се подписват и обнародват след което лечебните заведения, подават документи за сключване на договор с НЗОК по реда и условията на НРД и всяко лечебно заведение може да се запознае със съдържанието им преди подписването на договор с НЗОК и да прецени желае ли да сключи такъв.Сключването на договор с НЗОК е възможност, а не задължение. В общата част на НРД е регламентирано, че типовите договори с изпълнителите на медицинска помощ /ИМП/ се утвърждават от управителя на НЗОК след съгласуване с председателя на УС на БЛС. Факта на съгласуване от председателя на УС на БЛС на типовите договори с ИМП също води до извода, че съдържанието на тези договори не се определя едностранно от НЗОК.

За неоснователно счита твърдението на ищеца, че част от клаузите на процесните договори с които се лимитира отговорността на НЗОК да заплати извършените дейности до размера на определените в Приложение №2 към договора, са нищожни поради противоречие с чл.52, ал.1 от Конституцията на РБ, чл.4, чл.35, чл.47 и чл.59, ал.2 от ЗЗО. Поддържа аргументите, изложени в отговора на исковата молба, че не е налице такава нищожност.

Посочва, че анализът на относимата нормативна уредба сочи, че в нормативни актове с ранг на закон е предвидено закупуването на здравни



дейности да се осъществява в рамките на договорените обеми и стойности и в съответствие с бюджета на НЗОК за съответната година, като посочените императивни разпоредби са отразени в процесния договор без отклонения.

Заплащането на стойността на извършена медицинска дейност не е неограничено, а нарочно регулирано - в рамките на административно определени обеми. Твърди, че това лимитиране не нарушава правото на здравноосигурените лица на достъп до медицинска помощ, а тъкмо обратното-осигурява и обезпечава това право, като регулира законово държавното финансиране на здравеопазването по начин заплащането му да се осъществява регулярно в рамките на бюджетната година, с оглед ефикасно и ефективно използване на средствата, които не са неограничени. Липсата на подобно регулиране би довела до преждевременно изчерпване на бюджетните средства, включително и на заделения резерв, и невъзможност да се осигури нормативно предвиденото държавно финансиране на здравеопазването. Също така безпределното заплащане на медицински дейности, извършени в изпълнение на сключен договор с НЗОК би провокирало приемането за лечение на пациенти, които нямат всички индикации за лечение по съответна клинична пътека/КП/ или имат индикации за лечение по една КП, но да се лекуват по друга КП, която е на по-висока цена. Средствата с които се заплащат дейности, извършени по договор с НЗОК са обществен ресурс /бюджетните средства на НЗОК се формират предимно 99% от здравноосигурителни вноски на осигурените лица/, и администрирането на този бюджет следва да се извършва максимално ефективно с оглед обезпечаване правата на здравноосигурените лица.

Нормативната уредба осигурява възможност на здравноосигурените лица/ЗОЛ/ да упражняват всички свои права, както и правото да получават медицинска помощ в обхвата на пакета от здравни дейности и на свободен избор на изпълнител на медицинска помощ.

По отношение на случаите при които не се налага незабавен прием посочва, че приложение намира разпоредбата на чл.22 от Наредбата за осъществяване правото на достъп до медицинска помощ, като се формира листа на чакащите. С този текст се гарантира спазването на правото на ЗОЛ на свободен избор на изпълнител на медицинска помощ, тъй като ако има

случаи, когато в съответен месец изпълнителят на БМП е достигнал определените стойности за дейности в БМП /това обикновено се случва към края на месеца/, състоянието на пациента не е спешно, тоест подлежи на планова хоспитализация, на същият се определя ден и час за постъпване в ЛЗ и се вписва в листа на чакащите. В началото на следващият месец лечебното заведение започва да ползва средствата определени за този месец и лечението може да се проведе. По този начин, ако пациента желае, избрал е да се лекува в определена болница може да упражни правото си на избор. При формиране листа на чакащите не би се стигнало до надлимитна дейност и пациента пак ще получи медицинска помощ от избраното лечебно заведение. Спешният и плановият прием се различават по това, че вторият е предвидим и поради това може да бъде планиран. Това е въпрос на управление на болничния прием.

Съгл.чл.24, т.1 от ЗЗО средствата на НЗОК се разходват за закупуване на медицинска помощ, посочена в чл.45, договорена с НРД и с договорите с изпълнителите. Това правило несъмнено има императивен характер и според него се заплаща не всяка медицинска помощ, като вид и стойност, а договорената. Затова всеки изпълнител на медицинска помощ, какъвто несъмнено е ищецът е длъжен да се съобразява със съдържанието на своя договор с НЗОК. Излизането извън неговите рамки е допустимо само по един начин - чрез допълнително договаряне по ред и условия предвидени в специалните нормативни актове. Едностранното изменение/допълване/ на договора, което в случая прави лечебното заведение - ищец е недопустимо. Ако определена медицинска дейност реално е извършена от изпълнителя на медицинска помощ, но тя не е договорена като стойност плащане за нея не се дължи.

С оглед на изложеното нормативно разписаните правила свързани с определяне на стойности на дейностите в БМП са съобразени с основните принципи на които се осъществява задължителното здравно осигуряване, разписани в чл.2 и чл.4 от ЗЗО и с всички права на задължително осигурените лица по чл.35 от ЗЗО.

Действащите към датата на сключване на процесните договори законови разпоредби са намерили смислово отражение в клаузите на същия, като изпълнителят с подписването му е изразил съгласие с реда и метода на

остойността на медицинските услуги, както и с установяването на месечен лимит на стойността на тези услуги. Горното следва от естеството на предлаганата услуга-осъществяване на болнично лечение, при което е невъзможно конкретният вид и обем на дейностите за съответния месец да бъдат предвидени отнапред, поради което определянето на обема и вида на дейностите се осъществява посредством определяне на лимити при заплащането на дейността. Липсата на ограничение в заплащането на дейността, а оттам и в нейния обем създава предпоставки за неоснователно обогатяване на изпълнителя по договора за сметка на бюджета на здравното осигуряване, чрез задължение на НЗОК да заплаща неограничен обем от дейности, което противоречи на естеството и принципите на задължителното здравно осигуряване.

Обстоятелството, че в рамките на даден календарен месец е възможно да възникне необходимост от оказване на болнична помощ на здравноосигурени лица, стойността на лечението на които ще надвиши установеният лимит по договора с НЗОК не води до извод за нарушаване правото на тези лица на болнична медицинска помощ. Още повече разпоредбата на чл.5 от ЗЗО установява принципа на свободен избор на изпълнители на медицинска помощ от страна на осигурените лица, поради което липсва пречка същите да бъдат хоспитализирани в друго лечебно заведение или включени в листа на чакащите.

Посочва, че уговорката на установяване на лимит при заплащане на медицинските дейности е в съответствие с принципите и икономическата логика на системата на задължителното здравно осигуряване, основана на Конституцията на РБ и уредена от ЗЗО, която следва да гарантира равен достъп до здравеопазване на всички здравноосигурени лица на територията на страната, съобразно техните индивидуални нужди от лечение и здравни грижи, но не неограничено, а в рамките на пакет от медицински услуги и при определени правила за заплащането им на ИМП. Тази уговорка не е нищожна поради противоречие с норми от Конституцията на РБ и нормативни актове с ранг на закон.

Съдът, след като обсъди събраните по делото доказателства поотделно и в тяхната съвкупност и като взе предвид становищата и доводите на

страните намира за установено следното:

Безспорно е установено, че между „МБАЛ ТРАКИЯ“ ЕООД, в качеството на Изпълнител и Националната здравноосигурителна каса /НЗОК/, представлявана от директора на Районната здравноосигурителна каса /РЗОК/ - Стара Загора, в качеството на Възложител, са сключени Договор №241104/26.05.2017 г. за оказване на болнична помощ по клинични пътеки, Договор №241702/26.05.2017 г. за оказване на болнична медицинска помощ по клинични процедури по НРД 2017 г. и Договор № 241860/26.05.2017 г. за извършване на амбулаторни процедури. По силата на сключения договор № 241104/26.05.2017 г. болницата е поела задължението да оказва на здравноосигурени и други категории лица, посочени в чл.1 ал.1 от същия, болнична медицинска помощ (БМП) по клинични пътеки (КП) от приложение №9 към член 1 на Наредба № 2 от 2016 за определяне на основния пакет дейности, гарантиран от НЗОК. По силата на чл. 1, ал. 1 от Договор за извършване на амбулаторни процедури № 241860/26.05.2017 година изпълнителят се задължава да оказва на здравноосигурени лица и на лицата по пар. 8, ал. 1 от ЗБНЗОК за 2017 г. медицински дейности по Приложение № 7 към чл. 1 от Наредба № 2 от 2016г. за определяне на основния пакет дейности, гарантиран от НЗОК, и посочени в приложение № 18 „Амбулаторни процедури“ на НРД за медицинските дейности за 2017 г.

Между страните не се спори относно обстоятелството, че през месец април 2017г. болницата е оказала болнична медицинска помощ на здравноосигурени български граждани. Във връзка с дейността били издадени фактури, като незаплатена към настоящия момент била сумата от 159 265 лева (сто петдесет и девет хиляди двеста шестдесет и пет лева), представляваща сбор от дължимите, но неразплатени възнаграждения за извършена дейност по клинични пътеки /КП/ и амбулаторни процедури. За месец април 2017 г. незаплатената сума от 152 639 лева (сто петдесет и две хиляди шестстотин тридесет и девет лева) представлява стойността на оказана болнична помощ на 195 пациенти - български граждани с непрекъснати здравноосигурителни права в деня на хоспитализацията им. През месец април 2017 г. била проведена диагностика и лечение на тези пациенти по клинични пътеки, които са включени в предмета на договора, както следва: КП с № 1, 17, 25, 28, 29, 32, 33, 48, 49, 50, 56, 68, 69, 71, 73, 74, 75, 76, 78.1, 79, 113.2,

123, 124, 126, 127, 132, 133, 134, 136, 137, 138, 139, 141, 145, 147, 152, 159, 160, 162, 163, 164, 171, 175, 177, 182, 185, 187, 193, 195, 197, 202, 203, 210, 217.1, 219, 220, 222, 229, 237 и 265. След постъпването им в болницата, пациентите били включени в ежедневно подаваните електронни отчети и приети като успешно обработени в електронната система на НЗОК.

Общата стойност на незаплатените дейности по амбулаторни процедури възлиза на сумата от 6 626 лева (шестдесет хиляди шестстотин двадесет и шест лева), за изпълнение на амбулаторни процедури № 18, 19, 20, 21 и 23 за лечението на 26 здравноосигурени лица. Всички изискуеми първични медицински и финансовоотчетни документи - Направления за хоспитализация, спецификации за извършена дейност по КП и АПр са били представени в РЗОК.

Със Заповед № РД-18-537 от 12.06.2017 г. на РЗОК Стара Загора е постановено да бъде извършена проверка на Изпълнителя и контрол по изпълнение на договорения пакет болнична медицинска помощ по клинични пътеки по Приложение № 16 към НРД от 2017 г. в ищцовото лечебно заведение за процесния период. Видно от представения протокол, липсват основанията за изплащане на този случай, който е по клинична пътека № 50, която е на стойност 620лв.

За м. април 2017г. видно от спецификация за клинични пътеки и амбулаторна процедура „Предсрочно изпълнение на дейности по КП“ по Договор за оказване на болнична помощ по клинични пътеки № 241104/26.05.2017 г. е оказана болнична помощ на 195 пациенти - български граждани с непрекъснати здравноосигурителни права в деня на хоспитализацията им, за което е издадена фактура с № 24873/26.05.2017 г. на стойност 152 639лв., която е останала незаплатена към настоящия момент.

През м. април 2017г. видно от Спецификация за амбулаторни процедури за изпълнение на амбулаторни процедури № 18, 19, 20, 21 и 23 за лечението на 26 здравноосигурени лица по Договор №241860//26.05.2017 г., за които е издадена фактура с №24874/26.05.2017г. на стойност 6 626лв., останала незаплатена и към настоящия момент.

Видно от Протокол от 14.06.2017г., съставен при извършена проверка

на основание Заповед №РД-18-537/12.06.2017г. на директора на РЗОК Стара Загора е констатирано, че ИЗ №4582/22.04.2017г. по КП №50 липсват индикации за хоспитализация и не е спазен предвидения алгоритъм, в резултат на което сумата за този случай не подлежи на заплащане от РЗОК.

При така установеното от фактическа страна, съдът прави следните правни изводи:

Съдът намира за безспорно, че между страните по делото е възникнало валидно правоотношение, като по силата на сключения договор №241104/26.05.2017г. лечебното заведение като Изпълнител се е задължило да оказва на здравноосигурени лица /ЗОЛ/, на здравнонеосигурени лица по § 2, ал. 1 от ЗБНЗОК за 2017 година и на лицата по § 8, ал. 1 от ЗБНЗОК за 2017 година, болнична медицинска помощ /БМП/ по клинични пътеки /КП/ от Приложение № 9 към член 1 на Наредба № 2 от 2016 година за определяне на основния пакет от здравни дейности, гарантиран от бюджета на НЗОК със съдържание, посочено съответно в приложение № 16 "Клинични пътеки" на НРД за медицинските дейности за 2017 година и е извършило посочените дейности, както следва: КП с № 1, 17, 25, 28, 29, 32, 33, 48, 49, 50, 56, 68, 69, 71, 73, 74, 75, 76, 78.1, 79, 113.2, 123, 124, 126, 127, 132, 133, 134, 136, 137, 138, 139, 141, 145, 147, 152, 159, 160, 162, 163, 164, 171, 175, 177, 182, 185, 187, 193, 195, 197, 202, 203, 210, 217.1, 219, 220, 222, 229, 237 и 265. Ответникът, от своя страна, като Възложител се е задължил да заплаща определените съгласно НРД за медицинските дейности за 2017г. цени на извършената и отчетена БМП. Възложителят - ответникът по делото е поел задължение да заплаща определените с договора обеми и цени на извършената и отчетена болнична медицинска помощ, а изпълнителят - ищецът е поел задължение да оказва БМП по вид, обем и сложност, съответстващи на договорените, като спазва установените в приложение № 16 "Клинични пътеки" от НРД за медицинските дейности за 2017 година, изисквания и правила за провеждане на диагностика и клинично лечение на заболяванията, както и регистриране на извършените дейности, включени в КП, а също така и да предоставя задължително изискваната от НЗОК отчетна документация в срокове, структура и формат, определена в Методиката за заплащане, ЗСч, както и в съответствие със здравните индикатори от МЗ. Той е поел и задължение, намерило регламентация в чл. 42 да предоставя

отчетните документи по чл. 32 ежемесечно в РЗОК по утвърден график до осмия работен ден на месеца, следващ месеца на дейността. В чл. 43, ал. 1 е вменено задължение за възложителя да заплаща ежемесечно договорената, извършена и отчетена дейност по чл. 1, ал. 1 след проверка на документите по чл. 32. Отчитането на дейността, включена в предмета на договора става ежедневно по електронен път в утвърдени от НЗОК формати. Ограничения във връзка със заплащането на работата са установени с нормите на чл. 25, ал. 1, т. 5, чл. 31, ал. 12, т. 7, чл. 33 - чл. 37, чл. 40, ал. 2, чл. 43, ал. 2, т. 1 от договора, които са в насока, че не може да се отчита с финансово-отчетни документи дейност на стойност, надвишаваща договорените стойности, които не подлежат на заплащане. Страните са сключили на 28.06.2017 година допълнително споразумение към разглеждания договор за оказване от негова страна на болнична помощ по клинични пътеки, касаещ раздел VI "Условията и сроковете за заплащане на дейностите в болничната медицинска помощ" от договора.

Не е спорно, че страните по делото са сключили и договор №240860/26.05.2017 година, по силата на който лечебното заведение като изпълнител се е задължило да оказва на здравноосигурени лица /ЗОЛ/ и на лицата по § 8, ал. 1 от ЗБНЗОК за 2017 година, медицински дейности по Приложение № 7 към член 1 от Наредба № 2 за 2016 година за определяне на основния пакет от здравни дейности, гарантиран от бюджета на НЗОК, посочени в приложение № 18 "Амбулаторни процедури /Апр/" на НРД за медицинските дейности за 2017 година за изпълнение на дейностите, както следва: № 18, 19, 20, 21 и 23 за лечението на 26 здравноосигурени лица, а ответникът като възложител да закупува и заплаща тези дейности, съгласно раздел VI, VIII и IX от НРД за медицинските дейности за 2017 година. Съобразно чл. 3, т. 3 от същия, възложителят - ответникът по делото е поел задължение да заплаща определените съгласно НРД за медицинските дейности за 2017 година и цени на извършената и отчетена болнична медицинска помощ, а изпълнителят - ищецът е поел задължение да оказва БМП по вид, обем и сложност, съответстващи на договорените, като спазва установените в приложение № 18 "Амбулаторни процедури" от НРД за медицинските дейности за 2017 година изисквания и правила за провеждане на диагностика и клинично лечение и диспансеризация на заболяванията,

както и регистриране на извършените дейности, включени в АПр, а също така и да предоставя задължително изискваната от НЗОК отчетна документация в срокове, структура и формат, определена в НРД за медицинските дейности за 2017 година, ЗСч, както и в съответствие със здравните индикатори от МЗ. Той също така е поел задължение, намерило регламентация в чл. 35 от договора, да отчита ежедневно по електронен път, в утвърден от НЗОК формат оказаната за денонощие дейност, включена в предмета на договора, като отчитането става най-късно до 17.00 часа на първия работен ден, следващ отчетния. В чл. 47, ал. 1 е вменено задължение за възложителя да заплаща ежемесечно договорената, извършена и отчетена дейност по чл. 1, ал. 1 след проверка на документите по чл. 36. Ограничения във връзка със заплащането на работата са установени с нормите на чл. 35, ал. 12, т. 7, чл. 37 - чл. 41, чл. 47, ал. 2, т. 1 от договора, съобразно които, не може да се отчита с финансово-отчетни документи дейност на стойност, надвишаваща договорените стойности, които не подлежат на заплащане. Действащите към датата на сключване на процесното допълнително споразумение законови разпоредби са намерили смислово отражение в клаузите към разглеждания договор за оказване от негова страна на болнична помощ по клинични пътеки, касаещ раздел VI "Условията и сроковете за заплащане на дейностите в болничната медицинска помощ" от договора.

При съобразяване на изложените от страните в процеса защитни тези се налага извода, че реалното извършване на дейността, чието заплащане се претендира в настоящия процес от страна на ищеца по съответните клинични пътеки и амбулаторни процедури е обстоятелство, което не е спорно, а и е установено от доказателствения материал. Не е спорно също така, че със стойността на тази дейност е надвишен от страна на лечебното заведение-ищеца определения му за медицински дейности за съответните процесни месеци лимит.

Спорно е между страните дължи ли се на ищеца от ответника стойността на тази надлимитна дейност по чл. 59, ал. 1 ЗЗО или не, както и наличието или липсата на основание НЗОК да налага лимити при заплащането на така извършената от изпълнителя дейност, когато е в обхвата на предвидената в договора помощ в случаите, когато стойността надхвърля определената за съответното болнично заведение бюджетна рамка.



Съдът е сезиран с иск за реално изпълнение на задължение на НЗОК по договори за оказване на болнична помощ по клинични пътеки и амбулаторни процедури. Действително, задължение на НЗОК е да заплаща извършването на определените с договорите дейности, отчетени по съответния ред, но в рамките на предварително определените стойности по реда на приложимите към всеки от тях национални рамкови договори, методики и правила, с които се определят обемите и цените на медицинската помощ за съответния период.

В допълнителната искова молба ищецът е направил възражение за нищожност на клаузите по процесните договори, предвиждащи уговорката, че възложителят се задължава да изплаща на изпълнителя само извършената и отчетена дейност в рамките на стойностите, посочени в приложение № 2 към договорите. Твърди се, че това води до ограничение на правото на изпълнителя да се отчита за дейности, надвишаващи предвидените медечни стойности.

Съдът намира, че налагащите ограничения разпоредби на договорите са нищожни като противоречащи на чл. 35 от Закона за здравното осигуряване, на основание чл. 26, ал. 1, предл. 1-во 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 и амбулаторни процедури няма уговорени лимити в цитираната норма на закона. След като е сключен договор между болница и Здравната каса, то последната дължи заплащане на всички дейности по уговорените клинични пътеки и дейности. Тези разпоредби са в противоречие с духа и целта на ЗЗО, респективно с основните разпоредби на сключения между страните договор.

При тълкуването на договорите, съгласно чл. 20 от ЗЗД 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 договорите между страните е уговорено, че ищцовата страна е длъжна да осигури на здравноосигурените лица непрекъснатост на

болничната помощ по клинични пътеки и амбулаторни процедури. Необходимостта от болнична помощ за конкретните времеви периоди е в зависимост от трети лица и тяхното здравно състояние и поведението на изпълнителя на договора е поставено в зависимост именно от необходимостта от лечение на здравноосигурените лица в точно определен отрязък от време - състояние, което е непрогнозируемо и не може отнапред да бъде обвързано от конкретен лимит. Следва да се отбележи, че в чл. 5 от ЗЗО са уредени основните принципи на задължителното здравно осигуряване, между които е и свободен избор от осигурените на изпълнители на медицинска помощ, а в случаите, когато се касае за спешна медицинска помощ е безспорно, че осигуреният има право да я получи там, където възниква конкретната нужда от такава. 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 ЗОЛ 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 възлага на изпълнителя по сключените договори да осъществява своите дейности така, че да гарантира предвидените в закона права на осигурените лица и съответно предвидените в договора клаузи от сключените между страните договори, по силата на които НЗОК заплаща само фактури, чиято месечна стойност не надвишава утвърдения болничен бюджет, определен от ЗБНЗОК за съответната година, е в противоречие с духа на посочените разпоредби на ЗЗО, тъй като в самия закон не е предвидена възможност НЗОК да откаже да плати на това основание.

Поради гореизложеното съдът намира за основателно възражението за нищожност на посочените от ищеца клаузи, което следва да бъде уважено. От горното следва, че последните не са обвързали страните и не са породили правно действие.

Съдът намира, че 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 него дейности. Напротив, в същите изрично е въведено изискване ищецът в качеството му на изпълнител постоянно да осигурява договорената болнична медицинска помощ на здравноосигурените лица, както и да разполага по всяко време на изпълнение на договора с медицински специалисти със съответната квалификация, необходима за изпълнението на договора, а също така да осигурява непрекъснато 24 - часово изпълнение на лечебната дейност. От друга страна, ищцовата страна изрично се е задължила да не изисква заплащане или доплащане от здравноосигурените лица 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.

Необходимо е да се посочи и това, че опазването здравето на гражданите като състояние на пълно физическо, психическо и социално благополучие е национален приоритет, което се гарантира от държавата чрез прилагане на редица принципи, между които и осигуряване на качествена здравна помощ, като в процесния случай ищцовото дружество при извършване на възложените му дейности е изхождало именно от този принцип в съответствие с критериите за добра клинична практика.

Предвид изложеното съдържание на сключените договори, следва да се направи извод, че извършените над определения лимит дейности са осъществени от лечебното заведение по повод и във връзка с изпълнение на неговите задължения по договорите. За това, лечебното заведение се явява изправна страна по същите и следва да бъде възмездено за извършената престация, предмет на исковата претенция. В допълнение, следва да се посочи, че направеното възражение от страна на ответника, с което е обоснована твърдяната неоснователност на претенцията - надвишаването на лимита с извършените дейности, е в противоречие с целите, респективно, с предмета на сключения между страните договор.

От значение е и обстоятелството, че 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. От друга страна, за ищеца не съществува възможност да откаже болнична помощ на пациент, както и не може да спре да изпълнява поетите свои

задължения за осигуряване на 24-часово непрекъснато изпълнение на медицинска помощ при спешни състояния. Следва да се отбележи и обстоятелството, че лимита, наложен от страна на възложителя е в зависимост от здравното състояние на трети за сключения договор лица, а то не може да бъде контролирано и не може плащането на изпълнени от страна на изпълнителя задължения да е поставено в зависимост от обстоятелства, над които изпълнителят по договора няма власт и не може да контролира. 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 и амбулаторни процедури/.

Изпълнителят не би могъл да откаже приемането на конкретен пациент, предвид обстоятелството, че държавата гарантира предвидените права на лицата, които са задължително осигурени, а те имат право на основание чл. 35, ал. 1 от ЗЗО да получават медицинска помощ в обхвата на пакета от здравни дейности, гарантирани от бюджета на НЗОК, да избират лекар от лечебно заведение за първична медицинска помощ, сключило договор с РЗОК и на спешна помощ, там където попаднат и следва изрично да се спазва изведения в чл. 5 от ЗЗО принцип, че здравноосигурените лица имат право на свободен избор на изпълнители на медицинска помощ.

Съдът намира, че следва да се извърши плащане на извършените надлимитни дейности и поради това, че в договорите не е предвидена възможност, след изчерпване на предварително определените стойности лечебното заведение да прекрати извършването на възложените му дейности или извършените дейности, надвишаващи поставените лимити да остават за сметка на лечебното заведение.

Ищецът като изпълнител на медицинска помощ оказва такава на здравноосигурените лица своевременно и съобразно техните нужди, а не когато има достатъчен бюджет за изпълнение на задълженията си. Лишаването на лечебното заведение от възможността да оказва своевременно медицинска помощ на тези лица, какъвто би бил резултатът от незаплатената надлимитна медицинска помощ влиза в противоречие с правото на живот на пациента, прогласено в чл. 28 от Конституцията.

При така изложеното по-горе съдът намира, че исковата претенция е основателна и като такова следва да бъде уважена.

Предвид основателността на предявения иск, съдът следва да разгледа възражението за давност направено от ответника.

За претендираните вземания за месец април 2017 г. ответникът е направил възражение за изтекла тригодишна давност по чл.111, б. „в“ от ЗЗД. В случая се твърди, че вземанията на ищеца, респ. задълженията на ответника са с характер на периодични плащания, тъй като произтичат от един и същи факт - сключени договори №241104/26.05.2017г. №241860/26.05.2017г. и отговарят на останалите критерии, посочени в ТР № 3 от 18.05.2012г. на ОСГК на ВКС, тъй като цените на медицинските дейности по клинични пътеки и амбулаторни процедури са предварително определени в договора и крайният размер на задължението зависи само от обема на извършената дейност. Навежда обстоятелството, че исковата молба за вземания за месец април 2017г. е подадена пред Окръжен съд - Стара Загора след изтичане на тригодишната погасителна давност.

Съдът, споделяйки актуалната практика на Върховния касационен съд /Решение № 152 от 2.02.2021 г. на ВКС по т. д. № 385/2020 г., II т. о., ТК/ намира, че вземането на ищцовата болница за извършената надлимитна болнична дейност, стойността за която е предмет на предявения осъдителен иск по чл. 79, ал. 1 ЗЗД, във вр. с чл. 59, ал. 1 ЗЗО, 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. Понятието "периодични плащания" по смисъла на чл. 111, б. "в" ЗЗД не е легално дефинирано.

Съдържанието на понятието „периодични плащания“ и недовите основни белези са предмет на подробни разяснения в казуалната съдебна практика и последвалото я Тълкувателно решение № 3 от 18.05.2012 г., по т. д. № 3/2011 г. на ОСГТК на ВКС, според задължителните постановки на което "периодични плащания" по см. на чл. 111, б. "в" ЗЗД са всички онези плащания, които нямат еднократен характер и не се изчерпват в едно единствено предаване на пари или заместими вещи. При тях задължението е

за трайни изпълнения, като длъжникът престира повече от един път в продължение на определен срок и това му задължение е за повтарящо се изпълнение. Характерен признак на така осъществяваното плащане е неговата периодичност, без оглед на начина, по който е определено изтичането на интервала от време, който го прави изискуемо – годишен, месечен, седмичен или дневен. Изрично е разяснено в мотивите на цитираното ТР, че тези множество престации имат единен правопораждащ факт, а падежът им настъпва периодично, без да е необходимо периодите да са равни, а плащанията - еднакви. Еднаквостта или различието в размера на задължението за плащане нямат отношение към характеристиката му на периодично, въпреки, че е необходимо същият да е изначално определен или поне определяем. Що се касае до изискуемостта, забавата и давността за всяка престация - самостоятелно задължение от единен правопораждащ факт, всяка от тях настъпва поотделно, но отличителната разлика на периодичните плащания винаги е предварително определеният и известен на страните момент, в който повтарящото се задължение за плащане трябва да бъде изпълнено. Затова и в обобщение е подчертано, че повтарящите се задължения са периодични само тогава, когато падежът е предварително определен, но не и в хипотезите, когато те случайно са се оказали изискуеми през определени периоди.

Именно поради това, 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 белезите, които в своето единство, според разясненията в задължителното за съдилищата в страната ТР № 3 от 18.05.2012 г., по т.д.№3/2011 г. на ОСГТК на ВКС характеризират "периодичните плащания".

Поради горното, съдът следва да остави без уважение направеното от ответника възражение за изтекла погасителна давност по отношение на главницата.

По иска с правно основание чл. 86, ал. 1 от ЗЗД за заплащане на сумата от 51 451лв. представляваща обезщетение по чл. 86 ЗЗД за забавено плащане за периода от 31.05.2017 г. до датата, предхождаща датата на подаването на исковата молба.

Съгласно чл. 35 от процесния договор, плащанията на изпълнителя е следвало да се извършват чрез РЗОК до 30-о число на месеца, следващ отчетния. Това по същество представлява определен ден за изпълнение на задължението, като след изтичането му длъжникът изпада в забава – чл. 84, ал. 1 от ЗЗД.

Съгласно разпоредбата на [чл. 111, б. "в" от ЗЗД](#), процесните вземания за лихви се погасяват с кратката 3 - годишна давност, като погасени следва да се считат онези от тях, които са извън тригодишния период преди датата на исковата молба.

В настоящия случай исковата молба е подадена на 06.08.2020г., поради което вземанията за лихви за периода от 31.05.2017г. до 05.08.2020г. са погасени по давност.

С оглед изложеното, ответникът следва да заплати на ищеца лихва за забава за извършените медицински дейности за месец април 2017 г., за периода 06.08.2017 г. до деня предхождащ подаването на исковата молба 05.08.2020 г., която след служебно изчисление върху главницата от 158 265лв. съдът определя в размер на 48 491, 22 лв.

Предвид гореизложеното съдът намира, че Националната здравноосигурителна каса следва да заплати на „МБАЛ ТРАКИЯ“ ЕООД сумата от 159 265 лв., представляваща стойността на извършена през месец април 2017г. болнична помощ по клинични пътеки по Договор № 241104/26.05.2017г. за оказване на болнична помощ по КП и вложени за лечението на здравноосигурени пациенти медицински изделия, подлежащи на заплащане извън стойността на КП и стойността на изпълнени амбулаторни

процедури по Договор № 241860/06.05.2017г. за извършване на амбулаторни процедури, ведно със законната лихва върху сумата от датата на подаване на исковата молба – 06.08.2020г. до окончателното ѝ заплащане, за което искът е изцяло основателен.

Така мотивиран, съдът намира, че Националната здравноосигурителна каса следва да заплати на „МБАЛ ТРАКИЯ“ ЕООД сумата от 48 491, 22 лв., представляваща обезщетение по чл. 86 ЗЗД за забавено плащане на главницата от 159 265 лв, за периода от 06.08.2017 г. до датата, предхождаща датата на подаването на исковата молба 05.08.2020 г., като над сумата от 48 491, 22 лв. до претендирания размер от 51 451лв. и за периода от от 31.05.2017г. до 05.08.2020г. искът следва да бъде отхвърлен като погасен по давност.

По отговорността за разноските:

С оглед изхода на делото Националната здравноосигурителна каса следва да заплати на „МБАЛ ТРАКИЯ“ ЕООД направените разноски в настоящото производство в размер на 8 606,02 лв., съразмерно с уважената част от исковите.

Съдът на основание чл. 25, ал. 1 от Наредбата за заплащане на правната помощ определя на Националната здравноосигурителна каса юрисконсултско възнаграждение в размер на 300 лв.

С оглед изхода на делото „МБАЛ ТРАКИЯ“ ЕООД следва да заплати на Националната здравноосигурителна каса направените разноски в настоящото производство в размер на 4,21лв. съразмерно с отхвърлената част от исковите.

Водим от горните мотиви, съдът

## **РЕШИ:**

ОСЪЖДА НАЦИОНАЛНА ЗДРАВНО ОСИГУРИТЕЛНА КАСА с Булстат 121858220, със седалище и адрес на управление: гр.София, ул. „Кричим” № 1 да заплати на „МБАЛ Тракия” ЕООД с ЕИК 123764037, със



седалище и адрес на управление: гр. Стара Загора, бул. „Св. Патриарх Евтимий“ № 84 сумата от 159 265 лв., представляваща стойността на извършена през месец април 2017г. болнична помощ по клинични пътеки по Договор № 241104/26.05.2017г. за оказване на болнична помощ по КП и вложени за лечението на здравноосигурени пациенти медицински изделия, подлежащи на заплащане извън стойността на КП и стойността на изпълнени амбулаторни процедури по Договор № 241860/06.05.2017г. за извършване на амбулаторни процедури, ведно със законната лихва върху сумата от датата на подаване на исковата молба – 06.08.2020г. до окончателното ѝ заплащане.

ОСЪЖДА НАЦИОНАЛНА ЗДРАВНО ОСИГУРИТЕЛНА КАСА с Булстат 121858220, със седалище и адрес на управление: гр.София, ул. „Кричим“ № 1 да заплати на „МБАЛ Тракия“ ЕООД с ЕИК 123764037, със седалище и адрес на управление: гр. Стара Загора, бул. „Св. Патриарх Евтимий“ № 84 сумата от 48 491, 22 лв., представляваща обезщетение по чл. 86 ЗЗД за забавено плащане на главницата от 159 265 лв, за периода от 06.08.2017 г. до датата, предхождаща датата на подаването на исковата молба 05.08.2020 г., като над сумата от 48 491, 22 лв. до претендирания размер от 51 451лв. и за периода от от 31.05.2017г. до 05.08.2020г. искът следва да бъде отхвърлен като ПОГАСЕН ПО ДАВНОСТ.

ОСЪЖДА НАЦИОНАЛНА ЗДРАВНО ОСИГУРИТЕЛНА КАСА с Булстат 121858220, със седалище и адрес на управление: гр.София, ул. „Кричим“ № 1 да заплати на „МБАЛ Тракия“ ЕООД с ЕИК 123764037, със седалище и адрес на управление: гр. Стара Загора, бул. „Св. Патриарх Евтимий“ № 84 направените разноски в настоящото производство в размер на 8 606,02 лв. съразмерно с уважената част от исковите.

ОСЪЖДА „МБАЛ Тракия“ ЕООД с ЕИК 123764037, със седалище и адрес на управление: гр. Стара Загора, бул. „Св. Патриарх Евтимий“ № 84 да заплати на НАЦИОНАЛНА ЗДРАВНО ОСИГУРИТЕЛНА КАСА с Булстат 121858220, със седалище и адрес на управление: гр.София, ул. „Кричим“ № 1 направените разноски в настоящото производство в размер на 4,21лв. съразмерно с отхвърлената част от исковите.

РЕШЕНИЕТО подлежи на обжалване в двуседмичен срок от

връчването му на страните пред Пловдивския апелативен съд.

**Съдия при Окръжен съд – Стара Загора:** \_\_\_\_\_