

РЕШЕНИЕ

№ 146

гр. Пловдив, 20.04.2023 г.

В ИМЕТО НА НАРОДА

ОКРЪЖЕН СЪД – ПЛОВДИВ, XIX СЪСТАВ, в публично заседание на двадесет и девети март през две хиляди двадесет и трета година в следния състав:

Председател: Галя Г. Костадинова

при участието на секретаря Мая В. Крушева
като разгледа докладваното от Галя Г. Костадинова Търговско дело № 20225300900144 по описа за 2022 година

Предявени са искове по чл.79 ал.1 от ЗЗД във вр. с чл.59 ал.1 ЗЗО и чл.86 от ЗЗД.

Ищецът „ МБАЛ ПАРК ХОСПИТАЛ“ ЕООД ЕИК 202628753 с. Браниполе, област Пловдив, иска осъждане на НЗОК гр. София ЕИК 121858220 да плати 45 604лв., представляваща стойност на оказана, но незаплатени медицинска помощ на здравноосигурени лица за месец декември 2018г. по силата на сключените между страните Договор № 164277 от 01.06.2018г. за оказване на болнична медицинска помощ по клинични пътеки и Договор № 164758 от 01.06.2018г. за извършване на амбулаторни процедури, и двата в сила от 01.04.2018г., и сумата от 13 885лв., представляваща обезщетение за забавено плащане на главницата в размер на законната лихва върху същата от 11.03.2019г. до сезиране на съда 11.03.2022г., както и законна лихва върху главницата от сезиране на съда до изплащане на сумата.

Ангажира доказателства, претендира разноски, представя справка по чл.80 от ГПК.

Ответникът НЗОК гр. София ЕИК 121858220 не признава исковите и моли да бъдат отхвърлени.

Ангажира доказателства, претендира разноски, представя справка по чл.80 от ГПК.

Становищата на страните са изложени в доклада по делото.

Съдът, след преценка на ангажираните по делото доказателства,

поотделно и в тяхната съвкупност, и като взе предвид въведените доводи и възражения, приема за установено следното:

Между страните липсва спор за фактите. Ищецът е лечебно заведение по чл.9 ал.1 от ЗЛД, осъществяващо болнична помощ, съгласно Разрешение № МБ – 391 от 31.10.2017г. на министъра на здравеопазването, и Регистрационен № 1626211048 от 18.04.2016г. от регистъра на лечебни заведения в МЗ.

На 01.06.2018г. между ищеца като изпълнител и ответника, действащ чрез Дикертора на РЗОК – гр. Пловдив, като възложител, са сключени два договора: под № 164277 за оказване на болнична помощ по клинични пътеки, и под № 164758 за извършване на амбулаторни процедури. Договорите са в изпълнение на НРДМД за 2018г., поради което и на основание чл.55 ал.1 от ЗЗО влизат в сила от 1 април на 2018г. Съгласно чл.1 от съответния договор, ищецът се е задължил да оказва на здравноосигурените лица през 2018г. медицинска помощ по клинични пътеки, посочени в приложение „КП“ на НРДМД за 2018г., изброени в договора, и медицинска дейност по приложение № 18а – Амбулаторни процедури, на НРДМД 2018г., също изброени в договора. Ищецът като изпълнител с чл.1 ал.3 се е задължил да осъществява дейността според изискванията на ЗЛЗ, ЗЗ, ЗЗО, ЗБНЗОК за 2018г., подзаконовите нормативни актове по прилагането им, Кодекса на професионална етика, НРЗМД за 2018г., а ответникът с чл.1 ал.2 като възложител се е задължил да заплаща дейността по правилата на глава 19, раздел шести, осми и девети от НРЗМД за 2018г.

В договора не е посочена стойност, до чийто размер ищецът е поел задължение да предоставя БМП и АП на трети за правоотношението лица /ЗОЛ/, респективно до чийто размер ответникът се е задължил да заплаща извършените от ищеца БМП и АП на ЗОЛ.

С чл.19 ответникът като възложител е посочил, че закупува и плаща на ищеца – изпълнител договорените по чл.1 ал.1, извършена и отчетена медицинска помощ по изчерпателно изброени клинични пътеки, както и вложените при изпълнението им медицински изделия по списък, лекарствени продукти за лечение на онкологични заболявания по чл.322 НРДМД за 2018г., като плащането е за здравноосигурено лице, хоспитализирано след влизане на договора в сила. С чл.20 са посочени единичните цените на клиничните пътеки по НРДМД за 2018г., които според ал.2 подлежат на корекция. Аналогични норми се съдържат и във втория договор.

В чл.25 от първия договор са изброени условията, при наличие на които ответникът – възложител плаща на ищеца – изпълнител за случай по КП и тези условия са седем: отчетената КП да е включена в предмета на договора и да е изпълнена с посочените по договора специалисти; да е предоставено на ЗОЛ с непрекъснати права към датата на хоспитализирани или с възстановени платени такива; спазени правила на диагностично – лечебен алгоритъм и хоспитализация по съответната КП; реализирани задължения към пациента;

дейността е отчетена при условията и по реда на на НРДМД 2018г. и договора; предоставени лични данни на пациента; предоставената БП е съобразно заявената по договора леглова база.

Аналогични по смисъл са нормите на чл.26 и чл.30 от втория договор.

И в двата договора е предвидено ежедневно подаване на информация за оказаната за денонощието дейност чрез файлове по електронен път в утвърдени от НЗОК формати чрез интернет портала на НЗОК или чрез уеб услуга, както и съдържанието на тази информация, където по аналогичен начин е договорено, че изпълнителят отчита с финансово – отчетни документи дейността на стойност, в рамките или под равнището на месечната стойност за този вид дейност.

При тези правила, съгласно чл.38, съответно чл.42, е указано, че потвърдените за плащане от ответника дейности и медицински изделия в седмичните известия са в рамките на стойностите за съответния месец в Приложение № 2 към всеки договор, като възложителят посочва дейностите и медицинските изделия, отхвърлени поради надвишаване на стойностите на съответния месец в Приложение № 2 към договора. Налице е клауза, според която изпълнителят не може да предявява за закупуване от възложителя дейности и медицински изделия, отхвърлени от заплащане поради надвишаване на стойностите за съответния месец в Приложение № 2 към договора.

Съгласно чл.39, съответно чл.43, стойностите на отхвърлените за заплащане случаи при извършения контрол преди плащането не могат да се прехвърлят за следващия период на дейност, като възложителят може да внесе мотивирано предложение до Надзорния съвет на НЗОК за коригиране на определените стойности в Приложение № 2 по договорите с изпълнителя на основание получено от изпълнителя мотивирано предложение, водещо до промяна на определените стойности в края на периода при наличие на неусвоени средства на ниво РЗОК. От своя страна Надзорният съвет на НЗОК утвърждава корекции по стойностите на разходите за болнична медицинска помощ на РЗОК в съответствие с параметрите на средствата по бюджета на НЗОК за здравноосигурителни плащания за болнична медицинска помощ на национално ниво – чл.40, съответно чл.44 от договорите. В случай, че възложителят не заплати на изпълнителя извършената и отчетена дейност по КП в сроковете, определени в НРДМД за 2018г. и настоящия договор, възложителят дължи на изпълнителя законна лихва за забава за просроченото време – чл.41 ал.1, съответно чл.45 ал.1. Изрично с чл.41 ал.2, съответно чл.45 ал.2, е указано, че този ред не се прилага в случай на недостиг на бюджетни средства на НЗОК.

Съгласно чл.46/чл.50 плащания на изпълнителя се извършва чрез РЗОК до 25 – то число на месеца, следващ отчетния.

За декември 2018г. по Приложение № 2 към първия договор за дейности

за МП посочената сума е 72 079. С Допълнително споразумение № 1 от 07.06.2018г. тя не е променена; с ДП № 18 от 21.11.2018г. сумата за декември 2018г. става 87 490; с ДП № 19 от 04.12.2018г. се предвиждат 257 056 за лекарствени продукти за лечение на злокачествени заболявания в условията на БМП, наред с 87 490 за дейности; с ДП № 20 от 20.12.2018г. сумата за дейности за декември 2018г. става 86 321; с ДП № 21 от 20.12.2018г. тя се увеличава на 92 079.

Със Заповед № РД – 13 – 1012 от 13.08.2020г. на Директора на РЗОК – Пловдив е наредена проверка на ищеца като изпълнител на МП за оказана болнична медицинска помощ по КП и АП и по изпълнение на всички договори, действащи между лечебното заведение и НЗОК, за периода от 2015г. до 2019г. включително за всички години, между които и 2018г. За резултата от проверката е изготвен Протокол № 105 от 14.08.2020г., с който не са констатирани нарушения, с изключение на три истории за заболявания за 2018г., които са от януари, март и септември, т.е. не са за исковия период декември 2018г.

Следващата възложена проверка със заповед от 20.08.2020г., изменена със заповед от 02.09.2020г., не включва процесния договор, защото е до 01.04.2018г.

Ищецът аргументира тезата си в исковата молба за дължимост и възможност за плащане на търсената сума със сключените от него с НЗОК четири споразумения на 04.11.2020г. /две/ и на 13.10.2021г. /две/ за изплащане на отчетена, но незаплатена дейност, преминала успешно през логистичен контрол в информационната система на НЗОК през 2015г., през 2016г., през 2017г. и до 01.04.2018г.

От изслушаното заключение по ССЧЕ на в.л. Т. Б., изготвено въз основа материалите по делото и запознаване с документите при ищеца, дадено обективно, компетентно и безпристрастно, неоспорено от страните, което съдът кредитира, се доказва, че за декември 2018г. ищецът има 324 броя пациенти, от които 188 са приети в отделението Медицинска онкология. От останалите 136 пациента по спешност са приети 103 пациента.

Лимитът за декември 2018г. на ищеца е 201 306лв.

За този месец общо отчетена сума за извършен дейност е 246 910лв., от които 230 320лв. са за болнична медицинска помощ и 16 590лв. са за амбулаторни процедури. НЗОК е одобрила за плащане 191 336лв., от които за болнична помощ са 175 010лв. по ф. № 1498 от 10.01.2019г. с плащане на 28.01.2019г., и 16 326лв. за амбулаторни процедури по ф. № 1499 от 10.01.2019г. с получено плащане на 28.01.2019г.

Допълнително срещу фактура № 1503 от 23.01.2019г. са платени 9 970лв. чрез механизъм на намаляване на 5 % от установените стойности за следващ период от утвърдените месечни стойности.

Или получено плащане от НЗОК общо е в размер на 201 306лв., колкото

е месечния лимит, съгласно ДП № 23 от 20.02.2019г., за което между страните няма спор. Неплатената разлика е 45 604лв.

Претендираната надлимитна дейност е отчетена в информационната система на НЗОК като е отхвърлена за плащане заради стойност над лимита с отразен код 1. Проверката на вещото лице Б. на представената от ищеца и претендирана за плащане сума по справка за вид дейности от една страна и стойността на КП и АП по договорите от друга е установила, че няма разлики в стойността, т.е. изчисленията на ищеца за стойността на надлимитните дейности отговарят на договорената цена за тях. Надлимитните дейности, претендирани за плащане по делото, са предоставени на пациенти със здравноосигурителни права и по двата договора.

За исковите суми ищецът не е издал фактура, но дейностите по тях са надлежно осчетоводени като извършен разход от болницата.

При тези данни исковите са доказани по основание и размер и следва да се уважат.

Сключеният между страните договор е по чл.59 ал.1 от ЗЗО, приложима е редакцията на ДВ бр.98/2015г., в сила от 01.01.2016г., от една страна, а от друга по чл.21 от ЗЗД – договор в полза на трето лице /ЗОЛ/.

Според нормата договорите за оказване на медицинска помощ се сключват между директора на РЗОК и изпълнителите на медицинска помощ в съответствие с НРД, с решенията по чл.54 ал.9 и с този закон, като не могат да бъдат сключени при условия, по – неизгодни от приетите с НРД /чл.59 ал.2 ЗЗО/.

Договорите са в полза на трети лица, защото здравноосигурените лица, на които се предоставя БМП по КП и АП, не са страни по тези договор, но те са ползватели на услугите, които медицинското заведение се задължава да изпълнява при условията и стойностите на НРДМД 2018г., а НЗОК се задължава да заплаща.

Според чл.55 от ЗЗО, в редакцията на ДВ бр.98/016г., в сила от 01.01.2017г., НРД влиза в сила от 1 април на съответната календарна година с посочено в ал.2 съдържание, като с него, съгласно ал.3 т.2, не могат да се установяват изисквания за условия, възпрепятстващи свободния избор от осигурения на изпълнители на медицинска помощ, сключили договор с РЗОК. След като договорите с изпълнители на медицинска дейност се сключва от НЗОК въз основа подписания НРД за дадена година и чл.59 от ЗЗО императивно сочи, че в тези индивидуални договори не могат да се уговорят условия, по – неблагоприятни от постигнатите в НРД, се налага извода, че индивидуалните договори на НЗОК с конкретни изпълнители на медицинска дейност – в случая болница, не може да съдържа клаузи, които обективно да доведат до ограничаване правото на избор на ЗОЛ на изпълнители на МП.

Според чл.55а от ЗЗО, НЗОК планира, договаря и закупува за

здравноосигурените лица отделни видове медицинска помощ по чл.45 от ЗЗО в рамките на обемите, договорени в НРД, и в съответствие с бюджета на НЗОК за съответната година. Изводът от това правило е, че финансовата рамка и обем на медицинската дейност, която ЗОЛ могат да ползват, е посочена в съответния НРД, а не в индивидуалните договори, сключени в негово изпълнение между НЗОК и болниците в случая.

Следователно с договорите по чл.59 от ЗЗО НЗОК не може да се въвеждат ограничения, каквито НРД не е предвидил, нито ограничаване правото на избор на ЗОЛ на изпълнители на медицинската помощ. Съдържанието на двата договора, сключени между страните, е в съответствие с чл.59 и чл.55 от ЗЗО, с изключение на нормите на чл.39/чл.42, както и на Приложение № 2, които нарушават чл.59 ал.2 във вр. с чл.55 ал.3 т.2 от ЗЗО, защото чрез въведеното право на отказ на възложителя да плати отхвърлените месечни надлимитни дейности само на това основание – че предоставените медицински дейности на здравноосигурени лица са над месечния лимит по договора, обективно се въвежда ограничаване на свободния избор на ЗОЛ на изпълнител на медицинска дейност, тъй като при достигане на месечния лимит би следвало избраното от ЗОЛ болнично заведение да откаже прием, което не може да направи, защото законът го задължава да предостави медицинска помощ на здравноосигурено лице, след като има договор за това с НЗОК.

От друга страна въвеждането на месечен лимит на МД по КП и АП за здравноосигурени пациенти и достигането им като абсолютно основание за отказ за плащане по договора не е предвидено както в действащата нормативна уредба, така и в сключените между страните договори и тяхното смислово съдържание, с оглед тълкуването на клаузите му поотделно и в тяхната съвкупност, съгласно чл.20а от ЗЗД, в резултат на което е налице превратно тълкуване на договорните клаузи и оттук основание за отказ.

По делото няма спор, че ищецът е предоставил медицинска болнична помощ и амбулаторни процедури по договорените с ответника клинични пътеки и амбулаторни процедури само на здравноосигурени лица за декември 2018г. на стойност 45 604лв. Тази дейност е надлежно отчетена в ежедневните електронни формуляри към НЗОК, проверена е като отговаряща на изискванията на чл.25 от договора и оттук подлежаща на плащане, защото е предоставена съобразно договорните и нормативните изисквания за болнична помощ по съответната КП, но е „отхвърлена“ и плащане е отказано, защото стойността е над месечно уговорения в Приложение № 2 лимит. Условието за плащане на предоставената от изпълнителя услуга са в чл.25 от сключения договор и между тях не е предвидено достигане на месечен лимит на услугите. От друга страна чл.39 ал.3 и чл.40 ал.1 от договорите казват, че при наличие на надлимитно предоставени услуги, е възможно внасяне от възложителя на мотивирано предложение до неговия надзорен съвет за промяна на стойностите при наличие на неусвоени суми като надзорният

съвет утвърждава корекции на стойностите за разходи за БПМ. Това разрешение съответства на чл.55а от ЗЗО, според който на ЗОЛ се предоставя МП в рамките на бюджета на НЗОК за съответната година. С оглед именно на тази норма чл.41 ал.2 от договора указва, че само при недостиг на бюджета не се прилага механизъм за коригиране на стойностите на разходите. По делото ответникът не въвежда в спора защитно възражение за изчерпване на бюджета на НЗОК за 2018г. по смисъла на чл.41 ал.2 от договора, нито по делото има данни за тези хипотези. Поради това съдът приема, че за декември 2018г. ищецът не е изправен пред изключенията на чл.41 ал.2 от договора за компенсирането му.

При прочита на договора и неговото тълкуване съобразно нормативната база на ЗЗО, не може да се извлече и приеме, че ищецът като болнично заведение е сключил процесния договор при поет от него риск да предоставя болнична помощ на ЗОЛ, която да е за негова сметка тогава, когато надхвърли месечния лимит, но ЗОЛ продължават да го избират като изпълнител на БМП. Липсва и законова позитивна норма и законово въведен механизъм, указващи на ЗОЛ, че са длъжни да платят на болницата ползваната медицинска услуга, независимо, че са осигурени за нея, когато медицинското заведение е изчерпало лимита си по договора със НЗОК, след което да претендират възстановяване на плащането от НЗОК, само при наличието на което би била логична поддържаната от ответника теза.

Въведената финансова рамка с Приложение № 2 за месечни лимити не е материално – правно основание по договора да не се платят надлимитните дейности, които са предоставени и изпълнени съобразно чл.25 от договора на ЗОЛ, и не може да се тълкува като договорно основание да не се плати предоставената на ЗОЛ услуга, защото възприемане на противното становище означава, че се нарушава възмездността и еквивалентността на престациите, без наличие за това на юридическо основание. А всяко такова нарушение при двустранните възмездни договори, какъвто е сключения между страните, ако не е законово оправдано, би обосновало нищожността му. Тъй като с чл.38 от договора се създават предпоставки за такова нарушение, дало основание да се откаже плащане на тук претендираните услуги, за това съдът приема тази клауза като нищожна – противоречи на чл.55 ал.3 т.2 във вр. с чл.59 ал.2 ЗЗО, и съгласно чл.26 ал.4 от ЗЗД договорът следва да се прилага без нея.

Съдът не споделя тълкуването, дадено от ответника, че всеки индивидуално сключен с медицинско заведение договор е на определена стойност и тя не може да бъде надхвърлена, съответно, че медицинското заведение не може „да продаде“ на НЗОК и за това тя не е длъжна да „закупи“ по стойност повече от уговорения лимит, защото това тълкуване не отчита правоотношението между ползвателя на медицински услуги – здравноосигуреното лице, и НЗОК. Ползвател на пакетите по КП за БМП е ЗОЛ и от неговия избор на изпълнител се определя на кого НЗОК трябва да плати. Задължението на НЗОК да плати ползвания от ЗОЛ пакет по КП/АП

произтича от осигурителното правоотношение по задължително здравно осигуряване между НЗОК и ЗОЛ като насрещна престация на НЗОК срещу месечната вноска за здравно осигуряване на ЗОЛ. Поради това рискът от обема и стойността на медицинските услуги, които ще се ползват за бюджетна/календарна година от ЗОЛ, се носи от НЗОК, а не от изпълнителя на медицинската дейност. От друга страна, прочитът на клаузите на договора ясно сочи, че липсва писмена уговорка за сключване на договора до определена стойност. Препращането към сумите по Приложение № 2 е чрез клаузите, уреждащи плащането на отчетени дейности. Ноторно известно е, че при сключване на всеки един договор, ако той е за ограничен обем услуги на определена стойност, това се посочва изрично във волеизявленията на страните при поемане на насрещните задължения. От договора се вижда, че конкретни единични стойности има за уговорените КП/АП, но не и общ брой на КП/АП и тяхната обща стойност.

Следва да се съобрази и трайно установената по чл.290 от ГПК съдебна практика на ВКС по тълкуване на сключените договори по чл.59 от ЗЗО, изразена в Решение № 141 от 21.09.2021 г. на ВКС по т. д. № 2586-2019 г., I т. о., ТК, докладчик съдията Вероника Николова, Решение № 47 от 19.04.2022 г. на ВКС по т. д. № 418-2021 г., II т. о., ТК, докладчик съдията Иванка Ангелова, Решение № 36 от 15.08.2022 г. на ВКС по т. д. № 2521-2020 г., I т. о., ТК, докладчик съдията Десислава Добрева, и Решение № 50173 от 16.12.2022 г. на ВКС по т. д. № 419-2022 г., I т. о., ТК, докладчик съдията Елена Арнауčkова, съгласно която „целта на тези договори е да задоволят обществен интерес – осигуряване лечението и здравето на здравноосигурени лица или лица, за които е предвидена правна възможност да бъдат лекувани по реда за лечение на здравноосигурените лица. При отчитане на всички изложени критерии при тълкуване на договора, сключен на основание чл. 59, ал. 1 от ЗЗО в редакцията към (ДВ бр. 4 от 2013 г. в сила от 15.01.2013 г.), с оглед отделните клаузи и посочената в договора цел - осигуряване правата на достъп до болнична медицинска помощ, избор на лечебно заведение и лекар на здравноосигурени и други лица, посочени в договора, съставът е достигнал до извод, че договорът има възмезден характер. На изпълнителя на болнична медицинска помощ се дължи заплащане стойността на възложената му с договора болнична медицинска помощ по клинични пътеки, когато дейността е осъществена съобразно предвиденото в договора и в изпълнение на възложеното, включително, когато тази дейност надхвърля предварително заложените лимити.“.

Както и че „уговорените в индивидуалния договор за оказване на болнична помощ договор между РЗОК и изпълнител на медицинска помощ клаузи, съгласно които не се разрешава на изпълнителя да отчита с финансови-отчетни документи дейности, лекарствени продукти или медицински изделия на стойности, надвишаващи стойностите за съответния месец в Приложение № 2, се дава право на възложителя да не извършва плащане на изпълнителя, когато сумите по фактурите и спецификациите

надвишават стойностите за съответния месец в Приложение № 2, са нищожни на основание чл. 26, ал. 1, предл. 1 ЗЗД, като противоречащи на императивни правни норми – чл. 4, ал. 1, чл. 55, ал. 3, т. 2, 5 и 6 ЗЗО /редакция преди изм. с ДВ, бр. 48 от 27.06.2015 г. / и чл. 35, т. 1 /редакция преди изм. с ДВ, бр. 48 от 27.06.2015 г. / във връзка с чл. 26, ал. 2 и чл. 25 ЗЗО. Поради споделяне от настоящия състав на така направения извод, отречената в атакуваното решение неоснователност на възражението за нищожност на спорните клаузи на чл. 42, ал. 1 вр. чл. 27, ал. 1 и чл. 32, ал. 13, т. 6 от Договор № 020970/19.02.15 г. от 2015 г., чл. 35, ал. 12, т. 7, вр. чл. 38 от Договор № 021882/14.05.16 г., чл. 31, ал. 12, т. 7, вр. чл. 37 от Договор № 020970/05.05.17 г. и чл. 35, ал. 12, т. 7, вр. чл. 41 от Договор № 021882/05.05.17 г., с които се налага лимит на платените от Касата медицински дейности, извършени от изпълнител на медицинска помощ, какъвто е касаторът, е неправилно. Изводът, че НЗОК не дължи заплащане на извършена от ищцовото дружество медицинска дейност, макар и над договорените лимити, не кореспондира с поетото от държавата задължение за гарантиране уреденото с чл. 52 от Конституцията и Закона за здравно осигуряване основно право на гражданите на здравно осигуряване, както и реда на неговото финансиране, чрез гарантиран посредством задължителното здравно осигуряване свободен достъп на осигурените лица до медицинска помощ чрез определен по вид, обхват и обем пакет от здравни дейности, както и свободен избор на изпълнител, сключил договор с районна здравноосигурителна каса / чл. 4, ал. 1 ЗЗО/, с конкретизирани в чл. 35, т. 1 от същия закон, в редакцията преди изм. с ДВ, бр. 48 от 27.06.2015 г., обем и обхват на правата на здравноосигурените лица, а именно – да получават медицинска помощ в обхват на основния пакет от здравни дейности, гарантиран 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. При изпълнение на задължението си по чл. 52, ал. 3 от Конституцията за осъществяване закрила на гражданите като публично благо и цел на националната здравна политика държавата разполага с публичен ресурс, който е гарантиран, но ограничен в рамките на бюджета на НЗОК, осигуряващ присъщия за задължителното здравно осигуряване пакет от здравни дейности, определен на база годишната стойност на разходите за видовете медицинска помощ / чл. 22 ЗЗО/. За непредвидени и неотложни разходи задължително се предвижда резерв, от който се плащат и разходи в случай на значителни отклонения от равномерно разходване на средствата за здравноосигурителни плащания /чл. 25 и чл. 26, ал. 2 ЗЗО/.

Бюджетът на НЗОК е законово регламентиран като задължителен финансов способ и принцип на финансиране на дейността в областта на болничната медицинска помощ, заплащане чрез системата на задължителното осигуряване. Здравноосигурените лица обаче не са страна по НРД за медицинските дейности, нито по договора за приемане на цени и обеми на медицинската помощ по чл. 55, ал. 2, т. 2 ЗЗО. Те имат право на свободен

достъп до медицинска помощ чрез определен по вид, обхват и обем пакет от здравни дейности, както и свободен избор на изпълнител, сключил договор с РЗОК /чл. 4, ал. 1 и чл. 35, т. 1 ЗЗО/, а НЗОК е длъжна да заплаща всички здравни дейности в обхвата на този пакет /чл. 45, ал. 1 ЗЗО/ на съответния изпълнител, предоставил медицинската помощ на здравноосигурените лица. В случай, че общата стойност на извършените от всички изпълнители дейности не надхвърля бюджета на НЗОК за съответната година, включително резерва, предвиден в него, липсва основание да се откаже плащане на надлимитната дейност за съответния месец на конкретния изпълнител. Здравноосигурените лица, на които е престирана медицинска помощ над стойностите по Приложение № 2 за съответния месец, биха я получили през същия месец при избор на друг изпълнител на медицинска помощ, ненадхвърлил лимита на хоспитализация, или в по-късен момент през същата година при включването им в листата на чакащите. Във всеки от посочените случаи се дължи плащане от бюджета на НЗОК за предоставената медицинска помощ, доколкото извършените дейности са в обхвата на гарантирания пакет здравни дейности, като НС на НЗОК има възможност да приеме решение за изменение и корекция на определените прогнозни бюджетни средства на съответните РЗОК и изпълнителите на медицинска помощ на основание чл. 26, ал. 2 ЗЗО. Предоставянето на своевременна и качествена медицинска помощ от страна на избрания от здравноосигуреното лице изпълнител на медицинска помощ в превишение на установената месечна или тримесечна бюджетна рамка за съответната година не представлява неизпълнение на задълженията на изпълнителя на медицинска помощ по сключения между него и РЗОК индивидуален договор с последица отхвърляне заплащането на извършената дейност.“.

С оглед приетото, ответникът дължи плащане на предоставената от ищеца БМП и АП през декември 2018г. от 45 604лв., която не е платил.

Неоснователно е възражението му за погасяване на главницата по давност. Вземането е договорно, за главница, за него важи общата петгодишна давност. Изискуемо е от януари 2019г., съдът е сезиран на 11.03.2022г. и към тази дата пет години не са изтекли, поради което няма погасяване. Неоснователен е доводът, че вземането е периодично, поради което се погасява с кратката тригодишна давност. Сключеният между страните договор има срок на действие една година. Той е в полза на трети за договора лица – това са здравноосигурените лица, поради което престацията на изпълнителя не е насочена към възложителя. Оттук между страните по договора липсва размяна на еднородни, заместими и периодични престации. Паричната престация на ответника има падеж, но не е определяема предварително, защото зависи от това колко ЗОЛ ще потърсят услугите на изпълнителя като предмет на договора са различни по съдържание клинични пътеки, по повод на които ищецът предоставя БМП.

Според чл.41 ал.1/чл.45 ал.1 от всеки от двата договора, страните са се

уговорили, че когато възложителят не плати на изпълнителя извършената и отчетена дейност по КП и АП в сроковете, определени в НРДМД за 2018г. и настоящия договор, то възложителят дължи на изпълнителя законна лихва за забава за просроченото време.

Съдебната практика по чл.290 ГПК - Решение № 50173 от 16.12.2022 г. на ВКС по т. д. № 419-2022 г., I т. о., ТК, докладчик съдията Елена Арнаукова, приема, че дължимите по НРД плащания на надлимитната дейност са обвързани с бюджетния му едногодишен характер, поради което следва да се изплатят в рамките на бюджетната година, съвпадаща с календарната. При липса на такова плащане има забава, начинаей от 01.01. на следващата бюджетна година. При това разрешение следва, че ответникът дължи плащане до 31.12.2018г. и от 01.01.2019г. е в забава. По делото става въпрос за дейности за декември 2018г., за които според договора плащане се дължи до 25 – то число на месеца, следващ отчетния, т.е. до 25.01.2019г. и забава настъпва от 26.01.2019г. Не би могло да се приеме, че за лимитни дейности забава би имало от 26.01.2019г., а за надлимитната дейност тя ще настъпи от 01.01.2019г., поради което съдът приема, че ответникът е изпаднал в забава за надлимитната дейност за декември 2018г. също от 26.01.2018г., като и за тези дейности е получил информация в ежедневните електронни отчети до 31.12.2018г. Ищецът претендира забава от 11.03.2019г. /с оглед тригодишния давностен срок за лихвата/, към която дата вземането му е било изискуемо. Прилага изчисления по чл.366 от ГПК, доказващи размера на законната лихва по чл.86 от ЗЗД, които съдът възприема.

При този изход на делото на ищеца се дължат доказани по справката разноски общо от 4 694.56лв.

Мотивиран от изложеното, съдът

РЕШИ:

ОСЪЖДА НАЦИОНАЛНАТА ЗДРАВНООСИГУРИТЕЛНА КАСА ЕИК 121858220 със седалище и адрес на управление гр. София, ул. „Кричим“ № 1, съдебен адрес ***, да плати на „МНОГОПРОФИЛНА БОЛНИЦА ЗА АКТИВНО ЛЕЧЕНИЕ ПАРК ХОСПИТАЛ“ ЕООД ЕИК 202628753 със седалище и адрес с.Браниполе, местност „Герена“ № 20Г, област Пловдив, със съдебен адрес ***, чрез адв. С. М., сумата от 45 604лв. /четиридесет и пет лева и шестдесет и четири стотинки/, представляваща стойност на оказана, но незаплатени медицинска помощ на здравноосигурени лица за месец декември 2018г. по силата на сключените между страните Договор № 164277 от 01.06.2018г. за оказване на болнична медицинска помощ по клинични пътеки и Договор № 164758 от 01.06.2018г. за извършване на амбулаторни процедури, и двата в сила от 01.04.2018г., и сумата от 13 885лв. /тринадесет хиляди осемстотин осемдесет и пет лева/, представляваща обезщетение за забавено плащане на главницата в размер на законната лихва върху същата от

11.03.2019г. до сезиране на съда 11.03.2022г., както и законна лихва върху главницата от сезиране на съда до изплащане на сумата, както и направените по делото разноси от 4 694.56лв. /четири хиляди шестстотин деветдесет и четири лева и петдесет и шест стотинки/.

Решението може да бъде обжалвано пред Апелативен съд гр. Пловдив с въззивна жалба в двуседмичен срок от връчването му на страните.

Съдия при Окръжен съд – Пловдив: _____