

РЕШЕНИЕ

№ 45

гр. Пазарджик, 15.06.2022 г.

В ИМЕТО НА НАРОДА

ОКРЪЖЕН СЪД – ПАЗАРДЖИК в публично заседание на седемнадесети май през две хиляди двадесет и втора година в следния състав:

Председател: Десислава Анг. Ралинова

при участието на секретаря К Т. К
като разгледа докладваното от Десислава Анг. Ралинова Търговско дело № 20215200900136 по описа за 2021 година

Производството е по реда на чл.79 от ЗЗД, във връзка с чл.59 ал.1 от ЗЗО и по чл.86 от ЗЗД.

В депозираната искова молба от Многопрофилна болница за активно лечение „УНИ ХОСПТАЛ“ ООД, с ЕИК112520604, със седалище и адрес на управление гр.Панагюрище, ул.“Георги Бенковски“ №100, представлявано от д-р К Р – управител, със съдебен адрес гр.Пловдив, ул. „Хр. Г. Данов“ №43 офис 7, адв.М.Ш. Адвокатско дружество „Ш. и партньори“, **срещу** Национална здравноосигурителна каса /НЗОК/, Булстат 121858220, със седалище гр.София 1407, ул. „Кричим“ №1, чрез Районна здравноосигурителна каса - гр. Пазарджик, ул. „11-ти август“ №2, представлявана от управителя проф.Петко Салчев чрез юрисконсулт Л Д Г със съдебен адрес гр.Пазарджик ул.“11-ти Август“ №2, са изложени твърдения, че Многопрофилна болница и ответника на 30.05.2018г. били сключили Договор за извършване на амбулаторни процедури №13/РД-29-1431/30.05.2018 г., на основание чл.59 ал.1 от ЗЗО, между страните който уреждал основните отношения между тях, свързани с оказване на болнична медицинска помощ по амбулаторни процедури /Апр./ и Договор за оказване на болнична помощ по клинични пътеки № 13/РД-29-411/30.05.2018 година/КП/. Твърди се, че тези договори уреждали основните отношения между тях, свързани с оказване на болнична медицинска помощ. Договорите влизат в сила в съответствие с §4 от НРД за медицински дейности за 2018г. от 01.04.2018г. с

изключение на АПр.32 и КП 19.1 и 19.2, за които влизат в сила от датата на подписване на договора.

Сочи се, че съгласно чл.59 ал.1 от ЗЗО договорите били сключени между директора на РЗОК - град Пазарджик, представляващ ответника и ищеца като изпълнител на медицинска помощ. Затова ответник по иска е НЗОК, като юридическо лице, представлявано по силата на закона от директора на РЗОК-Пазарджик при сключване на процесните договори.

Сочи се, че ищецът се задължавал да оказва медицинска помощ на лица, посочени в чл.1, ал.1 от съответните договори по КП и АПр, изброени в таблица в т.1 от чл.1 от Договорите, а ответникът, като възложител по договора, на свой ред се задължавал да заплаща извършената и отчетена болнична медицинска помощ (БМП), по цени, уговорени между страните в Договорите. Възложителят /ответник/ се задължавал да заплаща дейностите по чл.1, ал.1 от Договорите, съгласно глава XIX, раздели VI, VIII, IX от НРД за 2018 година. Посочено е, че изпълнителят се задължавал да оказва медицинската помощ като се съобразява със ЗЗО, ЗЛЗ и нормативните актове по прилагането им.

Според договора възложителят се задължавал в чл.3, т.3 от Договорите да заплаща определените съгласно НРД цени на извършената и отчетена медицинска помощ. В чл.4, ал.1 от Договорите било предвидено правото на изпълнителя да получава заплащане за извършената и отчетената дейност по клинични пътеки /КП/ при условията, сроковете и реда, определени в НРД за МД за 2018 г. и Договорите. В Договора за КП, чл.4, ал.2 било предвидено, че в случай на забава при изплащането на медицинска дейност, НЗОК като възложител, дължи на болницата, като изпълнител, законна лихва за забава за просроченото време. Въпреки че в Договора за АПр. липсва алинея с аналогичен текст, лихвата за забава се дължала по силата на чл.86 от ЗЗД.

Твърди ищецът, че индивидуалните договори и споразуменията към тях представлявали едностранно изготвени от орган с властнически правомощия /НЗОК/ актове, които не подлежали на договаряне, промяна и/или каквото и да е обсъждане от страна на изпълнителя на медицинска помощ - ищец по настоящото дело. Лечебното заведение имало само една правна възможност - да подпише представения му от НЗОК нов акт в неговата цялост. В случай, че откаже - НЗОК прекратява договора с него. В този смисъл ЛЗ и НЗОК не били равнопоставени договарящи партньори и не била налице свобода на договарянето, съответно лечебното заведение не можело да преговаря, т.е да предлага изменение на така предложения и утвърден едностранно от

НЗОК договор и неговото съдържание.

Съгласно изискването на чл.352 ал.1 от НРД за 2018г., изпълнителят на болнична медицинска помощ ежедневно отчитал по електронен път в утвърдени от НЗОК формати оказаната за денонощия дейност, включена в предмета на договора. Оказаната болнична помощ се отчитала най-късно до 17.00 часа на първия работен ден, следващ отчетния /чл. 352, ал. 5 от НРД за 2018 г./. НЗОК не заплаща за дейност, която не е подадена в ежедневните електронни отчети и не е приета от информационната система на НЗОК (чл.352, ал. 9). Според чл.31, ал.10 и 11 от Договора за КП и чл.35, ал.10 от Договора за АПр отчетената в ежедневно подадените електронни отчети дейност се обработвала в информационната система на НЗОК. След окончателната обработка за календарния месец, в срок до 15.00 ч. на седмия работен ден, следващ отчетния месец, РЗОК изпращал по електронен път на изпълнителя на БМП месечно известие, съдържащо одобрената и отхвърлената от заплащане дейност и съответните основания за отхвърляне. Месечното известие по ал.10 се подписвало от директора на РЗОК или от упълномощено от него длъжностно лице с усъвършенстван електронен подпис (УЕП).

Твърди се, че ищецът е получил „Справка за надлимитна дейност от 01.01.2018г. до 31.10.2018г., с която са отхвърлени от заплащане надлимитните дейности за посочения месец. Тази справка се „качвала“ в електронната система на НЗОК и била на стойност 4500 лева, представляваща оказана медицинска помощ по КП 252.1. Също така лечебното заведение било получило „Справка за надлимитна дейност от 01.01.2018 г. до 30.11.2018 г“, с която са били отхвърлени от заплащане надлимитните дейности за посочения месец. Тази справка била видна в електронната система на НЗОК и била на стойност 76 000 лева, представляваща оказана медицинска помощ по Апр.36.

Ищецът твърди, че съгласно чл.38, ал.7 от Договора за КП и чл.42, ал.7 от Договора за АПр. изпълнителят не можел да предявява за закупуване от възложителя дейности и медицински изделия, отхвърлени от заплащане поради надвишаване на стойностите за съответния месец в Приложения №2 към договора. Договорите не допускали представяне на спецификации за дейности по КП/АПр, които са отхвърлени от заплащане в месечното известие, следователно лечебното заведение не би могло да изпълни изискването за изпращане на финансово-отчетни документи, съдържащи цялата извършена дейност, защото било ограничено само до дейността, която не е отхвърлена едностранно от Възложителя (чл.353 и чл.354 от НРД за МД за 2018 г.) С тези клаузи Изпълнителят на практика бил поставен в положение да избере дали да изготви и предостави фактура на стойността, която РЗОК е приела и не е отхвърлила и

да получи плащане за нея, или да издаде фактура на стойност, равна на цялата оказана и отчетена в ежедневните отчети медицинска помощ, включително и отхвърлената и така да не получи никакво плащане за месеца.

Сочи се, че на база отчетена с ежедневните електронни отчети месечна дейност за м.октомври 2018г., лечебното заведение било издало една фактура - No 1000000480/28.12.2018 г. и спецификация към нея на обща стойност 4500 лева за дейност по КП 252.1, а за м. ноември 2018 г., както и фактура No 1000000479/28.12.2018 г. и спецификация към нея на стойност 76 000 лева.

Посочените фактури били осчетоводени по надлежния ред в МБАЛ „Уни Хоспитал“ ООД съответно за 2018г., включени в ГФО за 2018г. Това било отразено в счетоводните регистри, което било видно от хронологичния опис на операциите.

Издадените фактури били изпратени за плащане до директора на РЗОК-Пазарджик с придружително писмо с изх. № И2060/28.12.2018г./вх. в РЗОК No 13/29-02-1899/31.12.2018 г./. Фактурите и спецификациите към тях били получени от ответника РЗОК-Пазарджик и били върнати на лечебното заведение- ищец.

Изложени са следните правни аргументи: Максималните месечни стойности към сключения договор за АПр. са определяни чрез сключване на допълните споразумения (ДС), като за м. ноември 2018 г. максималната стойност е определена с ДС No 30 от 13.12.2018 г. Видно от датата на сключване на споразумението - 13.12.2018 г., т.е., след изтичане на отчетния период, съответно лечебното заведение е нямало как да знае какви са максималните стойности, за да се съобрази с тях и евентуално да планира своята дейност, нямало и как възложителят да изпълни задължението си чл.41, ал.1 и 2 от Договор за АПр да следи текущо постъпващата информация от ежедневните отчети и да информира изпълнителя за ежеседмично за достигнатото изпълнение на месечните стойности.

Максималните месечни стойности към сключения договор за КП са определяни чрез сключване на допълните споразумения (ДС), като за м. октомври 2018 г. относими са ДС N o 1/15.06.2018 г., 5/12.07.2018 г., 11/16.08.2018 г., 27/10.10.2018 г., 22/13.09.2018 г., 31/29.10.2018 г., 34/12.11.2018 г. 36/13.12.2018г., 40/13.12.2018 г.

Твърди се, че лечебното заведение е било поставено в обективна невъзможност да спазва определените максимални месечни стойности (ако въобще се приеме, че е длъжно да ги спазва) и неколkokратно е изпращало писма до ответника, с които го е информирало, че към датата на узнаване на размерите на максималните стойности, същите вече са били надвишени или са били обективно недостатъчни за съответния период.

Сочи се, че не можело да се изисква от лечебните заведения да планират хоспитализациите на пациентите според максимални стойности, определени в края на съответния период или се съобрази с определените му стойности по този начин, защото едва ли се очаквало ищеца да спре лечението на пациенти, включително да дехоспитализира вече приетите, защото към датата на определяне на максималните стойности, същите се оказвали надвишени.

Развити са подробни правни доводи, относно приложението на чл.20 от ЗЗД, ЗЗ, ЗЗО, Конституцията, посочена е и съдебна практика на съдилищата. Твърди се, че лечебното заведение е отчело надлимитните случаи, но не е могло да представи спецификации „надлимитна дейност“ по процесните фактури по причини, дължащи се на ответната страна, и нейното недобросъвестно поведение, както и наличието на забрана в договорите и НРД за изпращане на финансово - отчетни документи по предвидения за това ред, поради което се моли да се приеме, че ищецът е добросъвестна страна, действала в интерес на задължително здравно осигурените лица -пациенти /чл. 81, ал. 2 от ЗЗ/. Твърди се, че сключените два Договора не установявали лимит на отговорността на НЗОК при разплащанията за извършена медицинска дейност към нуждаещи се от задължително лечение здравноосигурени лица.

Нормата на чл.4, ал.1 от Закона за бюджета на Националната здравноосигурителна каса (ЗБНЗОК) за 2018 г. предвиждала в рамките на предвидените със закона стойности НЗОК да разпредели финансовия ресурс като определи за всяка районна здравноосигурителна каса годишна обща стойност на разходите, разпределени по месеци. На тази основа районните здравноосигурителни каси да определят стойността на дейностите по договорите с отделните изпълнители на медицинска помощ. Изпълнението на дейностите се контролирало помесечно и се коригирало на тримесечие в рамките на утвърдените разходи по бюджета на НЗОК. Изпълнението на закона, било възложено на органите на управление на НЗОК, а Надзорният съвет, бил овластен и да приеме и огласи правила за осъществяване на контрол и корекции на първоначално разпределените стойности.

По силата на чл.45 от ЗЗО ответникът дължал да закупи договорената и оказана медицинска помощ на задължително здравноосигурени лица, което задължение еднозначно било възпроизведено и в самите договори. Претендираната сума произтичала от предоставена медицинска помощ на осигурени лица и касаела покрити от системата за задължителното здравно осигуряване дейности и продукти.

Във връзка с изложеното, се моли съда да постанови съдебно решение, с което да осъди ответника НЗОК да заплати на ищеца МБАЛ „УНИХОСПИТАЛ“ ООД,

сумата в размер на **85000 лева**, представляваща стойността на оказана, но незаплатена медицинска помощ на здравно осигурени лица, по силата на сключен индивидуален договор между страните, за периода от 01.11.2018г. -31.11.2018 г. ,както следва:

Главница от 4500 лева, представляваща отчетена и незаплатена сума по фактура N 1000000480/28.12.20218 г., ведно с мораторна лихва за забава, считано от 25.11.2018г. до датата на завеждане на исковата молба - 19.08.2021г. в размер на **1248.85** лева, както и лихвата от датата на завеждане на исковата молба до пълното изплащане на сумата и главница- 76 000 лева, представляваща отчетена и незаплатена сума по фактура N1000000479/28.12.2018 г., ведно със законната лихва за забава, считано от 25.12.2018 г. до датата на завеждане на исковата молба-19.08.2021г. в размер на **20 458.30 лева**, както и законната лихва от датата на завеждане на исковата молба до окончателното изплащане на сумата.

С допълнителна молба вх.№2794/16.09.2021 година са посочени предмета, времето и цената на оказаната медицинска помощ, както и списък на пациентите.

Претендират и сторените разноски.

В законоустановения срок по чл. 367, ал.1 от ГПК, от ответника е постъпил писмен отговор, с който оспорват иска като недопустим.

Сочат, че правоотношенията между НЗОК/РЗОК и изпълнителите на медицинска помощ, възникват по силата на двустранен договор, чиито страни обаче не били равнопоставени по отношение на очертаните в същия права и задължения. В процеса на изпълнение на индивидуалния договор НЗОК/РЗОК реализирала дейност по проверки, констатиране на нарушения, респ. на налагане на санкции, т.е. възложителят по договора действал като административен орган, а не като субект на гражданското право. Нещо повече, индивидуалният договор имал предмет и обхват строго лимитирани от разпоредбите на ЗБНЗОК и Правилата по него. Закона за здравното осигуряване /ЗЗО и Националния рамков договор за медицинските дейности, действащ към процесния период / в случая НРД за МД за 2018г./. От друга страна Изпълнителят по този договор притежавал субективното право да бъде финансиран, но съобразявайки се с указанията на финансиращата страна. Същият притежавал и право да прекрати едностранно правоотношението, като понесе евентуално наложените му до прекратяването санкции. Макар и НЗОК да е страна по индивидуалния договор, сключен с изпълнителя на медицинска помощ, то НЗОК не можела едностранно и свободно да увеличава вече договорените с изпълнителя обеми стойности /лимити/. НРД и ЗЗО определяли рамките и лимитите на така нареченото договаряне. НЗОК закупувала медицинска помощ в рамките на обемите, определени в НРД за съответната година и в съответствие с параметрите на заходите по бюджета на НЗОК.

Твърди се, че НЗОК била абсолютно изправна страна по договорите с ищеца. По тези договори изцяло е била заплатена извършената от него дейност в рамките на лимитите, определени по договора и допълнителните споразумения към него. Не можело да се търси неизпълнение на недоговорено, респективно не можело да се иска плащане на недължимо. Нормативната рамка и Решенията на Надзорния съвет на НЗОК /НС на НЗОК/ са предвидили процедура по увеличение на предварително определените лимити, както и срокове да се стори това. Последното било надлежният

законов ред за защита на интересите на засегнатото лечебно заведение за болнична медицинска помощ, чрез оспорване на последвалия молбата му за увеличаване на лимитите индивидуален административен акт - изричен или мълчалив, по съответния ред.

В отговора се оспорва и изцяло претенцията, като се твърди, че не е налице фактическият състав на чл.79 от ЗЗД. Не се оспорва единствено обстоятелството по сключване на договорите.

Сочи се, че НЗОК нямала неизплатени задължения към ищеца по отношение на медицинската дейност за визирания от него процесен период. Надлимитната му дейност не била проверена от контролните органи и нямало съставени протоколи, удостоверяващи, че болничната помощ е оказана в съответствие с нормативно установените изисквания. Изложените в исковата молба фактически обстоятелства и правни аргументи не отговаряли на действителната фактическа обстановка и приложимите правни норми от договорите с изпълнителя на БМП, както и на цялостната нормативна уредба, приложима в настоящия случай, предвид което исковете били изцяло неоснователни.

Ищецът твърдял, че максималните месечни стойности към сключения договор за АПр са определяни чрез сключване на допълнителни споразумения /ДС/, като за месец ноември максималната стойност е определена с ДС №30 от 13.12.2018г. и предвид датата на сключване - след изтичане на отчетния период, ЛЗ е нямало как да знае какви са максималните стойности, за да се съобрази с тях и евентуално да планира своята дейност. Нямало е как и Възложителят да изпълни задължението си по чл.41, ал.1 и ал.2 от договора за АПр да следи текущо постъпващата информация от ежедневните отчети и да информира изпълнителя ежеседмично за достигнатото изпълнение на месечните стойности. Въз основа на описаното са изложени съображения, че така ЛЗ е поставено в обективна невъзможност да спазва определените максимални стойности, като в допълнение на описаното е изтъкнато, че ЛЗ неколкратно е изпращало писма до ответника, съответно Писма с техен изх. №1222/19.07.2018г. и №1649/15.10.2018г., с които го е информирало, че към датата на узнаване на размерите на максималните стойности, същите вече са били надвишени или са били обективно недостатъчни за съответния период, предвид което няма как да се изисква от който и да било да планира хоспитализациите на пациентите според максимални стойности, определяни в края на съответния период, както и няма как ЛЗ „рязко“ да се съобрази с определените му стойности по този начин и да спре лечението на пациентите, защото към датата на определяне на максималните стойности, същите се оказват надвишени.

Ответникът твърди, че при направена справка, генерирана от информационната система на НЗОК, пациентът с ЕГН ***** е лекуван планово в лечебното заведение. Решение № РД15-48/09.11.2018г., доведено до знанието на ЛЗ с Писмо с изх. №13/29-02-1675/12.11.2018г., в т.1 на описаното решение, по АПр 36, комисията е одобрила извършването на заявените дейности, тъй като ЛЗ се вмести в определените индикативни обеми за периода октомври - ноември 2018 година.

С Решение № РД - 15 - 49/16.11.2018г., доведено до знанието на ищеца, в т.1 на описаното решение, по АПр 36, комисията е установила, по изложени мотиви, че заявените дейности не се **вместват в определените** индикативни обеми за периода октомври - ноември 2018 г., поради което е одобрила 23 случая да се извършат през месец ноември 2018 г., а останалите 13 бр. е решила, че не могат да се извършат през м. ноември 2018г. и следва да бъдат планирани за следващ период, поради надвишаване на определените индикативни обеми за периода октомври - ноември 2018 г.

Сочи се, че с решение № РД - 15 - 51/23.11.2018г., доведено до знанието на ищеца с Писмо с изх. №13/29-02-1741/26.11.2018г., съгласно обратна разписка №8100015138853, получено на 29.11.2018г., в т.1 на описаното решение, по АПр 36, комисията е установила, по изложени мотиви, че заявените дейности не се вменят в определените индикативни обеми за периода октомври - ноември 2018 г., поради надвишаването им, за което заявените дейности не могат да бъдат извършени през м. ноември 2018г. и следва да бъдат планирани за следващ период.

А с Решение № РД - 15 - 52/30.11.2018г., доведено до знанието на ЛЗ с Писмо с изх. №13/29-02-1767/30.11.2018г., съгласно обратна разписка №8100015138821. получено на 10.12.2018г. В т.1 на описаното решение, по АПр 36, комисията е установила, по изложени мотиви, че заявените дейности не се вменят в определените индикативни обеми за периода октомври - ноември 2018 г., поради надвишаването им, за което заявените дейности не могат да бъдат извършени през м. ноември 2018г. и следва да бъдат планирани за следващ период.

Ответника твърди, че от съдържанието на Решение № РД - 15 - 49/16.11.2018г. Решение № РД - 15 - 51/23.11.2018г. и Решение № РД - 15-52/30.11.2018г. на комисията на РЗОК - Пазарджик по отношение на АПр 36, голяма част от пациентите се идентифицирали с пациенти по данни на ЕГН от месечното известие с отхвърлена от заплащане дейност по АПр за месец ноември 2018г. за АПр 36 /представено с допълнение към исквата молба от ищеца/.А при направена Справка, генерирана от информационната система на НЗОК, по ЕГН на здравно осигурените лица на отхвърлена от заплащане дейност за месец ноември 2018г. по АПр 36, се установило, че от 38 случая, които съвпадат с тези в месечното известие с отхвърлена от заплащане дейност по АПр 36 за месец ноември 2018, само 13 случая са били за спешен прием, останалите 25 бр. пациенти са били приети по планов прием.

Ответника твърди, че болничното заведение е уведомено още в началото на периода /05.10.2018г./, за определените му индикативни обеми и стойности за месец октомври и ноември 2018г. за АПр 36 и КП 252.1, с които е следвало да се съобрази, както и че е уведомявано ежеседмично по отношение на заявените от него дейности с решения от постоянно действащата комисия на РЗОК - Пазарджик, кои са одобрени, кои следва да се отложат за по - късно, кои не са одобрени за извършване поради надвишение, дали същите се вменят в определените индикативни обеми за периода октомври - ноември 2018 г. или не. Сочи се, че този начин представляващия ЛЗ - ищеца е следвало да се съобрази с така направените решения и изводи от разрешителната комисия, предвид нормата на чл. 344, ал. 9 от НРД за МД 2018г., за да не допуска надвишение на определени индикативни обеми и стойности за периода октомври - ноември 2018 година. Същият е следвало, да се съобрази по отношение на АПр 36 с нормата на чл.38, ал.1 във връзка с чл.40, ал.1, т.3 от договора за АПр, че възложителят закупува от изпълнителя в рамките на стойността на заплатените на изпълнителя АПр, за които не са констатирани основания за отхвърляне от плащане и е получено разрешение от директора на РЗОК. По аналогия по договора за КП, за КП 252.1 приложимите норми са съответно чл.34, ал.1 във връзка с чл.36, ал.1, т.3.

Твърди се още от ответника, че не получавайки разрешение за извършване на дейностите, поради надвишаване на определените на ЛЗ индикативни обеми за съответния период, същият е следвало да ги планира за следващ период. Допълнителен аргумент в тази насока е вземайки предвид данните, съгласно справките от информационната система на НЗОК, че по-голямата част от случаите отхвърлени от заплащане по АПр 36 не са били спешни, а са с планов прием, като този по КП 252.1 също е планов.

Надлимитната дейност на ЛЗ не следвало да бъде спекулативно обвързвана с правата и интересите на здравноосигурените лица /ЗОЛ/.

Твърди се, че ищеца правел опит да черпи права от собственото си недобросъвестно поведение. С полагане на подписа си под индивидуалните договори и приложенията към тях, изпълнителят се съгласявал с така определените правила за дължимо поведение, както и с определените индикативни стойности и обеми /лимита/ за заплащане на извършената от него медицинска дейност. Задължение на ЛЗ е да следи за спазването и достигането на лимитите, установени в индивидуалните договори с НЗОК, още повече, че по отношение на претендираните дейности комисията на РЗОК - Пазарджик със своите решения ежеседмично и нееднократно е уведомявала ищеца - ЛЗ, че същото е в надвишение на определените му индикативни обеми и стойности за процесния период.

Сочи се, че исковите са неоснователни, включително и за заплащане на мораторна лихва. Съгласно чл.22 от Наредбата за организиране на плановия прием в лечебните заведения, сключили договор с НЗОК за оказване на болнична помощ, се поддържа листа за планов прием за всяка клиника и/или отделение. В листата по ал.1 се включват всички подлежащи на хоспитализация лица с изключение на тези, които се нуждаят от незабавен прием в лечебното заведение. Вписването на пациента в листата за планов прием се извършва при негово писмено съгласие за това, изразено, след като му бъде предоставена информация за възможните обичайни рискове от необходимите диагностични и лечебни дейности и алтернативи, за срока, в който ще бъде осъществена хоспитализацията, както и за възможността да се обърне за прием към друго лечебно заведение .

Твърди се, че ищецът като изпълнител на договори БМП с НЗОК е длъжен да се съобразява с както със своя договор, така и с нормативно определените правила за поведение и да съблюдава извършваната и отчетената от него дейност по НЗОК с определените му индикативни обеми и стойности. Ако определен вид медицинска дейност е извършена от него /в случая АПр 36 и КП 252.1/, но надвишава определените му индикативни обеми за съответния период, за което не е разрешена от комисията при РЗОК да се осъществи в съответния период, плащане от страна на НЗОК/РЗОК не се дължи, тъй като е могла да бъде планирана в последващ /по аргумент от чл. 38, ал. 1 във връзка с чл. 40, ал. 1, т. 3 от договора за АПр, респективно чл. 34, ал. 1 във връзка с чл. 36, ал. 1, т. 3 от договора за КП/.

Развити са подробни правни съображения.

На основание чл.373 от ГПК е постъпила допълнителна искова молба от ищеца, в която се заявява, че с представената от ответника Заповед №13/РД - 18 - 43/21.08.2018 г. Директорът на РЗОК - Пазарджик е сформирал комисия, която следва да разглежда постъпили от лечебните заведения документи (списъци със пациенти и решения на общи онкологични комисии/обща комисия по хематология за КП) и документи, част от диагностично - лечебния алгоритъм на АПр. 36 с копие на решението на ЛКК. От представените към отговора на ответника документи, се изяснявало, че основанието за създаване на комисията е писмо на Управителя на НЗОК до всички РЗОК. Липсвали ясни критерии и правила, при които Комисията следвало да разглежда заявленията, липсвали и нормативни основания за нейното създаване и описани правомощия, с оглед на което можело да се предположи, че същата има съвещателни и подпомагащи функции към директора на съответната РЗОК.

Сочи се, че с представените в отговора писма от ответника ищецът е бил

уведомяван от горепосочената комисия за броя пациенти, за които одобрява необходимостта от извършване на процедурите/КП или, че не може да одобри извършването им. При това не са посочвани имената на пациентите, които се одобряват или не се одобряват, а се реферира към брой пациенти, съотнесени към съответната съвкупност. Посочените писма били изпращани от Директора на РЗОК, който единствено е посочвал, че изпраща съответните решения на Комисията. Твърди се, че липсвали законови разпоредби, определящи реда за конституирането на въпросната Комисия, редът за функционирането ѝ, и нейните правомощия, включително и актовете, които евентуално може да издава.

Изложени са твърдения, че за нито един от случаите не е налице волеизявление от страна на Директора на РЗОК, като уведомленията на Комисията не могли да породят правни последици, тъй като такива нито са регламентирани някъде, нито са уговаряни между страните.

Обърнато е внимание в допълнителната искова молба, че амбулаторна процедура №36 представлява извършване на високоспециализирано образно изследване, т. нар. PET/СТ, който не се извършва рутинно, а при наличие на определени медицински основания за това. Съгласно Приложение No18 от НРД за МД за 2018г. в алгоритъма на АПр.36, в частта „Индикации за осъществяване на АПр.“ са посочени следните индикации:

- онкологични заболявания (за определяне на стадия, рестадиране, планиране на лъчелечение, проследяване на ефекта от лечение);
- пациенти с метастази на тумор, при които не е открит първичният тумор;
- при повишени туморни маркери, за при проследяване на малигнени образувания;
- диагностициран тумор за определяне на мястото на биопсия;
- кардиологични заболявания с оглед вземане на важни решения за извършване на лечение, вкл. операция;
- при възпалителни заболявания, когато всички други методи за изчерпани;
- неврологични заболявания - при липса на достатъчно информация от другите образни изследвания;

Било видно от индикациите за прилагане на това изследване, че последното имало огромна роля за осъществяване на своевременно и качествено лечение на тежки, потенциално застрашаващи живота заболявания, което не можело да бъде отлагано по фискални причини, касаещи определени максимални месечни стойности, тъй като това можело да доведе до прогресия на заболяването, влошаване на състоянието на пациентите или смърт. Сочи се, че за пациентите, чиято медицинска помощ не е заплатена, са били налице следните индикации /към ДИМ са приложени 38 досиета на пациенти, вкл. заявленията за всеки един от тях, в които са посочени диагнозите и основанията за провеждане на изследването/.

Посочени са поименно пациентите със заболяванията, представени са мед.досиета.

Възражава се срещу всички твърдения на ответника в отговора, развити са отново подробни правни доводи.

Постъпил е допълнителен отговор по реда на чл.373 от ГПК, в който ответника излага следните аргументи:Било ясно и недвусмислено редът, по който ще се разрешават процесните дейности. Допълнителни разяснения били дадени и с писма с изх. №20-00- 125/19.04.2018г. и с изх. №20-00-125/22.05.2018г. от Управителя на НЗОК, с които е наредено да се създаде със заповед комисия в РЗОК, която да разгледа

постъпилите от ЛЗ документи във връзка с назначените дейности и да наблюдава изпълнението на определените месечни обеми. Ищецът бил уведомен, че трябва да представи списък с пациенти, показни за осъществяване на тези дейности, заедно с необходимите документи за това. Описани били възможни хипотези, като например, че в случай , че тези дейности не могат да се осъществят по обективни причини, ЛЗ може да покани следващия в списъка пациент, като уведоми за това РЗОК. Ако заявените пациенти по тези дейности са повече отколкото определения индикативен обем, случаите над него се планират за следващия период. Изрично е посочено, че комисията не се произнася върху медицинската необходимост и целесъобразност по решенията ясно и недвусмислено е определен редът, по който ще се разрешават тези дейности.

По отношение на оспорване на създадената комисия към РЗОК, се твърди, че за всички правомощия на комисията, както и за редът на прилагане на чл.344. ал.9 от НРД за МД за 2018г., ищецът -ЛЗ е уведомен с писмо с Изх. №13/29-02- 598/24.04.2018г.. получено с обратна разписка №7100015045277. предвид което било невярно твърдението на ищеца в ДИМ, че не са приети критерии, на база на които ще се разрешава оказването на медицинска помощ.

Развити са подробни правни съображения по повдигнатия спор.

В проведените съдебни заседания страните поддържат становищата си.

Окръжният съд, като се запозна с твърденията и исканията, изложени в исковата молба, писменият отговор и доразвити в хода на производството, като обсъди и анализира събраните по делото доказателства поотделно и в съвкупност, при съблюдаване на разпоредбата на **чл.235 ал.2 от ГПК**, **прие за установено следното от правна и фактическа страна:**

Не е спорно между страните в производството, че са били сключени между тях договори за извършване на амбулаторни процедури №13/РД-29-1431/30.05.2018г., съобразно който ищецът като изпълнител се е задължил да оказва на здравно осигурени лица/ЗОЛ/ и на лицата по пар.9 ал.1 от Закона за бюджета на НЗОК за 2018г., медицински дейности по приложение №7 към чл.1 от Наредба №3/18г. и посочените в приложение №18а „Амбулаторни процедури“ на НРД за медицинските дейности за 2018 година, следните амбулаторни процедури изчерпателно изброени и апаратно диализно лечение и лечение на злокачествени заболявания, както и договор за оказване на болнична помощ по клинични пътеки с ИД №13/РД-29-411/30.05.2018 г., с предмет: оказване на болнична медицинска помощ по клинични пътеки /КП/ със срок, срока на действие на Националния рамков договор/НРД/ за медицинска дейност /МД/ за 2018 г. ,както и допълнителни споразумения към него, с които се изменя приложение №2 „стойности и дейности в БМП, медицински изделия в БМП и лекарствени продукти за лечение на злокачествени заболявания на БМП4 към договора, се установява, че са конкретизирани годишните стойности, стойностите по тримесечия и стойностите за всеки месец за заплащаните медицински дейности и медицински изделия, вложени при оказаната медицинска помощ.

Представени са и двете издадени фактури със спецификациите фактура №1000000480/28.12.2018г. от ищеца за дейност по договор №13/РД-29-411/30.05.2018 г. и спецификация за извършена дейност по КП по Приложение №1 и Приложение №2 за м.ноември 2018г. – доплащане за сумата от 4500 лева, както и фактура №1000000479/28.12.2018г. за извършена дейност по Агр за м.ноември 2018г.- доплащане по №13/РД-29-1431/30.05.2018 година.

От представените писмени доказателства извлечения на приложение №2 – Стойности и обеми на дейностите по в БМП и стойностите на мед.изделия и мед.досиета на пациенти и допуснатата СИЕ се установява, че ищцовото дружество е отчитало осъществената болнична помощ през всеки един от текущите месеци съгласно изискването на чл.352, ал. 1 от Националния рамков договор за 2018 г., в т.ч. и за м. ноември 2018 г. а именно:Оказаната през денонощието дейност, включена в предмета на договора, ежедневно е била отчитана по електронен път в утвърдените от НЗОК формати и в посочения срок до 17 ч. на първия работен ден, следващ отчетния. Като при констатирани грешки в ежедневните отчети са получавани автоматични уведомления и електронният отчет се е обработвал от НЗОК след отстраняване на грешките. Последващи корекции от страна на изпълнителя на ежедневно подадените електронни отчети, приети и успешно обработени в електронната система на НЗОК, не са разрешавани.

След окончателната обработка на ежедневно подадените електронни отчети за календарния месец в срок до 15 ч. на седмия работен ден, следващ отчетния месец, РЗОК е изпращала по електронен път на лечебното заведение месечно известие, съдържащо отхвърлената от заплащане дейност и съответните основания за това, както и месечно известие /справка за клиничните процедури - амбулаторни процедури и клинични пътеки, надхвърлящи със стойностите си определените месечни стойности /лимита/.

Отчетените процесни общо 38 амбулаторни процедури № 36 „Позитронно - емисионна томография с компютърна томография (ПЕТ/КТ - РЕТ/СТ)“ са били успешно обработени в информационната система на НЗОК на съответната календарна дата.

Успешно обработена е и отчетената в ежедневния отчет за 29.11.2018 г. оказана медицинска помощ по Клинична пътека 252.1, представляваща „Радиохирургия на онкологични и неонкологични заболявания“. Медицинската помощ е оказана на един пациент, а стойността на клиничната пътека е 4 500,00 лева.

След окончателната обработка на ежедневно подадените електронни отчети за календарния месец в срок до 15 ч. на седмия работен ден, следващ отчетния месец, РЗОК е изпращала по електронен път на лечебното заведение месечно известие, съдържащо отхвърлената от заплащане дейност и съответните основания за това, както и месечно известие/ справка за клиничните процедури - амбулаторни процедури и клинични пътеки, надхвърлящи със стойностите определените месечни стойности.

За извършената през м. ноември 2018 г. медицинска дейност по **амбулаторни процедури**, ищцовото дружество е получило от РЗОК „месечно известие на отхвърлената за заплащане дейност по клиничните процедури-суми, причини“, изготвено на 11.12.2018 г., в което са включени процесните и отчетени общо 38 амбулаторни процедури А 36 , всяка една на стойност от 2000,00 лева и на обща стойност 76 000,00 лева.

От експертизата се установява още, че за извършената през м. ноември 2018 г. медицинска дейност по **клинични пътеки**, ищцовото дружество е получило от РЗОК „месечно известие на отхвърлената за заплащане дейност по клиничните процедури - суми,причини“, в което е включена процесната и отчетена 1 клинична пътека КП 252.1. на стойност 4 500,00 лева.

За м. ноември 2018 г. РЗОК е отхвърлила за заплащане като „надлимитна

дейност“ извършената медицинска дейност по 38 броя АПр 36 „Позитронно - емисионна томография с компютърна томография (ПЕТ/КТ - PET/CT)“. Всеки конкретен случай по АПр 36 е отчетен успешно от ищцовото дружество в съответните ежедневни отчети. Договорената стойност на АПр 36 възлиза на 2 000,00 лева, а общата стойност на отхвърлените за заплащане за м. ноември 2018 г. 38 броя АПр 36 възлиза на 76 000,00 лева.

За м.ноември 2018 г. РЗОК е отхвърлила за заплащане като „надлимитна дейност“ извършената медицинска дейност по 1 брой клинична пътека КП 252.1. на стойност 4 500,00 лева. Конкретния случай е отчетен в ежедневния отчет за 29.11.2018 г.

Общата сума на отхвърлените за заплащане медицински дейности, извършени от ищцовото дружество през м. ноември 2018 г., възлиза според експертизата на сумата от 80 500 лева.

След извършения анализ на движението по сч. сметка 411 „Клиенти“, анал. партида 0004 „РЗОК“ за процесния период не са се установили плащания от страна на РЗОК гр. Пазарджик по осчетоводените вземания по фактура №1000000479/28.12.2018 г. на стойност 76 000 лева, в която е включена извършената медицинска дейност по АПр 36 на 38 пациенти, и по фактура № 1000000480 от 28.12.2018 г. на стойност 4 5000 лева, в която е включена извършената медицинска дейност по КП 252.1. на 1 пациент.

За извършената медицинска дейност през м. ноември 2018 г. по АПр 36 „Позитронно - емисионна томография с компютърна томография (ПЕТ/КТ-PET/CT)“ на 38 пациенти е била издадена от ищцовото дружество на РЗОК гр.Пазарджик фактура №1000000479/28.12.2018 г. на стойност 76 000,00 лева. Вземането по тази фактура е осчетоводено по сч.сметка 411 „Клиенти“, анал.партида 0004„РЗОК“ и съответно е отразено като приход от дейността за 2018 г.

За извършената медицинска дейност през м. ноември 2018 г. по КП 252.1. на 1 пациент е издадена от ищцовото дружество на РЗОК гр. Пазарджик фактура № 1000000480 от 28.12.2018 г. на стойност 4 500 лева. Вземането по тази фактура е осчетоводено по сч. сметка 411 „Клиенти“, анал.партида 0004 „РЗОК“ и съответно е отразено като приход от дейността за 2018 г.

При извършената проверка на предоставените счетоводни данни се е установило , че посочените по-горе фактури и обективизираните в тях дейности са били осчетоводени съгласно нормативните изисквания.Общата сума на обезщетението възлиза на **22 362,90** лева, от тях:

Според заключението обезщетението за забава за периода от 25.11.2018 г. до датата на завеждане на исковата молба - 20.08.2021 г. за главницата от 76 000 лева, представляваща отчетена и неизплатена сума по фактура N 1000000479/28.12.20218 г., възлиза на **21 112,80** лева.

Обезщетението за забава за периода от 25.11.2018 г. до датата на завеждане на исковата молба -20.08.2021 г. на **главницата от 4500 лева**, представляваща отчетена и неизплатена сума по фактура N 1000000480/28.12.20218 г. възлижала на **1250.10** лева.

Според КСМедСчЕ извършената и отчетена медицинска помощ е оказана на пациенти, съгласно изискванията на АПр. 35 и КП 252.1

Медицинският експерт д-р М. от състава на допуснатата експертиза е изложил доводи, че ПЕТ-КТ/PET-CT е най-модерния образен метод. Хибридно изследване позволява да се получи едновременно функционален и структурноанатомичен образ на цялото тяло на един етап след интравенозно въвеждане на белязани с радионуклиди химични

съединения (радиофармацевтици). ПЕТ показва метаболитни промени, настъпващи на клетъчно ниво в даден орган или тъкан. Докато компютърната томография и ЯМР не могат да разкрият проблеми на клетъчно ниво, ПЕТ-КТ предоставя възможност за подпомагане на диагнозата, определяне на стадия, насочване към най-подходящото лечение и проследяване на ефекта от него при редица онкологични и по-рядко при някои не онкологични заболявания.

С голямата си чувствителност и точност е особено ценен при тумори на белия дроб, стомашно-чревния тракт, яйчници, матка, гърда, глава и шия, лимфоми, меланом и др.

Всички пациенти, посочени в допълнителната молба с имена и ЕГН/съдът счита, че в мотивите му не следва да бъдат изписвани, поради конхииденциалност и защитеност на здравният им статус/, двамата експерти са установили, че страдат от онкологични заболявания - злокачествени тумори, с различна органна локализация, различен хистологичен строеж и различен стадий на развитието на болестта. Всички те са показани за извършване на ПЕТ-КТ / РЕТ-СТ за стадиране на заболяването, рестадирание, лъчелечение, оценка на ефекта от лечение, съгласно Приложение 18 от НРД за МД за 2018г. в алгоритъма на АПр.36, в частта „Индикации за осъществяване на АПр.36, където са посочени следните индикации:

-онкологични заболявания (за определяне на стадия, рестадирание, лъчелечение, проследяване на ефекта от лечение);

- пациенти с метастази на тумор, при които не е открит първичният тумор/НПО/.
- при повишени туморни маркери, за при проследяване на малигнени образувания;
- диагностициран тумор за определяне на мястото на биопсия;

-кардиологични заболявания с оглед вземане на важни решения за извършване на лечение, вкл. операция;

- при възпалителни заболявания, когато всички други методи за изчерпани;
- неврологични заболявания - при липса на достатъчно информация от други изследвания;

Според експерта те са били насочени за това изследване от лекари-специалисти от различни здравни структури и различни региони на страната. Освен това през 2018 г. болниците, които са могли да извършват това изследване в страната са били твърде малко. Точната диагноза и клинична оценка на състоянието е от ключово значение за лечението и прогнозата при **онкологично болни пациенти**. Затова своевременното извършване на ПЕТ-КТ / РЕТ-СТ подобрява шансовете на пациента за справяне с болестта и дава на лекарите възможност за определяне на лечебната тактика, включително адаптиране на терапията, която е също скъпо струваща.

От посочените имена на пациенти при 13 е извършен ПЕТ по спешност по преценка на лекарите-специалисти. При един от тях изследването е било необходимо за стадиране на заболяването, при 5 за рестадирание. При 5 пациенти изследването е свързано с оценка на ефективността на лечението, при 1 за планиране на лъчелечение. Освен това при 1 болен с неуточнено първично туморно огнище - за търсенето му.

При останалите пациенти, посочени в допълнителната молба изследването е извършено планоно. При тях е било възможно отлагане, но за кратък период от време, съобразно възможностите на болницата и капацитета на диагностичната апаратура.

Пациентката К Д е постъпила планоно за провеждане на курс радиотерапия по повод на вторично злокачествено новообразование /метастаза от рак на гърдата/ на

белия дроб.Проведен курс стереотактична радиотерапия в областта на белодробната метастаза в дясно.

Съдът приема, че предявените искове с правно основание чл.79 ал.1 от ЗЗД във вр. с чл.59 ал.1 от ЗЗО и чл.86 ал.1 от ЗЗД са **процесуално допустими и основателни**.

Съгласно чл.59, ал.1 ЗЗО, договорите с лечебните заведения на територията, обслужвана от съответната Районна здравноосигурителна каса се сключват с директора и в съответствие с Националния рамков договор. В изпълнение на така сключените договори, Националната здравноосигурителна каса заплаща видовете медицинска помощ в съответствие с утвърдена от Министерския съвет методика.Съгласно чл.45, ал.1, т.3 и т.5 от ЗЗО, един от видовете медицинска помощ, заплащан от Националната здравноосигурителна каса е болнична медицинска помощ за диагностика и лечение по повод на заболяване.

Категорично се установи по делото,независимо от оспорването на ответника наличие на изпълнение от страна на ищеца на сключените между него и ответника индивидуални два договора описани малко по-горе, като ищецът в действителност е извършил съответната медицинска дейност, за която иска да получи плащане от ответника.Установиха се предпоставките за извършване на търсеното плащане, но категорично се установи и размера им от приетата комплексна експертиза.

В този смисъл възраженията на ответника, останаха изцяло недоказани.

С Решение № 169/16.02.2021 г. по т. д. № 1916/2019 г. на ВКС, II т. о., ВКС се произнася , в мотивите на двата акта,че уговорените в индивидуалния договор за оказване на болнична помощ по договор между РЗОК и изпълнител на медицинска помощ **клаузи**, съгласно които **не се разрешава** на изпълнителя да отчита с финансово-отчетни документи дейности, лекарствени продукти или медицински изделия на стойности, надвишаващи стойностите за съответния месец в Приложение №2, и 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.

Според чл.17, ал.10 от Методиката за заплащане на дейностите в болничната медицинска помощ по Приложение №2Б, отчетената в ежедневно подадените електронни отчети дейност се обработва в информационната система на НЗОК.След окончателната обработка за календарен месец в срок до 17.00 ч. на седмия работен ден, следващ отчетния месец, РЗОК изпраща по електронен път на изпълнителя на БМП месечно известие, съдържащо отхвърлената от заплащане дейност, лекарствени продукти и/или медицински изделия, заплащани от НЗОК извън стойността на КП/КПр/Пр, и съответните основания за отхвърляне. В чл.17, ал.11 от методиката изрично е посочено, че месечното известие по ал. 10 се подписва от директора на РЗОК или от упълномощено от него длъжностно лице с усъвършенстван електронен подпис (УЕП), съгласно чл.13 ал.2 от Закона за електронния документ и електронния

подпис.

Съдът приема, че при тълкуването на договорите, съгласно чл.20 от ЗЗД, трябва да 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 договора между страните е уговорено, че ищецът е длъжен да осигури на пациентите непрекъснатост на болничната помощ по клинични пътеки, както и координация между лекарите - специалисти, които я осъществяват. Правоотношенията между НЗОК/РЗОК и изпълнителите на медицинска помощ възникват по силата на двустранно подписан договор, чиито страни не са равнопоставени по отношение на създадените права и задължения. При сключването на индивидуални договори с изпълнителите, НЗОК действа в качеството на административен орган, а не като субект на гражданското право. В процеса на изпълнение на договора касата има право да извършва проверки, да налага предвидените санкции за констатираните нарушения на изпълнителя, както и да ѝ бъдат върнати неоснователно получени суми.

От друга страна изпълнителят на медицинска помощ притежава субективното право да бъде финансиран от НЗОК и е длъжен да се съобразява с указанията на финансиращата страна или да упражни правото си да прекрати едностранно правоотношението, като понесе и евентуално наложените му до прекратяването санкции. От изложеното следва изводът, че правоотношенията между двете страни се регулират с властнически метод на правно регулиране, а не чрез правен метод на равнопоставеност.

Следва да се отбележи, че в чл.5 от ЗЗО са уредени основните принципи на задължителното здравно осигуряване, между които и отговорност на осигурените за собственото им здраве и свободен избор от осигурените на изпълнители на медицинска помощ, още повече когато се касае за болнична помощ осъществена при спешен случай или интензивно лечение на онкологични пациенти.

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 здравноосигурените лица 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 е длъжна да осигури бюджет, като заплати разходите за лечението на това лице в която болница то е избрало да се лекува. Клаузите обаче на чл.40, ал.2 от договора и на чл.22 от Приложение 2Б към ПМС №353/2012 г., че НЗОК заплаща само фактури, чиято месечна стойност не надвишава утвърдения болничен бюджет, определен от ЗБНЗОК за съответната година, е в противоречие с духа на ЗЗО, като в самия закон не е предвидена възможност НЗОК да откаже да плати на това основание, договорът не може да съдържа клаузи, по-неизгодни от закона.

Ищецът е извършил дейности и е вложил медицински изделия по клинични пътеки, включени в основния пакет от здравни дейности, гарантиран от бюджета на НЗОК, като общата им стойност към м. ноември 2018г. превишава стойността на дейностите, представляващи болнична медицинска помощ, определена в Приложение № 2 към договора, т. нар. лимити, както и че НЗОК не е заплатила стойностите на

извършени над лимитите дейности.

С установените лимити за клинични пътеки не може да се ограничава регламентираният с чл. 4 от 33О свободен достъп на здравно осигурените лица до медицинска помощ, както и до свободен избор на изпълнител, сключил договор с РЗОК в обхвата на пакета от здравни дейности, гарантиран от бюджета на НЗОК - чл. 35 33О.

Следователно, НЗОК е длъжен да заплати стойността на извършеното реално лечение от болничните заведения и над лимитните дейности. На основание чл. 79, ал. 1 33Д, вр. с чл. 59 ал.1 от 33О, ответникът дължи сумата за надлимитни дейности като основание за реално изпълнение на задължението му, поето с договорите. Делегираните бюджети, въведени от закона като задължителен финансов способ и принцип за финансиране на дейността в областта на болничната помощ, заплащана чрез системата на задължително здравно осигуряване, нямат за цел и не могат да прехвърлят финансовата тежест по опазване здравето на гражданите от държавата към изпълнителите на болнична помощ, на които е забранено да извършват търговска дейност извън сферата на медицинско обслужване, както и да изискват заплащане от осигурените лица за дейности в обхвата на чл. 45 33О

Ето защо съдът счита, че извършените медицински дейности подлежат на заплащане за размера от двете главници **-4500 лева и 76 000 лева**.

Доколкото е установено, че медицинската дейност, действително е осъществена, а това не се оспорва от ответната страна, след приемане на комплексната експертиза и сумата е правилно изчислена, то тези направени разходи за болнично лечение са дължими и следва да бъдат заплатени./ в този смисъл решение №169/16.02.2021 година по т.д.1916/19г. на т.о. 1 състав на ВКС/.

В заключение, следва да се отбележи, че правото на здравноосигурените лица на медицинска помощ в България е безусловно, неотменимо и произтича само от техния статус на здравноосигурени и потребността им от конкретна медицинска помощ. Това означава, че лечебното заведение не може да откаже медицинска помощ на здравноосигуреното лице на никакво основание. И тъй като медицинската помощ се дължи на основание статуса на пациента като здравноосигурено лице, това обуславя правото на лечебното заведение, оказало медицинска помощ, да получи заплащане за оказаната медицинска помощ от Националната здравноосигурителна каса, в чийто бюджет постъпват здравноосигурителните плащания. Във връзка с така изложеното исковите претенции, следва изцяло да бъде уважена.

Съгласно нормата на чл. 86 от 33Д, при неизпълнение на парично задължение длъжникът дължи обезщетение в размер на законната лихва от деня на забавата. Доколкото претенцията за лихва за забава представлява акцесорно вземане към главното, което съществува, то и тези икове както **главните се явяват основателни**, след като се установи, че възложителят по договора трябва да заплаща извършената и отчетена болнична помощ до 30- то число на месеца, следващ отчетния- чл. 35 от процесния договор/в този смисъл е налице многобройна практика за дължимостта от НЗОК на лихва, при липса на плащане /виж решение №78/30.05.2017г. по гр.д.№3551/2016г. докладчик съдия С Ц/. Размерът на сумата за лихви за забава съдът намира за доказани, съобразно приетата експертиза.

Върху главницата от 4500 лева за периода от 25.11.2018г. до датата на завеждане на исковата молба - 19.08.2021г. е установен в размер на **1248.85** лева, и върху главницата от 76 000 лева, представляваща отчетена и незаплатена сума по фактура за периода от 25.12.2018г. до датата на завеждане на исковата молба-19.08.2021г. в

размер на **20 458.30 лева**./по приетата експертиза стойностите за посоченият период върху тези главници са малко по-големи:за първият иск – 1250.10 лева, а по вторият – 21 112.80 лева/.

При този изход на делото изцяло уважаване и на четирите иски претенции, на основание чл.78 ал. 1 от ГПК, на ищеца се полагат разноски.

От представения списък по чл.80 от ГПК, се установява,че ищецът е направил разноски за държавна такса - 4089 лева, за заплатен адв.хonorар - 3534 лева и за възнаграждение на вещите лица по допуснатата експертиза – 1200 лева или общо **8823 лева**.

Воден от горното и на основание чл.235 и чл.236 от ГПК **Пазарджишкият Окръжен съд,**

РЕШИ:

О С Ъ Ж Д А Национална здравноосигурителна каса булстат 121858220,сърс седалище и адрес на управление гр.София 1407 ул.“Кричим“ №1,представявана от управителя проф.П С чрез юрисконсулт Л.Д. сърс съдебен адрес гр.Пазарджик ул.“11 Август“ №2, да заплати на **Многопрофилна болница за активно лечение „УНИ ХОСПТАЛ“ ООД, с ЕИК112520604,** сърс седалище и адрес на управление гр.Панагюрище, ул.“Георги Бенковски“ №100, представлявано от д-р К Р – управител, сърс съдебен адрес гр.Пловдив, ул. „Хр. Г. Данов“ №43 офис 7, адв.М.Ш. Адвокатско дружество „Ш. и партньори“, сумата от **85000 лева**, представляваща стойността на оказана, но незаплатена медицинска помощ на здравно осигурени лица, по силата на сключени договори - **Договор за извършване на амбулаторни процедури №13/РД-29-1431/30.05.2018 г. ,** за оказване на болнична медицинска помощ по амбулаторни процедури /Апр./ и **Договор за оказване на болнична помощ по клинични пътеки №13/РД-29-411/30.05.2018 година,** за периода от 01.11.2018г. -31.11.2018 г. ,както следва:

Главница от 4500 лева, представляваща отчетена и незаплатена сума по фактура N 1000000480/28.12.20218 г., ведно с мораторна лихва за забава, за периода от 25.11.2018г. до датата на завеждане на исковата молба - 19.08.2021г. в размер на **1248.85 лева** и главница- **76 000 лева**, представляваща отчетена и незаплатена сума по фактура N1000000479/28.12.2018 г., ведно с мораторна лихва за забава, считано от 25.12.2018 г. до датата на завеждане на исковата молба- 19.08.2021г. в размер на **20 458.30 лева**, както и законната лихва от датата на завеждане на исковата молба -19.08.2021 година до окончателното изплащане на сумите.

ОСЪЖДА Национална здравноосигурителна каса булстат 121858220, със седалище и адрес на управление гр.София 1407 ул.“Кричим“ №1, представлявана от управителя проф.П С чрез юрисконсулт Л.Д. със съдебен адрес гр.Пазарджик ул.“11 Август“ №2, да заплати на **Многопрофилна болница за активно лечение „УНИ ХОСПТАЛ“ ООД**, с ЕИК112520604, със седалище и адрес на управление гр.Панагюрище, ул.“Георги Бенковски“ №100, представлявано от д-р К Р – управител, със съдебен адрес гр.Пловдив, ул. „Хр. Г. Данов“ №43 офис 7, адв.М.Ш. Адвокатско дружество „Ш. и партньори“, **разноски** на основание чл.78 ал.1 от ГПК **в размер на 8823 лева.**

Решението подлежи на обжалване с въззивна жалба в двуседмичен срок от връчването му на страните, пред Апелативен съд гр.Пловдив.

Препис от решението да се връчи на страните.

Съдия при Окръжен съд – Пазарджик: _____