

РЕШЕНИЕ

№ 1599

гр. Варна, 08.11.2021 г.

В ИМЕТО НА НАРОДА

РАЙОНЕН СЪД – ВАРНА, 33 СЪСТАВ, в публично заседание на осми октомври през две хиляди двадесет и първа година в следния състав:

Председател: Нела Кръстева

при участието на секретаря Миглена Н. Маринова
като разгледа докладваното от Нела Кръстева Гражданско дело №
20203110109689 по описа за 2020 година

за да се произнесе, взе предвид следното:

Производството е образувано по предявени от СБАЛ ПО К.-В. ЕАД ЕИК ***** срещу НЗОК гр.****, със седалище и адрес на управление гр.*****, *кумулятивно обективно съединени осъдителни иски* с правно основание чл.79, ал.1 и чл.86 от ЗЗД във вр. с чл.59, ал.1 от ЗЗО/Закон за здравното осигуряване/, които след частично прекратяване на основание чл.232 ГПК, са както следва: за заплащане на следните суми:

-Сумата от **13192.00лв.(тринадесет хиляди сто деветдесет и два лева)**, представляваща незаплатена главница, дължима за извършена болнична медицинска помощ за задължително здравноосигурени лица, съгласно Договор№ *****/ 25.05.2016г. за извършване на амбулаторни процедури, ведно с мораторна лихва в размер **4 086.00лв.(четири хиляди осемдесет и шест лева)** за периода от 31.05.2017г. (датата, на която е следвало РЗОК да заплати реализираната по клинични процедури дейност, отчетена през м. юли) до 18.06.2020г. (датата на завеждане на исковата молба), както и законна лихва за забава от датата на входиране на исковата молба – **19.06.2020г.** до окончателното плащане на сумата;

-Сумата от **4600.00лв.(четири хиляди и шестстотин лева)**, представляваща извършена през м. март и отчетена през м. април 2017г., незаплатена главница, дължима за извършени амбулаторни процедури за задължително здравноосигурени лица, съгласно Договор № *****/ 25.05.2016 г.. за извършване на амбулаторни процедури, ведно с мораторна лихва в размер **4 086.00лв.(четири хиляди осемдесет и шест лева)** за периода от 31.05.2017г. (датата, на която е следвало РЗОК да заплати реализираната по клинични процедури дейност, отчетена през м. юли) до 18.06.2020г.(датата на завеждане на исковата молба),

както и законна лихва за забава от датата на входиране на исковата молба – **19.06.2020г.** до окончателното плащане на сумата.

Отправя се искане, ако дружеството ищец е редовно призовано, но не се яви за участие в съдебно заседание, на основание чл.238, ал.2, ГПК, делото да се гледа в негово отсъствие.

На основание чл.127, ал.4, ГПК е посочена на ответника банкова сметка на ищеца: *****IBAN: ****Банка: У*****.

Ищецът обосновава съществуващия за него правен интерес от провеждане на осъдителните искиви претенции, навеждайки следните фактически твърдения в обстоятелствената част на исковата молба: СБАЛ К-В ЕАД, се сочи, че е изпълнител на болнична медицинска помощ на задължително здравноосигурени лица по клинични пътеки и амбулаторни процедури, въз основа сключени на основание чл.59, ал.1 от 330 Договор №*****/24.02.2015г. за оказване на болнична помощ по клинични пътеки и Договор №*****/25.05.2016г. за извършване на амбулаторни процедури. Възложител по посочените договори е НЗОК, чрез директора на РЗОК - гр.Варна.

Сочи се, че в качеството си на изпълнител по Договор №*****/24.02.2015г., както и на база сключеното към него Допълнително споразумение от 25.05.2016г. за оказване на болнична медицинска помощ по КП за дейността за 2016г. до приемане на НРД 2017г., „СБАЛК В." ЕАД се задължава да оказва на задължително здравноосигурени лица (ЗЗОЛ) болнична медицинска помощ по определени клинични пътеки (КП), съгласно Приложение № 9 към чл.1 от Наредба № 2 от 2016г. за определяне на основния пакет от здравни дейности, гарантиран от бюджета на НЗОК и посочени съответно в Приложение № 11 „Клинични пътеки по Решението" (Решение № РД-НС-04-24-1 от 29-03-2016 по чл.54, ал.9 и чл.59а, ал.6 от Закона за здравното осигуряване на НЗОК) .

От своя страна НЗОК, в качеството си на възложител по договорите, се е задължава да заплаща на изпълнителя на болнична медицинска помощ горепосочените дейности, съгласно приетите с Постановление № 94 от 24.04.2014г. на МС Методика за остойностяване на дейностите в болничната медицинска помощ по Приложение № 2А към чл.2 и Методика за заплащане на дейностите в болничната медицинска помощ по Приложение № 2Б към чл.2, както и въз основа Договор № РД-НС-01-2 от 29.12.2014г. за приемане на обемите и цените на медицинската помощ за 2015г. между НЗОК и БЛС. В качеството на изпълнител по Договор № *****/25.05.2016г., както и на база сключеното към него Допълнително споразумение от 10.02.2017г. за оказване на болнична медицинска помощ по АПр за дейността за 2017г. до приемане на НРД 2017г., лечебното заведение се задължавало да оказва на ЗЗОЛ медицински дейности по Приложение № 7 към чл.1 от Наредба № 2 от 2016г. и посочени в Приложение № 12 „Амбулаторни процедури по Решението" (Решение № РД-НС-04-7-1 от 11 януари 2017г. за изменение и допълнение на Решение № РД-НС-04-24-1 от 29 март 2016г. по чл. 54, ал. 9 и чл. 59а, ал. 6 от Закона за здравното осигуряване на Надзорния съвет на националната здравноосигурителна каса) и Приложение № 12а „Амбулаторна процедура по № 42 по Решението".

В тази връзка, разпоредбата на чл. 55а, ал. 1 от Закона за здравното осигуряване, се сочи, че предвижда, че Националната здравноосигурителна каса планира, договаря и закупува за здравноосигурените лица медицинска помощ по чл. 55, ал. 2, т. 2, в рамките на обемите, договорени в националните рамкови договори и в съответствие с бюджета на НЗОК за съответната година. Съгласно чл.225 от Решението плащанията на изпълнителите на БМП се извършват чрез РЗОК до 30-о число на месеца, следващ отчетния.

По отношение на надлимитната дейност по клинични пътеки и вложени медицински изделия, реализирана за м. юни 2016г. и подлежаща на отчитане пред РЗОК- Варна през м.юли 2016г., се сочи следното:

С Решение на Надзорния съвет на НЗОК № РД-НС-04-24-1 от 29 март 2016г. по чл. 54, ал. 9 и чл. 59а, ал. 6 от Закона за здравното осигуряване, във връзка с неприемане на Национален рамков договор за медицинските дейности за 2016г. при условията и в сроковете, определени в ЗЗО, и настъпили промени в действащото законодателство, налагащи изменение и допълнение на съдържащите се в Националния рамков договор за медицинските дейности за 2015г. изисквания по чл. 55, ал. 2 ЗЗО, НС на НЗОК е определил условия, на които трябва да отговарят изпълнителите на медицинска помощ, реда за сключване на договори с тях, обемите, цените и методиките за остойностяване и закупуване на видовете медицинска помощ по чл. 45 ЗЗО във връзка с промяна в действащото относимо законодателство- Закона за бюджета на Националната здравноосигурителна каса за 2016г., Наредба № 2 от 25 март 2016г. за определяне на основния пакет от здравни дейности, гарантиран от бюджета на НЗОК (ДВ, бр. 24 от 29.03.2016г. и отменяща Наредба № 11 от 2015г. за определяне на пакета от здравни дейности, гарантиран от бюджета на НЗОК и Наредба № 40 от 2004г. за определяне на основния пакет от здравни дейности, гарантиран от бюджета на НЗОК).

За медицинските дейности от 1 април 2016г., се прилагат Решение № РД-НС-04-24-1 от 29 март 2016г. и НРД за медицинските дейности за 2015г., доколкото не е изменен с Решението. Решението предвижда, че НЗОК възлага оказването в полза на ЗОЛ на медицинска помощ по вид, обхват, обем и качество чрез сключване на договори и/или допълнителни споразумения с изпълнителите на БМП, заплаща извършените и отчетени медицински дейности по ред и условия, определени в Решението. Съгласно чл.6, ал. 2 от Решението медицинските дейности по чл. 1, ал. 1, т. 2 включват болнична медицинска помощ (БМП), която обхваща амбулаторни процедури (АПр) по приложение № 7 към чл. 1, ал. 1 на Наредба № 2 от 2016г.; клинични процедури (КПр) по приложение № 8 към чл. 1, ал. 1 от Наредба № 2 от 2016г.; клинични пътеки (КП) по приложение № 9 към чл. 1, ал. 1 от Наредба № 2 от 2016г. Решението инкорпорира в себе си и методики за остойностяване и за закупуване на дейностите в болничната медицинска помощ от здравноосигурителния орган. Чл. 202 от Решението предвижда, че НЗОК закупува договорената и извършената дейност от изпълнителите на БМП от обхвата на пакета от здравни дейности, гарантиран от бюджета на НЗОК, съгласно Наредба № 2 от 2016 г. за дейностите по КП, които включват и медицински изделия извън тези в списъка по чл. 13, ал. 2, т. 2 от Наредба № 10 от 2009 г.

Сочи се, че в изпълнение на чл.17 от Решението на 25.05.2017г. между „СБАЛК - В" ЕАД и директора на РЗОК- Варна, е сключено типово допълнително споразумение за оказване на болнична медицинска помощ по клинични пътеки, в утвърден от управителя на НЗОК формат. Неразделна част от споразумението е Приложение № 2 „Стойности и обеми на дейностите в БМП, стойности на медицинските изделия в БМП и лекарствените продукти за лечение на злокачествени заболявания в условията на БМП , с което са определени стойностите на месечните лимити до м. юни 2016г., респективно за предоставената от лечебното заведение болнична медицинска помощ през м. май 2016г. На основание чл. 16 във вр. с чл. 2 от „Правилата за условията и реда за прилагане на чл.4, ал.1 и ал.2 от ЗБНЗОК за 2016г.", стойностите на месечните лимити за м. юли 2016г., съответно за дейността осъществена през м. юни 2016г. са въведени чрез Анекс към Договор №*****/24.02.2015г. за оказване на болнична помощ по клинични пътеки от 22.06.2016г. Съгласно Приложение № 2 към посочения анекс стойността на месечните лимити за м. юли 2016г., съответно за дейността по клинични пътеки, осъществена през м. юни 2016г. е равна на сумата от 358 836лв. Чрез Анекс към Договор №031013/24.02.2015г. от 25.07.2016г., е определен и лимит за медицинските изделия, вложени по КП за посочения период, равен на сумата от 82 548лв.

Сочи се, че при изпълнение на задълженията по предоставяне на болнична медицинска помощ през месец юни 2016г., болницата е реализирала дейност по клинични пътеки и вложени медицински изделия *над определения*, съгласно Приложение № 2 месечен бюджет. След окончателната обработка на отчетената в ежедневно подадените от „СБАЛК В." ЕАД електронни отчети дейност за месец юни, от РЗОК – Варна, е изпратено по електронен път на изпълнителя на БМП месечното известие, съдържащо отхвърлената от заплащане дейност, лекарствени продукти и/или медицински изделия, заплащани от НЗОК извън стойността на КП и съответните основания за отхвърляне. От месечното известие става ясно, че на основание извършена надлимитна дейност за месеца касата е отхвърлила за плащане 5бр. КП № 17: „Инвазивна диагностика при сърдечно-съдови заболявания" по следните ИЗ: ИЗ № ****(пациент Д.Д.), ИЗ № ****(пациент Н.М.), ИЗ №****(пациент Н.Г.), ИЗ № ***(пациент С. К.), ИЗ № ****(пациент К.Д.), както и 3 бр. КП № 26: „Диагностика и лечение на нестабилна форма на ангина пекторис с интервенционално лечение" по следните ИЗ : ИЗ № **** (пациент М.М.), ИЗ № *** (пациент И.М.), ИЗ № ****(пациент Г.Т.). Общата сума на отхвърлените от плащане случаи по клинични пътеки, реализирани през месец юни, респективно отчетени през месец юли, поради надвишаване на месечните стойности, определени с Приложение № 2 от договора за оказване на болнична медицинска помощ по клинични пътеки е равна на 14 040лв. Отбелязва се, че при всеки пациент по описаните КП се касае за необходимост от *спешна* диагностика и лечение, а не за планов прием.

С оглед отхвърлените от плащане случаи по КП от дейността, извършена през м.юни 2016г., РЗОК- Варна е отхвърлило от плащане и 5 бр. медицински изделия, а именно стенд „Supraflex". Този вид имплант е вложен по 5 бр. КП № 26, както следва: 1 бр. по ИЗ № ***** (пациент М.М.), 3 бр. по № ****(пациент И. М.), 1 бр. по ИЗ № ****(пациент Г.Т.). Общата сума на отхвърлените от плащане медицински изделия, вложени по клинични пътеки,

реализирани през месец юни, е равна на 4 600 лв.

Съгласно чл. 37, ал.1 от договора между НЗОК и „СБАЛК В." АД, както и с оглед чл.221, ал. 8 от Решението, при извършени медицински дейности от основния пакет по чл. 1, ал. 2 на Наредба № 2 от 2016г. на стойност, надвишаваща определената месечна стойност в приложение № 2, изпълнителят на БМП подава в сроковете за отчитане писмено заявление до директора на РЗОК, за увеличаване на месечната стойност. Чл.221, ал. 9 от Решението се сочи, че гласи, че след изпращане на месечното известие за отхвърлените от плащане случаи и анализ на отчетите на всички изпълнители на БМП, директорът на РЗОК има право да вземе решение за закупуване на заявените по реда на предходната алинея дейности.

Съобразно този механизъм, на 08.07.2016г. от страна на „СБАЛК В." ЕАД, се сочи, че е подадено заявление за увеличаване на месечната стойност до директора на РЗОК- Варна, но отговор не е получен. Соци се, че според чл. 38, ал. 1 от Договор № ***/4.02.2015г., създаден чрез Допълнителното споразумение от 25.05.2016г., здравноосигурителният орган е бил задължен ежеседмично да информира „СБАЛК В." ЕАД при достигнато изпълнение на месечните стойности по Приложение № 2 към Договора. До 23.06.2017г., или две трети от съответния отчетен период, от РЗОК- Варна не е получена такава информация по отношение на стойностите и обемите на дейността в БМП за месец юни, което значително е затруднило разпределението на приема на пациенти в лечебното заведение.

По отношение на надлимитна дейност по клинични пътеки, реализирана за м. март 2017 и подлежаща на отчитане пред РЗОК- Варна през м.април 2017 г. се сочи следното:

С Решение № РД-04-7-1 от 11.01.2017г. за изменение и допълнение на Решение № РД-НС-04-24-1 от 29 март 2016г., на основание чл. 54, ал. 9 от Закона за здравето осигуряване (ЗЗО) и във връзка с промени в действащото законодателство: Закон за бюджета на Националната здравноосигурителна каса за 2017г. (ЗБНЗОК за 2017г.)(обн., ДВ, бр. 98 от 9.12. 2016г., в сила от 1.01.2017г.) и Наредба за изменение и допълнение на Наредба № 2 от 2016г. за определяне на основния пакет от здравни дейности, гарантиран от бюджета на НЗОК (обн., ДВ, бр. 91 от 18.11.2016г.), Надзорният съвет на НЗОК приема годишният размер на средствата за здравноосигурителни плащания за медицински дейности, съгласно чл. 1, ал. 2 ЗБНЗОК за 2017г.

В специалната част, глава тринадесета „Болнична помощ" от Решение №РД-НС-04-24-1 от 29 март 2-16г. са направени изменения и допълнения във връзка с условия за сключване и изпълнение на договори за оказване на болнична медицинска помощ по клинични пътеки, амбулаторни процедури и клинични процедури, сключване на допълнителни споразумения с изпълнителите на БМП за дейността до приемане на Национален рамков договор за 2017 г.. В параграф 7, т.4.1 от Решението, с която се изменя чл.192, като се създава ал. 5, според която обемите и цените за периода от 1.12.2016г. до 31.03.2017г. обхващат дейностите, оказани по реда на НРД за медицинските дейности за 2015 г., Решение № РД-НС-04-24-1 от 29.03.2016 г. на НС на НЗОК и Решение № РД-04-7-1 от 11.01.2017 г., и подлежат на заплащане през 2017г. по ЗБНЗОК 2017 г. Съгласно пар.7 , т. 4.11 от Решението се изменя чл.199, ал. 1 както следва: „В съответствие с чл. 55а 330 НЗОК закупува медицинска помощ

по чл. 55, ал. 2, т. 2 330 в рамките на обемите по чл. 193 - 198 и в съответствие с бюджета на НЗОК за 2016г. и 2017г.". Съгласно параграф 7, т.5.1.1 -т. 5.5.6 от Решението чл.221, ал.1 се изменя както следва: „Съгласно чл. 4 ЗБНЗОК за 2016 г. и чл. 4 ЗБНЗОК за 2017г. НС на НЗОК утвърждава за всяка РЗОК обща годишна стойност на разходите за здравноосигурителни плащания за заплащане на изпълнителите на БМП, разпределена по месеци за заплащане през бюджетната 2016г. за периодите на извършване на дейността (м. декември 2015г. - м. ноември 2016г.) и през бюджетната 2017г. за периодите на извършване на дейността (м. декември 2016г. - м. март 2017г.).", ал. 3 и ал. 4 предвиждат, че директорите на РЗОК разпределят утвърдените стойности на разходите по изпълнители на БМП за съответната РЗОК по месеци и сключват договори с изпълнителите на БМП за закупуване на видове медицински дейности в рамките на утвърдените за съответната РЗОК стойности. За всеки изпълнител в приложение № 2 към договора с НЗОК, съгласно чл. 20, ал. 4, т. 2, се определя месечна стойност по видове дейности при условията и по реда на правилата по чл. 4, ал. 3 ЗБНЗОК за 2016г. и чл. 4, ал. 4 ЗБНЗОК за 2017г. Чл. 221, ал. 17 се изменя така: „Надзорният съвет на НЗОК утвърждава корекции по стойностите на РЗОК по реда на правилата по чл. 4, ал. 3 ЗБНЗОК за 2016г. и чл. 4, ал. 4 ЗБНЗОК за 2017г. в рамките на бюджета на НЗОК за 2016г. и за 2017г."

С Решение на НС на НЗОК № РД-НС-04-173/20.12.16г. са приети „Правила за условията и реда за прилагане на чл. 4, ал. 1, ал. 2 и ал. 3 от Закона за бюджета на Националната здравноосигурителна каса за 2017 година" , в сила от 01.12.2016г., утвърдени са месечни стойности на РЗОК и изпълнителите на болнична медицинска помощ за дейностите по приложение 2 на Правилата по чл. 4 от Закона за бюджета на НЗОК за 2017г. за месец на дейност декември 2016г. Решението възлага на управителя на НЗОК да разпреди на директорите на РЗОК стойностите по т. 2, да бъдат отразени в Приложение № 2 в индивидуалните договори на изпълнителите на болнична медицинска помощ.

С оглед измененията в нормативната уредба, на основание чл.59, ал. 3, изр.2 от ЗЗО и във връзка с Решение № РД-04-7-1 от 11 януари 2017г. на НС на НЗОК между „СБАЛК Варна" ЕАД и РЗОК- Варна, на 10.02.2017г., е сключено допълнително споразумение към Договор № 031013/24.02.2015г. за оказване на болнична помощ по клинични пътеки. Съгласно параграф 5, т. 3 от типовото споразумение, срокът му на действие обхваща периода 01.01.2017 - 30.04.2017г. На основание чл. 16 във вр. с чл.2 от „Правилата за условията и реда за прилагане на чл.4, ал.1, ал.2 и ал.3 от ЗБНЗОК за 2017 г." с Анекс от 21.04.2017г. е извършена корекция на стойностите за дейностите за БМП, посочени в Приложение № 2 към индивидуалния договор, като са установени стойностите на месечните лимити за м. април 2017г. Съгласно Приложение № 2 към посочения анекс месечния бюджет на лечебното заведение за съответния период по отношение на извършената и отчетена дейността по клинични пътеки, е в размер от 404835лв.

При изпълнение на задълженията си по предоставяне на болнична медицинска помощ през месец март 2017г., болницата е реализирала дейност по клинични пътеки над определените съгласно Приложение № 2 месечни стойности. След окончателната обработка на отчетената

в ежедневно подадените от „СБАЛК Варна“ ЕАД електронни отчети дейност за месец март, от РЗОК - Варна е изпратено по електронен път на изпълнителя на БМП месечното известие, съдържащо отхвърлената от заплащане дейност, лекарствени продукти и/или медицински изделия, заплащани от НЗОК извън стойността на КП и съответните основания за отхвърляне. Съгласно месечното известие, на основание извършена надлимитна дейност за месеца касата е отхвърлила за плащане 10 бр. КП № 17: „Инвазивна диагностика при сърдечно-съдови заболявания“ по следните ИЗ: *****; 1 бр. КП №28: „Диагностика и лечение на остър коронарен синдром с персистираща елевация на ST сегмент с интервенционално лечение“ по ИЗ № *****; 1 бр. КП № 32: „Диагностика и лечение на заболявания на миокарда и перикарда“ по ИЗ №*****; както и 2 бр. КП № 33: „Диагностика и лечение на ритъмни и проводни нарушения“ по следните ИЗ: ИЗ № *****.

Общата сума на отхвърлените от плащане случаи по клинични пътеки, реализирани през месец март 2017г., респективно отчетени през месец април 2017г., поради надвишаване на месечните стойности, определени с Приложение № 2 от договора за оказване на болнична медицинска помощ по клинични пътеки, се сочи, че е равна на 13 192лв. Отново се касае за пациенти с необходимост от спешна диагностика и лечение, а не за планов прием. Съгласно чл. 37, ал.1 от договора за предоставяне на БМП по КП и на основание чл.221, ал. 8 от Решението, в сроковете за отчитане на дейността за месец март от страна на „СБАЛК В.“ ЕАД, се сочи, че е подадено писмено заявление до директора на РЗОК за увеличаване на месечната стойност, но гореописаната извършената и отчетена БМП по КП е останала незаплатена от здравноосигурителния орган.

По отношение на надлимитна дейност по амбулаторни процедури, реализирана за м. март 2017 и подлежаща на отчитане пред РЗОК- Варна през м.април 2017г., се сочи следното:

На основание чл.59, ал. 3 от изр. 2 от ЗЗО и във връзка с Решение № РД-04-7-1 от 11.01.2017г. на НС на НЗОК между „СБАЛК В.“ ЕАД и РЗОК- Варна на 10.02.2017г., е сключено допълнително споразумение към Договор № *****/ 25.05.2016г. за извършване на амбулаторни процедури (АПр), чийто срок на действие обхваща периода 1.01.2017г. - 30.04.2017г. Съгласно параграф 3 от споразумението цените на медицинската дейност по извършване на АПр са приети в съответствие с параграф 7, т 4.9 от Решението, като изброените в чл.27, ал.1 от Договор № *****/ 25.05.2016г. АПр запазват нивата си. Съгласно чл.37, ал. 1 от Договора НЗОК определя стойности на дейностите за БМП съобразно „Правилата за условията и реда за прилагане на чл.4, ал.3 от ЗБНЗОК за 2016“ и „Правилата за условията и реда за прилагане на чл.4, ал.3 от ЗБНЗОК за 2017“.

През месец март 2017г., болницата е реализирала дейност по извършване на амбулаторни процедури над определените съгласно Приложение № 2 месечни стойности. С изпратеното за месеца електронно месечно известие от РЗОК - Варна, на основание извършена надлимитна дейност за месеца касата е отхвърлила за плащане : 6бр. АПр по КП № 17 : „Инвазивна диагностика при сърдечно-съдови заболявания“ по следните ИЗ: ИЗ № ***** , както и 2 бр. АПр по КП № 33: Диагностика и лечение на ритъмни и проводни нарушения“ по ИЗ № *****.

Общата сума на отхвърлените от плащане случаи по извършени по КП амбулаторни процедури, реализирани през месец март 2017г., респективно отчетени през месец април 2017г., поради надвишаване на месечните стойности, определени с Приложение № 2 от договора за извършване на АПр е равна на 5 190лв. Чл.41 от Договор№ *****/ 25.05.2016г. предвижда, че „СБАЛК В." ЕАД не може да отчита с финансово-отчетни документи, дейности на стойност, надвишаваща общата месечна стойност по Приложение №2. Съгласно чл. 43, ал.2 от договора за извършване на АПр, при наличие на извършена и отменена надлимитна дейност, в сроковете за отчитане на дейността за месец март от страна на „СБАЛК В" ЕАД с подаденото писмено заявление от 18.04.2017г. до директора на РЗОК за увеличаване на месечната стойност е направено искане да се увеличи размера, както на разходите за дейността по АПр за м. март 2017г., подлежаща на отчитане през м. април 2017г., но извършената и отчетена БМП по извършване на АПр не е била заплатена.

По правната страна на спора, се сочи следното:

По отношение на иска за сумата в размер на 14 040 лева - незаплатена главница, дължима за извършена и отчетена дейност по клинични пътеки, извършена пред месец юни 2016г. и отчетена през месец юли 2016г., съгласно чл. 210 от Решение № РД-НС-04-24-1 от 29 март 2016г. съдържа условията, при наличието на които НЗОК заплаща на изпълнителя на БМП за всеки отделен случай по КП, а те са именно: 1. „Отчетената КП, е включена в предмета на договора с изпълнителя на БМП и е извършена от специалисти, посочени в приложение № 1 към договора по съответната КП; 2. Хоспитализираното лице е с непрекъснати здравноосигурителни права към датата на хоспитализацията или ги възстанови до датата на дехоспитализацията с изключение на лицата по чл. 201, ал. 1, т. 2 и 3; 3. Спазени са индикациите за хоспитализация и диагностично-лечебният алгоритъм, поставена е окончателна диагноза и критериите за дехоспитализация по съответната КП, както и са изпълнени условията за завършена КП; 4. Изпълнителят на БМП е изпълнил всички свои задължения по осигуряване на пациентите: непрекъснатост на болничната помощ и грижите (ежедневно наблюдение и престой на пациента в лечебното заведение), координация между специалистите, които ги осъществяват, както и осигуряване на координация със структури на извънболнична и болнична помощ, съобразена с ДЛА на съответната КП - при дехоспитализация на пациента с цел довършване на лечебния процес; 5. Извършената дейност по КП е отчетена при условията и по реда на тази методика; 6. Изпълнителят на БМП, е изпълнил изискванията на чл. 94 НРД за медицинските дейности за 2015г.; 7. Изпълнителят на БМП е изпълнил изискванията на чл. 38 от Решението." Идентично по смисъл е и съдържанието на чл. 25 Договор №*****/24.02.2015г., съгласно т.7 от Допълнителното споразумение от 25.05.2016г. Съгласно чл.1 от същото клиничните пътеки № 17 и № 26, са включени в предмета на договора с изпълнителя на БМП, като лечението по същите е извършено от специалисти, посочени в приложение № 1 към договора. Лечебното заведение е съобразило напълно тези изисквания. На основание чл.50 от ЗЗЗ, при ползване на болнична медицинска помощ лечебното заведение, е изискувало от лицата представяне на документи, удостоверяващи самоличността им съгласно Закона за българските лични

документи при постъпване в и при напускане на лечебното заведение, като е съобщило задължението да събира данните от документа, както и да подава към в клиентската част на информационна система на НЗОК „Регистрационна система на събития по хоспитализация и дехоспитализация“ информация за датата и часа на хоспитализация и дехоспитализация, респективно от страна на „СБАЛК В.“ ЕАД е изпълнено изискването на чл.217, ал. 1 от Решението, към която препраща чл. 38 от същото.

Съгласно чл. 218 от Решението, както и чл.32 от индивидуалния договор между болницата и здравноосигурителния орган, НЗОК заплаща договорената и извършената дейност по КП на изпълнителите на БМП след представяне на следните първични медицински и финансовоотчетни документи:„ 1. първия екземпляр от „Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури“ (бланка МЗ - НЗОК № 7) с отразена основна диагноза и извършени основни диагностични (терапевтични) оперативни процедури, включени в критериите за завършена КП/АПр „Предсрочно изпълнение на дейностите по КП ...“; 2. фактура или електронна фактура; спецификация за извършена дейност по КП и АПр „Предсрочно изпълнение на дейностите по КП ... “; 3. за приложените лекарствени продукти по чл. 210, ал. 2 и 3, с изключение на лекарствените продукти за перорална прицелна противотуморна терапия и перорална химиотерапия, предписани за продължаване на лечението извън стационарни условия: фактура или електронна фактура; спецификация за приложени лекарствени продукти, заплащани от НЗОК извън цената на КП № 240, 242, 243, 244, 245, 246, 248, 249, 250, 251 и 252; „ Отчет за приложените лекарствени продукти по клинични пътеки/амбулаторни процедури “; 4. за медицинските изделия: фактура или електронна фактура; спецификация за вложените медицински изделия по КП/АПр; екземпляр на „ Формуляр за вложени медицински изделия, стойността на които се заплаща от НЗОК извън цената на клиничната пътека/ амбулаторната процедура “, с който се отчитат медицинските изделия, вложени при лечението по определени КП/АПр и заплащани извън цената на същите. Чл.218, ал.2 от Решението въвежда изискването в спецификациите по ал. 1 да се включва само договорена и извършена дейност по КП от изпълнителите на БМП, отчетена в ежедневните отчети по реда на чл. 217 и неотхвърлена от заплащане в месечното известие по чл. 217, ал. 10 от Решението.

Сочи се, че 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, подписано от директора на РЗОК - Варна, съдържащо отхвърлената от заплащане дейност, лекарствени продукти и/или медицински изделия, заплащани от НЗОК извън стойността на КП, както и съответните основания за отхвърляне. Основанията за отхвърляне на дейност от плащане, са изброени в чл.217, ал.12 от Решението: „1.лицето, на което е оказана медицинската помощ, няма право да получава БМП по КП, КПр или процедура, заплащана от НЗОК: а)не е от категорията лица, задължително здравноосигурени в НЗОК съгласно чл. 33, ал. 1 330; б)не е осигурено в друга държава, за което се прилагат правилата за координация на системите за социална

сигурност/двустранни спогодби; в) подлежи на задължително здравно осигуряване в НЗОК, но е с прекъснати здравноосигурителни права и не е възстановило същите до датата на дехоспитализацията/извършване/завършване на дейността; г) не е от категорията здравнонеосигурени лица по § 2 или 8 от преходните и заключителните разпоредби на ЗБНЗОК за 2016г., за които НЗОК заплаща определени видове БМП; 2. при изпълнението на КП, АПр и КПр не е спазен съответният ДЛА, изискването за минимален болничен престой и/или условията за завършеност на КП, АПр и КПр; 3. отчетеният лекарствен продукт, приложен при лечението на лице по КП/АПр не е от видовете лекарствени продукти, заплащани от НЗОК и посочени в чл. 210, ал. 2 и 3 или в чл. 211, ал. 2 и 3; 4. отчетеното медицинско изделие, вложено при лечението на лице по КП, не е от видовете медицински изделия, заплащани от НЗОК извън цената на КП/АПр по чл. 202, ал. 3; 5. наличие на основание за незаплащане, установено в чл. 209; 6. изпълнителят на БМП не е изпълнил изискванията на чл. 94 НРД за медицинските дейности за 2015 г.; 7. изпълнителят на БМП не е изпълнил изискванията на чл. 38 от това Решение." Чл. 217, ал. 9 от Решението предвижда, че НЗОК не заплаща и за дейност, която не е подадена в ежедневните електронни отчети и не е приета от информационната система на НЗОК в сроковете за отчитане на дейността. В настоящата хипотеза, се счита че не е налице нито едно от основанията, предвидени в индивидуалния договор за оказване на болнична помощ по клинични пътеки, съгласно които НЗОК има възможност да откаже плащане на извършената и отчетена дейност. От друга страна „СБАЛК Варна“ ЕАД е изпълнило гореописаните условия и изисквания за заплащане на дейността.

По отношение на иска за сумата в размер на 4 600.00 лева - незаплатена главница, дължима за 5бр. вложени и отчетени по КП медицински изделия стендове „Supraflex“. съгласно чл. 216 от Решение № РД-НС-04-24-1 от 29 март 2016г. и т. 12 от Допълнителното споразумение, с която се изменя чл.30 от Договор №*****/24.02.2015г. НЗОК заплаща вложените при изпълнение на КП и АПр медицински изделия от списъка по чл. 13, ал. 2, т. 2 от Наредба № 10 от 2009г. извън цената на КП и АПр при наличие на следните условия: „ 1. медицинското изделие е вложено при изпълнение на КП съгласно изискванията на диагностично-лечебните алгоритми за изпълнение на съответната КП; 2. изпълнени са изискванията за оказване на БМП; 3. медицинското изделие е отпуснато от болничната аптека на лечебното заведение; 4. медицинското изделие е отчетено при условията и по реда на диагностично-лечебните алгоритми на съответните КП/АПр." Съгласно чл.218, ал.1, т.4 от Решението, за да получи заплащане изпълнителят на БМП следва да представи спецификация за вложените медицински изделия по КП/АПр. Сочи се, че „СБАЛК Варна“ ЕАД е изпълнило коректно и своевременно всички изисквания по отношение на отчитането на 5-те бр. вложени и отчетени по КП медицински изделия стендове „Supraflex“. В подкрепа на това обстоятелството, здравноосигурителният орган е отхвърлил медицинските изделия от плащане, поради отхвърлянето на самите КП, по които са вложени същите, с оглед наличието на надлимитна дейност, без да е налице друго основание за отказа.

По отношение на иска за сумата в размер на 13 192.00 лева - незаплатена главница, дължима

за извършена и отчетена дейност по клинични пътеки, извършена пред месец март 2017г. и отчетена през месец април 2017г., се сочи, че са приложими гореописаните условия и срокове за заплащане на дейностите в БМП, доколкото с Решение № РД-НС-04-7-1 от 11.01.2017г. и в Допълнителното споразумение към индивидуалния договор за оказване на болнична помощ по клинични пътеки от 10.02.2017 г. не са възприети промени в изискванията към изпълнителите на БМП, досежно отчитането на извършената дейност и нейното закупуване от страна на РЗОК- Варна. Дейността е отхвърлена единствено на база превишаване на общата месечна стойност на в Приложение № 2. Останалите условия по отношение на предоставянето на болнична помощ по клинични пътеки, свързани с индикациите за хоспитализация и диагностично-лечебният алгоритъм, задълженията на болницата по осигуряване на пациентите, отчитането на дейността в ежедневни електронни отчети, както и изискванията начл. 94 НРД за медицинските дейности за 2015г. и изискванията от Решението са били спазени. Следователно за лечебното заведение е възникнало право да получи стойността на извършената и отчетена дейност. Доколкото изрично е предвидена възможността за корекция на предвидените прогнозни стойности за медицинска дейност, който да бъдат изкупени, не може да се приеме, че дейността по договора е ограничена до сумите, посочени в Приложение № 2.

По отношение на иска за сумата в размер на 5 190.00 лева - незаплатена главница, дължима за извършени и отчетени амбулаторни процедури, извършени пред месец март 2017г. и отчетена през месец април 2017г., съгласно чл.30, ал.1 от Договор№ *****/ 25.05.2016г. за извършване на амбулаторни процедури НЗОК заплаща на изпълнителя на БМП всеки отделен случай по АПр при наличие на следните условия: „ 1.отчетената АПр и КПр е включена в предмета на договора с изпълнителя на БМП и е извършена от специалисти, посочени в приложение № 1 към договора по съответната АПр и КПр; 2.пациентът е с непрекъснати здравноосигурителни права с изключение на лицата по чл. 201, ал. 1, т. 2 и 3; 3.спазени са условията за завършена АПр и КПр; 4.извършената дейност по АПр и КПр е отчетена при условията и по реда на тази методика; 5.изпълнителят на БМП е изпълнил изискванията на чл. 94 НРД за медицинските дейности за 2015 г.; б. изпълнителят на БМП е изпълнил изискванията на чл. 38 от това Решение." . Тези предпоставки се сочи, че са предвидени в чл. 211, ал. ал.1 от Решение № РД-НС-04-24-1 от 29.03.2016г., като същите не са изменени с Решение № РД-НС-04-7-1 от 11.01.2017г. Съгласно чл.36, ал.1 от договора за извършване на амбулаторни процедури, НЗОК не заплаща АПр в случаи, при които от страна на „СБАЛК Варна" ЕАД не са спазени чл. 94 от НРД за медицинските дейности за 2015 г. и чл. 38 от Решение № РД-НС-04-24-1 от 29.03.2016г. Основанията за отказ от НЗОК, които са изложени, се счита, че не са налице, доколкото АПр за били завършени, индикациите за хоспитализация и диагностично-лечебният алгоритъм и критериите за дехоспитализация са били спазени, в рамките на съответните контролни процедури не е констатирано отсъствие на пациент или недокументирана амбулаторна процедура и всяка една от тях е била включена в електронните отчети.

Сочи се, че съгласно чл. 52, ал. 1 от Конституцията на Република България, гражданите имат

право на здравно осигуряване, гарантиращо им достъпна медицинска помощ, и на безплатно ползване на медицинско обслужване. Константна е практиката на Конституционния съд на Република България относно разбирането за задълженията на държавата, съответно на държавните органи за гарантиране на публичното право „право на здраве“ като цел на националната здравна политика (напр. Решение № 8/28.06.2016 г. по к.дело 9/2015г.). Това право е в основата на дейностите по осъществяване на държавната здравна политика и има приоритет пред икономическите съображения за ефективност на здравните грижи и минимизиране на разходите. С разпоредбата на чл. 81 от ЗЗО също е прогласено правото на всеки български гражданин на достъпна медицинска помощ при условията и по реда на Закон за здравето и Закон за здравното осигуряване. С нормата на чл.4 ЗЗО, са преповторени, прокламираните в Конституцията и ЗЗО, принципи на гарантиран свободен достъп на здравноосигурените лица до медицинска помощ, чрез определения в закона пакет от здравни дейности, както и за правото на свободен избор на изпълнител, сключил договор с РЗОК на територията на цялата страна. С чл.37 от ЗЗО са уредени правата на здравноосигурените лица да получат здравна помощ в обхвата на пакета от здравни дейности, гарантиран от НЗОК и разписан в чл. 45 от ЗЗО, както и за избор на лекар и правото им да получат спешна здравна помощ там, където попаднат. Съобразно императивната разпоредба на чл. 55, ал. 3 ЗЗО, Националните рамкови договори не могат да установяват изисквания за условия, възпрепятстващи свободния избор от осигурения на изпълнители на медицинска помощ, сключили договор с РЗОК, нито на максимален брой извършвани дейности и разпределение на квоти за изпълнителите на такива дейности в специализираната извънболнична и в болничната помощ, както и на ограничение в обема и разпределение на извършваните дейности между лечебните заведения. С нормата на чл. 47 от ЗЗО, се сочи, че е предвидено заплащането на оказаната на осигурено лице медицинска помощ да се извършва с пари от бюджета на НЗОК от РЗОК на изпълнителя на медицинска помощ, като съобразно чл. 51 от ЗЗО, не се заплаща само медицинска помощ извън обхвата на чл. 45 от ЗЗО и договореното в Националния рамков договор.

Сочи се, че бюджетът на НЗОК съобразно дефиницията на чл. 22, ал. 1 от ЗЗО е основен финансов план за набиране и разходване на парични средства на задължителното здравно осигуряване и е отделен от държавния бюджет. С разпоредбата на чл. 23, ал. 2 от ЗЗО, е предвидена възможността при недостиг на средства да се ползват краткосрочни безлихвени заеми от държавния бюджет. Законът предвижда задължително в бюджета на НЗОК да бъде заделен и резерв за непредвидени и неотложни разходи - чл. 25 от ЗЗО. В рамките на стойностите по чл. 1 от закона, НЗОК определя за всяка районна здравноосигурителна каса годишна обща стойност на разходите, разпределени по месеци, а районните здравноосигурителни каси определят стойността за дейностите към договорите с изпълнителите на болнична медицинска помощ, разпределени по месеци. Изпълнението на дейностите се контролира по месеци и се коригира на тримесечие в рамките на утвърдените разходи по бюджета на НЗОК.

Сочи се, че уговарянето на лимит на дейности и плащания от НЗОК в сключените

индивидуални договори с изпълнителите на медицинска помощ влиза в пряко противоречие със застъпените в чл. 5, т. 9 и т. 10 ЗЗО, чл. 4 ЗЗО, чл. 2 ЗЗ и чл. 52 от Конституцията на Република България принципи за закрила от държавата на здравето на нейните граждани, на опазването му като национален приоритет, на гарантиране на своевременна, достатъчна и качествена медицинска помощ за здравноосигурените лица в кръга на гарантирания от бюджета на НЗОК пакет от медицински дейности по чл. 45 ЗЗО, както и с установената в чл. 59, ал. 2 ЗЗО, вр. чл. 55, ал. 3 ЗЗО забрана в Националния рамков договор и договорите с изпълнители на медицинска помощ, да бъдат предвиждани условия, възпрепятстващи свободния избор от осигурените лица на изпълнители на медицинска помощ, сключили договор с РЗОК, на забраната да бъдат предвиждани максимален брой извършвани дейности и за разпределение на квоти за изпълнение на такива дейности в болничната помощ, както и на забраната да се предвиждат ограничения в обема и да се въвежда разпределение на извършваните дейности между лечебните заведения.

Сочи се, че определянето на лимит на заплащаните от НЗОК дейности по месеци на изпълнителя на медицинска дейност, едностранно от НЗОК и РЗОК по техни „прогнозни“ стойности, реално води до разпределение на дейностите между лечебните заведения и въвеждане на квоти между тях, доколкото сочи максималния брой дейности, които изпълнителят може да изпълни в рамките на всеки месец. Въвеждането на лимити от НЗОК и РЗОК, съобразно техните прогнозни разчети на бюджета, които и са задължителни за изпълнителите на медицинска помощ, нарушава и основните прогласени в ЗЗО и ЗЗ принципи на равнопоставеност на изпълнителите на медицинска дейност и на равнопоставеност между последните и НЗОК при сключване на договорите за изпълнение на медицинска помощ - чл. 5, т. 6 и т. 8 ЗЗО.

С оглед гарантиране на основните принципи на здравното осигуряване законодателно, се сочи, че на НЗОК са предоставени достатъчно законови средства и инструментариум - предлага своя бюджет, прави анализи и прогнози, поддържа резерв, има право на нисколихвени заеми от държавния бюджет и т.н., които при добро управление от страната на последния държавен орган на предоставените му средства, биха били достатъчни за гарантиране заплащането на законово регламентирания пакет от медицински дейности и за изпълнение на едно от основните права на гражданите в Република България - на здравеопазване. Недопустимо е като противно на горецитираните основни принципи на правовия ред в държавата чрез използването на властническото положение на един държавен орган - НЗОК и районните му поделения, и в резултата на евентуалното му недобро функциониране - липса на правилно планиране на очакваните разходи, да бъдат ограничавани правата на гражданите, гарантирани им от закона, за достъп до своевременна и качествена медицинска помощ в лечебно заведение, избрано от тях.

Сочи се, че противно на закона е и прехвърлянето на отговорността по здравно осигуряване и гарантиране на правото на своевременна и качествена медицинска помощ от държавата в лицето на нейните органи - НЗОК и районните и поделения, на частноправните субекти - изпълнители на медицинска помощ, които ако се приеме, че са обвързани от определените

от НЗОК лимити за дейността им, би следвало да финансират оказаната от тях медицинска помощ на здравноосигурени лица, от които от една страна не могат да поискат заплащане на гарантираните им с бюджета на НЗОК медицински дейности, а от друга не могат да откажат да им предоставят своевременно и качествени лечение, заложено в ЗЗО, ЗЗ и медицинските стандарти като ги оставят да чакат при неясни последици за здравето на пациентите от последното изчакване, но при всички случаи негативни, доколкото своевременността на медицинската помощ е ясно разписана гаранция за добро здравеопазване във всички относими нормативни актове.

Сочи се, че ищецът е имал възможност да окаже спешна медицинска помощ на избралите го здравноосигурени лица през м.юни- м.юли 2016г. и м. март- м. април 2017г., предвид на което и при точно приложение на закона им е предоставил такава, а за ответника на основание чл. 59 ЗЗО и чл. 47 ЗЗО е възникнало задължение да заплати същата. Още повече, законът вменява задължение на НЗОК чрез своя бюджет да гарантира на здравноосигурените лица достъп до своевременно и качествено здравеопазване, както и пакет от медицински дейности, които здравноосигурените лица да получат от избрания от тях изпълнител на медицинска помощ, сключил договор с РЗОК, без да дължат сами плащане на изпълнителя, а такова да бъде извършено от НЗОК.

Във връзка с исквете с правно основание чл. 86 ЗЗД, се моли съдът да вземе предвид следното:

По претенциите за обезщетения за забава върху сумата от 14 040.00лв., представляваща реализирана и отчетена БМП по КП за м.юни-м.юли 2016г., както и върху сумата от 4 600.00лв., представляваща стойността на вложените, но незаплатени по КП медицински изделия за периода, същите произтичат от следните обстоятелства: Съгласно Договор № *****/24.02.2015г., както и на база сключеното към него Допълнително споразумение от 25.05.2016г. за оказване на болнична медицинска помощ по КП за дейността за 2016г. и приетите на основание чл.59, ал.3 от ЗЗО решения на НС на НЗОК, заплащането на предоставената и отчетена болнична медицинска дейност по клинични пътеки, и вложените и отчетени по тях медицински изделия се извършва от възложителя НЗОК чрез РЗОК в срок до 30-то число на месеца, следващ отчетния. С оглед на гореизложеното вземанията за сумата в размер от 14 040.00 лева и 4 600.00лв., представляваща незаплатената БМП по клинични пътеки, реализирана през месец юни и отчетена през месец юли, както и за вложените и отчетени по тях медицински изделия са станали изискуеми на 31.08.2016г., първия ден след 30-то число на месеца, следващо отчетния месец - юли. Съгласно чл. 231 от Решение № РД-НС-04-24-1 от 29.03.2016г., когато плащането за извършените и отчетените дейности не се извърши в сроковете, определени с договора, на изпълнителя на болнична медицинска помощ се дължи законна лихва за забава за просроченото време.

По претенциите за обезщетения за забава върху сумите от 13 192.00лв. представляваща незаплатената БМП по клинични пътеки, реализирана през м-март- м.април 2017г., както и върху сумата 5 190.00лв., представляваща извършените, но незаплатени за периода амбулаторни процедури, същите са станали изискуеми на 31.05.2017г., първия ден след 30-

то число на месеца, следващо отчетния месец - април. Доколкото с Решение № РД-НС-04-7-1 от 11.01.2017г. разпоредбата на чл. 231 от Решение № РД-НС-04-24-1 от 29.03.2016г. не е изменена, нейното правило следва да се приложи и по отношение на периода м.март - м. април 2017г.

С изложеното се обосновава правният интерес от предявените искиви претенции.

В срока по чл. 131, ал. 1 ГПК, *ответникът* Национална здравноосигурителна каса, представлявана от проф. д-р **, в качеството му на управител адрес: ул. "*****", чрез процесуалния си представител ***** - гл. юрисконсулт в РЗОК-****, адрес: бул."*****", е депозирал писмен отговор на исковата молба, с който се изразява становище за допустимост на предявените искиви претенции.**

По основателността на иска, се сочи следното:

Съгласно 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 в съответствие с НРД. Ал.3 на цитираната норма визира, че договорите се сключват в писмена форма за срока на действие на НРД и са в сила до приемането на нов или при промяна на действащия НРД. Разпоредбата на чл.24, ал.1 от НРД за МД за 2015г. предвижда, че типовите договори с изпълнителите на медицинска помощ се утвърждават от управителя на НЗОК след съгласуване с председателя на УС на БЛС. Ал.4 на същия член посочва, че неразделна част към договорите с изпълнителите на медицинска помощ са приложенията за медицинските дейности за БМП, за медицински изделия, прилагани в болничната медицинска помощ и/или за лекарствена терапия при злокачествени заболявания.

Сочи се, че в съответствие с горното и в условията на обвързана компетентност, директорът на РЗОК- Варна, в качеството си на представляващ НЗОК, е сключил с „СБАЛК В." ЕАД договор №****/24.02.2015г. за оказване на болнична помощ по клинични пътеки и договор №*****/25.05.2016г. за извършване на амбулаторни процедури. Неразделна част от същите са и стойностите и обемите на дейностите в БМП и стойностите на медицинските изделия в БМП и лекарствените продукти за лечение на злокачествените заболявания в условията на БМП.

Тъй като процесният период касае 2016г. и началото на 2017г., се уточнява, че през 2016 г., респ. 2017г. нов НРД не е приет, поради което приложение намира разпоредбата на чл.54, ал.8 от ЗЗО, съгласно която когато Националният рамков договор за медицинските не бъдат приети при условията и в сроковете, определени в този закон, се прилагат действащите до момента НРД. Но, ал.9 на цитирания член предвижда, че в случаите по ал. 8, когато промени в действащото законодателство налагат изменение или допълнение на съдържащите се в НРД изисквания по чл. 55, ал.2, те се определят с решение на надзорния съвет на НЗОК по предложение на управителя на НЗОК.

Сочи се, че направените промени в действащото законодателство със ЗИД на ЗЗО /обн.ДВ бр.48/27.06.2015г./, са инициирали приложението на чл.54, ал.9 от ЗЗО, в резултат на което е

прието Решение № РД-НС-04-24-1/29.03.2016г. на НС на НЗОК/обн. ДВ бр.25/31.03.2016г./Решението/ и Решение №РД-НС-04-7-1/11.01.2017г. за изменението му /обн. ДВ бр.8/24.01.2017г./. Съгласно §2, ал.2 от Решението Националният рамков договор за медицинските дейности за 2015г. се прилага, доколкото не е изменен с настоящото Решение. В изпълнение на чл.15 от Решението между „СБАЛК В." ЕАД и НЗОК са подписани допълнителни споразумения към договор №****/24.02.2015г. за оказване на БП по КП и към договор №032098/25.05.2016г. за извършване на амбулаторни процедури, с което са предоговорени условията на предоставянето от лечебното заведение и закупуването от НЗОК на болнична медицинска помощ в полза на здравноосигурените лица/ЗОЛ/.

Счита се от ответникът, че видно от депозираната искова молба, се оспорва правилността на закупуване на медицински дейности за болнична помощ от НЗОК в обема договорен в Приложение №2 към договорите, но не и размерът на стойностите определени в същото. На обема на закупуваната от НЗОК БМП са посветени текстовете от чл.33 до чл.37 от сключения договор №****/24.02.2015г. за оказване на болнична помощ по клинични пътеки. Чл.33, ал.1 от индивидуалния договор /ИД/ предвижда, че възложителят определя стойности на дейностите за БМП съобразно „Правила за условията и реда за прилагане на чл.4, ал.1, ал.2 и ал.3 от ЗБНЗОК за 2016г." (Правилата 2016), приети на основание чл.4, ал.4 от ЗБНЗОК за 2016г. от Надзорния съвет на НЗОК, респ. за 2017г. „Правила за условията и реда за прилагане на чл.4, ал.1, ал.2 и ал.3 от ЗБНЗОК за 2017г." (Правилата 2017), приети на основание чл.4, ал.4 от ЗБНЗОК за 2017 г. от Надзорния съвет на НЗОК. Съгласно разпоредбата на чл.34, ал.3 от ИД в част Б на приложение №2 към договора се определят месечни стойности за периодите на дейност м. април- м.ноември 2016г., заплащани в периода м. май - м. декември 2016г., като чл.36, ал.1 от договора посочва как следва това да бъде направено, както е в конкретния казус-по реда на Правилата. В чл.20, ал.4 от Решението изрично е указано, че това приложение е неразделна част към договорите с изпълнителите на медицинска помощ. Съгласно чл.2 от Правилата определените по реда на тези правила стойности по чл.1, ал.1, т.1, буква „в" стават неразделна част на договорите с изпълнителите на БМП (приложение №2 от индивидуалните договори на изпълнителя за дейност БМП). Видно от приложение №2, част Б към договор №****/24.02.2015г. са определени месечните стойности за м. юни и м. март 2017г., в рамките на които лечебното заведение може да оказва БМП, която НЗОК е приела да финансира. Изрично в чл.34, ал.1 от раздел VI „Условия и срокове за заплащане на дейностите в БМП" от договора е уговорено между страните ВЪЗЛОЖИТЕЛЯТ да закупува от ИЗПЪЛНИТЕЛЯ дейности, съгласно договора, в рамките на стойностите, определени по чл. 33.

Сочи се, че съгласно чл.37, ал.1 и ал.2 от договора, ИЗПЪЛНИТЕЛЯТ не може да отчита с финансово-отчетни документи, дейности на стойност, надвишаваща стойностите по чл.36, ал.2, а потвърдените за заплащане дейности и медицински изделия в месечните известия по чл.31, ал.10 следва да са в рамките на стойностите за съответния месец в приложение №2 към този договор, с което императивно е вменено на НЗОК да не заплаща над определените

месечни стойности. Това е условие договорено между страните по договора. Съгласно чл.20а от ЗЗД, се сочи, че договорът има силата на закон за тези, които са го сключили.

Отделно от това, съгласно раздел I „Предмет на договора“, чл.2, ал.2 от договора за КП, НЗОК сочи, че се е задължила да заплаща дейностите по ал.1 съгласно раздел VI, VII и VIII от Решението, касаещи болничната помощ, т.е. видно от предмета на сключения договор НЗОК не е поела задължение да заплаща неограничено на изпълнителя и това е така, защото тя има определена платежоспособност, за което по-надолу ще изложи подробни мотиви.

Съгласно чл.221, ал.11 от Решението, стойностите по финансовоотчетните документи по чл. 218, 219 и 220 не следва да надвишават размера на определените месечни стойности по приложение №2 на индивидуалните договори на изпълнителите.

Съгласно чл.223, ал.2, т.1 от Решението, финансовоотчетни документи на лечебното заведение по ал. 1 не се приемат когато обемите и спецификациите не отговарят на изискванията по чл. 221.

На основание чл.224, ал.1 от Решението, при констатирано от РЗОК несъответствие съгласно чл.223 по представените финансовоотчетни документи по чл. 218, 219 и 220 РЗОК изпраща писмени указания за необходимите корекции до три работни дни от представяне на отчетните документи на изпълнителя на БМП.

Идентично в чл.43, ал.2 от договора е посочено, че финансовоотчетните документи по ал.1 на ИЗПЪЛНИТЕЛЯ не се приемат когато обемите и спецификациите не отговарят на изискванията на чл.37, т.е. са отчетени дейности надвишаващи стойностите договорени в Приложение №2 на договора.

Сочи се, че „Специализирана болница за активно лечение по кардиология Варна“ ЕАД за дейност м. юни и м. март 2017г. е представило в РЗОК- Варна финансово-отчетните документи, като същите са такива до размера на уговорените между страните стойности обективирани в Приложение №2, които НЗОК е заплатила, т.е. тя е признала това свое задължение да отчете и да ѝ бъде заплатено извършеното съгласно размера на договореното.

Претендираните суми от ищеца *над определената по договора стойност, се настоява, че не са дължими на годно правно основание, поради което лечебното заведение няма ликвидни и изискуеми вземания срещу НЗОК.*

Идентично е договореното и по отношение на другия договор за оказване на БП по АПр.

С цитираните по-горе клаузи от договора, ответникът счита, че са установени правилата и рамките, в които лечебното заведение може да извършва дейности за сметка на бюджета на НЗОК, както и последиците от несъблюдаването на тези правила. В качеството му на изпълнител на медицинска помощ по сключен договор с НЗОК, на ищеца е дадена възможност да се разпорежда със средства от бюджета на НЗОК, като оказва болнична медицинска помощ, като размерът на този бюджет е определен с Приложение №2 към договора /чл.34, ал.3 от индивидуалния договор/. В случая ищецът се е разпоредил със средства над определените му, които НЗОК като страна по договора не е приела да заплаща. Подписвайки договор с НЗОК „Специализирана болница за активно лечение по кардиология

Варна" ЕАД се е задължило да отчита дейности на стойност ненадвишаваща определената месечна стойност в Приложение №2 към договора. Отчитането на дейности над договорената стойност представлява нерационално и неправомерно разходване от лечебното заведение на средства от бюджета на НЗОК. Сключването на договор за оказване на медицинска помощ с НЗОК не е задължително за изпълнителите на медицинска помощ. Всеки един от тях сам по своя воля сключва договор с НЗОК и със сключването на такъв се задължава да спазва клаузите му и за неизпълнение на задълженията си носи отговорност.

Възложителят по договора – НЗОК, се сочи, че е орган на бюджетна издръжка. Като такава му се отпускат финансови средства от републиканския бюджет и има финансова рамка, определена със ЗБНЗОК за 2016г., респ. със ЗБНЗОК за 2017г., с която следва да се съобразява и да спазва финансовата дисциплина, т.е. НЗОК има определена платежоспособност. НЗОК гарантира на задължително здравноосигурените лица чрез изпълнителите на медицинска помощ определени по вид и количество, заплащани от НЗОК дейности, но в рамките на бюджета на НЗОК. В този смисъл РЗОК дължи плащане само на договорените стойности и обеми на дейности. Освен това от чл.33 до чл.41 от договора между ищеца и НЗОК, са установени правила и рамки, в които НЗОК може да закупува от изпълнителя дейности по оказване на болнична помощ за сметка на бюджета на НЗОК. Това означава, че излизането извън тези рамки надвишава обема на медицинските дейности, предмет на договора, които другата страна по договора - НЗОК не е приела да финансира.

Сочи се, че НЗОК, е длъжна да следва бюджетната дисциплина, заложена и гарантирана от Закона за бюджета на НЗОК. Именно спазването на това задължение обвързва НЗОК да заплаща само отчетената по договорите дейност до стойностите, определени в приложение № 2 към сключените индивидуални договори. Задължение, което НЗОК безспорно е изпълнила в разглеждания случай. Ето защо ответникът твърди, че НЗОК, респ. РЗОК-Варна, няма неизплатени задължения към ищеца по отношение на медицинската дейност за м. юни 2016г. и м. март 2017г. Задължение на НЗОК е да заплаща извършването на определените с договора дейности, отчетени по съответния ред, но в рамките на предварително определените стойности по реда на чл.4 от ЗБНЗОК за 2016г. На основание чл.43, ал.2, т.1 от сключения между страните договор основание за отхвърляне на заплащането е дейност, надвишаваща стойността на чл. 40 от договора.

С приемането на ЗБНЗОК за съответната година, се сочи, че се приема бюджета на касата по приходи и трансфери, по разходи и трансфери, с балансирано бюджетно салдо. Сред правомощията на НЗОК, съгласно чл.4, ал.1 от ЗБНЗОК за 2016г./ЗБНЗОК за 2017г., е в рамките на приетите в закона стойности да определя за всяка РЗОК годишна обща стойност на разходите, разпределена по месеци, съответно на РЗОК, е да определя стойностите за дейностите по договорите с изпълнителите на болнична медицинска помощ, разпределени по месеци. Предвидено е също така изпълнението на дейностите да се контролира по месеци и да се коригира на тримесечие в рамките на утвърдените разходи по бюджета на НЗОК. Изпълнението на финансовата рамка, очертана от РЗОК, става задължителна за самия изпълнител на болнична помощ след индивидуално договаряне и сключване на договор, в

който тази финансова рамка, става част от договорните клаузи на сключения договор. Т.е. единствено меродавен и правно значим в договорните отношения между НЗОК и конкретния изпълнител на болнична помощ, е бюджетът на лечебното заведение, така както е определен и утвърден по реда на ЗБНЗОК за 2016г./ ЗБНЗОК за 2017г.

Доколкото се касае за плащания на разходи в рамките на предварително определен по месеци, тримесечия и за годината бюджет, коригиране на месечните стойности е възможно само в рамките на предварително заложените проценти и в посочените срокове. Заплащането на всички извършени дейности от изпълнителите на болнична помощ от страна на касата би довело до превишаване на разходната част на приетия бюджет. В настоящият случай се касае за действия по администриране на бюджет, представляваща дейност по целесъобразност, осъществявана от органите на НЗОК и РЗОК в рамките на техните правомощия и при условията на оперативна самостоятелност./В този смисъл се цитира Решение №10/08.01.2018г. по в.търг.дело №555/2017г. на Апелативен съд - Варна/.

На следващо място, се сочи, че ищецът със сключването на процесните договори по силата на чл.2, ал.3 от същите, е поел задължението да осъществява дейността предмет на договора, съгласно изискванията на Закона за лечебните заведения (ЗЛЗ), 33, 330, ЗБНЗОК за 2016г., подзаконовите нормативни актове по прилагането им, НРД за МД за 2015г. и Решението на НС на НЗОК.

Съгласно чл. 4, ал. 1, т.2 от Закона за бюджета на НЗОК за 2016г., идентично и в ЗБНЗОК за 2017г., директорите на РЗОК разпределят утвърдените стойности на разходите по т. 1, буква "а" по изпълнители на болнична медицинска помощ за съответната РЗОК по месеци, и 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".

Сочи се, че чл. 4, ал.1 от Закон за здравното осигуряване/ЗЗО/, предвижда, че "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 избор на изпълнител договорил се с касата. Граматичното тълкуване на текста, се сочи, че води извода, че обхватът и обемът трябва да бъдат определени, т.е. не са неограничени. Ако целта на закона е достъпът до здравните нужди да бъде неограничен, то подчиненото изречение "чрез определен по вид, обхват и обем пакет от здравни дейности" би било излишно.

Чл.52, ал.1 от КРБ, се сочи, че предвижда, че гражданите имат право на здравно осигуряване, гарантиращо им достъпна медицинска помощ, и на безплатно ползване на медицинско обслужване при условия и по ред, определени със закон. Самата Конституция посочва, че медицинската помощ се осъществява по ред определен със закон, а именно този закон е ЗЗО.

В този смисъл и относимо към казуса чл.29 от ЗЗО, предвижда ежегодно приемане на Закон за бюджета на НЗОК, с който се определят задължителните здравноосигурителни вноски,

приходите и разходите по бюджетна класификация.

На основание чл.29 от ЗЗО, бюджетът на касата е елемент от системата на осигуряването и оказването на здравната помощ. ЗБНЗОК определя касата като орган, който администрира бюджета, а не както орган, който администрира медицинската помощ.

В заключение, се отбелязва, че НЗОК е действала в изпълнение на ЗБНЗОК за 2016г./ЗБНЗОК за 2017г., стриктно е следвала Правилата и Договора между страните и в крайна сметка отказът от заплащане на отчетена дейност над определената месечна стойност е абсолютно законосъобразен. Това е така, защото заплащането на подобна сума би довело до нарушаването на цитираните по-горе законови разпоредби, което от своя страна ще предизвика и дисбаланс в държавния бюджет, определен за здравеопазване, който не е неограничен. Ако тази сума е била заплатена на ищеца, то НЗОК би извършила сериозно нарушение и на чл.119 от Закона за публичните финанси, който гласи, че „не се допуска извършването на разходи или поемането на задължения, които влошават салдото по консолидираната фискална програма, освен в случаите, когато по предложение на Министерския съвет Народното събрание е приело съответни изменения и допълнения в закона за държавния бюджет и/или в ЗБДОО и/или в ЗБНЗОК за съответната година“.

Предвид гореизложеното, се счита, че текстовете от договора, уреждащи обема на заплащане на предоставената в изпълнението му медицинска помощ, кореспондират и с материалноправните норми, от което следва обоснования извод за законосъобразност на заплащането до размера на договорените в Приложение №2 стойности. НС на НЗОК се сочи, че приема правила в изпълнение на закона за бюджета на НЗОК, които представляват метод за определяне на обективните критерии за възлагане на определените дейности, и имат характер на прогнозна финансова рамка. Вместването на медицинските услуги в рамките на утвърдените стойности обезпечава финансовия ред в сферата на здравното осигуряване. Касае се за съблюдаване на финансовите параметри, определени със ЗБНЗОК за 2016г./ЗБНЗОК за 2017г., както и за спазване на установените с договора между изпълнителя на медицинска помощ и НЗОК, правила и рамки, в които може да се оказва болнична медицинска помощ за сметка на бюджета на НЗОК. Въвеждането на стойност на разходите за дейностите към договорите с изпълнителите на медицинска помощ, е необходимо, тъй като НЗОК може да работи само в пределите на бюджета, който ѝ се определя всяка година със ЗБНЗОК.

Що се отнася до направените в исковата молба оплаквания, същите се считат за неоснователни по следните мотиви.

Неоснователно ищецът твърди, че вземанията му срещу НЗОК за процесната сума са дължими на основание чл.79 от ЗЗД, където е уредена хипотезата на защита на кредитора при неточно изпълнение от страна на длъжника. С подписването на договор №****/24.02.2015г. и договор №****/25.05.2016г., ведно с приложенията към тях, „СБАЛК В.“ ЕАД, се е съгласило, че ще оказва в полза на ЗОЛ болнична помощ по съответни цени в лева, в рамките на определените стойности посочени в Приложение №2. В този смисъл НЗОК, чрез РЗОК - Варна, съвсем законосъобразно, обосновано и добросъвестно, в

условията на последователност и логичност в действията си, е извършила плащания до определените и договорени стойности в приложение №2, подписано с анекс към договора. Сумите за осъществената болнична помощ на пациенти над тази стойност не са дължими на годно правно основание, поради което лечебното заведение няма ликвидни и изискуеми вземания срещу НЗОК за м.юни 2016г. и м. март 2017г. и неоснователно ищецът иска заплащане от НЗОК на посоченото основание- чл. 79 от ЗЗД.

Според ответникът, в исковата молба некоректно се твърди, че съгласно договора НЗОК е поела задължението да закупува всички осъществени и отчетени от тях дейности по конкретно договорени цени. Видно от процесиите договори, се сочи, че с подписването им НЗОК не е поела задължението да закупува неограничено и безотговорно болнична медицинска помощ по подробни мотиви изложени по- горе. Напротив, точно обратното, да купува в определени обеми конкретно посочени в приложение №2 към договора. НЗОК е поела задължението да закупи отчетените дейности, но под договореното условие, че тези дейности са до размера на приложение №2- чл.34, ал. 1 и чл.37, ал.1 от договора. Същата е заплатила отчетените и потвърдени за плащане дейности. Всъщност под „в пълен обем" по чл.1 от индивидуалния договор се има предвид договорения обем, а не като цяло обемът въобще. С подписване на договора и в последствие допълнителните споразумения лечебното заведение се е съгласило да изпълни през м. юни 2016г.- м. март 2017г. медицинска помощ в размера на определените в приложение № 2 стойности.

На следващо място, видно от изложението в исковата молба, сам ищецът определя осъществената от него дейност по изпълнение на сключените с НЗОК договори, като лимитни и безлимитни. Самото негово възприятие, че има лимитна дейност означава, че той ясно съзнава, че се касае за дейност, която е ограничена в определени параметри, както е в случая от финансови средства. И въпреки всичко претендира да му бъде заплатена надлимитната дейност, което е в противоречие и не кореспондира с договорените между страните клаузи. От една страна приема, че има лимит на дейността, която следва да оказва в изпълнение на подписания от него договор, от друга страна некоректно претендира за заплащане извън този обем.

За неоснователни според ответникът, са и наведените в исковата молба доводи за нищожност на договорните клаузи, които предвиждат заплащане в рамките на определените стойности по Приложение №2 към индивидуалните договори, поради противоречието им със закона. Конкретизирано е противоречие чл.35 от ЗЗО. Твърдяното противоречие с конкретно визираната норма намирам за неоснователно по следните съображения.

Подробни мотиви относно съответствието на договорените клаузи с материалноправните норми /КРБ,330, ЗБНЗОК за 2016/2017г./ се сочи, че са изложени по-горе по отношение поетото от ищеца задължение по чл.2, ал.3 от договора. Позоваването на нарушаване на правата на здравноосигурените лица по чл.35 ал.1 т.1 ЗЗО, е некоректно. Посочената норма предвижда, че задължително осигурените лица имат право да получават медицинска помощ в обхвата на пакета от здравни дейности, гарантиран от бюджета на НЗОК, т.е. не неограничено, а обвързано с бюджетните финансови възможности на касата. Соочи се от

ответникът, че не е съгласен, че това ограничава правото на избор на пациента на лечебно заведение. Пациентът е свободен да избере лечебно заведение, в което да получи медицински дейности в обхвата на основния пакет от здравни дейности, за които НЗОК заплаща. Никой не оспорва правото пациентите на болнична медицинска помощ, но когато тя следва да бъде заплащана от бюджета на НЗОК, е необходимо да се съобразяват сключените с нея договори. /Решение № 2 от 22.02.2007 г. по конст. дело № 12 от 2006 г. на Конституционния съд на Република България/.

Въпрос на финансова дисциплина и на правилно планиране на дейността на лечебното заведение е рационалното разпределяне на полагащите му се бюджетни средства и некоректно е без дадени му правомощия да се разпорежда със средства от бюджета на НЗОК. Чл.22 и следващите от Наредба за осъществяване правото на достъп до медицинска помощ уреждат нормативната възможност за поддържане листа за планов прием на пациентите от лечебните заведения сключили договор с НЗОК за оказване на болнична помощ. Предвид обстоятелството, че закона предвижда възможност за създаване листа на чакащите по отношение на оказване на помощта заплащана от НЗОК, лечебното заведение има пълната възможност така да организира приеми на пациентите, че да се вмести в определените му месечни стойности по договора. Не всички приеми са спешни, една част са планови и същите могат да бъдат планирани във времето съобразно наличния бюджет. Следва да се отбележи факта, че приходите от НЗОК не са единствените приходи на лечебното заведение, от които да зависи организацията и дейността в него. Същото има приходи от плащания от страна на потребителите на медицинската услуга /пациентите/, приходи от Министерството на здравеопазването, здравноосигурителни дружества и др. Така, че не е необходимо да се отказва на пациента оказване на медицинска помощ при условие, че лечебното заведение разполага и с други средства и механизми за контролиране на разходите си.

От друга страна, чл.52 ал.1 от Конституцията на Република България регламентира като основно право на гражданите правото им на здравно осигуряване, гарантиращо им достъпна медицинска помощ, и на безплатно ползване на медицинско обслужване, но при условията и по ред, определени със закон. В тази връзка чл.4 ал.1 ЗЗО сочи, че задължителното здравно осигуряване гарантира свободен достъп на осигурените лица до медицинска помощ чрез определен по вид, обхват и обем пакет от здравни дейности, както и свободен избор на изпълнител, сключил договор с РЗОК. В мотивите на решение №2/22.02.2007г. на Конституционния съд по к. д. № 12/2006г. се сочи, че граматическото тълкуване на чл.4 ЗЗО води до извод, че обхватът и обемът на пакета здравни дейности трябва да бъдат определени, т. е. те не са неограничени. Според конституционните съдии, ако целта на закона е достъпът до здравните нужди да бъде неограничен, то тогава подчиненото изречение „чрез определен по вид, обхват и обем пакет от здравни дейности" би било излишно. Ето защо прогласеното с чл. 52 ал. 1 от Конституцията право на гражданите на здравно осигуряване и на безплатно ползване на медицинско обслужване при условията и по ред, определени със закон, се разпростира в рамките на предвидения в чл. 4 ал. 1 ЗЗО

определен по вид, обхват и обем пакет от здравни дейности. Отново в мотивите на решение № 2/22.02.2007г. на Конституционния съд по к. д. № 12/2006г. правото по чл.52 ал.1 от Конституцията се определя като такова от категорията социални права, за които е типично, че не са универсални и не се ползват с пряка съдебна защита, като тази им характеристика налага по необходимост държавна намеса, което според Конституционния съд е причина Конституцията да сочи, че здравното осигуряване и най-общо казано медицинската помощ се осъществяват по ред, определен със закон. Във връзка с необходимостта от определянето на обема здравни дейности, чл.29 ЗЗО предвижда ежегодното приемане със закон на бюджета на НЗОК, с който съгласно ал.3 задължително се определят размерът на задължителната здравноосигурителна вноска, приходите и разходите по бюджетна класификация, както и диференцираните разходи по здравноосигурителни плащания за изброените в осем точки дейности, между които по т. 6 е болничната медицинска помощ. Съгласно чл. 4 ал. 1 т. 1 от приетия в изпълнение на чл. 29 ЗЗО Закон за бюджета на НЗОК за 2016г. /обн. ДВ бр. 98/2015г., в сила от 01.01.2016г./, респ. ЗБНЗОК за 2017г. Надзорният съвет на НЗОК утвърждава за всяка РЗОК годишна обща стойност на разходите за здравноосигурителни плащания, разпределени по месеци, като наблюдава, анализира и коригира ежемесечно и на тримесечие тази стойност. Съгласно чл. 4 ал. 1 т. 2 от Закона за бюджета на НЗОК за 2016г. /ЗБНЗОК за 2017г., директорите на РЗОК разпределят по месеци между изпълнителите на болнична медицинска помощ утвърдените от Надзорния съвет на НЗОК стойности на разходите и закупуват от тях обем здравни дейности от пакета по чл. 2 ал. 1 ЗЗО в рамките на определените от Надзорния съвет на НЗОК стойности по чл. 4 ал. 1 т. 1 б. „а" от закона. Тълкуването на разпоредбите от Закона за бюджета на НЗОК за 2016г./2017г. води до извод, че с него НЗОК, респективно РЗОК, са определени като органи, администриращи определения по нормативен път бюджет за здравно осигуряване, като съгласно решението по к. д. № 12/2006 г. на КС законът за бюджета на касата по същество представлява финансов план за разходване на средствата за здравеопазване. В качеството на орган на бюджетна издръжка НЗОК разполага с отпуснати от републиканския бюджет финансови средства по зададена от Закона за бюджета на НЗОК финансова рамка, поради което единствено в нейните предели е в състояние обективно да договаря с изпълнителите на медицинска помощ закупуването на съответния вид медицински дейности. По този начин се осигурява конституционно гарантираното на гражданите на Република България право на здравно осигуряване и на безплатно ползване на медицинското обслужване при условия и по ред, определени в закон. НЗОК гарантира на задължително здравноосигурените лица чрез изпълнителите на медицинска помощ определени по вид и количество, заплащани от НЗОК дейности, но в рамките на бюджета на НЗОК. В този смисъл РЗОК дължи плащане само на договорените стойности и обеми на дейности. Ето защо възприема се като изцяло неоснователно проведеното с исковата молба оспорване на клаузите от процесиите договори за оказване на БМП, свързани с лимитирането на стойности, в рамките на които извършената, отчетена и проверена дейност на лечебното заведение да бъде заплатена от НЗОК.

Сочи се, че съгласно чл.29, ал.1 от НРД за медицинските дейности 2015г., изпълнителите на

медицинска помощ имат право да получат в срок и в пълен размер заплащане за извършените дейности, при условията и по реда на сключения между страните договор. Едно от условията по сключения договор е да не се превишават стойностите по приложение № 2 към него. От изложеното, според ответникът следва да се обобщи, че след като от самата нормативна уредба се налага извод, че закупуването на болничната медицинска помощ от НЗОК чрез РЗОК не е неограничено, а в рамките на определения по нормативен път годишен бюджет на Касата, то това е достатъчно, за да обуслови несъстоятелността на оплакването, че договорените клаузи са нищожни поради противоречието им със закона.

За оборване на наведеното твърдение от ищеца, че не са били уведомявани за изпълнението на месечните си стойности през спорните периоди, към писмения отговор ответника прилага доказателства, от които е видно, че такова уведомяване от страна на възложителя към изпълнителя е правено ежеседмично.

В изпълнение на чл.38, ал.1 от процесния договор, чл.221, ал.5 от Решението, ежеседмично до изпълнителя са изпращани чрез прикачване в профила му чрез Персонализираната информационна система на НЗОК/ЛИС/ известия за достигнатото изпълнение на месечните стойности по приложение №2 към договора. Доколкото спорът се свежда само до оказаната медицинска помощ за м. юни 2016г. и м.март 2017г., се представя извлечение от ПИС от профила на ищеца за изпратените му седмични справки за посочените периоди. Видно от същите възложителят ежеседмично е уведомявал изпълнителя за достигнатото от него изпълнение на месечните стойности по приложение №2 към договора. Към дата 19.06.2016г., ищецът е уведомен, че е достигнал 65% от изпълнение на възложените му по договора месечни стойности за отчетен период 13-19.06.2016г. Към дата 26.06.2016г., ищецът е уведомен, че е достигнал 103% от изпълнение на възложените му по договора месечни стойности за отчетен период 20-26.06.2016г. За м. март 2017г., по същият начин ищецът е уведомяван ежеседмично. За първия отчетен период е уведомен, че е достигнал 23% от изпълнението, за втория-52%, за третия-79% и към четвъртия вече е достигнал 103%.

Предвид изложеното, и този довод на ищеца наведен в жалбата, ответникът намира за неоснователен, необоснован и недоказан.

Що се отнася до предявения иск по чл.86 от ЗЗД, същия се счита отново за неоснователен. Сочи се, че в договорите са определени само срокове за заплащане на осъществената медицинска дейност в рамките на предвидените лимити, но липсват такива за заплащането на надлимитната дейност, и след като по делото ищецът не е ангажирал доказателства за факта на поставяне в забава на възложителя за изплащане на претендираните суми, то предявеният иск за сумата от 56208,43лв., представляваща лихва за забава следва да бъде отхвърлен. Доколкото разпоредбата на чл. 225 от Решение № РД-НС-04-24-1/29.03.2016г. на НС на НЗОК /обн. ДВ бр.25/31.03.2016г./ Решението/ предвижда плащане до 30-то число на месеца, следващ отчетния, то отново следва извода, че се касае за заплащане на оказана медицинска помощ в изпълнение на сключения с НЗОК договори в рамките на договорените месечни стойности, т.е. изключва се заплащане на надлимитна дейност.

Отделно от горното, нито в договорите, нито в нормативната уредба уреждаща оказването и заплащането на оказаната медицинска помощ в изпълнение на сключените с НЗОК договори - ЗЗО, ЗБНЗОК, Националният рамков договор за медицинските дейности за 2015г., Решението, Правилата, т.е. специалните разпоредби, е предвидено заплащане на лихви за забава по отношение на отчетената от лечебните заведения надлимитна дейност. Договорът и законодателна уредба не въвеждат срокове за заплащане на надлимитна дейност, вкл. срокове за приключване на процедурата по чл. 16 от Правилата. По делото се сочи, че не е установен факта на изпадане в забава на възложителя по смисъла на чл. 84 от ЗЗД.

По изложените мотиви, ответникът намира че предявената акцесорна претенция е неоснователна и като такава трябва да бъде отхвърлена.

В конкретния случай, се сочи, че „Специализирана болница за активно лечение по кардиология Варна" ЕАД с подписване на договорите и Приложение №2, се е съгласила да спазва определените стойности и обеми на дейностите в болничната медицинска помощ. Ищецът не отрича и дори признава, че условие за плащане от НЗОК е съответното лечебно заведение да спазва изискванията за осъществяване на дейността и отчитането ѝ. Договорът е съвпадение по съдържание на две насрещни волеизявления, насочени към постигане на определен правен резултат. С подписване на договора и анекса, към него страните са се съгласили, че ще имат поведение една спрямо друга, съответстващо на тяхната правнорелевантна воля, обективизирана в съдържанието и формата на съглашението.

Предвид гореизложеното, ответната страна счита, че претендираната сума предмет на настоящото съдебно производство е извън предмета на сключения договор между НЗОК и на договорите и която възложителят не е приел да финансира. Исканото заплащане от ищеца не кореспондира с договорените условия и законовите изисквания. Видно от исковата молба, той сам признава, че претендираната от него сума е извън договорените обеми за заплащане по сключените договор. Касае се за неизпълнение на договорно задължение от страна на ищеца, поради което и последният не може да черпи права от собственото се виновно поведение.

Не се оспорва от ответникът претендираната сума като размер, тъй като са налице доказателства за нейното формиране.

Цитира се от ответника съдебна практика по идентични казуси като процесния.

С оглед на изложеното, ответната страна, счита предявения иск за допустим, но неоснователен, поради което моли да се постанови решение, с което да се отхвърли изцяло и да на ответната страна да се присъдят направените по делото съдебно-деловодни разноски.

В открито съдебно заседание ищецът, поддържа исковата молба и обективизираното е нея искане.

В открито съдебно заседание, ответникът, чрез процесуалния му представител – ю.к.Йордан Йорданов, поддържа депозирания отговор и обективизираното в него искане за отхвърляне на исковите ретенции, катопретендира разноски за юрисконсултско възнаграждение.

След като съобрази доводите на страните и събраните по делото доказателства, поотделно и в тяхната съвкупност, съдът намира за установено от фактическа страна следното:

С изготвения и обявен за окончателен доклад по делото като безспорно и ненуждаещо се от доказване по делото е отделено обстоятелството, че между директорът на РЗОК- Варна, в качеството си на представляващ НЗОК и „СБАЛК В." ЕАД, са сключени Договор №*****/24.02.2015г., за оказване на болнична помощ по клинични пътеки и Договор №*****/25.05.2016г., за извършване на амбулаторни процедури. Неразделна част от същите са и стойностите, и обемите на дейностите в БМП, и стойностите на медицинските изделия в БМП, и лекарствените продукти за лечение на злокачествените заболявания в условията на БМП.

По силата на облигационните правоотношения между страните, ищецът се е задължил да оказва на здравноосигурени лица медицинска помощ по конкретно посочени в съответните приложения към договорите клинични пътеки, сред които и процесните такива. Няма спор, че в качеството на изпълнител по Договор №*****/25.05.2016г., както и на база сключеното към него Допълнително споразумение от 10.02.2017г. за оказване на болнична медицинска помощ по клинични пътеки, лечебното заведение се задължава да оказва на ЗЗОЛ медицински дейности по Приложение № 7 към чл.1 от Наредба № 2 от 2016г. и посочени в Приложение № 12 „Амбулаторни процедури по Решението" (Решение № РД-НС-04-7-1 от 11 януари 2017г. за изменение и допълнение на Решение № РД-НС-04-24-1 от 29 март 2016г. по чл. 54, ал. 9 и чл. 59а, ал. 6 от Закона за здравното осигуряване на Надзорния съвет на националната здравноосигурителна каса) и Приложение № 12а „Амбулаторна процедура по № 42 по Решението. В изпълнение на чл.17 от Решението на 25.05.2017г. между „СБАЛК - Варна" ЕАД и директора на РЗОК- Варна, е сключено типово допълнително споразумение за оказване на болнична медицинска помощ по клинични пътеки, в утвърден от управителя на НЗОК формат. Неразделна част от споразумението е Приложение № 2 „Стойности и обеми на дейностите в БМП, стойности на медицинските изделия в БМП и лекарствените продукти за лечение на злокачествени заболявания в условията на БМП , с което са определени стойностите на месечните лимити до м. юни 2016г., респективно за предоставената от лечебното заведение болнична медицинска помощ през м. май 2016г. На основание чл. 16 във вр. с чл. 2 от „Правилата за условията и реда за прилагане на чл.4, ал.1 и ал.2 от ЗБНЗОК за 2016г.", стойностите на месечните лимити за м. юли 2016г., съответно за дейността осъществена през м. юни 2016г. са въведени чрез Анекс към Договор №*****/24.02.2015г. за оказване на болнична помощ по клинични пътеки от 22.06.2016г. Съгласно Приложение № 2 към посочения анекс стойността на месечните лимити за м. юли 2016г., съответно за дейността по клинични пътеки, осъществена през м. юни 2016г. е равна на сумата от 358 836лв. Чрез Анекс към Договор №*****/24.02.2015г. от 25.07.2016г., е определен и лимит за медицинските изделия, вложени по КП за посочения период, равен на сумата от 82 548лв.

При изпълнение на задълженията по предоставяне на болнична медицинска помощ през

месец юни 2016г., болницата е реализирала дейност по клинични пътеки и вложени медицински изделия *над определения*, съгласно Приложение № 2 месечен бюджет. След окончателната обработка на отчетената в ежедневно подадените от „СБАЛК В.“ ЕАД електронни отчети дейност за месец юни, от РЗОК – Варна, е изпратено по електронен път на изпълнителя на БМП месечното известие, съдържащо отхвърлената от заплащане дейност, лекарствени продукти и/или медицински изделия, заплащани от НЗОК извън стойността на КП и съответните основания за отхвърляне. От месечното известие, се установява че на основание извършена надлимитна дейност за месеца касата е отхвърлила за плащане 5бр. КП № 17: „Инвазивна диагностика при сърдечно-съдови заболявания" по следните ИЗ: ИЗ № 1*****, както и 3 бр. КП № 26: „Диагностика и лечение на нестабилна форма на ангина пекторис с интервенционално лечение" по следните ИЗ : ИЗ № *****. Общата сума на отхвърлените от плащане случаи по клинични пътеки, реализирани през месец юни, респективно отчетени през месец юли, поради надвишаване на месечните стойности, определени с Приложение № 2 от договора за оказване на болнична медицинска помощ по клинични пътеки е равна на 14 040лв. Отбелязва се, че при всеки пациент по описаните КП се касае за необходимост от *спешна* диагностика и лечение, а не за планов прием.

Не е оспорено, че през месец март 2017г., болницата е реализирала дейност по извършване на амбулаторни процедури над определените съгласно Приложение № 2 месечни стойности. С изпратеното за месеца електронно месечно известие от РЗОК - Варна, на основание извършена надлимитна дейност за месеца касата е отхвърлила за плащане : 6бр. АПр по КП № 17 : „Инвазивна диагностика при сърдечно-съдови заболявания" по следните ИЗ: ИЗ № 8*****, както и 2 бр. АПр по КП № 33: Диагностика и лечение на ритъмни и проводни нарушения" по ИЗ № *****.

При така установената фактическа обстановка, съдът намира от правна страна следното:

Спорен в производството въпрос е дължи ли възложителят заплащане на дейностите, извършени извън договорено определени лимити за м.юни-юли 2016г. и март-април 2017г.

По този въпрос, настоящият съдебен състав намира следното:

Основен принцип, залегнал в законодателството на държавата в сферата на здравеопазването и национален приоритет е опазването на здравето на гражданите. В [чл.4 330](#) са закрепени гаранции на 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 районната здравноосигурителна каса. Съгласно [чл.35, ал. 1, т. 1 330](#), задължително осигурените лица имат право да получават медицинска помощ в обхвата на пакета от здравни дейности, гарантиран от бюджета на НЗОК, който е основен финансов план за набиране и разходване на паричните средства на задължителното здравно осигуряване и е отделен от държавния бюджет, а годишната стойност на разходите за видовете медицинска помощ, изплащана от НЗОК, са неразделна част от бюджета на НЗОК за съответната година /[чл. 22 330](#)/. От съществено значение е и императивно разпреденото в

[чл.45 ЗЗО](#) задължение на НЗОК да заплаща определени видове медицинска помощ, които в конкретният казус съвпадат с договорените. В този смисъл, съдът намира, че въвеждането по договорен път на лимит за заплащане от националния осигурителен орган в здравеопазването на осъществяваната болнична помощ на здравноосигурени лица, противоречи на цитираните разпоредби и целта на ЗЗО.

Ведно с гореизложеното, от значение за разрешаване на спора е и че в нормативната уредба последователно е залегнало предвиждането на резерв в бюджета на НЗОК, включително за непредвидени и неотложни разходи – [чл.25](#) и [26 ЗЗО](#). Съобразно чл.4, чл. 1, т. 1 от ЗБНЗОК за 2017г., Надзорният съвет на НЗОК – а)утвърждава за всяка РЗОК годишна обща стойност на разходите за здравноосигурителни плащания, разпределена по месеци; и б)наблюдава, анализира и коригира стойността на разходите по буква "а" ежемесечно и на тримесечие. Освен това, в § 1 от ПЗР на ЗБНЗОК за 2017г. е предвидено преизпълнението на приходите от здравноосигурителни вноски и неданъчни приходи, да се ползва като източник за допълнителни здравноосигурителни плащания над утвърдените разходи и предоставени трансфери по бюджета на НЗОК по решение на Надзорния съвет на НЗОК. В чл.355, ал. 7-15 от Националния рамков договор за медицински дейности за 2017г. също е разписана процедура, по силата на която при извършени медицински дейности от основния пакет по чл. 1, ал. 2 на Наредба №2 от 2016г. на стойност, надвишаваща определената месечна стойност в приложение №2, изпълнителят на БМП подава в сроковете за отчитане писмено заявление до директора на РЗОК за увеличаване на месечната стойност, като е предвиден ред за прехвърляне на средства от изпълнители, които не са усвоили средствата в пълен размер, към такива, които са извършили дейности, превишаващи тези в Приложение 2, в който случай компетентността е на РЗОК. А съобразно чл.355, ал. 15, в случай че на ниво РЗОК не са налични средства за закупуване на допълнителни дейности, директорът на РЗОК извършва проверка на всички изпълнители на БМП и при невъзможност да се приложи ал. 9, изготвя доклад до управителя на НЗОК за резултатите от извършените проверки, мотивирано искане за корекции на стойностите по ал. 1, което управителят внася за разглеждане от НС на НЗОК. Такъв ред е предвиден и в чл. 15 от Правилата за условията и реда за прилагане на чл. 4, ал. 1, ал. 2 и ал. 3 от ЗБНЗОК за 2017 г., а също и в сключените между страните договори.

Следователно, законодателят е предвидил механизми за корекции на предварително заложените разходи, както и съществуването и разходването на резерв, което изцяло да гарантира предвиденото в [чл.52 от Конституцията](#) на РБългария право на гражданите на достъпна и безплатна медицинска помощ, както и на правата, предвидени в ЗЗО и е аргумент за неоснователност на наведените в този смисъл възражения от ответника.

Въпреки, че ответникът не оспорва надлежното извършване и отчитане на надлимитните дейности, липсват данни да е предприел действия по инициране на гореописаните процедури с оглед изследване на въпроса и откриване на възможност за изплащането им чрез корекции, основани на формиран излишък, а напротив, веднага е отказал заплащане на дейностите, при което се явява неизправна страна в правоотношението.

Поради изложеното, съдът приема, че НЗОК дължи заплащане на извършените и надлежно отчетени дейности за м. април 2016г. за извършена болнична медицинска помощ за задължително здравноосигурени лица, съгласно Договор№ 032098/ 25.05.2016г. за извършване на амбулаторни процедури на стойност 13192.00лв., както и за извършени през м. март и отчетена през м. април 2017г., амбулаторни процедури за задължително здравноосигурени лица, съгласно Договор №032098/ 25.05.2016 г. за извършване на амбулаторни процедури на стойност 4600,00лв., които суми следва да се присъдят ведно със законната лихва, считано от датата на подаване на исковата молба – 19.06.2020г., до окончателното им изплащане.

По отношение на предявения иск за заплащане на обезщетение за забава и отправените от ответника възражения срещу основателността му, настоящият съдебен състав намира, че в действителност сключените договори не въвеждат срокове за заплащане на надлимитните дейности. Съобразно [чл. 84, ал. 2 ЗЗД](#), когато няма определен ден за изпълнение, длъжникът изпада в забава, след като бъде поканен от кредитора. В случая, лечебното заведение не доказва да е пратило покана за изпълнение, поради което ответника не дължи заплащане и обезщетение за забава в размер на по **4086.00лв.(четири хиляди осемдесет и шест лева)** за периода от 31.05.2017г. (датата, на която е следвало РЗОК да заплати реализираната по клинични процедури дейност, отчетена през м. юли) до 18.06.2020г. , претендиранот от ищеца върху всяка от претендираните главници.

По разноските:

На основание чл. 78, ал. 1 ГПК, с оглед изхода на делото и предвид направено искане, в полза на ищеца следва да бъдат присъдени и сторените по делото разноски. Ищецът в списък по чл.80 ГПК/л.197/, претендира за държавна такса 1996,04лв., като не е заявил искане за присъждане на адв.възнаграждение. Съразмерно на уважената част от исковите претенции/общо 17792,00лв., от които 13192лв. първа главница и 4600.00лв. втора главница/, на ищеца се дължи за заплащане държавната такса от 4% върху всяка от претендираните главници, възлизаща в общ размер на сумата от 711,68лв./527,68лв. за първия уважен иск и 184.00лв. за втория уважен иск/.

На основание чл.78, ал.3 от ГПК, в полза на ответника се дължат разноски за ю.к.възнаграждение, които съда определя на основание чл.78, ал.8 вр. с чл.37 от ЗПП и чл.25 ал.1 от Наредба за правната помощ, определя в размер на 150.00лв.

Водим от горното, съдът

РЕШИ:

ОСЪЖДА на основание чл.79, ал.1 от ЗЗД, във вр. с чл.59, ал.1 от Закон за здравното осигуряване, **НЗОК гр.******, със седалище и адрес на управление гр.*****, ЕИК ****, **ДА ЗАПЛАТИ НА «СБАЛК В» ЕАД ЕИК ******, следните суми:

-Сумата от **13192.00лв.(тринадесет хиляди сто деветдесет и два лева)**, представляваща

незаплатена главница, дължима за извършена болнична медицинска помощ за задължително здравноосигурени лица, съгласно Договор №****/25.05.2016г. за извършване на амбулаторни процедури, ведно със законна лихва за забава от датата на входиране на исковата молба – **19.06.2020г.** до окончателното плащане на сумата;

-Сумата от **4600.00лв.(четири хиляди и шестстотин лева)**, представляваща извършена през м. март и отчетена през м. април 2017г., незаплатена главница, дължима за извършени амбулаторни процедури за задължително здравноосигурени лица, съгласно Договор № *****/ 25.05.2016 г. за извършване на амбулаторни процедури, ведно със законна лихва за забава от датата на входиране на исковата молба – **19.06.2020г.** до окончателното плащане на сумата.

ОТХВЪРЛЯ *предявените* иски претенции с правно основание чл.86, ал.1 от ЗЗД, във вр. с чл.79, ал.1 от ЗЗД, във вр. с чл.59, ал.1 от Закон за здравето осигуряване, от ищецът «СБАЛК В.» ЕАД ЕИК **, срещу ответника НЗОК гр.***, със седалище и адрес на управление гр.****, ЕИК ****, за осъждане на ответника да заплати в ползба на ответника, сумата в размер 4086.00лв.(четири хиляди осемдесет и шест лева), представляваща мораторна лихва за периода от 31.05.2017г. (датата, на която е следвало РЗОК да заплати реализираната по клинични процедури дейност, отчетена през м. юли) до 18.06.2020г. (датата на завеждане на исковата молба), претендирана върху главницата от 13192.00лв., както и сумата в размер 4086.00лв.(четири хиляди осемдесет и шест лева) за периода от 31.05.2017г. (датата, на която е следвало РЗОК да заплати реализираната по клинични процедури дейност, отчетена през м. юли) до 18.06.2020г.(датата на завеждане на исковата молба), претендирана върху главницата от 4600.00лв.**

ОСЪЖДА на основание чл. 78, ал. 1 ГПК, НЗОК гр.**, със седалище и адрес на управление гр.****, ЕИК ****, ДА ЗАПЛАТИ НА «СБАЛК-В.» ЕАД ЕИК ****, сумата от 711,68лв.,** представляваща сторени в настоящото исково производство съдебно-деловодни разноски за държавна такса, съразмерни на уважената част от исковите претенции.

ОСЪЖДА на основание чл. 78, ал. 3 ГПК, «СБАЛК-В.» ЕАД ЕИК ***, ДА ЗАПЛАТИ НА НЗОК гр.***** със седалище и адрес на управление гр.*****, ЕИК ****, сумата от 150,00лв.,** представляваща съдебно-деловодни разноски за юрисконсултско възнаграждение.

РЕШЕНИЕТО подлежи на обжалване пред ВОС, в двуседмичен срок от връчване на съобщението за обявяването му на страните, ведно с препис от съдебния акт.

РЕШЕНИЕТО да се обяви в регистъра на съдебните решения по чл.235, ал.5 от ГПК.

ПРЕПИС от настоящето решение да се връчи на страните, заедно със съобщението за

постановяването му.

Съдия при Районен съд – Варна: _____