

РЕШЕНИЕ

№ 54

гр. См., 31.08.2022 г.

В ИМЕТО НА НАРОДА

ОКРЪЖЕН СЪД – См., ПЪРВИ ТЪРГОВСКИ СЪСТАВ, в публично заседание на седми юли през две хиляди двадесет и втора година в следния състав:

Председател: Любен Д. Хаджииванов

при участието на секретаря Зорка Т. Янчева
като разгледа докладваното от Любен Д. Хаджииванов Търговско дело № 20225400900014 по описа за 2022 година

Производството чл.59 ЗЗО във вр. с чл.79, ал.1 ЗЗД във вр. с чл.86 ЗЗД.

Образувано е по молба на МБАЛ Проф. д-р К. Ч. ЕООД-М., чрез управителя Ст. Х., в която се твърди, че същото имало сключен договор за оказване на болнична помощ по клинични пътеки № 210238/23.05.18г. с НЗОК, чрез РЗОК-См.. Според договора и подписаните към него допълнителни споразумения, ищецът следвало да оказва болнична помощ на задължително здравноосигурени лица, на здравнонеосигурените лица по §2, ал.1 от Закона за бюджета на Националната здравноосигурителна каса (ЗБНЗОК) за 2018г., (за акушерска помощ по чл.82, ал.1, т.2 от Закона за здравето) и на лицата по §9, ал.1 от ЗБНЗОК за 2018 г., да оказва медицинска помощ по клинични пътеки от Приложение № 9 към член 1 на Наредба № 3/2018г. за определяне на пакета от здравни дейности, гарантиран от бюджета на НЗОК (обн.ДВ бр.29 от 30.03.2018г.) и посочени съответно в приложение №17а „Клинични пътеки“ на НРД за медицинските дейности за 2018г.

Според чл.46 от договора, ответникът поел задължението да заплаща осъществените и отчетени от болничното заведение дейности по конкретно договорени цени чрез РЗОК до 25-то число на месеца, следващ отчетния.

Ищецът твърди, че като изправна страна по договора през месеците

февруари, март и април 2019г. оказвал на пациенти болнична помощ по клинични пътеки, осигурявал чрез медицинския си персонал 24-часово непрекъснато изпълнение на медицинска помощ при спешни състояния и координация с лечебни заведения за извънболнична и болнична помощ, извършени били и медицински дейности по амбулаторни процедури, при съответната координация между лекари-специалисти, като спазвал изцяло правата на здравноосигурените лица (ЗОЛ) и на пациентите (чл. 5, т.14 от договора, осигурявайки условия, гарантиращи правата им на такива чл. 5, т.15 от същия).

Извършената през месеците февруари, март и април 2019г. „надлимитна“ медицинска дейност (болнична помощ по КП, вкл. медицински изделия, извършени амбулаторни и клинични процедури) била на обща стойност 43 278лв.

Поддържа, че в изпълнение на договора и указаните срокове издал съответните първични медицински и финансовоотчетни документи, които били ежедневно отчитани в персонализираната информационна система (ПИС).

Твърди, че за месеците февруари, март и април 2019г. били изготвени и представени на ответника фактура №4000000023/13.03.19г.; фактура №4000000024/13.03.19г.; фактура №4000000025/09.04.19г. и фактура №4000000026/10.05.19г., както и спецификации към тях за болнична медицинска помощ по договора.

При извършените проверки от ответника на отчетената дейност по клинични пътеки /КП/ за месеците февруари, март и април 2019г., не били констатирани нарушения на Закона за здравното осигуряване и Националния рамков договор /НРД/ за медицинските дейности между НЗОК и БЛС за 2018г.

В месечните известия за месеците февруари, март и април 2019г. ответникът изпратил до ищеца от системата ПИС месечни справки за надвишените месечните стойности по клинични пътеки, в които били посочени сумите: 9 673лв. за м.февруари 2019г.; 13 700лв. за м.март 2019г.; и 19 905лв. за м. април 2019г. Общата сума, която ответникът отказвал да заплати на болничното заведение за извършена „надлимитна“ медицинска дейност за месеците февруари, март и април 2019г. била в размер на 43 278лв.

Като основание за отказ било посочено, че стойностите на финансовоотчетните документи не следвало да надвишават размера на определените месечни стойности по Приложение № 2 на индивидуалните договори, както и били дадени указания от РЗОК да се извършат корекции във финансовоотчетните документи за месеците февруари, март и април 2019г.

При извършената годишна инвентаризация на разчетите в болничното заведение за 2019г. било констатирано, че последното има вземане от НЗОК, чрез РЗОК – См., в размер на 43 278лв., която сума представлява неразплатена надлимитна дейност за месеците Февруари, март и април 2019г. Тази сума била заведена в баланса на ищеца като вземане от НЗОК и била посочена на ответника с писмо за потвърждение на салдо към 31.12.2019г., с изх. №33/30.01.20г.

Становището на ответника по повод искането на ищеца за заплащане на извършената и приета надлимитна дейност било, че липсва правно основание за заплащане на недоговорени в приложение №2 към договора стойности. Ответникът се позовавал на чл.12 от НРД за медицинските дейности 2018г., според който финансовата рамка на НРД съответствала на годишните разходи за здравноосигурителни плащания съгласно чл.1, ал.2 от ЗБ на НЗОК за 2018г. и определял средствата, с които щели да се закупуват извършените медицински дейности по чл.45, ал.1 ЗЗО.

Към датата на депозиране на исковата молба съществувало непогасено задължение на НЗОК чрез РЗОК - См. към МБАЛ Проф. д-р К. Ч. ЕООД, за сумата от 43 278лв., представляваща стойността на оказаната на здравно осигурени пациенти през месеците февруари, март и април 2019г. болнична помощ по клинични пътеки, по Договор за оказване на болнична помощ по клинични пътеки № 210238/23.05.2018г.

Задължението за плащане произтичало от подписания с изпълнителя индивидуален договор за оказване на болнична помощ по клинични пътеки № 210238/23.05.2018г. и анексите към него, по силата на които ответникът, в качеството си на възложител, следвало да заплаща всички договорени, извършени и отчетени дейности от лечебното заведение, по уговорени цени за всеки отделен случай по клинични пътеки, които суми и дейности изцяло съответствали на посочените в първичните медицински и финансовоотчетни

документи за дейността през месеците февруари, март и април 2019г.

Ищецът поддържа, че в чл.35 ЗЗО било регламентирано, че задължително осигурените имали право да получават медицинска помощ в обхвата на основния пакет от здравни дейности, гарантиран от бюджета на НЗОК и да избират лекар от лечебно заведение, сключило договор с РЗОК, което означавало, че здравноосигурените лица имали право срещу задължителното си участие при набиране на здравните вноски да получат медицинска помощ, като изберат болнично заведение и лекуващ лекар.

Твърди, че били нищожни клаузите в чл.20, ал.4 от договора, относно стойностите на дейности в болнична медицинска помощ, медицински изделия в болнична медицинска помощ и лекарствени продукти за лечение на заболявания в условията на болнична медицинска помощ, предвиждащи заплащане на изпълнителя за всеки отделен случай, при условие, че извършената и отчетена дейност била в рамките на определените стойности по индивидуалния договор. Налице било противоречие с нормата на чл. 35 ЗЗО, както и на конституционното право на гражданите, залегнало в чл. 52 на Конституцията на РБ, на здравно осигуряване, гарантиращо им достъпна медицинска помощ и на безплатно ползване на медицинско обслужване при условия и по ред, определени със закон.

Ищецът твърди, че не бил обвързан от така определения лимитиран бюджет за месеците февруари, март и април 2019г., поради което му се дължало плащане на всички суми за осъществена, своевременно отчетена и призната от НЗОК дейност, в т.ч. и сумата от 43 278лв. за извършена надлимитна дейност през месеците февруари, март и април 2019г.

Претенцията за заплащане на обезщетение за забава се обосновавала с предвидената в цитираните договори дължимост на възнаграждението за извършена и отчетена дейност, което следвало да бъде платено до 25-то число на месеца, следващ отчетния, съответно до 25.03.19г. за възнаграждението за м.февруари 2019г., до 25.04.2019г. за възнаграждението за месец март 2019г. и до 25.05.2019г. за възнаграждението за месец април 2019г., според чл. 46 от договор № 210238 от 23.05.2018г.

Поддържа, че при извършените проверки от РЗОК - См. не били констатирани нарушения на ЗЗО, НРД за медицинските дейности за 2018г. относно индикациите за хоспитализация, спазен бил и диагностично-

лечебния алгоритъм и медицинските критерии за дехоспитализация на пациентите за извършената и отчетена от ищеца дейност, както и че извършената и отчетена от лечебното заведение дейност през месеците до 25.03.2019г. и възнаграждението за м. февруари 2019г. била проверена и потвърдена от НЗОК, чрез РЗОК - См..

Моли съда да постанови решение, с което осъди ответника на основание чл. 79, ал. 1 ЗЗД във вр. чл. 59 ЗЗО да му заплати дължимите суми, както следва: по фактура №4000000023/13.03.2019г., сума в размер на 9 480лв.; по фактура №4000000024/13.03.2019г., сума в размер на 193лв.; по фактура №4000000025/09.04.2019г., сума в размер на 13 700лв. и по фактура №4000000026/10.05.2019г., сума в размер на 19 905лв., за извършена болнична медицинска помощ по договор за оказване на болнична помощ по клинични пътеки №210238/23.05.2018г., представляващи неразплатена извършена болнична помощ в периода от 01.02.2019г. до 30.04.2019г., в общ размер на 43 278лв., ведно със законната лихва върху главницата, считано от датата на подаване на исковата молба в съда до окончателното изплащане на задължението, както и законната лихва за забава върху претендираната главница за периода от 26.05.2019г. до датата на подаване на исковата молба 18.02.22г., в размер на 11 432лв., като исковата молба е подадена на 18.02.22г., а в петитума в резултат на очевидна фактическа грешка е посочена дата 01.02.22г. /за което свидетелства и датата на плащане на държавната такса на 02.02.22г./

Претендира направените по делото разноси и прави искане за допускане на съдебно-счетоводна експертиза.

Ответникът е депозирал отговор на исковата молба, в който поддържа, че искът бил допустим, но неоснователен. Не се оспорва сключването на договор с № 210238/23.05.2018г. за оказване на болнична медицинска помощ по клинични пътеки, с неразделна част към него Приложение № 2.

Според ответника, не били налице всички предпоставки за уважаване на иск по чл. 79 ЗЗД. Липсвало правно основание за заплащане на недоговорени в приложение № 2 към договора, годишни стойности.

На първо място, договорът бил сключен между равнопоставени субекти и при спазване принципа на свобода на договарянето и същият обвързвал страните със силата на закон. Аналогична обвързаност произтичала

и от измененията на договора, за които страните били постигнали общо съгласие.

Освен това, никъде в относимата нормативна уредба не съществувало задължение лечебните заведения за извънболнична, болнична медицинска и дентална помощ да сключват договори с НЗОК. Имало лечебни заведения за болнична медицинска помощ, които работели без договор с НЗОК. Веднъж сключен обаче, такъв договор пораждал права и задължения и за двете страни, и те следвало да съобразят дейността си с предвиденото в него.

Поддържа, че по обща воля на страните, обективизирана в договора, задължението на НЗОК за заплащане на осъществената от болничното заведение медицинска дейност, било ограничено по обем, определен на месечна база, конкретизирана по клинични пътеки в приложение № 2 към договора, което означавало, че при действителност на тези клаузи, извършването на медицинска болнична помощ от лечебно заведение, надхвърляща договорените стойности, не пораждало договорно задължение за НЗОК за заплащането ѝ.

Разпоредбата на чл. 52, ал. 1 от Конституцията на РБ не била пряко приложима, а предполагала приемането на законов нормативен акт. Действащият здравноосигурителен модел, чрез който се реализирало и конституционното право по чл. 52, ал. 1 КРБ, бил базиран на разпределението по нива на ограничения ресурс, който бил отделен за този вид социални услуги. В рамките на този модел се реализирало и правото на гражданите за достъпна медицинска помощ, така чл. 4, ал. 3 ЗЗО, чл. 81 от Закона за здравето и Наредба за осъществяване правото на достъп до медицинска помощ. Следвало да се има предвид, че извън обхвата на задължителното здравно осигуряване държавата финансирала и редица медицински услуги, изброени в чл. 82 ЗЗО, част от които била и медицинската помощ при спешни състояния. Извън спешната медицинска дейност, правото на достъп до болнична медицинска помощ се осъществявало по реда на т.нар. планов прием, по чл. 22 и сл. от Наредбата.

Ответникът поддържа, че лимитирането на обема и стойността на медицинската дейност в индивидуалните договори с изпълнителите не противоречала на правото на достъп, а напротив, осигурявало го за всички здравноосигурени лица, съобразно ограничения държавен ресурс.

Лимитирането на дейността било средство, чрез което правото на достъп до медицинска помощ се гарантирало за всеки здравноосигурен в обема, който държавата можела да си позволи.

Според ЗЗО, в относимите към процесния период редакции, здравното осигуряване било дейност по набирането на здравноосигурителни вноски и премии, управлението на набраните средства и тяхното разходване за заплащане/закупуване на здравни дейности, услуги и заплащане/закупуване на стоки, предвидени в този закон в националните рамкови договори /НРД/. Задължителното здравно осигуряване предоставяло пакет от здравни дейности, гарантиран от бюджета на НЗОК. НЗОК заплащала/закупувала от изпълнителите на медицинска помощ здравни дейности по ал. 1, определени по вид, обем, цена и съответстващи на критериите за качество и достъпност, в съответствие с този закон. Задължителното здравно осигуряване се осъществявало на принципа на договаряне на взаимоотношенията между НЗОК и изпълнителите на медицинска помощ.

Според ответника, аналитичният прочит на горното сочел на извода, че стойностите на разходите за видовете медицинска дейност, залегнали в разходната част на бюджета на НЗОК, гарантирал заплащането на медицинската помощ, която се реализирала чрез механизма на договаряне, предвиден в НРД и съобразно рамките на бюджета на НЗОК, респ. договорите с изпълнителите. В този смисъл, установените правила между страните по договор за заплащане на извършената болнична помощ в рамките на суми, за които ищецът бил дал изричното си съгласие да бъдат в определените в приложение № 2 обеми, не били нищожни, тъй като не противоречали на повелителни правни норми, а били израз на съобразяване на страните с такива норми. Всеки изпълнител на медицинска помощ бил длъжен да се съобразява със съдържанието на сключения договор с НЗОК и да съблюдава отчетената по него дейност с определените в приложение № 2 стойности. В случай, че определената медицинска дейност била извършена от изпълнителя, но не отговаряла на определената стойност в приложение № 2, то плащане от страна на НЗОК не се дължало.

Твърди, че не били приложени документи, които доказвали задължението на НЗОК да заплати медицинска дейност и медицински изделия над определените с договора стойности. Липсвал документ, с който НЗОК

поемала такова задължение. Ищецът претендирал суми, които не били договорени. Лечебното заведение било получило в пълен обем договорените стойности, определени с Приложение 2 към ИД.

Според чл. 28, ал. 1 от договор от 23.05.18г. за оказване на болнична помощ по клинични пътеки, възложителят заплащал договорената и извършена дейност по КП на изпълнителя след представяне на първични и финансовоотчетни документи. Възложителят заплащал извършените дейности в случай, че били отчетени по съответния ред и срок, с финансовоотчетни документи, както изисквали разпоредбите по договора, а според чл.20а ЗЗД договорите имали силата на закон за сключилите ги.

Освен посоченото, здравноосигуреното лице имало право да избере лечебното заведение за болнична помощ. Задължение на лечебното заведение било да се съобрази с наличието на финансов ресурс, а в случай, че такъв не бил налице, следвало да се съобрази с Наредбата за осъществяване правото на достъп до медицинска помощ, т.е. при липса на капацитет за планова хоспитализация, да изготви листа на чакащите. В тази връзка била и разпоредбата на чл. 8, ал.4 от Правилата.

Според ответника, сключените вече договори обвързвали страните със силата на закон. Аналогична обвързаност произтичала и от измененията на договора, за които страните постигнали общо съгласие. Първоначално сключените договори и измененията към тях изисквали всяка от страните да изпълнява поетите задължения по начина, указан в чл. 63 ЗЗД. Освен това, в относимата нормативна уредба не съществувало задължение за лечебните задължения да сключват договори с НЗОК. Всяко едно от тях като самостоятелно търговско дружество имало право на избор. По силата на договора задължението на НЗОК да заплаща осъществената от лечебното заведение медицинска дейност било ограничено по обем, определен на месечна база, конкретизирана по клинични пътеки в Приложение № 2, което означавало, че извършването на медицинска болнична помощ, надхвърляща договорените стойности, не пораждала договорно задължение за НЗОК за заплащането ѝ. Разпоредбата на чл. 52, ал. 1 от Конституцията на РБ. не била пряко приложима в случая, приложението ѝ предполагало приемането на законов нормативен акт. Лимитирането на обема и стойността на медицинската дейност в индивидуалните договори не противоречала на

правото на достъп, а напротив, осигурявала го за всички здравноосигурени лица съобразно ограничения ресурс или лимитирането на дейността било средство, чрез което правото на достъп до медицинска помощ се гарантирала за всяко здравноосигурено лице в обема, в който държавата можела да си го позволи.

На следващо място, установените между страните правила в договор за заплащане на извършената болнична помощ в рамките на суми, за които изпълнителят-ищец бил дал изричното си съгласие да бъдат определени в Приложение № 2 обема, не били нищожни. Законът за здравното осигуряване в чл. 58 - чл. 62 очертавал предметните рамки на индивидуалния договор, сключен между НЗОК и съответния изпълнител на болнична помощ.

Поддържа, че всеки изпълнител на медицинска помощ бил длъжен да се съобразява със съдържанието на сключения договор с НЗОК и да съблюдава отчетената по него дейност с определените в Приложение № 2 стойности. В случай, че определената медицинска дейност била извършена от изпълнителя, но не отговаряла на определената стойност в Приложение № 2, то плащане от НЗОК не се дължало. Ищецът претендирал суми, които не били договорени, а договорените стойности, определени с Приложение № 23 били получени в пълен обем.

Ответникът не оспорва обстоятелството, че дейността била извършена и след проверка било установено, че били спазени изискванията за изпълнение и завършеност на оказаната болнична помощ по клинични пътеки. Оспорва обстоятелството, че дейността като извършена извън договорените финансови ресурси, заложили и договорени в Приложение № 2 към индивидуалния договор, не били непременно дължими. Това било така, тъй като заплащането на надлимитната дейност било възможно след извършване на определена процедура, при наличие на финансови възможности и в съответствие с параметрите на средствата по бюджета на НЗОК за здравноосигурителни плащания на национално ниво, а след утвърждаване на корекциите сумите следвало да бъдат включени и договорени в Приложение №2.

Според ответника, заплащала се не всяка медицинска помощ като вид и стойност, а договорената такава и тази, която била предвидена в бюджета като финансов план. Излизането извън тези рамки било допустимо чрез

допълнително договаряне, а за процесния период такова липсвало и едностранно допълване било недопустимо. В случай, че определена медицинска дейност била извършена, но не била договорена като стойност, то и плащане не се дължало.

Предявен е иск по чл.59 ЗЗО във вр. с чл.79, ал.1 ЗЗД във вр. с чл.86 ЗЗД, за заплащане на извършени, но неплатени медицински дейности по договор между страните от 23.05.18г.

Според ищеца, въвеждането на т.нар. лимити в бюджета на НЗОК за финансиране на дейностите по индивидуалните договори било обявено за нищожно, затова извършените дейности подлежали на заплащане. Според ответника, следвало да се заплащат единствено дейностите, посочени като стойности в приложение №2 към договора, останалите дейности се претендирали за плащане без основание.

Не се спори по сключването на договора, както и липсата на плащане на извършените и отчетени дейности.

Спорът е за наличието или липсата на договорно основание за плащане на посочените дейности, т.е. не само дали сумите са над определения лимит по бюджета на ответника, а и дали са в рамките на договорените стойности по клинични пътеки, определени в договора.

ФАКТИ ПО ДЕЛОТО:

Фактите по делото не са спорни, както се посочи спорът е правен по тълкуването и изпълнението на договора между страните.

Страните, лечебно заведение МБАЛ Проф.д-р К.Ч. ЕООД-М. и НЗОК-София, чрез РЗОК-См., не спорят, че между тях е бил сключен договор за оказване на болнична помощ по клинични пътеки № 210238/23.05.2018г. /л.10-45/.

В чл. 1 от договора е описан обема на договорената за изпълнение болнична медицинска помощ /БМП/ с изброяване на клиничните пътеки /КП/, а в чл. 20 са посочени цените на всяка от клиничните пътеки.

По силата на договора, болницата се задължила в качеството на изпълнител да оказва болнична помощ на здравноосигурени лица (ЗОЛ), на здравнонеосигурени лица по § 2, ал. 1 от ЗБНЗОК за 2018г. (за акушерска помощ по чл. 82, ал. 1 ЗЗ и на лицата по пар. 9, ал. 1 от ЗБНЗОК за 2018 г.

медицинска помощ по КП от Приложение № 9 към чл. 1 от Наредба № 3 за 2018г. за определяне на пакета от здравни дейности, гарантиран от бюджета на НЗОК /обн. ДВ, бр. 29 от 30.03.2018г. / и посочени съответно в приложение № 17а "Клинични пътеки на НРД за медицински дейности за 2018г.“.

Посоченият договор многократно е бил изменян и допълван с двустранно подписани споразумения, приложени към исковата молба, както следва: допълнително споразумение №2/26.06.18г. /л.61-62/; допълнително споразумение №3/21.08.2018г. към договор №210238/23.05.18г. и договор № 210515/23.05.22г. /л.63-64/ и приложение №2 /л.65-67/; допълнително споразумение № 4/19.09.18г. към договор №210238/23.05.18г. и договор № 210515/23.05.22г. /л.72-73/ и приложение № 2 /л.74-75/; допълнително споразумение № 5/24.10.2018г. /л.77/ и правила за изменение и допълнение на правила за условията и реда за прилагане на чл. 4, ал. 1, ал. 2 и ал. 3 от ЗБ на НЗОК за 2018г./л.78/; допълнително споразумение №6/06.11.2018г. . към договор №210238/23.05.18г. и договор № 210515/23.05.22г. /л.79-80/ и приложение № 2 /л.81/; допълнително споразумение № 7/13.12.2018г. /л.82-84/, допълнително споразумение № 8/20.12.2018г. към договор №210238/23.05.18г. и договор № 210515/23.05.22г. /л.85-86/ и приложение № 2 /л.87/; допълнително споразумение № 9/22.01.2019г. /л.88/ и приложение №2 /л.89/; допълнително споразумение № 10/23.01.2019г. към договор №210238/23.05.18г. и договор № 210515/23.05.22г. /л.90-91/; допълнително споразумение №11/06.02.2019г. /л.92/; допълнително споразумение № 12/19.02.2019г. /л.93-109/; допълнително споразумение №13/28.02.2019г. към договор №210238/23.05.18г. и договор № 210515/23.05.22г. /л.110-111/ и приложение № 2 /л.112-114/; допълнително споразумение № 14/12.03.2019г. към договор №210238/23.05.18г. и договор № 210515/23.05.22г. /л.115-116/ и приложение 2 към него/л.117/; допълнително споразумение № 15/13.03.2019г. към договор №210238/23.05.18г. и договор № 210515/23.05.22г. и приложение № 2 /л.120/; допълнително споразумение № 16/03.04.2019г. /л.121-122/; допълнително споразумение № 17/08.04.2019г. /л.123/; допълнително споразумение № 18/08.04.2019г. към договор №210238/23.05.18г. и договор № 210515/23.05.22г. /л.124-125/ и приложение № 2 /л.126/; допълнително споразумение № 19/10.05.2019г. към договор №210238/23.05.18г. и договор № 210515/23.05.22г. /л.127-128/ и приложение №2 /л.129/; допълнително

споразумение № 20/27.05.2019г. към договор №210238/23.05.18г. и договор № 210515/23.05.22г. /л.130-131/ и приложение № 2/л.132-134/; допълнително споразумение № 21/21.06.2019г. към договор №210238/23.05.18г. и договор № 210515/23.05.22г. /л.135-136/ и приложение № 2/л.137-142/; допълнително споразумение № 22/05.07.2019г. /л. 143-148/; допълнително споразумение № 23/24.07.2019г. към договор №210238/23.05.18г. и договор № 210515/23.05.22г. /л.149-150/ и приложение №2 /л.151-153/; допълнително споразумение № 24/26.08.2019г. към договор №210238/23.05.18г. и договор № 210515/23.05.22г. /л.154-155/ и приложение № 2 /л.156-158/; допълнително споразумение №25/25.10.2019г. към договор №210238/23.05.18г. и договор № 210515/23.05.22г. /л.159-160/ и приложение № 2/л.161-163/; допълнително споразумение № 26/27.11.2019г. към договор №210238/23.05.18г. и договор № 210515/23.05.22г. /л.164-165/ и приложение № 2 /л.166-168/; допълнително споразумение № 27/11.12.2019г. към договор №210238/23.05.18г. и договор № 210515/23.05.22г. /л.169-170/ и приложение № 2 /л.171/; допълнително споразумение № 2/16.12.2019г. / л.172/.

Представените с исковата молба допълнително споразумение № 1/ 06.02.19г. /л.60/ и допълнително споразумение № 3/ 05.07.2019г. / л. 68-71/ са към договор № 210515/23.05.18г. за извършване на амбулаторни процедури.

С допълнително споразумение № 14/12.03.2019г. /л.115-116/ стойността за м. март (дейност за м. февруари 2019г.) била увеличена от 200 025лв. на 209 874лв., като били ползвани до 5% от утвърдената стойност за м. април (дейност за м. март 2019г.).

С допълнително споразумение № 18/08.04.2019г. /л.124-125/ стойността за м. април (дейност за м. март 2019г.) била увеличена от 195 574лв. на 205 321лв., като били ползвани до 5% от утвърдената стойност за м. май (дейност за м. април 2019г.).

С допълнително споразумение № 19/10.05.2019г. /л.127-128/ стойността за м.май (дейност за м. април 2019г.) била увеличена от 195 049лв. на 205 084лв. като били ползвани до 5% от утвърдената стойност за м. юни (дейност за м. май 2019г.).

С допълнително споразумение № 20/27.05.2019г. /л. 130-131/ в частта на приложение № 2 от Правилата, стойността за м. май (дейност м. април)

2019г. се променяла от 205 084лв. на 204 734лв.

Представените от ищеца фактури за извършените и отчетени дейности и спецификации, фактура № 4000000023/13.03.2019г. за 9 400лв. / л.173/ и спецификация към нея за период от 01.02.2019г. до 28.02.2019г. /л.174/, фактура № 4000000025/09.04.2019г. /л.178/ и спецификация към нея за период от 01.03.2019г. до 31.03.2019г., фактура 4000000026/13.03.2019г. /л.179/ и спецификация към нея за период от 01.04.2019г. до 30.04.2019г., удостоверяват извършени болнични медицински дейности по клинични пътеки за посочените периоди по брой и единични цени.

Фактура № 4000000024/13.03.2019г. за 193лв. /л.175/ е с основание по договор № 210515/23.05.2018г. за април и съгласно спецификация за м. февруари 2019г. и спецификация към нея за период 01.02.2019г. до 28.02.2018г. Приложената спецификация на л. 176 е такава за амбулаторни процедури по договор № 210515/23.05.2018г. и с посочена амбулаторна процедура 1 бр. – малки оперативни процедури на раменен пояс и горен крайник.

В писмо за потвърждение на салдо към 31.12.2019г., изходящо от ищеца до ответника е посочена незаплатена дейност за 2019г. на стойност 43278лв., за месец февруари 19г. – 9 673лв., за м. март 2019г. – 13 700лв. и за м. април – 19 905лв.

За установяването на подлежащите на заплащане дейности, съдът се основава на неоспореното заключение на съдебно-икономическата експертиза, която е в съответствие с посочените писмени доказателства. Затова съдът я приема за обоснована, доколкото е базирана на неоспорените писмени доказателства и правилна, доколкото изчисленията се основават на спецификациите и фактурите.

Според експертизата /л.224-234/ извършената надlimitна болнична помощ за процесните периоди била надлежно регистрирана, документирана и отчетена в електронните регистри, отчитащи извършените медицински услуги от лечебните заведения. НЗОК чрез РЗОК ежесечно уведомявала лечебните заведения за непризнатите за плащане болнични услуги по клинични пътеки, поради превишаване на договорените стойности.

През 2019г. РЗОК – См. извършвала проверки на отчетената дейност в т.ч. и проверка на медицинската документация на надlimitната болнична

помощ. Така, с протокол №21/РД-11-74/14.03.19г. била извършена проверка за отчетената дейност за м. февруари 2019г. Нарушения на медицинската дейност по клиничните пътеки, включени в т.нар. „надлимитна болнична помощ“ не били констатирани. Същото се отнася за месеците март и април 2019г., съответно протокол № №21/РД-11-106/14.03.19г. за м. март и протокол № №21/РД-11-128/14.03.19г. за м. април 2019г.

Предоставените болнични услуги за м. февруари 2019г., м. март 2019г. и м. април 2019г. били подавани ежедневно по електронен път в регистъра.

Ищецът всяка седмица, при проверка на отчетените за седмицата дейности по болнични клинични пътеки можел да провери процента на усвоения лимит на договорените медицински услуги. Изготвяни били ежеседмични и ежемесечни справки за извършените медицински услуги по клинични пътеки. В края на месеца, след обработка на данните РЗОК уведомявала медицинските дружества за одобрените за изплащане дейности и за извършената „надлимитна,“ болнична помощ по клинични пътеки.

Според заключението, лечебното заведение издало фактура № 4000000023/13.03.2019г. за предоставените над лимита здравни услуги за м. февруари 2019г., в размер на 9 480лв., която не била осчетоводявана в РЗОК См.. Към фактурата била изготвена и спецификация за извършени дейности по клинични пътеки. В таблица на л.227 вещото лице посочва извършените дейности по дати, суми и клинични пътеки.

Издадената фактура № 4000000024/13.03.19г. за предоставени над лимита здравни услуги за м. февруари била в размер на 193лв., към нея имало и изготвена спецификация за извършени дейности по амбулаторна процедура – малки оперативни процедури на раменен пояс и горен крайник 1бр. за 193лв.

Фактура № 4000000025/09.04.19г., за предоставени над лимита здравни услуги за м. март 2019г., била в размер на 13 700лв. Към нея имало изготвена спецификация за извършените дейности по 24 броя клинични пътеки, посочени в таблица на л. 229 по клинична пътека, дата на прием, дата на изписване, сума, история на заболяването. Предоставените над лимита здравни услуги били по 22бр. планови приема на стойност 12 600лв. и 2бр. спешни приема на стойност 1 100лв., или общо за 13 700лв.

Фактура № 4000000026/10.05.19г. за предосатени над лимита здравни услуги за м. април 2019г., била в размер на 19 905лв. Изготвената спецификация била за извършените дейности по 35броя клинични пътеки. В таблица на л. 231 вещото лице посочва изработената надлимитна болнична помощ по периоди и клинични пътеки. За периода от 01.04.2019г. до 30.04.2019г. болничното заведение предоставило над лимита здравни услуги по 29 планови приема на стойност 17 280лв. и 6 спешни приема на стойност 2 625лв. или общо за 19 905лв.

Според заключението, фактурите били надлежно осчетоводени в МБАЛ М. като вземане по дебита на сметка 410 Клиенти, аналитична партида РЗОК-См.. Приходът от предоставените услуги бил отчетен по кредита на сметка 704 Приходи от медицинска дейност.

В писмо изх.№ 21-29-02-93/29.01.20г. на РЗОК за потвърждаване на задължения към 31.12.19г., била посочена сума в размер на 102839.80лв. В отговор на посоченото, с писмо изх. № 33/30.01.20г. ищецът посочил, че лечебното заведение има вземания за извършени здравни услуги в размер на 102 839,80лв., в това число неизплатена дейност за 2019г. на стойност 43 278лв., както следва: за м. февруари 2019г. – 9 673лв., за м. март 2019г. – 13 700лв. и за м. април 2019г. – 19 905лв.

В таблица на л. 233 вещото лице посочва обезщетението за забава по всяка от фактурите, или лихвата за забава върху главниците била както следва: по фактура № 4000000023/13.09.19г. за 9 480лв. за периода 26.05.19г.-17.02.22г. – 2 630,91лв.; по фактура № 4000000024/13.09.19г. за 193лв. за периода 26.05.19г.-17.02.22г. – 53,56лв.; по фактура № 4000000025/09.04.19г. за 13 700лв. за периода 26.05.19г.-17.02.22г. – 3 802,05лв; по фактура № 4000000026/13.09.19г. за 19 905лв. за периода 26.05.19г.-17.02.22г. – 5 524,08лв., или общо 12 013,60лв., като законната лихва следва да се присъди върху уважената главница от 43 085лв. от 26.05.19г. до 18.02.22г. в размер на 11 968,05лв., но до претендирания размер от 11 432,61лв., намален и с лихвата по отхвърлената главница от 53,56лв., или 11 379,05лв.

ПРАВНИ ИЗВОДИ :

Доколкото няма спор по фактите по делото, спорът е чисто правен и се свежда до това, има ли право лечебното заведение-ищец на заплащане на извършената, отчетена и приета медицинска дейност по клинични пътеки по

договора си с НЗОК, или не. При преценка на основателността на този главен иск, следва и съответното произнасяне по съединения акцесорен иск.

Договорното правоотношение по договора от 23.05.18г. по отношение на здравното осигуряване и правата на пациента, е обект на регулиране както от националното право – чл. 52 от Конституцията на РБ., Закона за здравето, Закона за здравното осигуряване и съответните подзаконови актове, Националният рамков договор /НРД/, така и от правото на Европейския съюз, Договорът за Европейския съюз /ДЕС/ и Договорът за функциониране на Европейския съюз /ДФЕС/, Хартата на основните права на Европейския съюз /по-долу Хартата/, както и наднационалното право, свързано с прилагане на основните социални права, каквото е правото на достъп до медицинска помощ, а именно Всеобщата декларация за правата на човека, Международния пакт за икономически, социални и културни права, Конвенцията на ООН за правата на човека и основните свободи /по-долу Конвенцията/ и Европейската социална харта.

Според чл. 25 от Всеобщата декларация за правата на човека на ООН, всеки човек има право на жизнено равнище, включително, прехрана, облекло, жилище, медицинско обслужване и необходимите социални грижи, което е необходимо за поддържане на неговото и на семейството му здраве и благосъстояние. Той има право на осигуряване в случай на безработица, болест, инвалидност, овдовяване, старост или други случаи на лишаване от средства за съществуване, по независещи от него причини. Правата на задължително здравноосигурените лица, включително в качеството им на болни /пациенти/, са част от правата на човека и конкретно на неотменимото право на живот, прокламирано в чл. 2, т. 1 от Конвенцията – правото на живот на всеки се защитава от закона. Тези права са прокламирани и гарантирани от чл. 12, т. 2, d от Международния пакт за икономически, социални и културни права, като задължения на държавите – страни по пакта да създават условия, които да осигурят на всички медицинска помощ и медицинско обслужване в случай на болест.

Правото на социална и медицинска помощ е гарантирано от чл. 13, т. 1 от Европейската социална харта, според който с цел да се осигурят необходимата помощ за всяко лице, което не разполага с достатъчно средства и което не е в състояние да си осигури тези средства със собствени сили или

да ги получи от друг източник, в частност по схема за социално осигуряване, а в случай на болест, да му осигурят грижите, които се изискват в неговото състояние.

Общото задължение за защита на правото на живот по чл. 2 от Конвенцията за защита на правата на човека и основните свободи, може също да се възприеме като имащо допълнително значение, във връзка с осигуряването на здравни грижи. Възможното му приложение в този контекст е предмет на разглеждане в делото Кипър срещу Турция, 2001-IV; 35 EHRR 731 GC, като на кипърските гърци и маронитите в Северен Кипър бил отказан достъп до съществуващи или адекватни медицински услуги там, или поради ограничения в свободата на придвижване към Южен Кипър. Изглежда, Съдът смята, че по принцип обхватът на чл. 2 може да се реализира до осигуряване на здравни грижи. Той посочва, че на първо място, отговорност по чл. 2 може да възникне, ако държавата поставя живота на лице в опасност, като му отказва медицинско лечение, достъпно за обществото, но отхвърля жалбата, с оглед на конкретните факти. На второ място, в отговор на критиките на държавата-жалбоподател във връзка с нивото на здравните грижи, осигурявани на населението в Северен Кипър, съдът посочва, че „в случая не смята за необходимо да разглежда степента, до която чл. 2 от Конвенцията може да налага задължение на високодоговаряща държава да осигури определен стандарт на здравните грижи“. От думата „степен“ може да се направи извод, че Съдът приема съществуването на задължение до някаква неопределена степен. Потвърждаването на това тълкуване на чл. 2 би разширило гаранцията на задължението по тази разпоредба, да се защитава животът по този начин, съответстващ на националните здравни стандарти в европейските държави, и косвено би осигурило частична, но приемлива гаранция на правото на здраве, което е утвърдено право на човека, но не е защитено от Конвенцията по друг начин, освен чрез забраната за нечовешко или унижително отношение по чл. 3, която вече в няколко случая е прилагана по отношение на здравните грижи. Така делото *Opsahl, in European System*, p. 212.

Що се отнася до чл. 2, въпреки че по-голямата част от европейските държави са в по-добро положение в сравнение с повечето други страни, да изпълняват задължението за осигуряване на животоспасяващи здравни грижи, както на своите, така и на чуждите граждани в рамките на юрисдикцията си,

това задължение е донякъде ограничено по финансови съображения. Така *Nitecki v. Poland* № 65653/01, Hudoc/2005/, DA, *Pentiacova v. Moldova*, № 14462/03, Hudoc/2005/, DA. Въпросът дали медицинските грижи трябва да са безплатни е повдигнат, но без да получи отговор в делата *X.v.Ireland*, № 6839/74, 7 DR78/1976/, и *Scialacqua v. Italy*, № 34151/96, Hudoc/1998/DA.

Трябва да може да се очаква от европейските държави, че те ще предоставят основна или спешна медицинска помощ на обществени разноси, като всяко друго задължение по чл. 2 да се осигури по-широкообхватна здравна грижа зависи от наличните ресурси, какъвто обикновено е случаят в европейското национално законодателство.

Така *N. v. UK-2008-GC*, относно разходите за медицинско лечение и чл. 3, както и в делото *Panaïtesch v. Romania*, Hudoc /2012/ се приема, че чл. 3 е нарушен, защото онкоболен не е получил лекарства, на които има право по закон. Или ролята на Съда в последващите дела ще е да се произнесе дали непредоставянето на здравна грижа, необходима за защита на живота – например скъпо лекарство или операция, както например в *Христозов* и други срещу Б., Hudoc /2012/, е представлявало разумно използване на ограничени финансови ресурси, като държавата има свободата на преценка относно разпределение на ресурсите си, и дали е нарушена норма на основните права на човека, като например забрана за дискриминация и равенство на гражданите.

Посочените международни договори, ратифицирани от РБ. и влезли в сила, представляват част от вътрешното право на страната и имат предимство пред нормите на вътрешното право, които им противоречат, според чл. 5, ал. 4 от Конституцията на РБ..

Съгласно чл. 168, т. 7 от ДФЕС, действията на Съюза са съобразени изцяло с отговорностите на държавите-членки, що се отнася до определянето на тяхната здравна политика, както и в организирането и предоставянето на здравни услуги и медицински грижи. Правото на Европейския съюз е директно приложимо и има примат над вътрешното национално право в случая, тъй като е налице трансграничен елемент. Договорът се прилага и по отношение на лицата, осигурени в друга държава-членка, които пребивават в страната, различна от държавата-членка, в която са осигурени, макар стойността за предоставените на такива лица медицински дейности, ако има

такива, да не влизат в месечните стойности по приложение №2, според чл.31, ал.4, чл.33, ал.2, т.1 и т.3 от договора. По такъв начин в случай, че медицинската дейност е предоставена на такива лица, макар тя да не се заплаща от бюджета на НЗОК, изчерпването на болничния капацитет потенциално е в състояние да засегне правата на здравноосигурени местни лица, което би било случай на обратна дискриминация, изрично забранена от националното право, чл.37, ал.1 ЗЗДискр.

Отговорностите на държавите-членки включват управлението на здравните услуги и медицинските грижи, както и разпределението на ресурсите, които са им предоставени.

Съгласно чл. 35 от Хартата на основните права на Европейския съюз, всеки има право на достъп до здравна профилактика и да ползва медицински грижи при условията, установени от националните законодателства и практики. При определянето на всички политики и действия на Съюза, се осигурява висока степен на защита на човешкото здраве.

Или конкретно, задължителното тълкуване на чл. 168, т. 7ДФЕС в постоянната практика на Съда на ЕС е, че правото на Съюза не засяга правомощието на държавите-членки да приемат разпоредби, предназначени да организират здравните услуги. При упражняване на това правомощие обаче, държавите-членки трябва да спазват правото на Съюза, и по-конкретно основните свободи, които забраняват на държавите-членки да въвеждат или да запазват необосновани ограничения за упражняването на тези свободи в областта на здравните грижи. В този смисъл т. 33 от решение C-419/16 *Sabine Simma*, т. 54 от решение C-125/16 *Malta Dental Technologies Association*, както и цитираната там съдебна практика.

По същество това означава, че въпреки суверенната компетентност на държавите-членки по отношение на законодателната уредба на здравните грижи, за тях остава общото задължение за спазване на правото на Съюза, включително разпоредбите относно забраната за въвеждане или оставяне в сила на необосновани ограничения за свободно предоставяне на услуги, в областта на здравеопазването.

Или още по-просто казано, свободата на държавите-членки да уреждат законодателно предоставянето на здравни грижи, респ. налагането на ограничения за това се простира дотам, докдето започват основните свободи

на гражданите на ЕС.

Медицинските услуги, предоставяни срещу възнаграждение, без значение от източника на финансиране, включително лечението в болнично заведение, попадат в приложното поле на разпоредбите относно свободното предоставяне на услуги, по смисъла на чл. 59 и чл. 60 ДФЕС, като поначало чл. 56 ДФЕС не допуска прилагането на национална правна уредба, вследствие на която предоставянето на услуги между държави членки се затруднява в по-голяма степен, отколкото предоставянето на услуги само в рамките на определена държава-членка. Така т. 92 от решение C-372/2004 Watts, т. 53 от решение C-444/05, Stamatelaki. Или независимо от връзката на здравеопазването с режима на свободно предоставяне на услуги, въпросът за достъпа до здравните системи следва да бъде разгледан в полето на свободното движение на хора, тъй като установените правила на презгранично предоставяне на здравни услуги са обективно обусловени от различните форми на свободно движение на физическите лица.

Трябва да се приеме също, че съгласно практиката на Съда, чисто икономически цели не могат да бъдат повод за накръняване на основния принцип на свободно предоставяне на услуги /в този смисъл т. 23 от решение C-398/95 SETG, и т. 41 от решение C-158/96 Kohl/. При все това, доколкото рискът от сериозно засягане на системата на социалната сигурност може да има последствия върху цялостното ниво на системата на общественото здраве, той сам по себе си представлява надделяваща причина от общ интерес, способна да оправдае подобно ограничение. Така упоменатите по-горе решения Kohl, т. 41 и решение Smits and Peerbooms, C-157/99, така и т. 72 и т. 73 от решение C-385/99, V.G.Muller-Faure и Van Riet.

Националното право. Според чл. 52, ал. 1 от Конституцията на РБ., гражданите имат право на здравно осигуряване, гарантиращо им достойна медицинска помощ, и на безплатно ползване на медицинско обслужване, при условия и по ред, определен със закон, а според ал. 2 на същия текст здравеопазването на гражданите се финансира от държавния бюджет, от работодателите, от лични колективни осигурителни вноски и от други източници, при условия и по ред, определени със закон.

Този закон е Законът за здравното осигуряване, според чл. 1, ал. 1, от който здравното осигуряване е дейност по набиране на здравноосигурителни вноски

и премии, управлението на набраните средства и тяхното разходване за заплащане на здравни дейности, услуги и стоки, предвидени в този закон, в националните рамкови договори /НРД/ и в застрахователните договори.

Според чл. 2, ал. 1 ЗЗО, задължителното здравно осигуряване е дейност по управление и разходване на средствата от задължителни здравноосигурителни вноски за закупуване на здравни дейности, което се осъществява от Националната здравноосигурителна каза /НЗОК/ и от нейните подразделения – районни здравноосигурителни каси /РЗОК/. Задължителното здравно осигуряване предоставя пакет от дейности, гарантирани от бюджета на НЗОК.

Съгласно чл. 4, ал. 1 ЗЗО, 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 чл. 22 ЗЗО законодателят постановява, че бюджетът на НЗОК е основен финансов план по 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 РЗОК, са неразделна част от същия.

В чл. 24 са посочени дейностите, за които следва да се разходват средствата на НЗОК, като чл. 24, т. 1 ЗЗО предвижда, че тези средства се разходват за заплащане на медицинска помощ, посочена в чл. 45, договорена с НРД и с договорите с изпълнителите.

Както във всеки бюджет, в бюджета на НЗОК задължително се предвижда резерв, включително и за непредвидени и неотложни разходи, според чл. 25 ЗЗО, а според чл. 26, ал. 2 ЗЗО със средствата от резерва се плащат разходи в случай на значителни отклонения от равномерното разходване на средствата за здравноосигурителни плащания.

Въз основа на предвидения в чл. 4 ЗЗО свободен достъп на здравноосигурените лица до медицинска помощ, чрез определен по вид, обем и обхват пакет от здравни дейности, както и свободен избор на изпълнител, сключил договор с РЗОК, тези лица имат и правата по чл. 35 ЗЗО, някои от които неизчерпателно изброени са : правото да получават медицинска помощ в обхвата на основния пакет от здравни дейности, регламентирани от

бюджета на НЗОК, чл. 35, т. 1 ЗЗО; да избират лекар от лечебното заведение за първична медицинска помощ, сключило договор с РЗОК, чл. 35, т. 2 ЗЗО; на спешна медицинска помощ там, където попадат, чл. 35, т. 3 ЗЗО. Видовете медицински дейности, които като основен пакет са гарантирани от бюджета на НЗОК, и основният пакет, определен с наредба на министъра на здравеопазването, са регламентирани в чл. 45, ал. 1, т.т. 1-15 ЗЗО и чл. 45, ал. 2 ЗЗО, в редакцията им ДВ бр. 106 от 2013г., в сила към 01.01.2014г. Редът за предоставяне и изискванията към изпълнителите на отделните видове медицинска помощ по чл. 45 ЗЗО се определят в НРД и договорените между РЗОК и изпълнителите, според чл. 46, ал. 1 ЗЗО.

Националният рамков договор /НРД/, според чл. 4а ЗЗО е нормативен административен акт, който има действие на територията на цялата страна за определен срок, и е задължителен за НЗОК, РЗОК, изпълнителите на медицинска помощ, осигурените лица и осигурителите.

Според чл. 53, ал. 1 ЗЗО, за осъществяване на дейностите, предвидени в този закон, НЗОК и БЛС приемат чрез подписване Национален рамков договор за медицинските дейности, а НЗОК и Българският зъболекарски съюз приемат чрез подписване Национален рамков договор за денталните дейности, като според чл. 53, ал. 2 ЗЗО НРД по ал. 1 се приемат за срок от 1 година, а при необходимост се актуализират по реда на приемането им по чл. 54.

Съгласно чл. 54, ал. 6 ЗЗО, в редакцията му от ДВ бр. 4 от 2013г., в сила от 15.01.2013г., Националните рамкови договори се приемат не по-рано от обнародването на бюджета на НЗОК за следващата година и не по-късно от последния работен ден на текущата година.

Според чл. 55, ал. 2 ЗЗО, Националните рамкови договори съдържат: 1. Условията, на които трябва да отговарят изпълнителите на медицинска помощ, както и реда на сключване на договори с тях; 2. Отделните видове медицинска помощ по чл. 45; 3. Условията и реда на оказване на помощта по т.2; 4. Критерии за качество и достъпност на помощта по т. 2; 5. Документацията и документооборота; 6. Задълженията на страните по информационното осигуряване и обема на информация; 7. Други въпроси от значение за здравното осигуряване.

Според чл. 55, ал. 3, т. 2 ЗЗО, Националните рамкови договори не

могат да установяват изисквания за условия, възпрепятстващи свободния избор от осигурените на изпълнители на медицинска помощ, сключили договор с РЗОК, да установяват максимален брой извършвани дейности и разпределение на квоти за изпълнителите на такива дейности в специализираната извънболнична и болнична помощ, чл. 5, ал. 3, т. 5 ЗЗО, или да въвеждат ограничение в обема и разпределение на извършваните дейности между лечебните заведения, чл. 55, ал. 2, т. 6 ЗЗО.

Обемите и цените на медицинската помощ, предвидени в НРД, не са част от същия, а са предмет на самостоятелно ежегодно договаряне, в съответствие с бюджета на НЗОК за съответната година, след внасяне на проекта за закон за бюджета на НЗОК за следващата календарна година за разглеждане в Народното събрание, според чл. 55 д, ал. 1, ЗЗО /отм./, а според чл. 55д, ал. 8 ЗЗО /отм./, обемите и цените, приети по реда на ал. 6 се обнародват в Държавен вестник и са задължителни за НЗОК, РЗОК и за изпълнителите на медицинска помощ.

Според чл. 55д, ал. 9 ЗЗО/отм./, когато обемите и цените на медицинската помощ по ал. 1 не бъдат приети при условията и в сроковете, определени по този закон, управителят на НЗОК внася одобрения по реда на чл. 55, ал. 4 прогнозни обеми и цени чрез министъра на здравеопазването в Министерския съвет, заедно със становището на министъра на финансите и на министъра на здравеопазването, не по-късно от последния работен ден на текущата година.

Редът за остойностяване и заплащане на медицинската помощ след приемането и одобряването им, и след като са станали част от типовите договори с изпълнителите, според чл. 25, ал. 3 НРД за 2018г.

Конкретно, методиката за заплащане на дейностите в болничната медицинска помощ, е определена в приложение № 2Б към чл. 2 от ПМС № 57/16.03.15г.. Според чл. 2, ал. 1 от Приложение № 2Б, НЗОК заплаща договорената и извършена дейност от изпълнителите на БМП от обхвата на основния пакет от здравни дейности, гарантирани от бюджета на НЗОК, съгласно Наредба № 40/04г., като в т. 1-11 са изброени съответните медицински дейности. В чл. 4 от Приложение № 2Б се предвижда, че заплащането по чл. 3 се извършва в левове по цени и обем, определени по реда на чл. 55д ЗЗО.

Според чл. 21, ал. 1 от Приложение № 2Б, стойностите на дейностите в болничната медицинска помощ по договорите на изпълнителите на БМП, се определят по чл. 4 ЗБНЗОК за 2018г. и приетите правила от НС на НЗОК /които се приемат ежегодно/, и са неразделна част от индивидуалните договори /Приложение № 2 към тях/. Съгласно чл. 21, ал. 4 от Приложение № 2Б, при достигане на съответните месечни стойности, водещи до липса на капацитет на изпълнителя на БМП за хоспитализации, с изключение на случаите на спешна диагностика и лечение, същият формира листа на чакащите, съгласно чл. 22 от Наредбата за осъществяване на правото на достъп до медицинска помощ.

За случаите на спешна диагностика и лечение, изпълнителят на БМП може да подаде в РЗОК писмено заявление за увеличение на размера на месечната стойност на разходите за дейностите на БМП в приложение № 2 от индивидуалния договор, за сметка : 1. Стойностите в приложение № 2 за следващите месеци от тримесечието, в размер на до 5 на сто от стойността на съответното тримесечие, или т. 2 до 5 на сто от утвърдените съгласно правилата по чл. 4, ал. 4 ЗБНЗОК за 2018г., стойности за следващото тримесечие; тази възможност не се допуска през четвъртото тримесечие.

Съгласно чл. 21, ал. 5 от Приложение № 2Б, при увеличение на размера на стойността на разходите на дейностите в БМП, промените в Приложение № 2 към индивидуалния договор се договарят между изпълнителя на БМП и директора на РЗОК в срока за представяне в РЗОК на отчетите за заплащане на дейността за съответния месец. В чл. 21, ал. 6 от Приложение № 2Б законодателят е предвидил, че изпълнителите на БМП задължително спазват разпоредбата на ал. 4. По изключение, при особено тежки или сложни случаи на медицински показатели, както и случаи, свързани с форсмажорни обстоятелства, изпълнителят на БМП информира незабавно директора на съответната РЗОК с писмо, в което излага мотиви за заплащане. Случаите се внасят чрез управителя на НЗОК за разглеждане от надзорния съвет на НЗОК и от УС на БЛС, като решение за заплащането им се взема при наличие на бюджетни средства.

Съгласно чл. 21, ал. 7 и 8 от Приложение № 2Б, стойностите на финансовоотчетните документи по чл. 18, 19 и 20 не следва на надвишават размерите на определените по ал. 1 и ал. 5 стойности на изпълнителя на БМП,

определени в Приложение № 2 към индивидуалния договор, а включените в спецификациите по чл. 18-20 дейности не следва да съдържат отхвърлената от заплащане медицинска дейност, лекарствени продукти и медицински изделия, посочени в месечното известие по чл. 17, ал. 11.

Или в обобщение, вътрешното национално право поставя заплащането на разходите за болнична медицинска помощ за извършване на спешна диагностика и лечение, при достигане на съответните месечни стойности по индивидуалните договори в зависимост от следните условия и/или ограничения: а/ на първо място, от писмено заявление от изпълнителя до РЗОК за увеличение на размера на месечната стойност на разходите за дейностите в БМП по приложение № 2 от договора; б/ на второ място, от финансовите ограничения на чл. 21, ал. 4, т. 1 и 2 от Приложение № 2Б; в/ на трето място, от сключването на договор между изпълнителя и директора на РЗОК по чл. 21, ал. 5 от приложение № 2Б. Отделно от това, за особено тежките или сложни случаи по медицински показатели, и случаите, свързани с форсмажорни обстоятелства, заплащането се извършва след решение на НС на НЗОК и УС на БЛС, по целесъобразност, при наличие на бюджетни средства, т.е. след административно разрешение и при условие на наличие на средства.

От друга страна, националното право предвижда за случаите извън спешната диагностика и лечение, изпълнителят да изготвя листа на чакащи, по реда на чл. 22 от Наредбата за осъществяване правото на достъп до медицинска помощ, за всяка клиника и/или отделение.

В листата на чакащите по ал. 1 от същата наредба се включват всички подлежащи на хоспитализация лица, с изключение на тези, които се нуждаят от спешна диагностика и лечение. Лицата, включени в листата по ал. 1, получават пореден номер и дата на хоспитализация. Хоспитализацията на лицата се извършва при спазване на последователността на поредните им номера. При осъществяване на хоспитализацията на лицата по реда на ал. 4, поредният номер на останалите, включени в листата, се анулира.

Тук въпросите, които се поставят от гледна точка на правата на здравноосигурените лица за достъп до социални услуги, каквото е правото на медицинска помощ и лечение, са от една страна предоставянето им в разумен срок и без забавяне, на следващо място, по еднакво ефикасен начин, за да се

осигури лечение, както и от правото на осигурения да избере както лекар, така и лечебно заведение, в което да се лекува.

Правото на договорите. Според чл. 1, ал. 1 от договора от 23.05.18г. /л.9 гръб/ изпълнителят се задължава да оказва на здравноосигурените лица по § 2 ЗБНЗОК за 2018г. и на лицата по § 9, ал. 1 от ЗБНЗОК за 2018г., медицинска помощ по КП от Приложение № 9 към чл. 1 от Наредба № 3 за 2018г. за определяне на пакета от здравни дейности, гарантиран от бюджета на НЗОК /обн. ДВ, бр. 29 от 30.03.2018г. / и посочени съответно в приложение № 17а "Клинични пътеки на НРД за медицински дейности за 2018г.

Според чл. 3 от договора, задължение на възложителя НЗОК е да спазва правата на здравноосигурените лица /ЗОЛ/ и пациента, установени в ЗЗО и Закона за здравето /ЗЗ/ и да ги запознава с тях, както и да следи за спазване на правата на ЗОЛ и пациента от страна на изпълнителя, а също и да заплаща определените съгласно НРД за медицинските дейности за 2018г. цени на извършената и отчетена болнична медицинска помощ. Според чл. 4, ал. 2 от договора, в случай, че възложителят не заплати на изпълнителя извършената и отчетена дейност по клинични пътеки в сроковете, определени в НРД за медицинските дейности за 2018г., дължи на изпълнителя законна лихва за забава за просроченото време.

Съответно правата на изпълнителя /съответното лечебно заведение/, респ. на лекаря, работещ в него, е да осигурява договорената болнична медицинска помощ /БМП/ по клинични пътеки, съгласно НРД за медицинските дейности за 2018г., както и утвърдените медицински стандарти, а при липса на стандарти за посочените специалности – в подписаните или приети от научните дружества за тях консенсусни протоколи за лечение, както и да оказва БМП по вид, обем и стойност, съответстващи на договорените, като спазва установените в Приложение № 17а към НРД за 2018г. изисквания и правила за провеждане на диагностично и клинично лечение на заболяванията, както и регистриране на извършените дейности, включени в клиничните пътеки, а също да спазва правата на здравноосигурените лица и на пациента, регламентирани в ЗЗО и ЗЛЗ, и да ги запознава с тях, според чл. 5, т. 1, 2 и 14 от договора /л.13гръб и 14 гръб/. При изпълнение на задълженията си по договора, изпълнителят има право да

получи договореното заплащане за извършената, отчетена и потвърдена от възложителя дейност при условията, в сроковете и по реда, определени в НРД за 2018г. по настоящия договор, чл. 4, т. 1 от договора.

Заплащането на болничната медицинска помощ от възложителя на изпълнителя, по отношение на цените, условията и сроковете за отчитане и заплащане, страните са договорили в р. V, чл. 19 от договора.

Характеристиката на посочения договор за болнична помощ, освен общите белези на договора за изработка с частноправните му характеристики, може да се определи и с белезите и последиците на договор в полза на трето лице, а именно пациентите, здравноосигурените лица, здравнонеосигурените лица и лицата, осигурени в друга държава-членка при условията на директивите за координация на условията за социално осигуряване. Затова всяка страна по договора – НЗОК, в качеството на уговарящ, и болницата, в качеството на обещаител /който реално предоставя услугата/, разполага с правото да изисква изпълнение от другата страна, както и с потестативните права, които се пораждат при наличие на порок при сключване на договора, или като последица от неизпълнение на задълженията на насрещната страна.

По общите правила на ЗЗД, когато обещаителят е престоирал надлежно на третите лица /както е в случая/, той има вземане срещу уговарящия. Съгласно правилата за изпълнение на двустранен договор, в случай, че уговарящият е задължен да престоира пръв, обещаителят може да противопостави на третото лице възражение за неизпълнен договор. Ако договорът бъде унищожен или развален, обещаителят може да търси даденото от уговарящия на основание чл. 55, ал. 1 ЗЗД, който е страна по договора, но не и от третото лице. Въпросът е, дали и до каква степен тези правила се дерогират от императивната правна уредба в областта на задължителното здравно осигуряване.

Разглежданите правоотношения имат конституционна основа, поради което следва да се вземат предвид тълкуванията на конституционния съд на понятието достъпна медицинска помощ. Според решение № 32 от 1998г. по к.д. № 29/98г. на Конституционния съд на РБ. то „означава възможност за медицинско лечение на всички граждани в случай на заболяване и равни условия и еднакви възможности за ползване на лечението“. В решение № 2/22.02.07г. по к.д. № 12/06г., КС определя, че: „Съдържанието на посочената

разпоредба, чл. 52, ал. 1 КРБ, гарантира свободен достъп на осигурените лица до медицинска помощ чрез определен по вид, обхват и обем пакет от здравни дейности, но при спазване на принципите на основния закон, сред които и принципа на равенството". Или според съда „в юридически смисъл равенството означава, че към едни и същи лица, равни от правна гледна точка на действащото право, с оглед целите на правното регулиране, законът се обръща еднакво. Оттук следва, че е допустимо ограничаване на здравните дейности чрез регламентиране на обхват и/или пакет от здравни дейности при задължителното здравно осигуряване със закон, който се прилага еднакво спрямо всички“.

От друга страна, това ограничаване със закон на обема на здравния пакет, не може да се приравни с ограничаването чрез парични лимити на разходите за реализация на законоустановения здравен пакет.

Това е така, защото според чл. 47 ЗЗО, НЗОК заплаща оказаната на осигуреното лице медицинска помощ, като средствата се превеждат на предоставилия я изпълнител. Според чл. 51 ЗЗО, медицинската помощ извън обхвата на чл. 45 ЗЗО и договореното в НРД, не се заплаща от НЗОК. Същевременно, на законоустановеното право на осигуреното лице да избере лечебното заведение, чл. 4, ал. 1 ЗЗО, съответства задължението на изпълнителя на медицинска помощ да го приеме. В тази насока законът и НРД обвързват изпълнителя със задължението да осигури необходимата медицинска помощ, т.е. да предостави съответната медицинска дейност.

Законът, по-нататък, освобождава осигуреното лице от задължението да заплаща за здравните дейности, включени в гарантирания от НЗОК медицински пакет, а изпълнителят дължи да приеме пациента, като при условията на медицинските стандарти за добра лекарска практика, може да прецени единствено дали хоспитализацията е наложителна при условията на спешност, или при т.нар. планов прием, с поставяне в списъка на чакащите.

Следователно на конституционно ниво, НЗОК не е ограничена да обезпечава предоставянето на болничната медицинска помощ от обхвата на основния здравен пакет, до размера на годишния си бюджет.

Това е така, защото с договора между НЗОК /РЗОК/ и изпълнителя на медицински дейности се реализира конкретен и гарантиран от правния ред значим обществен интерес – конституционно закрепеното право на достъп до

медицинска помощ, при спазване на принципа за равенство и правото на свободен избор на лечебно заведение, което в по-широк смисъл е и съдържанието на основната свобода на свободно предоставяне на услуги и правото на свободно придвижване, според правото на Европейския съюз.

Меродавно в случая се явява правото на здравноосигуреното лице. Щом чрез договора е задоволен общественият интерес и е престирано на третите лица лечение, при спазване на медицинските стандарти за добра лекарска практика, и при спазване на разпоредбите за отчитане на дейности /при съблюдаване на задълженията за издаване на амбулаторни листове и продължителност на клиничните пътеки, съответно издаване на спесификации/, то държавата, чрез специализирания публичен орган НЗОК, носи отговорност за парично обезпечаване на удовлетворения интерес. Не е налице нито една причина, която да освобождава НЗОК от договорна отговорност за плащане.

Или договорът за изпълнение на медицински дейности не е класическо облигационно правоотношение по предоставяне на медицински услуги срещу заплащане между равнопоставени субекти, при приложение на общо основание към него на правилата за договора за изработка и общите правила на ЗЗД, а договор между орган на публичната власт и изпълнител – търговско дружество, сключен с цел осъществяване на гарантирани и конституционно прокламирани права и свободи. Отделно от това, поради типовия му характер, е била изключена възможността на изпълнителя или третите лица да влияят върху съдържанието на договорните клаузи.

Или предвид на тези съображения, императивният характер на посочените норми, и по-конкретно чл. 45 ЗЗО, дерогира приложението на договорните клаузи, които му противоречат, а именно за невъзможност за заплащане на извършените и отчетени дейности на изпълнителя, които надвишават месечните стойности по договора, приложение № 2. Обстоятелството, че планираният и прогнозен финансов ресурс е недостатъчен за покриване на здравните дейности, предоставени на здравноосигурените лица, не изключва дължимостта на възнаграждение за услугите, които лечебното заведение-изпълнител е предоставило на последните, макар при превишаване на месечните лимити.

Несъответствието между очаквания финансов ангажимент, заложен в

прогнозните стойности на месечните лимити, и конкретно извършените дейности, които го надвишават, не освобождава публичния орган, представляващ държавата, НЗОК, а напротив пряко го задължава да осигури необходимия финансов ресурс. Или нормативно установеното финансово задължение определя НЗОК като единствен платец на цената на оказана медицинска помощ, от гарантирания основен пакет от здравни дейности. Задължението на НЗОК да покрие плащането на изпълнителя, възниква от изпълнението на задължението на изпълнителя – лечебно заведение да предостави на здравноосигуреното лице медицинската услуга, в обхвата на чл. 45 ЗЗО, какъвто е предметът на договора между страните. Затова позоваването на подзаконова нормативна уредба в обратния смисъл /методики, правила и решения на НС на НЗОК и др./ или на договорни клаузи, въвеждащи т.нар. лимити, с оглед изключване на отговорността на НЗОК, е неоснователно.

Както се посочи и по-горе, предмет на преценка в случая е дали въвеждането на ограничения и условия за заплащането на болнична медицинска помощ в условията на спешна диагностика и лечение, по законодателен и договорен път е съвместимо с правото на ЕС, конкретно чл. 49, чл.56 и чл. 59 и чл. 168, т. 7 ДФЕС, както и дали тези ограничения са обосновани, пропорционални на преследваната цел и засягат упражняването на социалните права, конкретно правото на достъпна медицинска помощ по чл. 35 от Хартата на основните права на Европейския съюз.

За съда отговорът на първия въпрос е отрицателен, а на втория – положителен. Посочи се по-горе, че определянето на финансова рамка на бюджета на НЗОК и въвеждането на определени ограничения в договорите с изпълнителите, под формата на пределни месечни стойности на достигната БМП, е икономическа цел, свързана със спазването на бюджетната дисциплина и съображение от общ интерес да се предпази системата на бюджета на НЗОК от засягане, което би дало отражение върху правата на останалите осигурени лица. Посочи се също, че постигането на тази цел не може да води до накърняване на основния принцип на свободно предоставяне на услуги.

На практика, посочените ограничения и условия за заплащането на БМП при спешна диагностика и лечение /изискването за писмено заявление

за увеличаване на стойността на разходите и сключване на последващ договор – анекс за изменение на договора, в частта за увеличените разходи, като решението за сключване на анекса зависи изцяло от административния орган РЗОК /т.е. от административна мярка или решение/, финансови ограничения за увеличението, възлизащи на максимален процент от финансовото предвиждане за следващите месеци /до 5%/, изискванията за последващо решение на НС на НЗОК за особено тежките и сложни случаи, и при наличие на бюджетни средства, при положение, че тези дейности са спешни и/или животоспасяващи и са били вече извършени, като освен това са гарантирани от бюджета на НЗОК, определено са в състояние да ограничат свободното предоставяне на услугата, и са несъвместими с чл. 49, чл. 56 и чл. 168, т. 7 ДФЕС и основните права по чл. 35 от Хартата на основните права на ЕС. Макар тези подзаконовни разпоредби да не са станали част от договора, те остават част от нормативната уредба, а в договорите е останала възможността да се подаде заявление за корекция при надвишаване на месечните стойности и разрешение на НС на НЗОК за покриването на разходите след проверка и при наличие на бюджетни средства, което също е несъвместимо с посочените норми на ДФЕС и Хартата. Затова лечебното заведение, което не може да откаже предоставянето им с оглед правата на пациента, има право на заплащането им, независимо, че липсва последващо одобрение и договор за тях с РЗОК.

Посочените ограничения и условия не могат да се обосноват със съображения за обществен ред, обществена сигурност и обществено здраве, по смисъла на чл. 52 ДФЕС. Тези съображения, според трайната практика на Съда на ЕС, трябва да се тълкуват стеснително, „така че обхватът им да не може да бъде определян едностранно от всяка държава-членка, без контрол от страна на институциите на общността“, така решение от 04.12.1974г. Yvonne van Dayn /Home Office, C-41/74, т.18.

Що се отнася до третото съображение, свързано със защитата на общественото здраве, Съдът през годините е натрупал богата практика, от която е видно, че за да може да се позове на това съображение, държавата-членка, следва да докаже реална заплаха за здравето или живота на своите граждани. Тоест не е достатъчно единствено и само позоваването на потенциален риск от засягане на здравето. Също, по отношение на ограниченията, основани на това съображение, Съдът изключително стриктно

следи те да бъдат пропорционални на поставената цел. Така например, Съдът е постановил, че френското законодателство, според което не може да бъдат възстановявани разходи за медицински анализи, извършени в лаборатории, чието място на стопанска дейност е в друга държава-членка, дори да има за цел защитата на общественото здраве, надхвърля обективно необходимото за гарантиране на високото ниво на защита, което си е поставила за цел френската република, Решение от 11 март 2004г., Комисия на Европейските общности / Френска република, C-496/01.

Във връзка с опазването на общественото здраве, Съдът е признал възможността държавите-членки да налагат ограничение пред свободата на предоставяне на медицински и болнични услуги, доколкото поддържането на здравен капацитет или медицинска компетентност в рамките на националната територия е от съществено значение за общественото здраве, или дори за оцеляване на населението. Така т. 51 от цитираното по-горе решение Kohl, C-158/96. Или безспорно в случая, че посочените ограничения имат единствено финансовото предназначение да предпазят бюджета на НЗОК, респ. системата на общественото здраве, от засягане, с потенциален риск за общественото здраве, но се явяват неоснователни, непропорционални на поставената цел и несъвместими с правото на ЕС, поради което не следва да се прилагат.

Следва да се има предвид и факта, че не е предвидена възможност, след изчерпване на предварително определените стойности на лечебните дейности, финансирани от НЗОК, болницата да прекрати или да откаже извършването на възложените и дейности.

В тази връзка, съдът съобрази и актуалната практика на ВКС, решение № 152/02.02.2021г. по т.д.№385/20г. I т.о, решение № 169/16.02.2021г. по т. д. № 1916/2019г. II т.о. на ВКС.

Предвид на изложеното искът следва да се уважи изцяло за главницата по фактури: №№ 4000000023/13.09.19г. за 9 480лв; 4000000025/09.04.19г. за 13 700лв. ; 4000000026/13.09.19г. за 19 905лв., в общ размер на 43 085лева, за извършена болнична медицинска помощ по договор за оказване на болнична помощ по клинични пътеки № 210238/23.05.2018г.

Следва да се уважи и акцесорният иск за законната лихва върху уважения размер, считано от предявяване на иска на 18.02.22г. до

окончателното им плащане, както и законната лихва за забава върху главницата 43 085лв. за периода от 26.05.2019г. до датата на подаване на исковата молба 18.02.2022г. в размер на 11 379,05лв.

Искът следва да се отхвърли за главницата по фактура № 4000000024/13.03.2019г. в размер на 193лв., ведно със законната лихва за забава от 26.05.2019г. до датата на подаване на исковата молба в размер на 53,56лв., или за разликата над 11379,05лв. до 11 432,61лв., като неоснователен.

По разноските:

Ищецът претендира разноски от 4 703,33лв. Ответникът не е направил искане за присъждане на разноски.

На основание чл. 78, ал. 1 ГПК, в полза на ищеца следва да се присъдят разноски по делото съразмерно с уважената част от исковете, в размер на 4 682,17лв.

Предвид на изложеното и на посоченото основание, съдът

РЕШИ:

ОСЪЖДА Националната здравноосигурителна каса, ЕИК *****, със седалище и адрес на управление, гр. София, ул. Кричим № 1, представлявана от П. С., управител, съдебен адресат гр. См., бул. Б. № 7, РЗОК-См., ЕИК *****, на основание чл. 59 ЗЗО във вр. с чл. 79, ал. 1 във вр. чл. 86 ЗЗД да заплати в полза на МБАЛ Проф. д-р К. Ч. ЕООД – М., ЕИК *****, представлявана от Ст. Х., съдебен адресат адв. С. К. гр. М., ул. Об. № 5, дължими суми по договор № 210238/23.05.18г., представляващи извършена и неплатена болнична медицинска помощ в периода от 01.02.2019г. до 30.04.2019г., както следва: по фактура: № № 4000000023/13.09.19г. 9 480лв; по фактура № 4000000025/09.04.19г. 13 700лв.; по фактура № 4000000026/13.09.19г. 19 905лв., или общо в размер на 43 085лева, ведно със законната лихва върху уважения размер, от 18.02.22г. до окончателното им плащане, както и законната лихва за забава върху главницата 43 085лв., за периода от 26.05.2019г. – 18.02.2022г., датата на подаване на исковата молба, в размер на 11 379,05лв.

ОТХВЪРЛЯ предявеният от МБАЛ Проф. д-р К. Ч. ЕООД – М., ЕИК

*****, представлявана от Ст. Х., съдебен адресат адв. С. К. гр. М., ул. Об. № 5 иск на основание чл. 59 ЗЗО във вр. с чл. 79, ал. 1 във вр. чл. 86 ЗЗД да се осъди Националната здравноосигурителна каса, ЕИК *****, да му заплати главница по фактура № 4000000024/13.03.2019г. в размер на 193лв., ведно със законната лихва за забава върху тази сума от 26.05.2019г. до 18.02.22г. размер на 53,56лв., или за разликата над 11 379,05лв. до 11 432,61лв., като неоснователен.

ОСЪЖДА НЗОК – София, чрез управителя П. С. да заплати на МБАЛ Проф.д-р К. Ч. – М. разноси по делото от 4 682,17лв.

Решението подлежи на обжалване в двуседмичен срок от съобщението му на страните пред Апелативен съд – Пловдив.

Съдия при Окръжен съд – См.: _____