

# РЕШЕНИЕ

№ 5357

гр. София, 10.08.2023 г.

## В ИМЕТО НА НАРОДА

**АДМИНИСТРАТИВЕН СЪД - СОФИЯ-ГРАД, Второ отделение 50 състав,**  
в публично заседание на 27.06.2023 г. в следния състав:

**СЪДИЯ: Мария Бойкинова**

при участието на секретаря Ива Лещарова, като разгледа дело номер **7449** по описа за **2022** година докладвано от съдията, и за да се произнесе взе предвид следното:

Производството е по реда на чл. 128, ал. 1, т. 3 във връзка чл. 19ж от Административно-процесуалния кодекс (АПК).

Образувано е по искова молба на Университетска многопрофилна болница за активно лечение „Свети Иван Рилски“ ЕАД (УМБАЛ), с която е предявен иск срещу Национална здравноосигурителна каса (НЗОК) за заплащане на сумата в размер на 1 824 772.40 лева, представляваща суми за вложени медицински изделия в хода на лечение на здравноосигурени лица по клинични пътеки (КП) и клинични процедури (К.) в периода м. юни 2019 г. – м. декември 2021 г. на основание сключен административен договор между страните, както и за присъждане на лихва за забава в размер на 242 113, 64 лева върху горепосочената сума, ведно със законната лихва от датата на предявяване на иска до окончателното плащане на сумата.

В исковата молба са изложени твърдения, че на 22.05.2018 г. между НЗОК и УМБАЛ „Свети Иван Рилски“ ЕАД на основание чл. 59, ал. 1 от ЗЗО в съответствие с Националния рамков договор за медицински дейности (Н. за МД) за 2018 г. е сключен Договор № 22-2451/22.05.2018 г. за оказване на болнична помощ по клинични пътеки (Договор). В съответствие с Договори № № РД-НС-01-1-2/27.12.2018 г. и РД-НС-01-1-4/17.06.2019 г. за изменение и допълнение на Н. и на основание чл. 59, ал. 3, изр. второ от ЗЗО, между НЗОК и УМБАЛ са сключени допълнителни споразумения № 12/25.02.2019 г. и № 17/22.07.2019 г. към Договор № РД-НС-01-1-2/27.12.2018 г. На 20.02.2020 г. между НЗОК и УМБАЛ „Свети Иван Рилски“ ЕАД на основание чл. 59, ал. 1 от ЗЗО и в съответствие с Н. за МД за 2020

-2022 г. е сключен нов Договор № 22 -2451/25.02.2020 г. за оказване на болнична помощ по клинични пътеки и извършване на амбулаторни процедури с НЗОК. В съответствие с Договор № РД-НС-01-1-7/30.12.2020 г. за изменение и допълнение на Н. за МД и на основание чл. 59, ал. 3, изр. второ от ЗЗО, между НЗОК и УМБАЛ „Свети Иван Рилски“ ЕАД е сключено допълнително споразумение № 26/23.02.2021 към Договор № 22 -2451/25.02.2020 г. Соча, че по силата на чл. 1, ал. 1 от горепосочените договори ищцовото дружество се задължава да оказва на здравноосигурените лица (З.) болнична медицинска помощ (БМП), респективно НЗОК е задължена да заплаща извършените медицински дейности, съгласно чл. 1, ал. 2 от договорите. Твърди, че в изпълнение на задължението си да оказва БМП в периода м. юни 2019 г. - м. декември 2021 г. УМАБЛ е извършила дейност по КП и К., при която при лечението на пациентите са вложени медицински изделия, необходими при осъществяването на лечение, които са в размер на исковата претенция и които не са заплатени. Изтъква, че посочените изделия частично са заплатени от НЗОК, както и че в предходно извършените проверки от ответника липсват констатации за нарушения и неизпълнение на задължения. Конкретно се позовава на проверката, извършена със заповед № РД-18-1185 от 17.11.2021 г. на Директора на СЗОК, при която няма установени констатации за нарушения и проверяващите са установили пълно съответствие между отчетените от лечебното заведение в ПИС на НЗОК (информационната система на НЗОК) медицински изделия и предоставената медицинска и финансова документация, удостоверяваща реално вложени на пациентите изделия при проведеното им лечение. Позовава се на протокола от проверката, в който е констатирано, че лечебното заведение не е получило доплащане от нито един от пациентите. Соча, че с писмо с изх. № 842/17.06.2022 г. УМБАЛ е поканила НЗОК да изпълни задължението си по договора за заплащане на стойността на вложените медицински изделия от група № 15 „Медицински изделия за неврохирургично лечение на мозъчно-съдови заболявания“ и група № 11 „Мозъчна лимфодренажна клапа система“ за исковия период. Поддържа, че вложените за конкретните периоди медицински изделия от посочените групи са проверени и потвърдени от контролните органи на СЗОК. Твърди, че незаплащането на сумите за вложените медицински изделия, представлява неизпълнение на сключения между страните административен договор. Предвид изложеното се иска от съда да постанови решение, с което да осъди НЗОК да заплати на УМБАЛ процесните суми в общ размер от 1 824 772.40 лева, представляващи суми за вложени медицински изделия за лечение на здравноосигурени лица по клинични пътеки и клинични процедури през периода от м. юни 2019 г. до м. декември 2021 г., ведно с дължимата лихва за забава в размер на 242 113, 64 лева върху горепосочената сума за периода от възникване на финансовите задължения – от 31.08.2019 г. (когато е възникнало първото от тях) до предявяването на исковата молба - 11.08.2022 г. и законната лихва от датата на предявяване на иска до окончателното плащане на сумата.

Съдът с определение от 10.08.2023 г. е прекратил производството по делото по отношение предявения иск срещу НЗОК на основание Договор № 22-2451/22.05.2018 г. и е изпратил делото по подсъдност на Софийски градски съд.

Пред настоящия съдебен състав предмет на разглеждане е предявения иск относно изпълнението на Договор № 22 -2451/25.02.2020 г. за оказване на болнична помощ по клинични пътеки и извършване на амбулаторни процедури сключен между УМБАЛ „Свети Иван Рилски“ ЕАД и НЗОК. С исковата молба е уточнено, че на основание

горния договор се дължи стойността на вложените медицински изделия както следва

- 1.) 11 130.00 лв. за периода 01.01.2020 г. - 31.01.2020 г., като и сумата в размер на 2 668.11 лв., представляваща законна лихва за забава върху главницата за периода от 31.03.2020 г. до 10.08.2022 г.,
- 2.) 13 290.00 лв. за периода 01.02.2020 г. - 29.02.2020 г., както и сумата в размер на 3 071.47 лв., представляваща законна лихва за забава върху главницата за периода от 01.05.2020 г. до 10.08.2022 г.,
- 3.) 9 960.00 лв. за периода 01.03.2020 г. — 31.03.2020 г., както и сумата в размер на 2 218.88 лв., представляваща законна лихва за забава върху главницата за периода от 31.05.2020 г. до 10.08.2022 г.,
- 4.) 4 890.00 лв. за периода 01.04.2020 г. - 30.04.2020 г., както и сумата в размер на 1 047.27 лв., представляваща законна лихва за забава върху главницата за периода от 01.07.2020 г. до 10.08.2022 г.,
- 5.) 13 500.00 лв. за периода 01.05.2020 г.—31.05.2020 г., както и сумата в размер на 2 778.75 лв., представляваща законна лихва за забава върху главницата за периода от 31.07.2020 г. до 10.08.2022 г.,
- 6.) 3 720.00 лв. за периода 01.06.2020 г. — 30.06.2020 г., както и сумата в размер на 733.66 лв., представляваща законна лихва за забава върху главницата за периода от 31.08.2020 г. до 10.08.2022 г.,
- 7.) 61 410.20 лв. за периода 01.07.2020 г. 31.07.2020 г., както и сумата в размер на 11 582.64 лв., представляваща законна лихва за забава върху главницата за периода от 01.10.2020 г. до 10.08.2022 г.,
- 8.) 97 732.80 лв. за периода 01.08.2020 г. - 31.08.2020 г., както и сумата в размер на 17 619.06 лв., представляваща законна лихва за забава върху главницата за периода от 31.10.2020 г. до 10.08.2022 г.,
- 9.) 113 918.80 лв. за периода 01.09.2020 г. — 30.09.2020 г., както и сумата в размер на 19 556.06 лв., представляваща законна лихва за забава върху главницата за периода от 01.12.2020 г. до 10.08.2022 г.,
- 10.) 154 230.40 лв. за периода 01.10.2020 г. - 31.10.2020 г., както и сумата в размер на 25 190.96 лв., представляваща законна лихва за забава върху главницата за периода от 31.12.2020 г. до 10.08.2022 г.,
- 11.) 88 062.20 лв. за периода 01.11.2020 г. - 30.11.2020 г., както и сумата в размер на 13 625.18 лв., представляваща законна лихва за забава върху главницата за периода от 31.01.2021 г. до 10.08.2022 г.,
- 12.) 669.20 лв. за периода 01.12.2020 г. - 31.12.2020 г., както и сумата в размер на 16 964.81 лв., представляваща законна лихва за забава върху главницата за периода от 01.03.2021 г. до 10.08.2022 г.,
- 13.) 131 984.80 лв. за периода 01.01.2021 г. — 31.01.2021 г., както и сумата в размер на 18 257.89 лв., представляваща законна лихва за забава върху главницата за периода от 31.03.2021 г. до 10.08.2022 г.,
- 14.) 147 128.00 лв. за периода 01.02.2021 г. - 28.02.2021 г., както и сумата в размер на 19 085.78 лв., представляваща законна лихва за забава върху главницата за периода от 01.05.2021 г. до 10.08.2022 г.,
- 15.) 110 790.20 лв. за периода 01.03.2021 г. - 31.03.2021 г., както и сумата в размер на 13 448.69 лв., представляваща законна лихва за забава върху главницата за периода от 31.05.2021 г. до 10.08.2022 г.,
- 16.) 73 606.60 лв. за периода 01.04.2021 - 30.04.2021 г., както и сумата в размер на 8 301.19 лв., представляваща законна лихва за забава върху главницата за периода от 01.07.2021 г. до 10.08.2022 г.,
- 17.) 79 746.00 лв. за периода 01.05.2021 г. - 31.05.2021 г., както и сумата в размер на 8 329.03 лв., представляваща законна лихва за забава върху главницата за периода от 31.07.2021 г. до 10.08.2022 г.,
- 18.) 120 451.40 лв. за периода 01.06.2021 г. - 30.06.2021 г., както и сумата в размер на 11 543.26 лв., представляваща законна лихва за забава върху главницата за периода от 31.08.2021 г. до 10.08.2022 г.,
- 19.) 89 090.00 лв. за периода 01.07.2021 г. — 31.07.2021 г., както и сумата в размер на 7 770.62 лв., представляваща законна лихва за забава върху главницата за периода от 01.10.2021 г. до 10.08.2022 г.,
- 20.) 69 073.00 лв. за периода 01.08.2021 г. - 31.08.2021 г., както и

сумата в размер на 5 449.09 лв., представляваща законна лихва за забава върху главницата за периода от 31.10.2021 г. до 10.08.2022 г., 21.) 39 122.00 лв. за периода 01.09.2021 г. 30.09.2021 г., както и сумата в размер на 2 749.40 лв., представляваща законна лихва за забава върху главницата за периода от 01.12.2021 г. до 10.08.2022 г., 22.) 68 888.00 лв. за периода 01.10.2021 г. — 31.10.2021 г., както и сумата в размер на 4 267.23 лв. - законна лихва за забава върху главницата за периода от 31.12.2021 г. до 10.08.2022 г., 23.) 77 990.80 лв. за периода 01.11.2021 г. - 30.11.2021 г., както и сумата в размер на 4 159.51 лв., представляваща законна лихва за забава върху главницата за периода от 31.01.2021 г. до 10.08.2022 г. и 24.) 57 798.00 лв. за периода 01.12.2021 г. — 31.12.2021 г., както и сумата в размер на 2 616.97 лв., представляваща законна лихва за забава върху главницата за периода от 01.03.2021 г. до 10.08.2022 г.

Така общият размер на исковата претенция, която ищецът претендира да бъде заплатена от НЗОК и представляваща суми за вложени медицински изделия в хода на лечение на здравноосигурени лица по клинични пътеки (КП) и клинични процедури (К.) в периода 01.01.2020 г. – 31.12.2021 г., е в размер на 1 753 182.40 лева, както и за присъждане на лихва за забава в размер на 223 035.51 лева върху горепосочената сума, ведно със законната лихва от датата

В срока по чл. 131 ГПК е постъпил отговор от НЗОК, с който изразява становище за неоснователност на предявения иск. Ответникът не оспорва наличието на сключени договори между страните, като твърди че съгласно чл. 24, т. 1 от ЗЗО средствата на НЗОК се разходват за заплащане на медицинска помощ, договорена с Н. и договорите с изпълнителите. Посочва, че НЗОК заплаща единствено договорена и реално извършена медицинска дейност, като тези предпоставки следва да са налице кумулативно. Сочи, че всеки изпълнител на медицинска помощ е длъжен да се съобразява с разписаните в Приложение № 2 към договора обеми на средствата, които може да отчете към НЗОК. Твърди, че излизането извън неговите рамки е допустимо само чрез допълнително договаряне, каквото в случая не е налице. Посочва, че НЗОК като първостепенен разпоредител с бюджетни средства е длъжен да спазва бюджетната дисциплина и рамка заложи в Закона за бюджета на НЗОК, поради което стриктно е спазил задължението си да заплаща само отчетената по договорите дейност до стойностите определени в Приложение № 2, тоест в рамките на определения лимит. Счита, че в тежест на изпълнителя е да прецени и съобрази, ползвайки статистики от предходни периоди, каква дейност да осъществи, без да надвишава лимита за съответната бюджетна година.

В хода на съдебното производство ответникът, решавайки да промени изцяло защитата си срещу иска, е заявил, че поддържа като допълнителен довод, че не дължи плащане на исковите суми, позовавайки се на разпоредбата на чл. 45, ал. 16 от ЗЗО, съгласно която условията и редът за заплащане и за сключване на индивидуални договори с производители или с търговци на едро с медицински изделия/техни упълномощени представители за доставка и заплащане на медицински изделия, приложими в болничната медицинска помощ, както и с лицата, осъществяващи дейности по предоставяне и ремонт на помощни средства, приспособления, съоръжения и медицински изделия за хора с увреждания, регистрирани като търговци и вписани в регистъра на лицата, осъществяващи дейности по предоставяне и ремонт на помощни средства, приспособления, съоръжения и медицински изделия за хората с увреждания - за заплащане на медицински изделия, помощни средства, приспособления и съоръжения за хора с увреждания, се определят с наредбата по ал. 9

на чл. 45 от ЗЗО. Посочва, че това е Наредба № 10 от 2009 г. за условията, реда, механизма и критериите за заплащане от НЗОК на лекарствени продукти, медицински изделия и на диетични храни за специални медицински цели и на помощни средства, приспособления, съоръжения и медицински изделия за хората с увреждания, договаряне на отстъпки и възстановяване на превишените средства при прилагане на механизъм, гарантиращ предвидимост и устойчивост на бюджета на НЗОК (Наредба № 10/2009 г.), която е приложимият подзаконов нормативен акт. Изтъква, че съгласно чл. 12, ал. 2 от Наредба № 10/2009 г. медицинските изделия, прилагани в условията на болничната медицинска помощ, се заплащат от НЗОК извън цените на съответните клинични пътеки, в изпълнение на договорите за оказване на болнична медицинска помощ, сключени между изпълнителите на медицинска помощ и директора на съответната РЗОК, с изключение на медицинските изделия, които НЗОК заплаща на производители или търговци на едро с медицински изделия или техни упълномощени представители, сключили договори с НЗОК за доставка на медицински изделия по реда на наредбата по чл. 11, ал. 1, която в случая е Наредба № 7 от 31 март 2021 г. за условията и реда за съставяне на списък на медицинските изделия по чл. 30а от Закона за медицинските изделия и за определяне на стойността, до която те се заплащат (Наредба № 7/2021 г.). Посочва, че в чл. 13, ал. 1 от Наредба № 10/2009 г. е регламентирано, че НЗОК в съответствие с предвидените средства в бюджета си за съответната календарна година ежегодно определя групите медицински изделия, както и стойността, до която ги заплаща при условията и по реда на чл. 11, ал. 1 от наредбата. Позова се на разпоредбата на чл. 13, ал. 2, т. 2, б. “а” от Наредба № 10/2009 г., в която е предвидено, че след приключване на процедурата по чл. 11, ал. 1 за определяне на стойността, до която НЗОК заплаща медицински изделия, принадлежащи към една група, НЗОК заплаща в условията на болнична медицинска помощ, и стойността, до която НЗОК заплаща за всяка група на лечебните заведения в изпълнение на договорите за оказване на болнична медицинска помощ, сключени между изпълнители на медицинска помощ и директора на съответната РЗОК. Според ответника в случая е приложима разпоредбата на чл. 23, ал. 1 от Наредба № 7/2021 г., съгласно която ежегодно НЗОК провежда процедура по договаряне на медицинските изделия, стойността на които се заплаща напълно или частично от НЗОК, която се извършва на основата на спецификация, утвърдена с решение от Надзорния съвет на НЗОК. Посочва, че на основание чл. 34, ал. 1 от Наредба № 7/2021 г. след приключване на процедурата по чл. 23 от наредбата НЗОК съставя списъци с групирани и определени конкретни медицински изделия, както и стойността, до която НЗОК ги заплаща. Уточнява, че спецификацията съгласно чл. 24, ал. 4 от Наредба № 7/2021 г. задължително следва да съдържа обособени групи по технически изисквания медицински изделия, прилагани в условията на болничната медицинска помощ, заплащани на лечебни заведения, сключили договори по чл. 23, ал. 1, т. 4 от ЗЗО за оказване на болнична медицинска помощ. Изтъква, че именно на базата на спецификацията, процесните медицински изделия от групата 11 и 15 попадат в хипотезата на чл. 25, ал. 4, т. 4, б. “б” – в групите, които се заплащат частично на лечебни заведения. По-горните съображения НЗОК счита, че не е налице правно основание за заплащане на пълния размер на стойността на вложените медицински изделия от група 11 и група 15, поради което е заплатила стойността им до размера, определен в списъците, изготвени по реда на чл. 13, ал. 2, б. “а” от Наредба № 10. Наред с това твърди, че за медицинските изделия от група 11 “Мозъчна

ликвидираща клапна система“ в графа плащане е посочена сумата 1080 лева, тъй като не е издадена заповед за одобрение над тази сума съгласно Наредба № 2 за конкретното медицинско изделие, поради което в графа „Причина“ е посочено неподдаване на заявление. За медицинските изделия от група 15 “Медицински изделия за неврохирургическо лечение на мозъчно-съдови заболявания“ ответникът посочва, че е заплатил до 30 000 лева. Сочил, че месечните известия се подписват от директора на РЗОК или упълномощено от него длъжностно лице с УЕП, като възраженията във връзка с отхвърлените плащания се разглеждат и решават само след контрол. Твърди, че такава проверка е извършена на основание заповед № РД-25-502/31.08.2022 г. на управителя на НЗОК, при която е констатирано, че от страна на лечебното заведение е нарушена разпоредбата на чл. 45, ал. 1, т. 15 от ЗЗО, съгласно която НЗОК заплаща медицински дейности, лекарствени продукти, диетични храни за специални медицински цели, медицински изделия и високоспециализирани апарати/уреди за индивидуална употреба по чл. 82, ал. 1, т. 1а, 2, 3а, 6б и ал. 1а и 3 от Закона за здравето, както и медицински изделия, помощни средства, приспособления и съоръжения за хората с увреждания, извън обхвата на задължителното здравно осигуряване, финансирани с трансфер от Министерството на здравеопазването съгласно закона за бюджета на НЗОК за съответната година и чл. 39 от Наредба № 2/2019 г.

*Административен съд - София град, като взе предвид изложените от страните доводи и събраните по делото доказателства, намира следното от фактическа страна :*

Не се спори между страните, а и от представения и приет като доказателство договор № 22-2451/25.02.2020 г. за оказване на болнична помощ по клинични пътеки и извършване на амбулаторни процедури с НЗОК и сключено допълнително споразумение № 26/23.02.2021 г. към договора се установява, че ищцовото дружество се е задължило да оказва на здравноосигурените лица (З.) болнична медицинска помощ (БМП) по клинични пътеки и извършване на амбулаторни и клинични процедури, като по силата на чл. 1, ал. 2 от горепосочения договор НЗОК се е задължила да заплаща извършените медицински дейности.

Съгласно чл. 39, ал. 1 от договора възложителят се задължава да закупува и изплаща на изпълнителя договорената в чл. 1, ал. 1 от договора, извършена и отчетена медицинска помощ по клинични пътеки, като същите са изброени в табличен вид, а съгласно чл. 39, ал. 1, т. 2 от договора възложителят се задължава да заплати и вложените при изпълнението на определени клинични пътеки и клинични процедури медицински изделия от списъка по чл. 13, ал. 2, т. 2 от Наредба № 10/2009 г. Посочено е че този текст се прилага ако е уговорено, че е сключен договор за изпълнение на клинични пътеки, в които са предвидени медицински изделия, заплащани от възложителя извън стойността на клиничните пътеки.

В разпоредбата на чл. 39, ал. 2 от договора е предвидено вложените при изпълнение на клиничните пътеки и процедури медицински изделия от списъка по чл. 13, ал. 2, т. 2 от Наредба № 10/2009 г. възложителят да заплаща извън

цената на клиничните пътеки, като медицинските изделия се заплащат до стойностите, които възложителят заплаща за съответните групи медицински изделия.

По-долу в чл. 50, ал.1 от договора е предвидено, че възложителят заплаща вложените медицински изделия по чл. 39, ал. 2 от договора при изпълнението на следните условия : медицинското изделие да е било вложено при изпълнение на клинична пътека съгласно изискванията на диагностично-лечебните алгоритми за изпълнение на съответната клинична пътека; да са изпълнени изискванията за оказване на болнична медицинска помощ; медицинското изделие да е отчетено при условията и по реда на диагностично-лечебния алгоритъм на съответната клинична пътека и процедура. В чл. 51, ал. 12 от договора са регламентирани основанията за отхвърляне на заплащането по ал. 10 от договора, като в т. 4 на ал. 12 е посочено като основание за отхвърляне на заплащането, когато медицинското изделие, вложено при лечението на лице по КП/К., не е от видовете медицински изделия, заплащани от НЗОК извън цената на КП/К. по чл. 39, ал. 2 от договора.

Видно от представеното по делото писмо с изх. № 842/17.06.2022 г. ищецът УМБАЛ „Св. Иван Рилски“ ЕАД е поканил НЗОК да изпълни задължението си за заплащане на вложените медицински изделия на пациенти по клинични пътеки в процесния период по сключения с НЗОК договор. В писмото е посочено, че лечебното заведение не е получавало заплащане на вложените през периода 01.06.2019 г. до 30.06.2020 г. медицински изделия от група № 11 „Мозъчна лимфодренажна клапа система“, вложените в периода от 01.07.2020 г. до 30.06.2021 г. медицински изделия от група № 15 „Медицински изделия за неврохирургично лечение на мозъчно-съдови заболявания“ и вложените през периода от 01.07.2021 г. до 31.10.2021 г. медицински изделия от група 15 „Медицински изделия за неврохирургично лечение на мозъчно-съдови заболявания“ на обща стойност от 1 662 608,80 лева.

Няма спор между страните, а и се установява от представените по делото и приети като писмени доказателства отчетите на лечебното заведение до НЗОК с приложени към тях списъци на медицинските изделия, както и от отговорите на НЗОК за одобряване заплащането на медицинските изделия, че влагането и закупуването на медицински изделия е било своевременно разрешавано от НЗОК.

Видно от приетите като доказателства по делото заповед № РД-18-1185 от 17.11.2021 г. на Директора на СЗОК, изм. със заповед № РД-18-1185#1 от 24.11.2021 г. на Директора на СЗОК, е извършена проверка на УМБАЛ „Св. Иван Рилски“ ЕАД със задача: „Проверка по справка от отдел ДКБМП при СЗОК за медицински изделия от група 15 на фирма „Тинк Танк“ ЕООД за периода 07.2021 г. - 10.2021 г.“ В резултат на проверката е съставен Протокол № РД-18-1185-2/09.12.2021 г. без констатации за нарушения. В него е посочено, че в проверявания период медицински изделия от група № 15 „Медицински

изделия за неврохирургично лечение на мозъчно-съдови заболявания" с доставчик „Тинк Танк" ЕООД на обща стойност 239 808.00 лв. (двеста тридесет и девет хиляди осемстотин и осем лева) са вложени на конкретни пациенти, проверена е медицинската и финансовата документация, на всички пациенти е проведено лечение, във всеки „Формуляр за вложени МИ, стойността на които се заплаща от НЗОК извън цената на клиничната пътека/ амбулаторна процедура", с който се отчитат изделията, са залепени съответния брой стикери на вложените медицински изделия. В протокола в табличен вид са посочени всички случаи на проверени ИЗ на пациенти с вложени медицински изделия с конкретни суми за доплащане от НЗОК. В протокола изрично е записано, че са сравнени кодовете на НЗОК на МИ, датата на прилагане на МИ по К.06 и стойността до която НЗОК заплаща МИ, съгласно номенклатурен списък, стойността за доплащане от пациента, стойността на МИ съгласно фактура на търговеца на едро в ЛЗ за БМП, за съответствие между приложената справка от ПИС на НЗОК и предоставената медицинска и финансова документация."

Не се спори между страните, че в хода на съдебното производство е разпоредено да се извърши нова проверка на лечебното заведение, която обхваща периода м. 06.2019 г. – декември 2021 г. Видно от съставения въз основа на проверката Протокол № РД-25-666-1/19.12.2022 г. контролните органи на НЗОК са констатирани, че по отношение на отчетените от лечебното заведение за заплащане медицински изделия от група № 15 и група № 11 са приложими стойностите вписани в Приложение към Решение на Надзорния съвет на НЗОК № РД-НС-63/19.06.2020 г., като за част от вложените медицински изделия НЗОК заплаща не повече от цената на двустранните протоколи по чл. 28, ал. 1 от Наредба № 10/2009 г. Видно от приетия като доказателство протокол № 3 от заседание на арбитражната комисия по медицински дейности същата не е взела решение по възражението на ищеца, поради равен брой гласове „за“ и „против“.

От приетия като доказателство Протокол от заседание на Надзорния съвет на НЗОК от 01.04.2019 г. се установява, че с решение № РД-НС-04-28/01.04.2019 г. е одобрен Списък с медицински изделия по групи, които НЗОК заплаща в условията на извън болнична медицинска дейност, и стойността до която НЗОК заплаща за всяка група и Списък с медицинските изделия по групи, които НЗОК заплаща в условията на болнична медицинска помощ, и стойността, до която НЗОК заплаща за всяка от група по реда на Наредба № 10/2009 г., които списъци влизат в сила от 01.06.2019 г. По делото е представено Приложение към решение № РД-НС-04-28/01.04.2019 г. на Надзорния съвет на НЗОК от което е видно, че за медицинските изделия от група № 11 за мозъчна ликводренаща клапа система стойността, до която НЗОК заплаща е 1080 лева, а за група № 15 за нервно хирургично лечение на мозъчно-съдови заболявания стойността, до която НЗОК заплаща от 01.06.2019 г., на основание параграф 11, ал. 3 на ЗБНЗОК е до 30 000 лева.

От основното и допълнително заключение на вещото лице ССЕ се установява,

че УМБАЛ ежедневно е отчитала по електронен път в рамките на процесния период м. януари 2020 г. - м. декември 2021 г. вложените медицински изделия по клинични пътеки и клинични процедури, предмет на договорите. Електронните отчети, подавани от лечебното заведение са били успешно приемани, в резултат на което след окончателна обработка на календарния месец, СЗОК е изпращала на лечебното заведение месечни известия по електронен път за фактуриране, които са съдържали за заплащане суми, несъответстващи на пълната стойност на медицинските изделия, подлежащи на заплащане от НЗОК. Разликата в сумите не е била отхвърлена за заплащане на някое от основанията, посочени в чл. 51, ал. 12 от индивидуалния договор за оказване на болнична помощ по клинични пътеки. Не е било отказано и плащане от НЗОК на друго основание, предвидено в Националния рамков договор за медицинските дейности и индивидуалните договори, във връзка с неизпълнение на последните от страна на лечебното заведение.

Вещото лице пояснява и че при отчитане на подадените към НЗОК ежедневно отчети за вложени медицински изделия механизмът на дейността е такъв, че тя извършва автоматична проверка и при несъответствие на сумите документите не се обработват въобще.

Въз основа на така отчетените дейности УМБАЛ е издавала съответните електронни финансово-счетоводни документи (фактури, дебитни известия) в съответствие с чл. 52, ал. 1, т. 3 от Договор № 22-2451/25.02.2020 г. като за всички изделия в СЗОК/НЗОК се представя документът „Формуляр за вложени медицински изделия, стойността на които се заплаща от НЗОК извън цената на клиничната пътека/амбулаторна процедура, с които се отчитат изделията.

Посочено е от вещото лице, че при разминаване в сумите отчетните документи изобщо няма да бъдат обработени в информационната система на НЗОК и медицинските изделия няма да бъдат заплатени изцяло на лечебното заведение.

Въз основа на горните констатации, с които обяснява механизма на отчитане на използваните в ежедневната дейност на лечебното заведение медицински изделия и проверените при ищеца и при ответника счетоводни записвания вещото лице дава извод, че стойността на заплатената сума на отчетените и приети за заплащане от НЗОК медицински изделия от група № 11 „Мозъчна лимфодренираща клапна система“ са общо в размер на 34 560 лева, а стойността на заплатената сума на отчетените и приети за заплащане от НЗОК медицински изделия от група № 15 „Медицински изделия за неврохирургично лечение на мозъчно-съдови заболявания“ са общо в размер на 6 794 473,60 лева.

От извършената проверка на документацията съхранявана в УМБАЛ „Св. Иван Рилски“ ЕАД експертната не е установила медицински изделия от група № 11 и от група № 15, които не са били отчетени и приети за заплащане от НЗОК.

При това положение според вещото лице стойността на отчетените и приети за заплащане от НЗОК медицински изделия от група № 11 „Мозъчна лимфодренираща клапна система“, по които не е извършено пълно плащане,

остава неплатена сума в общ размер на 128 080 лева, като за процесния период от 01.2020 г- до 06.2020 г. неплатената сума видно от допълнителното заключение е в размер на 45 360 лева. Съответно стойността на отчетените и приети за заплащане от НЗОК медицински изделия от група № 15 „Медицински изделия за неврохирургично лечение на мозъчно-съдови заболявания“, по които не е извършено пълно плащане за процесния период, остава неплатена сума в общ размер на 1 696 692,40 лева. Или общият размер на дължимите на ответника суми по процесния договор за медицински изделия и по двете групи според допълнителното заключение на вещото възлиза на 1 742 052.40 лева. Според заключението на вещото лице общият размер на лихвата за забава върху претендираната главница възлиза на 241 268.71 лева.

*При така установената фактическа обстановка съдът приема следното от правна страна :*

Между страните не се спори, а и се установява наличието на облигационно правоотношение, възникнало от договор за оказване на болнична помощ по клинични пътеки, както и извършена и отчетена от УМБАЛ „Св. И. Р.“ медицинска дейност, при която са вложени медицински изделия, чиято стойност надхвърля стойностите, дефинирани в договора.

Няма спор също така, че заплащането на дейностите, които се претендират представляват вложени при изпълнение на клиничните пътеки и клинични процедури, предмет на договора 25.02.2020 г. между НЗОК и УМБАЛ „Св.И. Р.“, медицински изделия, които по силата на действащата разпоредба на чл. 39, ал. 2 от договора следва да бъдат заплатени от възложителя извън цената на договорените клинични пътеки. Касае се до съпътстващи медицински дейности-влагане на закупени от лечебното заведение медицински изделия, без които то не може да осъществява както предмета на договора по изпълнението на уговорените клинични пътеки, така и въобще да осъществява дейността по предоставяне на високо квалифицирана медицинска дейност. В случай че тези медицински изделия не бъдат вложени своевременно в лечението на лицата по съответните клинични пътеки, голяма част от които са тежки онкологични заболявания, би се обезмислило както изпълнението на предмета на договора, така и изобщо осъществяването на адекватна медицинска помощ при лечението на тези заболявания. Ето защо и законодателят в разпоредбата на чл. 45, ал. 16 от ЗЗО и чл. 12, ал. 2 от Наредба № 10/2009г., изрично е предвидил, че медицинските изделия, прилагани в условията на болничната медицинска помощ, се заплащат от НЗОК извън цените на съответните клинични пътеки, в изпълнение на договорите за оказване на болнична медицинска помощ, сключени между изпълнителите на медицинска помощ и директора на съответната районна здравноосигурителна каса (РЗОК), и извън случаите при които НЗОК заплаща на производители или търговци на едро с МИ или техни упълномощени представители, сключили договори с НЗОК за доставка на МИ по реда на чл. 11, ал. 1 от наредбата.

По изцяло съответстващ на това нормативно изискване страните по договора са

предвидили, че плащането на вложените при изпълнението на клиничните пътеки медицински изделия става отделно от цената на клиничните пътеки, както са уговорили и условията при които следва да става това плащане: медицинското изделие да е било вложено при изпълнение на клинична пътека съгласно изискванията на диагностично-лечебните алгоритми за изпълнение на съответната клинична пътека; да са изпълнени изискванията за оказване на болнична медицинска помощ; медицинското изделие да е отчетено при условията и по реда на диагностично-лечебния алгоритъм на съответната клинична пътека (чл. 50, ал. 1 от договора). Само при отсъствието на някоя от тези кумулативно определени от страните по договора и произтичащи от закона предпоставки, възложителят може да откаже плащане на заплатено от изпълнителя медицинско изделие.

В настоящия случай ответникът е заявил две основни изключващи правото на изпълнителя да претендира произтичащото от договора плащане – първото, е че закупените от него медицински изделия са извън предвидения по договор по бюджет и второто основно поддържано от него възражение срещу иска е, че без да оспорва влягането на закупените медицински изделия в лечение на пациенти на болницата по активни пътеки, е възразил, че те представляват неотчетени съгласно договора дейности, които поради това не подлежат на заплащане.

По първото заявено от ответника правоизключващо възражение, че възложителят не дължи плащане на надлимитно извършени дейности по договорите за клинични пътеки, съдът намира следното :

Спорът между страните е изцяло правен и касае тълкуване постигнатото между страните съгласие по процесния договор във връзка с относимата към отношенията им императивна правна уредба предвид, защитимия обществен интерес по осигуряване на достъпна медицинска помощ и безплатно използване на медицинско обслужване от здравноосигурените лица – чл. 52 от Конституцията на Република България.

С цитираната разпоредба на основния закон на Република България е предвидено право на гражданите на Република България на здравно осигуряване, гарантиращо им достъпна медицинска помощ и безплатно ползване на медицинско обслужване при условия и ред, определени със закон. Установен е и принципът за закрила от държавата на здравето на гражданите, както и че здравеопазването на гражданите се финансира от държавния бюджет, от работодателите, от лични и колективни осигурителни вноски и от други източници при условия и ред определени със закон.

Прокламираните с Конституцията на Република България принципи и основни права на гражданите във връзка с опазване на тяхното здраве намират отражение в уредбата на Закон за здравето (ЗЗ) и нормативните актове, свързани с приложението му.

С нормата на чл. 3 от ЗЗ опазването на здравето на гражданите като състояние на пълно физическо, психическо и социално благополучие е определено като национален приоритет, който се гарантира от държавата чрез прилагане на

основни принципи на равнопоставеност при ползването на здравни услуги, осигуряване на достъпна и качествена здравна помощ, вкл. и държавно участие при финансиране на дейности, насочени към опазване на здравето на гражданите. С разпоредбата на чл. 81 от ЗЗ 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, като са очертани и основните принципи, при които следва да бъде осъществявано правото, а именно: *своевременност, достатъчност и качество на медицинската помощ, равнопоставеност при оказването и др.* В приложение на последния закон и по законовата делегация на чл. 81, ал. 3 ЗЗ е приета Наредба за осъществяване правото на достъп до медицинска помощ. С чл. 2 от последната е предвидено правото на здравноосигурените лица в Република България да получават медицинска помощ в обхвата на основния пакет от здравни дейности, гарантиран от бюджета на Националната здравноосигурителна каса. Разписани са и правото на избор за пациента на лечебно заведение, сключило договор с РЗОК, където последният да получи съответната болнична помощ на територията на цялата страна. С разпоредбата на чл. 22 от Наредбата в редакцията и към процесния период, е предвидено, че при липса на капацитет за планова хоспитализация лечебното заведение следва да изготви листа на чакащи пациенти, които са избрали това лечебно заведение за провеждане на болничното им лечение. С чл. 24 от Наредбата е предвидено, че лечебните заведения за болнична помощ, които по обективни причини не могат да осигурят необходимия обем диагностични и лечебни дейности на лица в спешно състояние, следва да осигурят своевременно превеждане на пациента в най-близкото лечебно заведение, което може да осъществи тези дейности.

Уредбата на обществените отношения във връзка с гарантираните от Конституцията на Република България право на здравно осигуряване и достъп до медицинска помощ е продължена в Закон за здравното осигуряване(ЗЗО).

С разпоредбата на чл. 2 от ЗЗО задължителното здравно осигуряване е дефинирано като дейност по управление и разходване на средства от задължителни здравноосигурителни вноски за закупуване на здравни дейности, което се осъществява от Националната здравноосигурителна каса (НЗОК) и нейните подразделения – районни здравноосигурителни каси (РЗОК). Изрично е разписано, че задължителното здравно осигуряване предоставя пакет от дейности, гарантирани от бюджета на НЗОК.

С чл. 2, ал. 3 ЗЗО е уредено задължението на НЗОК да закупува от изпълнителите на медицинска помощ здравни дейности, определени по вид, обем, цена и достъпност в съответствие със ЗЗО.

С нормата на чл. 4 ЗЗО са преповторени, прокламираните в Конституцията и ЗЗ, 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 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 ЗЗО, както и за избор на лекар и правото им да получат спешна здравна помощ там, където попаднат.

С чл. 5 ЗЗО са очертани принципите, при които следва да се осъществява задължителното здравно осигуряване, включително: равнопоставеност на изпълнителите на медицинска помощ при сключване на договори с РЗОК; договаряне на отношенията между последните; пакет от здравни дейности, гарантиран от НЗОК; свободен избор от осигурените лица на изпълнители на медицинска помощ и др. За осъществяване на дейностите, предвидени в ЗЗО, НЗОК и Българският лекарски съюз приемат чрез подписване Национален рамков договор – чл. 53 ЗЗО, който съобразно дефиницията му по чл. 4а ЗЗО е нормативен административен акт, който има действие на територията на цялата страна и е задължителен за НЗОК, РЗОК, изпълнителите на медицинска помощ, осигурените лица и осигурителите.

Съобразно чл. 46 ЗЗО и чл. 55 ЗЗО в Националния рамков договор (Н.) се определят реда за предоставяне и изискванията към изпълнителите на отделните видове медицинска помощ, гарантирана като пакет по чл. 45 ЗЗО от бюджета на НЗОК, критериите за качество и достъпност, вкл. своевременност на помощта, и други въпроси от значение за здравното осигуряване.

За определяне на съдържанието на Н. в частта му по чл. 55, ал. 2, т. 2 ЗЗО досежно предоставяните видове медицинска помощ по чл. 45 ЗЗО Националната здравноосигурителна каса разработва прогнозни обеми – чл. 55г, ал. 1 ЗЗО.

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.

За осъществяване на дейността по оказване на медицинска помощ в съответствие с гарантирания пакет по чл. 45 ЗЗО се сключват договори между директора на РЗОК и изпълнителите на медицинска помощ – чл. 59 ЗЗО. Съобразно чл. 59б ЗЗО договорот се сключва с всеки кандидат, който отговаря на изискванията на чл. 55, ал. 1, т. 1 ЗЗО и на критериите за осигуряване на достъпност и качество на медицинската помощ по чл. 59в ЗЗО.

Предвид императивната разпоредба на чл. 59, ал. 2 ЗЗО договорите с изпълнителите на медицинска помощ не могат да бъдат сключвани при по-неизгодни условия от приетите с Националния рамков договор.

С нормата на чл. 47 ЗЗО 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 ЗЗО не се заплаща само медицинска помощ извън обхвата на чл. 45 ЗЗО и договореното в Националния рамков договор.

Бюджетът на НЗОК съобразно дефиницията на чл. 22, ал. 1 ЗЗО е основен финансов план за набиране и разходване на парични средства на задължителното здравно осигуряване и е отделен от държавния бюджет. Приходите на НЗОК съобразно чл. 23 ЗЗО се набират от осигурителни вноски, лихви и други законови приходи на НЗОК, целеви субсидии от държавния бюджет за изпълнение на задължения, които произтичат от прилагането на правилата за координация на системите за социална сигурност, както и трансфери от държавния бюджет, в това число и чрез бюджета на Министерство на здравеопазването. С разпоредбата на чл. 23, ал. 2 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 резерв за непредвидени и неотложни разходи – чл. 25 ЗЗО.

Управителят на НЗОК внася чрез министъра на здравеопазването в МС проект на закон за бюджета на НЗОК, в който следва да бъдат определени размерът на задължителната здравноосигурителна вноска, приходите и разходите по бюджетна квалификация, както и диференцираните разходи за здравноосигурителни плащания – чл. 29 ЗЗО.

При горната императивна законова уредба на спорните по делото отношения между ищеца като изпълнител на медицинска помощ от пакета, гарантиран с бюджета на НЗОК по чл. 45 ЗЗО, и ответника НЗОК, настоящият състав на съда приема, че са противни на императивните правила на закона и прокламираните с последните основни принципи на задължителното здравно осигуряване, постигнати договорки между изпълнител на медицинска помощ по чл. 45 ЗЗО и НЗОК по договорите по чл. 59 ЗЗО, с които се ограничава броя на изпълняваните от лечебното заведение медицински дейности, в т.ч. число и заплащане на вложени в лечението по клиничните пътеки в рамките на гарантирания от НЗОК пакет до определена сума като твърд горен размер на дължимите от НЗОК плащания за реално извършени медицински дейности и вложени при лечението медицински изделия по отношение на здравноосигурени лица.

Уговарянето на такъв лимит на дейности и плащания от НЗОК влиза в пряко противоречие 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.

Предвид по-горе очертаната законова уредба отношенията между страните по договора за изпълнение на медицинска помощ по чл. 59 ЗЗО са строго нормативно регулирани чрез императивни правила, като договор с изпълнител се сключва винаги, когато са налице условията на чл. 59 б ЗЗО, а изпълнителят не може да откаже и приеме, различни от наложените му от НЗОК и РЗОК условия при сключване на последния договор, с оглед на което и отношенията между страните по спора следва да бъдат разглеждани не като изолирано съгласие, плод на свободната воля на страните по сделката, а като неизменно продължение на съществуващата императивна уредба на договора и позоваването на свобода на договарянето.

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.

В процесния случай се претендира заплащане на медицински дейности - вложени в лечението на пациенти по клинични пътеки медицински изделия, без влагането на които не може да бъде осъществено адекватно лечението на пациенти по изпълняваната съгласно договора клинична пътека. Поради това обстоятелство и съгласно чл. 39, ал. 2 от договора, страните изрично са предвидили заплащането на вложените при лечението медицински изделия, че следва да става отделно от цената на клиничните пътеки, при наличието на предвидените в чл. 50, ал.1 от договора предпоставки.

Тъй като, както се посочи по-горе, лечебното заведение е длъжно да предостави медицинска помощ, освен ако по обективни причини не може да осигури необходимите по обем диагностични и лечебни дейности, в която хипотеза, само, може да преведе пациента в друго най-близко лечебно заведение, в което да може да бъде осъществена тази дейност – чл. 24 ЗЗО. Ищецът е имал възможност да окаже компетентна медицинска помощ на избралите го здравноосигурени лица през процесния период, 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, включително и вложените при лечението медицински изделия.

Не почиват на закона доводите на ответника, че заплащането на последната сума би било противно на закона. Напротив, именно 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 за вложените при лечението им медицински изделия, а такова да бъде извършено от НЗОК.

По отношение на процесните претендиращи за плащане дейности са налице всички предпоставки по чл. 47 ЗЗО за заплащането им от касата, като не са налице и изключенията по чл. 51 ЗЗО, когато касата може да откаже плащане. Доводите, че бил изчерпан определеният от самата НЗОК и съответната РЗОК лимит на дейности и суми, които НЗОК е поела задължение да заплати за този месец, не могат и нямат твърдения от ответника ефект да изключат отговорността на НЗОК за тяхното заплащане, доколкото отговорността и произтича от императивни норми на закона и не може да бъде дерогирана с клаузи в допълнително споразумение между касата и частноправен субект, който и няма признати от закона права да влияе върху едностранно наложения му от НЗОК лимит. Последното поведение на ответника в процесния случай по неизпълнение на законово вменени му задължения, по вече подробно изложените мотиви на съда, не може да има сочения от него резултат по освобождаването му от отговорност, а НЗОК следва да изпълни законово вменените и задължения и да бъде осъдена да заплати на ищеца реално изпълнената от него медицинска помощ.

Затова и възражението на ответника да откаже да заплати уговорената цена на вложени медицински изделия по договора за оказване на болнична помощ по клинични пътеки, основано на това, че средствата за предварително закупените от лечебното заведение медицински изделия имат надлимитен характер, се явява неоснователно.

Неоснователен е и следващият довод на ответника срещу иска за плащане, основано по същество на твърдението му, че не дължи плащане поради неосъществяване на целия фактически състав за изискуемост на претенцията на ищеца, както е предвидена в чл. 50, ал.1 от договора - медицинските изделия да са отчетени при условията и по реда на диагностично-лечебния алгоритъм на съответната клинична пътека, които възражения са развити подробно от него в различни писмени становища, депозиращи от него след отговора на исковата молба.

Видно от заключението на вещото лице ССЕ, което съдът възприема и кредитира изцяло като обективно и професионално изготвено, се установява обстоятелството, че лечебното заведение ежедневно е отчитало по електронен път в рамките на процесния период през м. януари 2020 г. до м. декември 2021 г. вложените медицински изделия по клинични пътеки, предмет на процесния договор, което се доказва и от представените от ищеца и приети като

доказателства справки за отчетени дейности.

Установява се от заключението на вещото лице, че електронните отчети, подавани от лечебното заведение, са били успешно приети, в резултат на което след окончателната обработка на календарния месец, СЗОК е изпращала на лечебното заведение месечни известия по електронен път за фактуриране, които съдържат за заплащане на суми, които са в размер съответстващ на лимитния размер, до който НЗОК твърди, че трябва само да извърши плащане, но липсва заявен от възложителя отказ за плащане, основан на това, че претендираните за разликата плащания се отнасят до медицински изделия, които не са вложени в лечението по клинични пътеки или не са надлежно отчетени, т.е липсва от негова страна своевременно позоваване на наличието на основание за отказ в някоя от хипотезите по чл. 50, ал. 1 от договора за болнична помощ.

В подкрепа на този извод са и извършените в хода на изпълнението на договора проверки от осъществен предварителен контрол преди заплащане на извършената медицинска дейност, приключили с протоколи за липси на извършени нарушения и установени суми за доплащане на лечебното заведение - това са проверки по протокол от 10.03.2020 г. и Протокол по проверка от 16.12.2021 г.

В нито един от тези протоколи не са констатирани нарушения при влагането и отчитането на медицински изделия по повод лечението по клинични пътеки, посочените в тях факти и констатации, изходящи от самия ответник, са приети от страните за установени и не са били спорни по делото до момента, в който ответникът решава да измени защитната си теза, оспорвайки вече, че не дължи плащане поради това, че се отнасяло до неотчетени съгласно договора дейности. В тази връзка ответникът се е позовал на последващо извършена в хода на делото проверка приключила с Протокол № РД-25-666-1/19.12.2022 г., която е приключила със заключение на установени нередности при отчитането на закупени от изпълнителя на болничната помощ медицински изделия. Тези констатации обаче са в пълно противоречие с противоположните му констатации по предходни проверки, в които е констатирано, че не са извършени абсолютно никакви нарушения при закупуването и отчитането на претендираните за плащане медицински изделия. Следва да се посочи, че този протокол не обвързва съда и не го задължава да приеме по обвързващ за него и страните начин, че посочените в него факти и обстоятелства действително са се осъществили, а напротив правотата на констатациите в него подлежат на пълно и главно доказване от страна на ответника, който се позовава на него като основание да откаже плащане. В настоящия случай такова доказване в подкрепа на констатациите по този протокол не беше проведено, напротив от заключението на вещото лице и протоколи по предходните проверки, изхождащи също от ответника, категорично потвърждават твърденията на ищеца, че са касае до дейности които са били действително извършени от ищеца, отчетени са и поради това трябва да му бъдат заплатени. Установява

се, че изделията са били отчетени към НЗОК в изпълнение на сключения договор с НЗОК и това е станало посредством ежедневните електронни отчети, които са приложени още с исковата молба и са приети от съда като доказателства, като до завеждането на иска, вкл. и по реда на извършваните предварителни проверки, НЗОК по никакъв не е възразила на лечебното заведение, че се позовава на неотчетени съгласно договора дейности, съответно не е отхвърлила за плащане отчетените за заплащане изделия, нещо повече- НЗОК е заплатила част от претендираните суми, като по отношение на разликата до която не е платила се е позовала само на това, че те имат надлимитен характер. Предвид това следва да се счита, че възложителят е приел извършването на дейностите, вкл. и чрез конклюденти действия- посредством тяхното частично плащане, поради което и позоваването му на това, че те са неотчетени има характера на защитна теза срещу иска, заявена от него за пръв път в хода на настоящия процес.

По отношение на медицинските изделия от група, при които ответникът като отказ за плащане се позовава на Наредба № 7/31.03.2021г., с която се регламентира „пределна стойност“ до която се дължи плащане за медицинско изделие, следва да се упомене, че тази нормативна уредба не е била действащо право както към момента на сключване на процесните договори, така и към периода на тяхното изпълнение, за което се претендира плащане. Съгласно § 6 от ПЗР на този нормативен акт започналите и недовършени процедури за определяне на стойността, до която се заплащат медицински изделия и медицински изделия и високоспециализирани апарати/уреди за индивидуална употреба от обхвата на тази наредба, които не са приключили към момента на влизането ѝ в сила, се довършват при условията и по реда, предвиден в нея, като се запазват действията, извършени съгласно Наредбата за условията и реда за съставяне на списък на медицинските изделия по чл. 30а от Закона за медицинските изделия и за определяне на стойността, до която те се заплащат (приета с Постановление № 364 на Министерския съвет от 2011 г.). Настоящия случай не е такъв, тъй като всички медицински дейности за които се претендира плащане са били извършени и отчетени до влизането в сила на тази наредба, поради което и по отношение на тях не намира установения от нея механизъм за отчитане и заплащане на медицинските изделия вложени в клиничните пътеки до установения в този нормативен акт лимит за всеки отделен случай.

Предвид горното налага се изводът, че предявеният иск, който е остатък от отчетената, но незаплатената от НЗОК стойност за вложени медицински изделия в размер на 1 753 182.40 лева се явява основателен до 1742 052.40 лева и следва да бъде уважен до тази сума, като за разликата до пълния предявен размер искът следва да бъде отхвърлен. На ищеца следва да бъде присъдена и законната лихва от предявяването на исковата молба - 11.08.2022 г. до окончателното изплащане на сумата.

С оглед изхода на спора по главния иск основателен се явява и искът за

мораторна лихва с правно основание чл. 86, ал. 1 ЗЗД.

Съгласно разпоредбата на чл. 68, т. 3 от договора от 25.02.2020 г. плащанията за вложени медицински изделия, които се заплащат от НЗОК извън цената на клиничните пътеки следва да се извършват до 30 -то число на втория месец, следващ отчетния. В настоящия случай, сумите дължими за процесния период от 01.01.2020 г. до 31.12.2021 г. е следвало да бъдат заплатени до 30 то число на втория месец, следващ съответния отчетен месец. Видно от заключението на приетата и неоспорена от страните съдебно-счетоводна експертиза размерът на дължимата мораторна лихва за процесния период възлиза на сумата от 241 268.71 лева и поради това в този размер искът с правно основание чл. 86, ал. 1 ЗЗД се явява основателен до пълния предявен размер.

На основание чл. 78, ал. 1 ГПК ответникът НЗОК следва да бъде осъден да заплати на ищеца направените от него съдебно-деловодни разноски по производството в общ размер на 1250 лева (държавна такса 50 лева, депозит за вещо лице 1000 лева и 200 лева за юрисконсултско възнаграждение).

*По изложените съображения Административен съд - София град, Второ отделение, 50-ти състав,*

## **Р Е Ш И :**

**ОСЪЖДА** Национална здравноосигурителна каса, [населено място], [улица] да заплати на Университетска многопрофилна болница за активно лечение „Свети Иван Рилски“ ЕАД, ЕИК[ЕИК], със седалище и адрес на управление [населено място], [улица] на основание чл. 79, ал. 1 ЗЗД, вр. с чл. 45, ал. 4 от ЗЗО сумата в размер на 1 742 052.40 лева, представляваща суми за вложени медицински изделия в хода на лечение на здравноосигурени лица по клинични пътеки (КП) и клинични процедури (К.) в периода м. януари 2020 г. – м. декември 2021 г. на основание сключен между страните административен договор № 22-2451/25.02.2020 г., ведно със законната лихва от 11.08.2022 г. до окончателното изплащане на сумата, като за разликата до пълния предявен размер искът следва да бъде отхвърлен.

**ОСЪЖДА** Национална здравноосигурителна каса, [населено място], [улица] да заплати на Университетска многопрофилна болница за активно лечение „Свети Иван Рилски“ ЕАД, ЕИК[ЕИК], със седалище и адрес на управление [населено място], [улица] на основание чл. 86, ал. 1 ЗЗД сумата 223 035.51 лева, представляваща мораторна лихва за забавено плащане през периода от 01.01.2020 г. до 31.12.2021 г.

**ОСЪЖДА** Национална здравноосигурителна каса, [населено място], [улица] да заплати на Университетска многопрофилна болница за активно лечение „Свети Иван Рилски“ ЕАД, ЕИК[ЕИК], със седалище и адрес на управление [населено място], [улица] на основание чл. 78, ал. 1 ГПК сумата 1250 лева, представляваща съдебно-деловодни разноски по производството.

*Решението подлежи на оспорване пред Върховния административен съд в 14-дневен срок от съобщаването му.*

**СЪДИЯ:**