

РЕШЕНИЕ

№ 248

гр. София, 14.04.2022 г.

В ИМЕТО НА НАРОДА

АПЕЛАТИВЕН СЪД - СОФИЯ, 15-ТИ ТЪРГОВСКИ, в публично заседание на четиринадесети март през две хиляди двадесет и втора година в следния състав:

Председател: Даниела Дончева

Членове: Красимир Маринов
Капка Павлова

при участието на секретаря Нина Ш. Вьонг Методиева
като разгледа докладваното от Капка Павлова Въззивно търговско дело № 20211001001234 по описа за 2021 година

Производството е по реда на чл.258 и сл. от ГПК.

С решение № 261019 от 24.06.2021г., поправено с решение №261483 от 09.11.2021г.,постановено по т.д.№ 1360/ 2020г. по описа на СГС, ТО VI- 9 състав е осъдена НЗОК да заплати на „Специализирана болница за активно лечение по акушерство и гинекология- Майчин дом“ ЕАД сумата от 78 469 лв., представляваща стойността на извършена и отчетена надлимитна медицинска помощ по клинични пътеки за периода 01.05.2017г.-31.07.2017г. по Договора № 22-2459/09.05.2017г. за оказване на болнична помощ по клинични пътеки на основание чл.59 от Закона за здравното осигуряване, от която 17 362 лв. за месец май 2017г. по 26 броя клинични пътеки, 42 663 лв. за м.юни 2017г. по 26 клинични пътеки, 18 444 лв. за м.юли 2017г. по 73 клинични пътеки, ведно със законната лихва върху главницата от 78469 лв., считано от датата на завеждане на исковата молба- 21.07.2020г. до окончателното ѝ изплащане. Освен това НЗОК е осъдена да заплати на същото лечебно заведение на основание чл.86 ЗЗД сумата от 23 200,11лв., от която 1) 5237,96лв. дължимата за периода от 31.07.2017г. до 20.07.2020г. лихва за забавено плащане на главницата от 17362 лв. за месец май 2017г., 2)12 871,03лв.- дължимата за периода от 31.07.2017г. до 20.07.2020г. лихва за забавено плащане на от 42 663 лв. за месец юни 2017г. и 3) 5093лв.- дължимата за периода от 31.10.2017г. до 20.07.2020г. лихва за забавено плащане

Против така постановеното решение в законоустановения срок е подадена въззивна

жалба от НЗОК с искане да бъде отменено и въззивният съд да постанови ново, с което да отхвърли претенциите. Правят се оплаквания, че първоинстанционният съд не е отчетел специфичния характер на процесния договор и в резултат на това е достигнал до неправилни изводи. Поддържа се, че НЗОК е изправна страна по сключения между страните договор, а лечебното заведение в отклонение от уговорките в същия е фактурирало дейности, които са надвишавали стойностите по приложение 2 от същия договор. От своя страна НЗОК имала право, но не и задължение да вземе решение да закупи, т.нар. „надлимитни“ дейности. Претендират се разноски.

Ответната страна е подала писмен отговор в срока по чл.263, ал.1 от ГПК. Със същия се поддържа, че първоинстанционното решение е правилно и законосъобразно и се моли същото да бъде потвърдено. Развити са подробни съображения в подкрепа на изводите, направени от градския съд, че за болницата не съществува правна възможност рамките на гарантирания здравен пакет да откаже предоставянето на медицинска помощ на здравноосигурените лица на каквото и да е основание, включително и изчерпване на средствата по лимитираните бюджети. От страна на болницата не било допуснато неизпълнение на договора.

Софийският апелативен съд извършвайки проверка на обжалваното решение по повод въззивните жалби в рамките на правомощията по чл.269 от ГПК излага следните съображения:

Първоинстанционното решение е валидно и допустимо. По отношение на правилността на същото въззивният съд намира следното:

Ищецът „Специализирана болница за активно лечение по акушерство и гинекология- Майчин дом“ ЕАД моли за бъде осъдена Национална здравноосигурителна каса да заплати сумата 78469лв. представляваща стойността на извършени и незаплатени медицински дейности за месеците май, юни и юли 2017г. Претендира се и законната лихва върху всяко едно от задълженията, считано от на 30 дни, считано от приключване на съответното тримесечие или 31.07.2017г. за изпълнените дейности за месеците май и юни 2017г. и 31.10.2017г. за изпълнените дейности през м.юли 2017г. Общо се моли по този иск да бъдат присъдени 23 200,11лв., които са разпределят както следва: за в.05.2017г. лихва в размер на 5237,53лв. за периода 31.07.2017г.- 20.07.2020г., за м.06.2017г. лихва в размер на 12 870лв. за периода 31.07.2017г.-20.07.2020г. и за м.07.2017г. лихва в размер на 5092,58лв. за периода 31.10.2017г.-20.07.2020г. Претендира се и законна лихва върху дължимите главници, считано от датата на подаване на исковата молба до окончателното изплащане на сумите.

Излагат се твърдения, че претендираната като главница сума е дължима за извършена и отчетена болнична медицинска помощ съгласно Договор № 22-2459/09.05.2017г. за оказване на болнична помощ по клинични пътеки. Посочено е, че ищецът е изпълнявал поетите с договорите задължения и е осигурявал точно и своевременно изпълнение на задълженията си, регламентирани в чл.5 от договора, включително договорената медицинска дейност по КП, съгласно НРД за медицинските дейности за 2017г. като е

осигурявал на всички нуждаещи се здравноосигурени лица непрекъсната болнична помощ по определените му клинични пътеки при спазване на действащите стандарти и изисквания при 24-часово изпълнение на лечебната дейност. Договорената и извършена дейност е отчитана ежедневно и ежемесечно по електронен път.

За периода м.май – м.юли 2017г. ответникът отказал да заплати дейности, които са били извършени по 26 клинични пътеки за м.май на стойност 17362 лв., 73 клинични пътеки за м. юни на стойност 42663лв. и 34 клинични пътеки за м.юли 2017г. на стойност 18444лв. предвид обстоятелството,че тези стойности са били извън установените в договора лимити за съответния месец. За тези дейности НЗОК отказала да приеме и финансово-отчетни документи, тъй като съгласно чл.42,ал.2 от договора това задължение било свързано със заявяване за плащане само на дейности,които са в рамките на определението от възложителя лимити съгласно Приложение №2 към договора. С подадена допълнителна молба от 21.09.2020г. клиничните пътеки са конкретизирани по номер, брой на пациенти и стойност за всеки един от месеците.

НЗОК отказвала да коригира и съответно да заплати реално извършената от ищеца медицинска помощ за посочените по-горе месеци. Изложени са подробни съображения за характера на дейността, която извършва НЗОК и в какво, според ищеца, се изразява тя. Поддържа се, че здравноосигуреното лице има право да получи здравна помощ там където то само е избрало,а лечебното заведение е длъжно да му я окаже в пълен обем и съответно НЗОК е длъжна да заплати всяка извършена, отчетена и одобрена медицинска дейност. Счита,че лимитиращите клаузи на договора са нищожни.

С подадения отговор на исковата молба НЗОК е оспорила предявените искове. Изложено е становище, че на заплащане подлежат само договорени и извършени медицински дейности и процедури, а за тези които са извън договорените / надвишаващи определения лимит/ заплащане не се дължи. Посочва се, че законодателят е установил задължителни стойности на делегираните бюджети за дейностите за болнична медицинска помощ,а НЗОК е орган, който администрира бюджета във финансовите рамки, установени в съответните закони за бюджета на НЗОК за всяка една година- в случая за 2017г. Позицията се и на разпоредбата на чл.51 от ЗЗО съгласно която медицинската помощ извън обхвата на чл.45 и договореното в НРД не се закупува от НЗОК.

Изразено е становище,че правото на достъп до медицинска помощ не е равнозначно на право на избор на изпълнител на медицинска помощ и второто не е от конституционен порядък. Лимитирането на обема и стойността на медицинската дейност в индивидуалния договор с изпълнител не противоречало на правото на достъп до медицинска помощ на гражданите, а го осигурявало за всички здравноосигурени лица съобразно ограничения държавен ресурс, което изисквало целесъобразно разпределение между изпълнителите в цялата страна така,че да стигне до максимален брой нуждаещи се. Тази страна счита за несъстоятелна тезата, че при този модел след изчерпване на лимита здравното заведение е поставено пред избора дали да откаже здравна помощ или да я предостави срещу заплащане. Здравната помощ следвало само да се отложи във времето и това било свързано със

задължението на заведението да предостави спешна помощ винаги, когато се налага.

Изтъква се, че когато задължението е договорно съдържанието на правата и задълженията следва да се изведе от договора, от императивните правни норми, приложими към същия, както и от диспозитивните норми за правоотношението ако страните изрично не са отклонили от тях. В случая общата воля на страните била, че задължението на НЗОК е ограничено по обем - да се заплаща осъществената от ищеца медицинска дейност в определената в договора месечна база съгласно приложение №2. Защищава се тезата, че лимитиращите клаузи не са нищожни.

Оспорват се исковете по чл.86,ал.1 от ЗЗД предвид липсата на неплатени договорни задължения върху които да се дължи лихва.

Направено е възражение за изтекла в полза на ответника погасителна давност по отношение на задължението за м.май 2017г.

В допълнителната искова молба ищцовата страна излага становище, че падежът на задължението погасителната давност по отношение на същото не е изтекла. Претенциите се поддържат така, както са предявени. Акцентираща са на правото на всеки пациент, закрепено в чл.52,ал.1 от Конституцията, Закона за здравето и Закона за задължителното здравно осигуряване да има свободен достъп до медицинска помощ, а всяко здравноосигурено лице- до основния пакт здравни дейности в обема по чл.45 от ЗЗО.

В отговора на допълнителната искова молба НЗОК отново излага доводи, че дължи заплащане на оказаната медицинска помощ в съответствие с посочените в договора цени, но само до стойностите заложили в приложение №2 към договора, за което са налице уговорки в клаузите на индивидуалния договор. Посочва се, че средствата на НЗОК се разходват за заплащане на медицинска помощ, договорена с НРД и с договорите с изпълнителите и разписаните в Приложение №2 към договора обеми на средствата, които може да отчете НЗОК. Като допълнително основание, на което се оспорва дължимостта на процесните суми е посочено обстоятелството, че със заповед №РД-18-998/14.09.2020г. на директора на НЗОК във връзка със заповед №РД-25-415 от 09.09.2020г. на управителя на НЗОК е извършена проверка на „СБАЛАГ Майчин дом“ ЕАД по повод на която е издаден протокол № РД-18-998-1 от 18.09.2020г. и съвместен протокол за установяване на липси от 14.09.2020г.. В същите били констатираны основания за незаплащане на медицински дейности, отчетени към СЗОК като надлимитни както следва като са установи липси в размер на 5315 лв., от които 685лв. за м.233 лв. за м.юни и 390 за м.юли и изрично е прието, че те не следва да бъдат закупувани от НЗОК. Общата стойността на предложените за незаплащане медицински дейности за периода м.май-м.юли 2017г. бил 73 154 лв.

Заявява се, че тази страна счита спора за правен, но в същото време се оспорва дейността, извършена от лечебното заведение

По доказателствата:

Видно от представения по делото Договор № 22- 2459/09.05.2017г. за оказване на болнична помощ по клинични пътеки НЗОК е възложила на „СБАЛАГ Майчин дом“ ЕАД

да предоставя болнична помощ по клинични пътеки и да оказва медицински дейности по съответните приложения на действащата към дата на подписване на договора Наредба № 2 от 2016 г. за определяне на основния пакет здравни дейности, гарантирани от бюджета на НЗОК и посочени в съответните приложения на наредбата и НРД. НЗОК в качеството си на възложител е поела задължението да заплаща дейностите по чл.1, ал.1 съгласно глава 19, раздел VI, VIII, IX от НРД за медицинските дейности за 2017 г. В чл.1, ал.3 от договора е посочено, че болницата осъществява дейността по ал.1 съгласно изискванията на ЗЛЗ, ЗЗ, ЗЗО, ЗБНЗОК за 2017г., подзаконовите нормативни актове по прилагането им, кодекса за професионална етика и НРД за 2017 г. Съгласно чл. 4, ал. 1 изпълнителят има право да получава договореното заплащане за извършената и отчетена дейност по КП в сроковете, определени в НРД за мед. дейности за 2017 г. В чл.5 са уговорени задълженията на изпълнителя, сред които е това: да осигурява договорената медицинска дейност по КП; да оказва БМП по вид, обем и сложност, съответстващи на договорените като спазва установените в приложение № 16 "Клинични пътеки" изисквания и правила за провеждане на диагностика и клинично лечение на заболяванията; да разполага с медицински специалисти на основен трудов договор; да разполага по всяко време на изпълнението на договора с медицински специалисти със съответни квалификации, необходими за изпълнението на договора; да осигурява непрекъснато 24 часово изпълнение на лечебната дейност по медицински специалности, съгласно разрешението за осъществяване на лечебна дейност /т. 9/; да не изисква заплащане или доплащане от ЗОЛ за дейност, предмет на договора; да спазва правата на ЗОЛ и на пациенти, регламентирани в ЗЗО и ЗЗ, както и да ги запознава с тях; да осигурява условия, които гарантират правата на ЗОЛВ. С Раздел 5 "Цени, условия и срокове за отчитане и плащане" са уредени правилата за отчитане на извършената медицинска дейност и нейното заплащане. С раздел 6 са договорени условията и сроковете за заплащане на дейностите в болничната медицинска помощ, в който е постигнато съгласие, че възложителят ще заплаща дейностите, които са подадени в ежедневните файлове и са приети от информационната система на НЗОК в договорените срокове. Съгласно чл.31, ал.10 отчетената в ежедневно подаваните електронни отчети информация се обработва и след окончателната обработка за съответния месец в посочения срок РЗОК изпраща по електронен път на изпълнителя месечно известие, съдържащо одобрената и отхвърлената от заплащане дейност. Разпоредбата на чл.37, ал.5 изисква потвърдените за заплащане дейности и мед. изделия в месечните известия по чл. 31,ал.10 да са в рамките на стойностите за съответния месец в приложение № 2 към договора като за целта възложителят посочва дейностите и мед. изделия, отхвърлени поради надвишаване на стойностите за съответния месец в приложение № 2 към договора. Съгласно чл.39, ал.7 възложителят може да внесе мотивирано предложение до Надзорния съвет на НЗОК за коригиране на определените стойности в приложение № 2 по договорите с изпълнителя на основание получено от изпълнителя мотивирано предложение, водещо до промяна на определените стойности в края на периода по чл. 34, ал.3 /тримесечните периоди по договора/, при наличие на неусвоени средства на ниво РЗОК. Чл.40 предвижда, че НС на НЗОК утвърждава корекции по стойностите на разходите за БМП на РЗОК в съответствие с

параметрите на средствата по бюджета на НЗОК за здравноосигурителни плащания за БМП на национално ниво. Съгласно чл. 45 плащанията на изпълнителя се извършват чрез РЗОК до 30-то число на месеца, следващ отчетния.

По делото са приложени фактура №751/13.06.2017г. и спецификации за клиничните пътеки и амбулаторни процедури за м.май, юни и юли, кореспонденция между болницата – ищец от една страна и НЗОК и СЗОК от друга.

Ответната страна е представила протокол №РД-18- 998-1/18.09.2020г. от извършена проверка на лечебно заведение. Видно от същия за 2017г. в него е отбелязано, че не са констатирани нарушения и за посочените ИЗ, за които са съставени таблици по години са спазени изискванията за хоспитализация.

Представени са и всички допълнителни споразумения към описания по-горе договор, сключен между страните- 16 на брой, както и счетоводна справка на началник отдел „ФСД“ на СЗОК за заплатена медицинска дейност за болнична помощ за м.май, юни и юли 2017г.

Със споразумението №1/2017г. от 27.06.2017г. е изменен чл.37 от договора в смисъл,че изпълнителят не може да отчита с финансово - отчетни документи дейности на стойност, надвишаваща стойности по чл.36,ал.2 и че потвърдените за заплащане дейности и медицински изделия в месечните известия по чл.31,ал.10 са в рамките на стойностите за съответния месец в приложение №2 към договор. Възложителя се е задължил в месечните известия по чл.31,ал.10 да посочва дейностите и медицинските изделия, отхвърлени поради надвишаване на стойностите за съответния месец съгласно приложение №2 към договора като тези дейности се определят по реда на последно извършена по време дейност за целия случай на лечение на пациента.

Предвидено е също,че корекциите в стойностите, които подлежат на заплащане могат да бъдат правени „в края на всяко тримесечие, при наличие на неусвоени средства на ниво лечебни заведения за болнична помощ.

По делото е допусната и приета съдебно-икономическа експертиза, изготвена от вещото лице С. М.. От заключението по същата се установява, че представената по делото фактура за надлимитни дейности за м.май 2017г. е надлежно осчетоводена надлимитната дейност за м.юни и юли също е осчетоводена надлежно от ищеца Тези вземания са отразени и в годишния финансов отчет на дружеството. Като сумата от 78 469лв. е част от общия размер на вземанията за надлимитна дейност за 2017г. в от 89604лв. и е включена в индивидуалния отчет за финансовото състояние на „СБАЛАГ Майчин дом“ ЕАД. Изчислен е и размера на законната лихва за периода, визиран в исковата молба.

Доколкото представените по делото спецификации за дейностите по медицински пътеки не са оспорени, извършената от компетентните органи проверка не е констатирала нарушения, а наред с изявлението, че се оспорва извършването на дейностите не са наведени никакви конкретни доводи, съдът приема от фактическа страна, че медицинската помощ е осъществена съобразно дължимото по договора.

Въз основа на тези доказателства градският съд е счел, че ищецът е в правото си да

изисква от ответника заплащане на договорената цена на предоставена медицинска помощ както при надвишаване на договорения лимит, така и при изчерпване на предвидените от съответния ЗБНЗОК средства за преразпределение. Посочено е, че с превишаване на установените лимити ищецът не е допуснал неизпълнение на договора, още по-малко виновно и не е надхвърлил обема на възложената му работа, тъй като не на НЗОК, а на здравно осигуреното лице е безусловно признато от закона правото на свободен избор на изпълнител още повече, че за по-голямата част от дейностите е била налице необходимост от спешна хоспитализация за диагностика и лечение. Именно НЗОК е носител на задължението да гарантира чрез своя бюджет на здравноосигурените лица достъп до своевременно и качествено здравеопазване в рамките на пакета медицински дейности, осигуряване на здравноосигурените лица.

По отношение на възражението за изтекла в ползва на НЗОК погасителна давност е прието, че изискуемостта не се определя съобразно правилата на чл.45 от договора, тъй като същите уреждат срочността на плащания към извършената медицинска дейност в рамките на предвиденото в стандартно развитие на договорните отношения, а в случая се касае за медицинска дейност, която подлежи на заплащане, но след като се установи финансов ресурс и след съответната проверка на изпълнителя в рамките на корекция на разпределените средства в обхвата на СЗОК, или на национално ниво. Посочено е, че процедурата за изменение на определената стойност на медицинската помощ, предвид надхвърляне на месечните стойности в Приложение №2 към Договора е предвидена в Правилата за условията и реда за прилагане на чл.4, ал.2 и а.3 от Закона за бюджета на НЗОК. Съгласно тези правила увеличаването на определената месечна стойност в Приложение 2 става след анализ на СЗОК/ НЗОК и решение за изменение на договора от НЗОК, което става в края на всяко тримесечие. Ето защо е счтено, че падежът на задължението за заплащане на надлимитните дейности е 30 дни след приключване на съответната процедура.

Въззивният съд намира, че решението е правилно.

С оглед описаните по-горе доказателства по делото безспорно е установено, че ищцовата болница- търговско дружество реално е осъществила дейностите по оказване на болнична медицинска помощ по КП и за извършване на АПр от категорията на тези, предмет на сключените договори, отразени в приложените по делото спецификации.

Ответната страна не оспорва факта, че същите са включени в ежедневните електронни отчети, изпратени до СЗОК.

Спорни по делото са въпросите за обема на задължението за заплащане на извършените дейности - дали то се дължи до изчерпване на определен за съответния период стойностен лимит, или за всички действително осъществени и отчетени по надлежния ред медицински дейности от категорията на уговорените с договора, както и дали задължението на лечебното заведение да предостави в РЗОК отчетни документи за договорените и извършени дейности над договорения лимит в срок до осмия работен ден на месеца, следващ този на извършване на дейността е от такъв характер, че неизпълнението му да води като последствие до право да бъде отказано заплащане на тази дейност.

От правна страна:

Договорите за оказване на болнична медицинска помощ по клинични пътеки и за извършване на амбулаторни процедури са сключени на основание чл.59, ал.1 от ЗЗО в

съответствие с Националните рамкови договори за медицинските дейности за съответните години, като в случая това е НДР за 2017г. Съгласно чл.8 от ЗЛЗ болничното заведение е длъжно да оказва болнична помощ на здравно осигурени лица, като обемът на възложената дейност не е ограничен до достигане на определени стойности.

Съгласно чл.28,ал.1 от Националния рамков договор за 2017 изпълнителите на медицинска помощ имат право да получат в срок и в пълен размер договореното заплащане за извършените дейности при условията и по реда на глава седемнадесета, раздели VII и VIII, глава осемнадесета, раздел VI и глава деветнадесета, раздели VIII и IX, т.е. осъществяването на медицинска помощ е възмездно. В индивидуалния договор, който е подписан между НЗОК и ищцовото дружество е закрепено задължението на изпълнителя да осигурява непрекъснато 24-часово изпълнение на лечебната дейност по медицински специалности, съгласно разрешението за осъществяване на лечебната дейност. Изпълнителят няма възможност да поиска от здравно осигурения пациент да заплати медицинската помощ, която е включена в обхвата на здравното осигуряване, тъй като същата съгласно разпоредбата на чл.47 ЗЗО се закупува от РЗОК. В същото време в договорите, въз основа на които се претендират исковите суми са включени клаузи съгласно които изпълнителят не може да отчита с финансово-отчетни документи дейности, лекарствени продукти или медицински изделия на стойност надвишаваща утвърдената в приложение 2 за съответния месец и даващи право на възложителя да не извършва плащане на изпълнителя, когато сумите по фактурите и спецификациите надвишават определените стойности за съответния месец съгласно приложение 2. Това означава, че е налице вътрешно противоречие между отделните клаузи на договора, което налага да бъде изяснена както действителната воля на страните, така и съответствието на противоречащите си текстове с императивните законови разпоредби, уреждащи тези правоотношения.

В тази връзка следва да се посочи, че в чл.5 от ЗЗО са уредени основните принципи на задължителното здравно осигуряване, между които: отговорност на осигурените за собственото им здраве; равнопоставеност на осигурените при ползването на медицинска помощ и свободен избор от осигурените на изпълнители на медицинска помощ. В чл. 35 от ЗЗО е регламентирано, че задължително осигурените имат право да получават медицинска помощ в обхвата на основния пакет от здравни дейности, гарантиран от бюджета на НЗОК и да избират лекар от лечебно заведение за първична медицинска помощ, сключило договор с РЗОК. Правото на здравно осигуряване, гарантиращо на гражданите достъпна медицинска помощ и безплатно ползване на медицинско обслужване при условия и ред, определени със закон е закрепено и в чл.52,ал.1 от Конституцията на Република България.

Съгласно §1,т.2 от ДР на ЗЗО "Пакет от здравни дейности, гарантиран от бюджета на НЗОК" са определени по вид и обхват дейности, по отделни специалности, дейности за лечение на определени заболявания или на група заболявания, които са достъпни за всички здравноосигурени лица в обем, при условия и по ред, определени в Националния рамков договор. "Така дефинираният пакет се отнася за дължимия набор от медицински дейности и процедури на всяко едно здравно осигурено лице.

Въззивният съд съобразява и формираната практика на Върховния касационен съд по въпросите във връзка със задължението на НЗОК за заплащане на медицинска дейност и вложени медицински изделия, надхвърлящи стойностите по Приложение № 2 към индивидуален договор за оказване на болнична помощ, и валидността на клаузата в такъв договор, ограничаваща

дължимите плащания до определените в посоченото приложение стойности. С решение № 169 от 16.02.2021 г. по т. д. № 1916/2019 г. на ВКС, II т. о., постановено по реда на чл. 290 ГПК е прието, че уговорената в сключения между НЗОК и изпълнител на медицинска помощ индивидуален договор за оказване на болнична помощ клауза, съгласно която на изпълнителя се заплаща извършената и отчетена дейност по клинични пътеки, само ако е в рамките на стойностите по Приложение № 2, не е нищожна на основание чл.26, ал.1, предл.1 ЗЗД. Тя обаче няма за последица отхвърляне за плащане на медицинската дейност и вложените медицински изделия, когато са в обхвата на гарантирания от бюджета на НЗОК основен пакет здравни дейности. Подчертано е, че здравноосигурените лица не са страна по Националния рамков договор за медицинските дейности, нито по договора за приемане на обеми и цени на медицинската помощ по чл. 55, ал. 2, т. 2 ЗЗО. Те имат право на свободен достъп до медицинска помощ чрез определен по вид, обхват и обем пакет от здравни дейности, както и свободен избор на изпълнител, сключил договор с РЗОК /чл. 4, ал. 1 и чл. 35, т. 1 ЗЗО/, а НЗОК е длъжна да заплаща всички здравни дейности в обхвата на този пакет /чл. 45, ал. 1 ЗЗО/ на съответния изпълнител, предоставил медицинската помощ на здравноосигуреното лице. В случай, че общата стойност на извършените от всички изпълнители дейности не надхвърля бюджета на НЗОК за съответната година, включително резерва, предвиден в него, липсва основание да се откаже плащане на надлимитната дейност за съответния месец на конкретния изпълнител. Здравноосигурените лица не могат да бъдат лишени от предоставяне на медицинска помощ в рамките на гарантирания от закона пакет болнична медицинска дейност и свободен избор на изпълнител на медицинска помощ поради изчерпване на средствата от разпределените на изпълнителите лимитирани бюджети. Предвидените в договорите между РЗОК и изпълнителите стойности на медицинските дейности са прогнозни и не изключват заплащането на престирания от лечебното заведение медицински дейности по чл. 45 ЗЗО при превишаване на месечния лимит. Съгласно решението, основание за извода, че предоставената на здравноосигуреното лице медицинска помощ и вложените медицински изделия в обхвата на основния пакет от здравни дейности, гарантиран от бюджета на НЗОК, подлежат на заплащане от НЗОК, съответно РЗОК, независимо, че са в превишение на предвидените в индивидуалния договор месечни лимити /стойности/, са и разпоредбите на чл.25 и чл.26, ал.2 ЗЗО, уреждащи задължителен резерв в бюджета на НЗОК, включително и за непредвидени и неотложни разходи, възможността със средствата от резерва да се заплащат разходи в случай на значителни отклонения от равномерното разходване на средствата за здравноосигурителни плащания. В цитираното решение е прието, че уговорените в индивидуалния договор за оказване на болнична помощ договор между РЗОК и изпълнител на медицинска помощ клаузи, съгласно които не се разрешава на изпълнителя да отчита с финансово-отчетни документи дейности, лекарствени продукти или медицински изделия на стойности, надвишаващи стойностите за съответния месец в Приложение № 2, и се дава право на възложителя да не извършва плащане на изпълнителя, когато сумите по фактурите и спецификациите надвишават стойностите за съответния месец в приложение № 2, са нищожни на основание чл. 26, ал. 1, предл. 1 ЗЗД като противоречащи на императивни правни норми – чл. 4, ал. 1, чл. 55, ал. 3, т. 2 и чл. 35, т. 1 ЗЗО във връзка с чл. 26, ал. 2 и чл. 25 ЗЗО. НЗОК не може да откаже заплащането на осъществената медицинска помощ и вложените медицински изделия за процесния период от ищеца, независимо от обстоятелството, че са извън посочените в Приложение № 2 лимити и тези изводи съответстват на дадените с цитираното решение на ВКС разрешения. Аналогични на съображения са развити и в решение № 152 от 2.02.2021 г. по т. д. № 385/2020 г. на ВКС, II т. о.

Настоящият състав споделя изцяло тези изводи. С оглед на това и на направеният по-горе извод, че е установено изпълнение на задълженията на изпълнителя по договорите за оказване на медицинска помощ, НЗОК дължи заплащане на осъществената дейност. Това означава, че са налице предпоставките уважаване на претенциите така, както са предявени.

Неоснователно е направено възражение за изтекла в полза на ответника погасителна давност за задължението за м.май 2017г. Настоящият състав споделя напълно изложените от градския съд мотиви в тази насока, поради което на основание чл.272 от ГПК препраща към същите.

Основателни са и акцесорните претенции за заплащане на лихва за забава върху дължимите главници доколкото обезщетение за забава се претендира за периода след изтичане на тримесечния период, в който възложителят може да вземе решение за заплащане на извършените надлимитни дейности. След изтичане на този период възложителят изпада в забава за заплащане на дължимите суми. Ето защо исковете са доказани по отношение на периода, а предвид заключението на вещото лице по приетата съдебно-икономическа експертиза – и за размера.

Основателен е и искът по чл.86,ал.1 от ЗЗД за заплащане на обезщетение за забава в размер на законната лихва, считано от датата на завеждане на иска, тъй като подаването на искова молба винаги представлява покана за плащане, която поставя длъжника на парично задължение в забава.

Предвид на изложеното обжалваното решение се явява правилно и законосъобразно и като такова ще следва да бъде потвърдено.

С оглед изхода на делото на „СБАЛАГ Майчин дом“ ЕАД ще следва да бъдат присъдени и направените разноски пред настоящата инстанция. Същите са в размер на 6412лв. разходи за заплатен адвокатски хонорар. По делото са представяне доказателства, че тази сума е изплатена.

Насрещната страна е направила възражение за прекомерност на уговореното адвокатско възнаграждение. Настоящият състав намира това възражение за основателно. Настоящият спор не се отличава с висока правна сложност предвид установената обилна съдебна практика по сходни казуси. Не е налице и фактическа сложност. В същото време уговореният размер надвишава с повече от 50% установеното в Наредба №1/2004г. минимално възнаграждение за спор с така цена на иска. Ето защо адвокатското възнаграждение следва да бъде намалено до сумата 3563,38лв. без ДДС, а с ДДС 4276,06лв.

С оглед на изложеното, апелативният съд

РЕШИ:

ПОТВЪРЖДАВА решение № 261019 от 24.06.2021г., поправено с решение №261483

от 09.11.2021г.,постановено по т.д.№ 1360/ 2020г. по описа на СГС, ТО VI- 9 състав.

ОСЪЖДА Национална здравноосигурителна каса, гр.София, ул.“Кричим“ №1, ЕИК 121858220 да заплати на „„СБАЛАГ Майчин дом“ ЕАД, ЕИК 000662769 със седалище и адрес на управление гр.София, бул. „Здраве“ №2 сумата от 4276,06лв. разноски за заплатено адвокатско възнаграждение с ДДС пред въззивната инстанция.

Решението подлежи на обжалване с касационна жалба при наличие на предпоставките на чл.280,ал.1 от ГПК пред ВКС на Република България в едномесечен срок от връчването му на страните.

Председател: _____

Членове:

1. _____

2. _____