

РЕШЕНИЕ

№ 220

гр. Варна, 22.02.2022 г.

В ИМЕТО НА НАРОДА

ОКРЪЖЕН СЪД – ВАРНА, IV СЪСТАВ, в публично заседание на двадесет и шести януари през две хиляди двадесет и втора година в следния състав:

Председател: Жана Ив. Маркова

Членове: Тони Кръстев
Десислава Г. Жекова

при участието на секретаря Мая М. Петрова
като разгледа докладваното от Тони Кръстев Въззивно гражданско дело № 20213100502951 по описа за 2021 година

за да се произнесе взе предвид следното:

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

1/ въззивна жалба вх. № 296304/16.08.2021 г., подадена от Национална здравноосигурителна каса, гр. София, срещу Решение № 262372/26.07.2021 г., постановено по гр. д. № 1209/2021 г. на РС – Варна, 20-ти състав, с което Национална здравноосигурителна каса, е осъдена да заплати на Университетска многопрофилна болница за активно лечение „Света М.“ ЕАД болница за активно лечение „Света М.“ ЕАД следните суми: 1) сумата от **18 447 лева**, представляваща стойността на оказана в периода 01.07.2017 г. – 31.07.2017 г. болнична помощ по клинични пътеки по Договор № 030811/31.05.2017 г., за която са издадени фактури № 16343/10.08.2017 г. и № 16344/10.08.2017 г.; 2) сумата от **3 356 лева**, представляваща стойността на извършените в периода 01.07.2017 г. – 31.07.2017 г. амбулаторни процедури по Договор № 031895/31.05.2017 г., за която е издадена фактура № 16348/10.08.2017 г.; 3) сумата от **10 695 лева**, представляваща стойността на извършените в периода 01.07.2017 г. – 31.07.2017 г. клинични процедури по Договор № 032104/31.05.2017 г., за която е издадена фактура № 16345/10.08.2017 г.; 4) сумата от **6 164.86 лева**, представляваща обезщетение за забава върху главницата по т. 1 за периода от 31.08.2017 г. – 15.12.2020 г.; 5) сумата от **787.36 лева**, представляваща обезщетение за забава, начислено върху главницата по т. 2 за периода 31.08.2017 г. – 15.12.2020 г.; 6) сумата от **3 574.20 лева**, представляваща обезщетение за забава, начислено върху главницата по т. 3 за периода

31.08.2017 г. – 15.12.2020 г., ведно със законна лихва върху претендираните главници, считано от датата на депозиране на исковата молба – 15.12.2020 г. до окончателното им изплащане; и

2/ въззивна жалба вх.№ 300325/18.10.2021 г., подадена от Национална здравноосигурителна каса, гр. София, срещу Решение № 262522/23.09.2021 г., с което е оставена без уважение като неоснователна подадената от жалбоподателя молба с вх. № 295983/10.08.2021 г. за поправка по реда на чл. 247 от ГПК на допуснати очевидни фактически грешки в постановеното по делото Решение № 262372/26.07.2021 г. по гр. д. № 1209/2021 г. на ВРС.

Във въззивна жалба с вх. № 296304/16.08.2021г. срещу Решение № 262372/26.07.2021 г. се излагат подробно доводи за неправилност на обжалвания акт, като необоснован и постановен в нарушение на материалния закон. Жалбоподателят поддържа, че правото на медицинска помощ на здравноосигурените лица е обвързано с бюджетните финансови възможности на касата, не е налице противоречие между договорни клаузи и чл. 4 и чл. 5 от ЗЗО и с принципи от закона, както и с чл. 52 от КРБ. Посочва, че законът не предоставя неограничен безплатен достъп на всеки пациент до всяка услуга, като се позовава на чл. 24, т. 8, чл. 26, ал. 2, чл. 29, ал. 3 и чл. 45, ал. 2 и ал. 5 от ЗЗО. Излага, че процесната сделка е договорена по административен ред /чл. 59 от ЗЗО/, поради което съставлява административен договор, и има типов характер като всяко отклонение от типизираното съдържание е изключено изрично – чл. 59б, ал. 5 от ЗЗО. Възложителят не е поемал задължения над размера по приложенията, а извън тях договорно основание за ангажиране на отговорността му за неизпълнение само на рамковия договор не може да бъде установена. Навежда доводи за неправилност и необоснованост на извода на съда относно неспазването на описаната в Правилата процедура за корекция на определените месечни вноски и посочва, че от подписан между страните анекс от 21.07.2017 г. към договора може да се направи косвен извод за прилагането ѝ. Подчертава, че обстоятелството, че в края на годината е имало формиран излишък, не означава, че такъв е имало и към месец юли, като той може да се е формирал и през последните месеци на календарната година. Оспорва изводите на ВРС относно дължимостта на присъдените лихви за забава за периода от 31.08.2017 г. до датата на подаване на исковата молба – 15.12.2020 г. в общ размер от 10 526.42 лева. В обобщение посочва, че закупуването на болничната медицинска помощ от НЗОК чрез РЗОК не е неограничено, а в рамките на нормативно определения годишен бюджет на касата. Моли за отхвърляне на предявените икове и присъждане на направените пред двете инстанции разноски.

В срока по чл. 263, ал.1 от ГПК е постъпил отговор на въззивната жалба от въззиваемата страна УМБАЛ „Света М.“, с който се излагат съображения за правилност, обоснованост и законосъобразност на обжалваното решение. Оспорват се изложените в жалбата твърдения. Посочва, че законодателят е предвидил механизми за корекции на предварително заложените разходи, както и съществуването и разходването на резерв, което гарантира конституционното право на гражданите на достъпна и безплатна медицинска

помощ. Подкрепя изводите на първоинстанционния съд относно противоречието със закона на договорните клаузи, въвеждащи ограничение при заплащането на оказаната от болничното заведение медицинска помощ, тъй като поставят оказването на медицинска помощ на здравноосигурените лица в зависимост от обстоятелството дали необходимостта е възникнала в рамките на определените от здравната каса стойностни лимити. Посочва, че това води до неравнопоставеност при третирането на лицата, потърсили медицинска помощ преди или след изчерпване на тези лимити, поради което и тези договорни клаузи са нищожни. Посочва, че законът дава право на здравноосигурените лица да получат медицинска помощ, като изберат болнично заведение и лекуващ лекар. За осигуряване на това право НЗОК е длъжна да осигури бюджет, като заплати разходите за лечение на болницата. Доколкото към момента на сключването на процесните договори в ЗЗО не е уреден институтът на административния договор, то не може да се приеме, че тези договори имат административен характер. Излага, че подписването на анекс към договорите от 21.07.2017 г., с които са коригирани посочените по-рано в Приложение № 2 стойности не означава, че корекциите са съобразени с исканото увеличение на месечните стойности, включително и за процесния месец юли. Не споделя становището, че сроковете за заплащане на осъществената медицинска дейност се отнасят само за дейността в предвидените лимити и посочва че това, че НЗОК определя някакви рамки на плащането не променя поетото от нея задължение да закупува и заплаща, чрез РЗОК, осъществените и отчетени от болничното заведение дейности по конкретно договорени цени, до 30-то число на месеца, следващ отчетния. Моли за потвърждаване на обжалваното решение и отхвърляне на жалбата. Претендират се съдебни разноски.

В подадената въззивна жалба вх.№ 300325/18.10.2021 г. срещу Решение № 262522/23.09.2021 г. се излагат доводи за налични основания за отмяна на решението. Посочва, че е налице свръх петитум, формиран поради допуснатата очевидна фактическа грешка от съда, като в исковата молба и становището на ищеца по молбата е посочен като действителен размер на претенцията този от 2 356 лева, а не 3 356 лева. Излага, че обстоятелството, че е допусната грешка в доклада не означава, че тя не може да се санира по реда на чл. 247 от ГПК и че не е необходимо това да става чрез обезсилване на решението в тази част по реда на инстанционния контрол. Моли да бъде постановено решение, с което да се уважи подадената молба по чл. 247 от ГПК.

В срока по чл. 263, ал.1 от ГПК не е постъпил отговор на жалбата от въззиваемата страна Университетска многопрофилна болница за активно лечение „Света М.“ ЕАД.

Така депозираните въззивни жалби са подадени в срока по чл. 259, ал.1 ГПК, от активно легитимирано лице, срещу подлежащи на обжалване съдебни актове, процесуално допустими са и отговарят на останалите съдържателни изисквания на чл.260 и чл. 261 ГПК.

В открито съдебно заседание процесуалните представители на страните поддържат доводите изложени в жалбата и отговора. И двете страни поддържат, че претендираната сума по Договор № 031895/31.05.2017 г. е 2 356 лева, а не 3 356 лева.

Правомощията на въззивния съд, съобразно разпоредбата на чл. 269 ГПК, са да се

произнесе служебно по валидността на обжалваното първоинстанционно решение, по неговата допустимост в обжалваната част, а по останалите въпроси – ограничително от посоченото в жалбата по отношение на пороците, водещи до неправилност на решението.

В обхвата на служебната проверка по чл. 269 ГПК, съставът на въззивния съд намира, че обжалваното решение е валидно, като постановено от надлежен съдебен състав в рамките на предоставената му правораздавателна власт и компетентност и съдържащо реквизитите по чл. 236 ГПК.

I. По жалбата срещу решение № 262522/23.09.2021 г.

Преценката за допустимост на обжалваното съдебно решение № 262372/26.07.2021 г. налага въззивният съд да се произнесе най-напред по жалбата срещу решение № 262522/23.09.2021 г., с което е оставена без уважение молба за поправка по реда на чл. 247 от ГПК на допуснати очевидни фактически грешки в решение № 262372/26.07.2021 г.

С молба от 10.08.2021 г. ответникът НЗОК е поискал поправка на очевидна фактическа грешка в съдебно решение № 262372/26.07.2021 г., тъй като в мотивите и в диспозитива на решението съдът е приел, че ищецът претендира, респ. е осъдил НЗОК да заплати, сумата от 3356,00 лв., представляваща стойността на извършените в периода 01.07.2017 г. – 31.07.2017 г. амбулаторни процедури по Договор № 031895/31.05.2017 г. Посочва се, че и в исковата молба и в становището на ищеца по молбата е посочен като действителен размер на претенцията този от 2 356 лева, а не 3 356 лева. Същото се отнася и за събраните по делото доказателства. По отношение на претенцията за законна лихва не се посочва в какво се състои грешката, а единствено се сочи, че би следвало да се преизчисли размера на сумата посочен в т.5 от диспозитива на решението като се съобрази правилният размер на главницата по т. 2.

С решение № 262372/26.07.2021 г. ВРС е отхвърлил молбата с правно основание чл. 247 от ГПК с мотиви, че не е налице несъответствие между формираната истинска воля на съда и нейното външно изразяване, а произнасяне свръх петитум.

Очевидна фактическа грешка е всяко явно несъответствие между формираната от съда воля и нейното външно изразяване в текста на решението, както и при случаите на очевидна техническа грешка. В преобладаващата практика е възприето, че на поправка по реда на чл. 247 ГПК подлежат и допуснатите в мотивите на решението или в неговата съобразителна част грешки, т.е. всяко несъответствие между формираната истинска воля на съда и нейното външно изразяване в писмения текст на решението.

Видно от уточняващата молба от 05.01.2021 г., ищецът е предявил иск за иск за осъждане на ответника да заплати главница в размер на 2 356,00 лв., представляваща стойността на извършените в периода 01.07.2017 г. – 31.07.2017 г. амбулаторни процедури по Договор № 031895/31.05.2017 г., за която е издадена фактура № 16348/10.08.2017 г.

ВРС е допуснал техническа грешка в определението за насрочване на делото, където е посочено че въпросният иск е за сумата 2 356,00 лв. Впоследствие тази техническа грешка е пренесена в съдебното решение. Същевременно, в мотивите на решение №

262372/26.07.2021 г., ВРС е приел, че исковете за главница са основателни в предявените размери, като отново погрешно е посочил, че вторият иск е за сумата 3 356,00 лв., вместо действително предявения размер от 2 356,00 лева.

Следователно се касае за допусната очевидна техническа грешка в мотивите и в диспозитива на решението в посочения от молителя смисъл, а не за произнасяне извън определения от ищеца обем на защита и съдействие. Съдът е формирал воля да уважи иска в предявения размер, а уважаването му в по-голям размер е резултат от допуснатата техническа грешка. Съдът не е изложил мотиви, обосноваващи уважаване на иска в размер по-голям от заявения от ищеца в исковата молба.

Индия за това, че се касае за техническа грешка е и обстоятелството, че обезщетението за забава по т. 5 от диспозитива е изчислено върху главницата по т. 2 в размер на 2 356,00 лева, а не върху 3 356,00 лева. Съответно, в тази част на решението – досежно обезщетението за забава по т. 5 от диспозитива, не е налице очевидна фактическа грешка.

Ето защо, решението, с което е отхвърлена молбата с правно основание чл. 247 от ГПК е частично неправилно и ще бъде отменено в частта за главницата по т. 2, а молбата за поправка на ОФГ в тази ѝ част ще бъде уважена. В останалата част решението ще бъде потвърдено.

II. По жалбата срещу решение № 262372/26.07.2021 г.

Съдът намира, че са налице всички положителни процесуални предпоставки във връзка със съществуването и упражняването на правото на иск при постановяване на съдебното решение и липсват процесуални пречки, поради което същото е допустимо и въззивният съд дължи произнасяне по съществото на спора.

След съвкупна преценка на доказателствата по делото и съобразявайки становището на страните, съдът приема за установено от **фактическа и правна страна** следното:

Установената от първоинстанционния съд фактическа обстановка не се оспорва от страните. Установено е наличието на сключени валидни Договор № 030811/31.05.2017 г. за оказване на болнична помощ по клинични пътеки (КП), Договор № 031895/31.05.2017 г. за извършване на амбулаторни процедури (АПр) и Договор № 03210431.05.2017 г. за извършване на клинични процедури (КПр), изменени с анекси от 05.07.2017 г. между НЗОК като възложител и Университетска многопрофилна болница за активно лечение „Света М.“ ЕАД като изпълнител.

В приложения № 2 към всеки от договорите са посочени месечни стойности (лимита) за съответните дейности, процедури, медицински изделия и лекарствени продукти, определени съобразно Правила за условията и реда за прилагане на чл. 4, ал. 1, ал. 2 и ал. 3 от Закона за бюджета на Националната здравноосигурителна каса за 2017 г., приети от Надзорния съвет на НЗОК на основание чл.4, ал.4 от ЗБНЗОК за 2017 г. Съгласно изричните клаузи на сключените договори НЗОК не заплаща разходи за болнична медицинска помощ (БМП) над определените месечни стойности, а съгласно посочените по-горе анекси от

05.07.2017 г. изпълнителят не може да отчита с финансово-отчетни документи дейности на стойност надвишаваща определената месечна стойност. При надвишаване на стойностите за съответния месец, съответните дейности и изделия биват отхвърлени. Предвидено е в договорите и анексите при надвишаване на определената месечна стойност изпълнителят да подава писмено заявление за увеличаване на месечната стойност като в този случай възложителят след решение на НС на НЗОК може да вземе решение за закупуване на отхвърлените дейности в рамките на възстановени и/или неусвоени средства от всички изпълнители на БМП.

Не е спорно, че ищецът е извършил дейности по клинични пътеки, медицински изделия, амбулаторни процедури и клинични процедури, чиято стойност надвишава установените с Приложение № 2 към сключените договори лимити за м. юли 2017 г., за които е издал дебитни известия, както следва: - Дебитно известие № 0000016343/10.08.2017 год. към фактура № 16343/10.08.2017 год. по договор № 030811/31.05.2017 год. за сумата от 16 047 лв.; - Дебитно известие № 0000016344/10.08.2017 год. към фактура № 16314/10.08.2017 год. по договор № 030811/31.05.2017 год. за сумата от 2 400,00 лв.; - Дебитно известие № 0000016348/10.08.2017 год. към фактура № 16346/10.08.2017 год. по договор № 031895/31.05.2017 год. за сумата от 2 356 лв.; - Дебитно известие № 0000016345/10.08.2017 год. към фактура № 16325/10.08.2017 год. по договор № 032104/31.05.2017 год. за сумата от 10 695 лв. Така издадените дебитни известия, придружени от съответните спецификации са изпратени и получени от РЗОК Варна на 10.08.2017 г. С писмо от 18.08.2017 г. същите са върнати на ищеца поради превишение на определените в приложения № 2 месечни стойности.

Не е спорно реалното извършване от лечебното заведение на претендираните дейности и тяхната единична стойност, както и че НЗОК не е заплатила стойностите на извършени над лимитите дейности.

Спорът между страните във въззивното производство се свежда до това подлежи ли на заплащане извършената над договорената в приложения № 2 към процесните договори медицинска дейност.

Видно от процесните договори, страните са се съгласили, че задължението на НЗОК да заплаща осъществената от МБАЛ „Света М.“ медицинска дейност е ограничено по обем, определен на месечна база, конкретизирана в приложение № 2 към договорите. За осъществената над лимита по договора медицинска дейност е предвидено, че също се заплаща, но по реда, регламентиран в различни текстове от договорите, съответно, чл. 39 и сл., чл. 43 и сл., чл. 30 и сл.

Съгласно чл. 12 от Националния рамков договор (НРД) за медицинските дейности 2017 г. финансовата рамка на НРД съответства на годишните разходи за здравноосигурителни плащания съгласно чл. 1, ал. 2 от Закона за бюджета на Националната здравноосигурителна каса за 2017 г. Годишната обща стойност на разходите за болнична медицинска помощ за 2017 г. се определя по правила, регламентирани в чл. 4 от ЗБНЗОК за 2017 г., съгласно който в рамките на стойностите по чл. 1, ал. 2 (разходи и трансфери –

всичко), ред 1.1.3.5.2, ред 1.1.3.6 и ред 1.1.3.7 за прилагане на чл. 55а от Закона за здравното осигуряване и на Националния рамков договор за медицинските дейности за 2017 г., а когато не е приет такъв – в решението по чл. 54, ал. 9 от Закона за здравното осигуряване, Националната здравноосигурителна каса утвърждава за всяка районна здравноосигурителна каса годишна обща стойност на разходите, разпределена по месеци, а районните здравноосигурителни каси разпределят утвърдените стойности на разходите по изпълнители на болнична медицинска помощ за съответната РЗОК по месеци и закупуват от изпълнителите на болнична медицинска помощ обем здравни дейности от пакета по чл. 2, ал. 1 от Закона за здравното осигуряване в рамките на тези стойности.

На основание чл. 59 във връзка с чл. 20, ал. 1, т. 4 ЗЗО между директора на РЗОК и изпълнителите на медицинска помощ се сключват договори за оказване на медицинска помощ. Сключените през 2017 г. договори за оказване на болнична помощ по клинични пътеки в съответствие с НРД за 2017 г. са типови договори с изпълнителите на медицинска помощ по смисъла на чл. 25 от НРД за 2017 г. и част от тяхното съдържание са редът, условията и сроковете за заплащане на извършените и отчетени медицински дейности, установени в НРД. Предвидените в типовия договор за оказване на болнична помощ по клинични пътеки клаузи, с които се ограничава заплащането от НЗОК/РЗОК на извършените и отчетени медицински дейности и вложени медицински изделия до посочените в приложението към договора стойности, представляват стойностна рамка за определен времеви период, предвид лимитирания финансов ресурс за здравеопазването.

Законодателно регламентираното държавно финансиране на здравеопазването, бюджетът на НЗОК, правилата за изпълнение на неговата разходна част, разпределения на РЗОК за съответния период разходи и уреждането в индивидуалните договори, сключени между РЗОК и изпълнителите на болнична медицинска помощ, на заплащане на извършената и отчетена медицинска помощ в рамките на стойностите на приложение № 2 в определен срок дават възможност за прогнозиране и регулярно заплащане на медицинската помощ и вложените медицински изделия в рамките на бюджетната година. Изпълнителите на медицинска помощ са длъжни да предоставят медицинска помощ по вид и обем, съответстваща на договорената /чл. 30, т. 2 НРД за 2017г./ и имат право да получат в срок и в пълен размер заплащане за извършените дейности при условията и по реда на сключения между страните договор /чл. 28, ал. 1 НРД за 2017г./.

Съгласно чл. 29, ал.1 от НРД за 2017 г. изпълнителите на болнична медицинска помощ имат право да получат в срок и в пълен размер договореното заплащане за извършените дейности при условията и по реда на глава деветнадесета, раздели VIII и IX. Съгласно чл. 355, ал. 8 от НРД при извършени медицински дейности от основния пакет по чл. 1, ал. 2 на Наредба № 2 от 2016 г. на стойност, надвишаваща определената месечна стойност в приложение № 2, изпълнителят на БМП подава в сроковете за отчитане писмено заявление до директора на РЗОК за увеличаване на месечната стойност. Съгласно чл. 355, ал. 9, след изпращане на месечното известие по чл. 351, ал. 10 и анализ на отчетите на всички изпълнители на БМП директорът на РЗОК има право да вземе решение за закупуване

на дейности, заявени по ал. 8, в рамките на неусвоените стойности по ал. 7 и определените стойности по ал. 4. В чл. 355 е предвидено още, че когато на ниво РЗОК не са налични средства за закупуване на допълнителни дейности се изготвя мотивирано искане за корекции на стойностите по ал. 1, което управителят внася за разглеждане от НС на НЗОК – ал.15, и че Надзорният съвет на НЗОК утвърждава корекции по стойностите на РЗОК по реда на правилата по чл. 4, ал. 4 ЗБНЗОК за 2017 г. в рамките на бюджета за 2017 г. – ал. 17. Видно от публикуваната обяснителна записка към годишния финансов отчет на НЗОК за 2017г., в изпълнение на бюджета е формиран излишък на стойност 10 344 542 лв.

Въз основа на извършено систематично тълкуване на действащата нормативна уредба съдът намира, че уговорената в сключения между РЗОК и изпълнител на медицинска помощ индивидуален договор за оказване на болнична помощ клауза, съгласно която на изпълнителя се заплаща извършената и отчетена медицинска дейност, която е в рамките на стойностите на Приложение № 2, не противоречи на императивни разпоредби на ЗЗО и е валидна, но няма за последица отхвърляне искането за плащане на медицинската дейност и вложените медицински изделия, когато са в обхвата на гарантирания от бюджета на НЗОК основен пакет здравни дейности (така Решение № 169 от 16.02.2021 г. на ВКС по т. д. № 1916/2019 г., II т. о., ТК).

Съгласно чл. 4 от 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. Съобразени с така дадената гаранция са и правата на лицата осигуряващи се задължително /ЗЗЛ/ в чл. 35 от ЗЗО. За осигуряването на този достъп, а и за гарантиране спазването на правата на ЗЗЛ с разпоредбата на чл. 45 от ЗЗО, НЗОК е задължена да заплаща определени видове медицинска помощ. Тълкуването на тази разпоредба води до извод, че плащането на предоставената на ЗЗЛ помощ от типа описан в чл. 45 от ЗЗО е задължително, т.е. тази разпоредба има императивен характер. Това следва и по аргумент на противното от чл. 51 от ЗЗО, съгласно който медицинската помощ извън обхвата на чл. 45 и договореното в НРД, както и разходите за клинични изпитвания на лекарствени продукти и медицински изделия не се закупува от НЗОК. Следователно, нито законът, нито договорът между страните предвиждат, че извършената над договорения лимит медицинска дейност не подлежи на плащане. В договора липсва предвидена по общо съгласие възможност при изчерпване на предварително определените лимитирани месечни стойности болничното лечебно заведение да откаже или преустанови изцяло, респективно за процесния период, предоставянето на болнична медицинска помощ на правоимащите здравноосигурени лица в рамките на здравните дейности – предмет на договора.

Съгласно постоянната практика на ВКС здравноосигурените лица не могат да бъдат лишени от предоставяне на медицинска помощ в рамките на гарантирания от закона пакет болнична медицинска дейност и от 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 престираните от лечебното заведение медицински дейности по чл. 45 от ЗЗО при превишаване на месечния лимит. Здравноосигурените лица, на които е престирана медицинска помощ над стойностите по Приложение № 2 за съответния месец, биха я получили през същия месец при избор на друг изпълнител на медицинска помощ, ненадхвърлил лимита на хоспитализация, или в покъсен момент през същата година при включването им в листа на чакащите. Във всеки от посочените случаи се дължи плащане от бюджета на НЗОК за предоставената медицинска помощ, доколкото извършените дейности са в обхвата на гарантирания пакет здравни дейности.

По делото не се спори, че претендираните суми произтичат от предоставена медицинска помощ на здравноосигурени лица и покрити от системата за здравно осигуряване дейности. На законоустановеното право на избор на осигуреното лице да избере лечебното заведение съответства задължението на изпълнителя на медицинската помощ да го приеме. При положение, че законът освобождава осигуреното лице от задължението да заплаща за здравни дейности, включени в гарантирания от НЗОК медицински пакет, а изпълнителят на медицинска помощ дължи да приеме потърсилото го лице, меродавна се явява удовлетворената нужда на осигуреното лице. Ищецът като изпълнител на медицинската помощ по смисъла на Националния рамков договор, дължи да осъществи здравната дейност в определения обем. Както законът, така и самият договор не допускат възможност изпълнителят да поиска и получи от пациента доплащане за осъществена дейност, включена в обхвата на здравното осигуряване – арг. от чл. 47 ЗЗО. Следователно, нормативно утвърденото финансово отношение определя НЗОК като единствен платец на цената на оказана медицинска помощ от гарантирания пакет от здравни дейности.

С оглед на изложеното, съдът приема, че НЗОК дължи заплащане на извършените от ищеца и надлежно отчетени дейности за м. юли 2017 г. и исковите за главница са основателни в предявените размери от 18447,00 лв. по Договор № 030811/31.05.2017 г. от 2356,00 лв. по Договор № 031895/31.05.2017 г. и от 10695,00 лв. по Договор № 032104/31.05.2017 г. Дължи се заплащане и на законната лихва върху главниците от датата на завеждане на исковата молба.

По отношение на претенциите за заплащане на обезщетение за забава.

Предвидения в съответните клаузи от договорите (чл. 45 от договор № 030811/31.05.2017 г., чл. 49 от договор № 031895/31.05.2017 г. и чл. 36 от договор № 032104/31.05.2017 г.) срок за извършване на плащанията до 30-то число на месеца, следващ отчетния, се отнася за плащанията в рамките на лимитите, определени в приложение № 2.

В действащата през процесния период нормативна уредба не е предвиден срок за заплащане на дейностите, извършени в превишение на предвидените в индивидуалния договор месечни лимити. Методиката, приета с НРД за 2017 г., регламентира предпоставките и сроковете за заплащане на медицинската помощ по чл. 55, ал.2, т.2 от ЗЗО, а именно помощта, която е планирана и договорена в рамките на обемите, договорени в

националните рамкови договори и за която има планирани средства в бюджета за съответния период. Поради това за случаите на предоставена на здравноосигурени лица медицинска помощ в обхвата на основния пакет от здравни дейности, но в превишение на предвидените в индивидуалния договор месечни лимити, е неприложима разпоредбата на чл. 357, ал.1 от НРД за 2017 г., установяващ задължение за Националната здравноосигурителна каса да заплаща ежемесечно договорената, извършената и отчетената дейност по чл. 336 след проверка на документите по чл. 352, 353 и 354.

Въпреки липсата на изрично предвиден срок за плащане на предоставена на здравноосигурени лица медицинска помощ в обхвата на основния пакет от здравни дейности, но в превишение на предвидените в индивидуалния договор месечни лимити /надлимитна дейност/, в тези случаи не може да намери приложение и разпоредбата на чл. 69 ал.1 от ЗЗД, съгласно която ако задължението е без срок, кредиторът може да иска изпълнение веднага. Нормативната рамка, уреждаща бюджетното финансиране и контрол на медицинската дейност подчинява отношенията между НЗОК и изпълнителите на медицинска помощ на съответния годишен бюджетен закон. В чл.55а от ЗЗО е въведено правилото, че Националната здравноосигурителна каса планира, договаря и закупува за здравноосигурените лица медицинска помощ по чл. 55, ал. 2, т. 2 в рамките на обемите, договорени в националните рамкови договори и в съответствие с параметрите на разходите по бюджета на НЗОК, определени в закона за бюджета на НЗОК за съответната година. Съгласно чл. 24 т.8 от ЗЗО средствата на НЗОК се разходват за закупуване на медицински дейности, включително осигуряването на лекарствени продукти и медицински изделия за тях, определени в закона за бюджета на НЗОК за съответната календарна година. Тези разпоредби са израз на принципа на ежегодност на бюджетното планиране, означаващ, че бюджетните процеси следва да са свързани с една бюджетна година и че бюджетните приходи за поети задължения и за плащания през текущата година трябва да бъдат използвани през същата година. В съответствие с този принцип НЗОК би следвало да изплаща дейностите, попадащи в обхвата на гарантирания на здравноосигурените лица пакет здравни дейности, в рамките на същата финансова година, през която са извършени /при липса на други нормативно установени предвиждания/. За целта са установени различни механизми за осигуряване на средства за здравноосигурителни плащания за медицинска помощ, извън предвидените в индивидуалните договори месечни лимити. В бюджета на НЗОК се предвижда задължителен резерв /чл. 25 от ЗЗО/, като съгласно чл. 26, ал. 2 от ЗЗО със средствата от резерва се заплащат разходи в случай на значителни отклонения от равномерното разходване на здравноосигурителните плащания. Съгласно чл.115 ал.1 от Закона за публичните финанси НС на НЗОК може да одобрява компенсирани промени между показателите по бюджета за разходите и предоставените трансфери за осигуряване на здравноосигурителни плащания. Тези правомощия могат да се осъществяват в рамките на съответната финансова година за осигуряване на средства за здравноосигурителни плащания за закупени медицински дейности през същата година. Предвид изложеното НЗОК следва да изпълни задължението си за плащане на

надлимитните дейности до приключване на финансовата година, в която са извършени /в случая 31.12.2017г./, като едва след изтичането на тази дата изпада в забава и дължи на изпълнителите на медицинска помощ като титуляри на вземанията обезщетение по чл.86 от ЗЗД (Решение № 141 от 21.09.2021 г. на ВКС по т. д. № 2586/2019 г., I т. о., ТК).

Размерът на обезщетението за забава върху главницата по т.1 (18447,00 лева), за периода от 01.01.2018 г. до датата на исковата молба – 15.12.2020 г., определен с електронен калкулатор, възлиза на 5534,10 лева.

Размерът на обезщетението за забава върху главницата по т.2 (2356,00 лева), за периода от 01.01.2018 г. до датата на исковата молба – 15.12.2020 г., определен с електронен калкулатор, възлиза на 706,80 лева.

Размерът на обезщетението за забава върху главницата по т.3 (10695,00 лева), за периода от 01.01.2018 г. до датата на исковата молба – 15.12.2020 г., определен с електронен калкулатор, възлиза на 3208,49 лева.

По изложените съображения решението на ВРС следва да бъде отменено в частите, с които НЗОК е осъдена да заплати на Университетска многопрофилна болница за активно лечение „Света М.“ ЕАД разликата над 5 534,10 лева до присъдения размер от 6 164,86 лв., представляваща обезщетение за забава начислено върху главницата по т. 1; разликата над 706,80 лева до присъдения размер от 787,36 лв., представляваща обезщетение за забава начислено върху главницата по т. 2; разликата над 3 208,49 лева до присъдения размер от 3 574,20 лв., представляваща обезщетение за забава начислено върху главницата по т. 3. Вместо това следва да бъде постановено друго, с което исковете с правно основание чл. 86 ал.1 от ЗЗД бъдат отхвърлени за посочените разлики до присъдените размери.

Първоинстанционното решение следва да бъде отменено и в частта, с която НЗОК е осъдена да заплати на Университетска многопрофилна болница за активно лечение „Света М.“ ЕАД, на основание чл.78 ал.1 от ГПК, разноски за разликата над 1924,04 до присъдените 1980,60 лева. Мотивите за това са, че при този изход от спора ищецът има право на разноски в размер на 1929,23 лева, а ответникът – в размер на 5,19 лева, при определено на всяка от страните юрисконсултско възнаграждение от 200,00 лева, като съдът служебно извършва компенсация.

НЗОК следва да бъде осъдена да заплати на УМБАЛ „Света М.“ ЕАД направените разноски за настоящата инстанция в размер на 154,03 лева, съответно на изхода на въззивното производство при определено на всяка от страните юрисконсултско възнаграждение от 200,00 лева, като съдът служебно извършва компенсация. НЗОК има право на разноски за заплатена държавна такса и юрисконсултско възнаграждение общо в размер на 28,28 лева, а УМБАЛ „Света М.“ ЕАД – в размер на 194,81 лева, а за производството по чл. 247 от ГПК се присъждат разноски в полза на НЗОК в размер на 12,50 лева.

Мотивиран от гореизложеното, Варненският окръжен съд, търговско отделение,

РЕШИ:

ОТМЕНЯ Решение № 262522/23.09.2021 г., в частта с която е оставена без уважение подадената от Националната здравноосигурителна каса, ЕИК 121858220, молба за поправка по реда на чл. 247 от ГПК на очевидна фактическа грешка в т. 2) от диспозитива на Решение № 262372/26.07.2021 г. по гр. д. № 1209/2021 г. на ВРС и вместо това **постановява**:

ДОПУСКА поправка по реда на чл. 247 от ГПК на очевидна фактическа грешка в Решение № 262372/26.07.2021 г. по гр. д. № 1209/2021 г., **като** в т. 2) от диспозитива на същото **вместо „3 356,00“ да се чете „2 356,00“**.

ПОТВЪРЖДАВА Решение № 262522/23.09.2021 г. по гр. д. № 1209/2021 г. на ВРС в останалата част.

ОТМЕНЯ решение № 262372/26.07.2021 г., постановено по гр. д. № 1209/2021 г. на РС – Варна, **в частта**, с която Националната здравноосигурителна каса, ЕИК 121858220, е осъдена да заплати на Университетска многопрофилна болница за активно лечение „Света М.“ ЕАД, ЕИК 103562052, следните суми: разликата над 5 534,10 лева до присъдения размер от 6 164,86 лв., представляваща обезщетение за забава начислено върху главницата по т.1 за периода 31.08.2017 г. – 15.12.2020 г.; разликата над 706,80 лева до присъдения размер от 787,36 лв., представляваща обезщетение за забава начислено върху главницата по т. 2 за периода 31.08.2017 г. – 15.12.2020 г.; разликата над 3 208,49 лева до присъдения размер от 3 574,20 лв., представляваща обезщетение за забава начислено върху главницата по т.3 за периода 31.08.2017 г. – 15.12.2020 г., на основание чл. 86 от ЗЗД, **както и в частта** с която НЗОК е осъдена да заплати на УМБАЛ „Света М.“ ЕАД на основание чл.78 ал.1 от ГПК разноси за разликата над 1924,04 лева до присъдените 1980,60 лева, като вместо това **постановява**:

ОТХВЪРЛЯ иска на Университетска многопрофилна болница за активно лечение „Света М.“ ЕАД, ЕИК 103562052, със седалище и адрес на управление: гр. Варна, бул. „Христо Смирненски“ № 1, срещу Националната здравноосигурителна каса, ЕИК 121858220, със седалище и адрес на управление: гр. София 1407, ул. „Кричим“ № 1, чрез Районна здравноосигурителна каса - Варна, с адрес: гр. Варна, бул. „Цар Освободител“ 76 – Г, за заплащане на следните суми: разликата над 5 534,10 лева до 6 164,86 лв., представляваща обезщетение за забава начислено върху главницата по т.1 в размер на 18 447,00 лв. за периода 31.08.2017 г. – 15.12.2020 г.; разликата над 706,80 лева до 787,36 лв., представляваща обезщетение за забава начислено върху главницата по т.2 в размер на 2 356,00 лв. за периода 31.08.2017 г. – 15.12.2020 г.; разликата над 3 208,49 лева до 3 574,20 лв., представляваща обезщетение за забава начислено върху главницата по т.3 в размер на 10 695,00 лв. за периода 31.08.2017 г. – 15.12.2020 г., на основание чл. 86 от ЗЗД.

ПОТВЪРЖДАВА решение № 262372/26.07.2021 г., постановено по гр. д. № 1209/2021 г. на РС – Варна, в останалата част.

ОСЪЖДА Националната здравноосигурителна каса, ЕИК 121858220, със седалище и адрес на управление: гр. София 1407, ул. „Кричим” № 1, чрез Районна здравноосигурителна каса - Варна, с адрес: гр. Варна, бул. „Цар Освободител” 76 – Г, **да заплати** на Университетска многопрофилна болница за активно лечение „Света М.“ ЕАД, ЕИК 103562052, със седалище и адрес на управление: гр. Варна, бул. „Христо Смирненски” № 1, сумата от **154,03 лева**, представляваща сторени съдебно-деловодни разноси пред въззивната инстанция, на основание чл. 78, ал. 1 и 3 ГПК.

Решението не подлежи на касационно обжалване (чл.280, ал.3, т.1 ГПК).

Председател: _____

Членове:

1. _____

2. _____