

# РЕШЕНИЕ

№ 480

гр. Варна , 05.03.2021 г.

## В ИМЕТО НА НАРОДА

**ОКРЪЖЕН СЪД – ВАРНА, V СЪСТАВ** в публично заседание на девети февруари, през две хиляди двадесет и първа година в следния състав:

Председател:	Даниела Д. Томова
Членове:	Галина Чавдарова Радостин Г. Петров

при участието на секретаря Мая М. Петрова  
като разгледа докладваното от Радостин Г. Петров Въззивно гражданско дело № 20203100503759 по описа за 2020 година

Въззивното производство е разгледано по реда на чл.258 и сл. ГПК.

Производството е образувано по въззивна жалба вх. № 281642/16.11.2020г. на ВРС, подадена от Национална здравноосигурителна каса, със седалище гр. София, чрез пълномощник гл. юрисконсулт П.И.-Сотирова, срещу решение № 260745/19.10.2020г. по гр. дело № 1396/2020г. по описа на ВРС, с което Национална здравноосигурителна каса е осъдена да заплати на "АМБУЛАТОРИЯ - МЕДИЦИНСКИ ЦЕНТЪР ЗА СПЕЦИАЛИЗИРАНА МЕДИЦИНСКА ПОМОЩ - СВЕТА ПЕТКА АЙ КЕЪР" ЕООД, ЕИК 203318914, със седалище гр. Варна, сумата от 720 лева, представляваща сбор от дължими суми за извършени от ищеца 2 бр. медицински дейности по амбулаторна процедура №19 – „оперативно отстраняване на катаракта“, от които: 1 бр. за м.юни 2017 г., на стойност 360 лева и 1 бр. за м. декември 2017 г., на стойност 360 лева, по договор №032102/23.05.2017 г.

В жалбата се излага, че решението на първоинстанционния съд е неправилно поради необоснованост и неправилно приложение на материалния закон. ВРС неправилно е приел, че законодателно не е

предвидено лимитиране на медицинската помощ. Неправилно е приложен материалния закон и е допусната грешка при тълкуването на закона и договорените с процесния договор клаузи. Твърди се неправилно тълкуване и прилагане на чл.52 от КРБ и разпоредби от ЗЗО. Жалбоподателят твърди, че е действал в съответствие с ЗБНЗОК за 2017г. Поради това въззивникът моли решението на Варненския районен съд да бъде изцяло отменено и вместо него постановено ново по същество, с което предявените искове да бъдат отхвърлени като неоснователни. Моли за присъждане на разноски за двете съдебни инстанции, както и за юрисконсултско възнаграждение.

В срока по чл. 263, ал. 1 ГПК, въззиваемата страна "АМБУЛАТОРИЯ - МЕДИЦИНСКИ ЦЕНТЪР ЗА СПЕЦИАЛИЗИРАНА МЕДИЦИНСКА ПОМОЩ - СВЕТА ПЕТКА АЙ КЕЪР" ЕООД, ЕИК 203318914, със седалище гр. Варна, чрез пълномощник адв. Е.Е., в писмен отговор оспорва жалбата и от своя страна излага коментар на изложените в нея оплаквания. Счита, че постановеното първоинстанционно решение и възприетите в него мотиви са в унисон със събраните в хода на производството доказателства и при правилно приложение на материалните правни норми. По същество счита решението на ВРС за правилно и законосъобразно, поради което отправя искане за потвърждаването му и присъждане на разноски.

В насроченото пред въззивния съд открито съдебно заседание въззивникът Национална здравноосигурителна каса се представлява от гл. юрисконсулт П.И.-Сотирова, която поддържа жалбата и моли да бъде уважена, ведно с присъждане на направените по делото разноски за двете инстанции.

В насроченото пред въззивния съд открито съдебно заседание въззиваемото дружество се представляват от адв. Е.Е. от ВАК, който моли жалбата да бъде отхвърлена. Направено е искане за присъждане на разноски.

За да се произнесе по същество на предявената въззивна жалба, съдът взе предвид следното от фактическа и правна страна:

Производството пред районния съд е образувано по исковата молба на "АМБУЛАТОРИЯ - МЕДИЦИНСКИ ЦЕНТЪР ЗА СПЕЦИАЛИЗИРАНА МЕДИЦИНСКА ПОМОЩ - СВЕТА ПЕТКА АЙ КЕЪР" ЕООД против

Национална здравноосигурителна каса за заплащане на сумата от 720 лева, представляваща сбор от дължими суми за извършени от ищеца 2 бр. медицински дейности по амбулаторна процедура №19 – „оперативно отстраняване на катаракта“, от които: 1 бр. за м.юни 2017 г., на стойност 360 лева и 1 бр. за м. декември 2017 г., на стойност 360 лева, по договор №032102/23.05.2017 г. Ищецът излага, че по сключен с ответника договор за извършване на амбулаторни процедури за 2017 г. №032102 от 23.05.2017 г., той се е задължил да осъществява прегледи на пациенти, а възложителя РЗОК – Варна да му заплаща възнаграждение. През 2017 г. са извършени общо 160 бр. прегледи, на стойност 57600 лева. Ищецът претендира заплащане на извършени дейности по амбулаторна процедура 19, както следва: за м.06.2017 г. – 1 бр. на обща стойност 360 лева и м.12.2017 г. на обща стойност 360 лева. Останалите 158 прегледа са заплатени. Падежът за заплащане на медицинските дейности е 30 дни от приемане на издадената от ищеца фактура. Твърди, че договорните клаузи, въвеждащи ограничения при отчитането и заплащането на извършените от ищеца прегледи, противоречат на чл.52 КРБ, чл.5 и чл.35 ЗЗО, поради което същите са нищожни.

Ответникът е депозирал писмен отговор, с който оспорва основателността на предявения иск. Не оспорва, че между страните по делото е сключен договор за извършване на амбулаторни процедури за 2017 г., неразделна част, от който са стойностите и обемите на дейностите в БМП. Сочи, че НЗОК закупува от изпълнителя дейностите, съгласно сключения договор, в рамките на стойностите, определени по чл.40. Съгласно чл.41, ал.5 от договора, потвърдените за заплащане дейности и медицински изделия следва да са в рамките на стойностите за съответния месец в приложение 2 към договора, с което императивно е вменено на НЗОК да не заплаща суми над определените месечни стойности. Оспорва твърдението на ищеца, че претендираната сума се дължи на годно правно основание. Твърди, че наведените в искова молба доводи за нищожност на договорните клаузи са неоснователни. Претендираните от ищеца суми са недължими, а отказът за заплащане на отчетена дейност е законосъобразен. Твърди недължимост на сумата и на основание чл.43, ал.2 и ал.3 от договора, тъй като ищецът не е заявил пред възложителя искане за увеличаване месечните стойности за месеците април-декември 2017 г.

Съдът, като съобрази предметните предели на въззивното производство, очертани в жалбата и отговора, приема за установено от фактическа страна следното:

Първоинстанционния съд е обявил за безспорни и ненуждаещи се от доказване, следните обстоятелства: между страните е сключен договор за извършване на амбулаторни процедури за 2017 г. №032102 от 23.05.2017 г.; ищецът ежедневно е отчитал извършените медицински дейности; сочените от ищеца 2 бр. дейности – по 1 бр. за м.06.2017 г. и за м.12.2017 г. са реално осъществени, а размерът на претендираната сума - 720 лв. е определен правилно. Не е спор и относно обстоятелството, че ищецът е изпълнител на медицинска помощ по смисъла на чл.58 от ЗЗО.

По силата на процесния договор, ищецът се е задължил да оказва на здравноосигурените лица и на лицата по §8, ал.1 от Закона за бюджета на НЗОК за 2017 г., медицински дейности по приложение №7, към чл.1 от Наредба №2/2016 г. за определяне на основния пакет от здравни дейности, гарантиран от бюджета на НЗОК и посочени в приложение №18, „Амбулаторни процедури“ на НРД за медицинските дейности за 2017 г., а именно – амбулаторна процедура № 19 „Оперативно отстраняване на катаракта“ на пациенти над 18 год. възраст (чл.1, ал.1 от договора).

Договорът е подписан на 23.05.2017 г., като влиза в сила от 1 април 2017 г., съгласно §2 ПЗР от същия. Съгласно чл. 68 от договора, срокът на действие съвпада със срока на действие на НРД за медицинските дейности за 2017 г. и е в сила до приемането на нов или при промяна на действащия НРД.

На основание чл.4, ал.1 от договора, за изпълнение на дейностите по чл.1, изпълнителят има право да получава договореното заплащане за извършената и отчетена дейност по амбулаторната процедура, при условията, сроковете и по реда, определени в НРД за медицинските дейности за 2017 г. и договора.

В чл.43, ал.2 и ал.3 от договора са предвидени условията и процедурата за заплащане на надлимитните дехности, извършени от изпълнителя.

Съдът, като съобрази предметните предели на въззивното производство,

очертани в жалбата и отговора, приема за установено от правна страна следното:

Жалбата, инициирала настоящото въззивно произнасяне, е подадена в срок, от надлежно легитимирана страна, при наличието на правен интерес от обжалване, поради което е допустима и следва да бъде разгледана по същество.

Съгласно чл.269 от ГПК въззивният съд се произнася служебно по валидността на решението, а по допустимостта – в обжалваната му част. В обхвата на така посочените въззивни предели, ВОС намира обжалваното решение за валидно и допустимо.

По отношение на правилността на първоинстанционния съдебен акт, съобразно разпореждането на чл.269, ал.1, изр. второ ГПК, въззивният съд е ограничен от посочените в жалбата оплаквания, като служебно се произнася в хипотезите на нарушение на императивна правна норма.

Според чл.2, ал.1 от Закона за здравното осигуряване (ЗЗО) задължителното здравно осигуряване е дейност по управление и разходване на средствата от задължителните здравно осигурителни вноски за закупуване на здравни дейности, която се осъществява от НЗОК и от нейните териториални поделения – районни здравноосигурителни каси (РЗОК). Задължителното здравно осигуряване предоставя основен пакет от здравни дейности, гарантирани от бюджета на НЗОК. Видовете медицинска помощ, заплащана от НЗОК, са посочени в чл.45 от ЗЗО. Редът за предоставяне и изискванията към изпълнителите на отделните видове медицинска помощ по чл.45 се определят в Националния рамков договор и в договорите между РЗОК и изпълнителите - чл.46 от ЗЗО. Националният рамков договор (НРД) е нормативен административен акт, който има действие за територията на цялата страна за определен срок - чл. 4а от ЗЗО. Съгласно чл.55, ал.2, т.3а от ЗЗО с него се определят обемите, цените и методиките за остойностяване и закупуване на отделните видове медицинска помощ по чл.45.

За процесния период е приложим Национален рамков договор за медицинските дейности между Националната здравноосигурителна каса и Българския лекарски съюз (БЛС) за 2017 г., обнародван в ДВ брой бр. 24 от

21.03.2017 г., в сила от 1.04.2017 г., попр., бр. 30 от 11.04.2017 г., бр. 50 от 23.06.2017 г., изм. и доп., бр. 13 от 9.02.2018 г., в сила от 1.01.2018 г., отм., бр. 28 от 29.03.2018 г., в сила от 1.04.2018 г. Същият предвижда (чл.25, ал.1), че типовите договори с изпълнителите на медицинска помощ се утвърждават от управителя на НЗОК след съгласуване с председателя на УС на БЛС. Съгласно, ал.4 на чл.25 от НРД 2017г., неразделна част към договорите с изпълнителите на медицинска помощ са приложения за медицинските дейности за БМП, за медицински изделия, прилагани в болничната медицинска помощ и/или за лекарствена терапия при злокачествени заболявания.

Бюджетът на НЗОК е основния финансов план за набиране и разходване на паричните средства на задължителното здравно осигуряване и е отделен от държавния бюджет – чл.22 от ЗЗО. Състои се от приходна, разходна част и задължителен резерв (чл.25 от ЗЗО), вкл. за неотложни и непредвидени плащания. Тъй като процесният казус касае престирана извънболнична специализирана медицинска помощ за 2017 год., приложим е ЗБНЗОК за 2017 год. Съгласно същия (чл.2, ал.1) възлага чрез сключване на договори с изпълнителите на медицинска помощ оказването в полза на здравноосигурените лица на медицинска помощ, договорена по вид, обхват, обем, качество и цена в НРД, съгласно чл. 55, ал. 2 ЗЗО. Типовите договори с изпълнителите на медицинска помощ се утвърждават от управителя на НЗОК след съгласуване с председателя на УС на БЛС.

Относителите към процесния спор Правила за условията и реда за прилагане на ЗБНЗОК за 2017 год. са приети в съответствие със законовата делегация на чл. 4, ал.4 от ЗБНЗОК и регламентират подробно условията и реда за определяне стойностите на дейностите на болнична медицинска помощ. Всяка РЗОК определя стойността за дейностите за медицинска помощ към договорите с изпълнителите. Същите следва да бъдат утвърдени от Надзорния съвет (НС) на НЗОК (чл.8, ал.1).

Съвкупното тълкуване на всички относими законови норми сочи, че отношенията във връзка с разходването на здравноосигурителни средства и обусловеното от това договаряне и плащане на изпълнителите, е подчинено на финансов механизъм за разпределение на лимитирани бюджетни средства.

Индивидуалното договаряне с изпълнителите е разчетено, строго лимитирано и се осъществява в рамките на утвърдени, предварително фиксирани обеми и стойности.

Законодателно въведения регулаторен механизъм в отношенията между РЗОК и изпълнителите на медицинска помощ е намерило отражение и в процесния договор с ищцовото дружество. Същият има за предмет извършване на амбулаторни процедури на определен, посочен в договора кръг лица, но само в определени стойностни рамки. Изпълнителят не може да отчита с финансово-отчетни документи дейности на стойност, надвишаваща утвърдената в приложение № 2 стойност (лимит) за съответния месец. Превਿшението на стойността на дейностите е основание за отхвърляне на плащането. Възложителят дължи плащане на извършена и отчетена дейност, но само в рамките на договорно определените стойности (лимита).

Настоящият съдебен състав споделя напълно трайно застъпеното становище в съдебната практика на Варненски апелативен съд по сходни спорове, че договорно въведените ограничения относно обемите на заплащане на болнична помощ съответстват на законодателните такива. Финансовата рамка, очертана от ЗБНЗОК, става задължителна за самия изпълнител на болнична помощ след индивидуално договаряне и сключване на договор. Съответствието на посоченото законодателно разрешение с Конституцията на Р. България е изрично признато в Решение № 2/22 февруари 2007 г. по к.д.№ 12/2006 г. (Обн., ДВ, бр. 20 от 6 март 2007 г.). Цитираното от ищеца, сега въззиваем, решение на ВАС е неотносимо към процесния случай, т.к. не касае бюджета на НЗОК за 2017г.

В заключение, определянето на финансови рамки (лимита) за дължимото по договора плащане не противоречи на императивни законови норми. Обратно, договорното ограничаване на паричната престация на възложителя е в изрично изпълнение на законовата регулаторна рамка, която императивно предвижда лимитиране на бюджетното финансиране, разпределение и плащане. Като значима и чувствителна обществена система, здравната система, в т.ч. и здравноосигурителната изискват стабилност и яснота.

Законодателното разрешение на проблемите във връзка с лимитираното

заплащане на изпълнителите, допуска корекция на предварителните, месечно заложили обем и стойност на медицинската услуга, но по специален ред и в специална процедура. Такава процедура е изрично предвидена и в сключения между страните договор за извършване на амбулаторни процедури за 2017 г. №032102 от 23.05.2017 г. В чл.43, ал.2 от договора изрично е предвидена процедура за заплащане на надлимитна дейност. Страните са уговорили, при отчетени от изпълнителя случаи на стойност, надвишаваща определената месечна стойност в приложение №2 към договора, изпълнителят да подава в сроковете за отчитане по чл.35, ал.10, писмено заявление до възложителя за увеличаване на месечната стойност за тези случаи. Ищецът нито твърдим нито представи доказателства да е спазил процедурата по чл.43 от договора. Нещо повече, протоколът за извършена надлимитна дейност (л.11, дело ВРС) е съставен едва на 18.12.2018г.

В заключение съдът намира, че изпълнителят по сключен договор по чл.59 от ЗЗО не може да претендира по съдебен ред заплащане на оказана надлимитна болнична медицинска помощ без обосноваване на специалните предпоставки за това. Поради неизпълнена от ищеца доказателствена тежест за тяхното установяване предявеният иск се цени като недоказан, което води до неговата неоснователност.

По изложените фактически и правни съображения въззивният съд намира, че обжалваното решение на първоинстанционния съд следва да бъде отменено, като предявеният иск бъде отхвърлен като неоснователен.

В полза на въззивника следва да бъдат присъдени сторените при двуинстанционното разглеждане на спора съдебни и деловодни разноси – 45 лева заплатени държавни такси, както и ю.к. възнаграждение 200 лева за първа инстанция и в размер на 150 лева за възивна инстанция, т.е. общо 395 лева.

Въз основа на изложените мотиви, съдебният състав на Варненски окръжен съд

**РЕШИ:**

**ОТМЕНЯ** изцяло решение № 260745/19.10.2020г. по гр. дело №



1396/2020г. по описа на ВРС, като вместо него ПОСТАНОВЯВА:

**ОТХВЪРЛЯ** предявения иск от "АМБУЛАТОРИЯ - МЕДИЦИНСКИ ЦЕНТЪР ЗА СПЕЦИАЛИЗИРАНА МЕДИЦИНСКА ПОМОЩ - СВЕТА ПЕТКА АЙ КЕЪР" ЕООД, ЕИК 203318914, със седалище гр. Варна, против Национална здравноосигурителна каса, със седалище гр. София, за заплащане на сумата от 720 лева, представляваща сбор от дължими суми за извършени от ищеца 2 бр. медицински дейности по амбулаторна процедура №19 – „оперативно отстраняване на катаракта“, от които: 1 бр. за м.юни 2017 г., на стойност 360 лева и 1 бр. за м. декември 2017 г., на стойност 360 лева, по договор №032102/23.05.2017 г.

**О С Ъ Ж Д А** "АМБУЛАТОРИЯ - МЕДИЦИНСКИ ЦЕНТЪР ЗА СПЕЦИАЛИЗИРАНА МЕДИЦИНСКА ПОМОЩ - СВЕТА ПЕТКА АЙ КЕЪР" ЕООД, ЕИК 203318914, със седалище гр. Варна, да заплати на Национална здравноосигурителна каса, със седалище гр. София, сумата от 395 (триста деветдесет и пет) лева, представляваща общия размер на сторените разноси и ю.к. възнаграждение за производство по делото (първоинстанционно и въззивно), на основание чл.78, ал.3 и ал.8 от ГПК.

**РЕШЕНИЕТО** не подлежи на касационно обжалване по аргумент от чл.280, ал.3 от ГПК.

**Председател:** \_\_\_\_\_

**Членове:**

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_