

РЕШЕНИЕ

№ 445

гр. София , 13.07.2021 г.

В ИМЕТО НА НАРОДА

АПЕЛАТИВЕН СЪД - СОФИЯ, 5-ТИ ТЪРГОВСКИ в закрито заседание на
тринадесети юли, през две хиляди двадесет и първа година в следния състав:

Председател:	Иво Димитров
Членове:	Величка Борилова Зорница Гладилова

като разгледа докладваното от Зорница Гладилова Въззивно търговско дело
№ 20211001000486 по описа за 2021 година

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

С Решение № 900471/31.03.2021 г. на Окръжен съд Благоевград, ГО, VIII състав, по т.д. № 16/2020 г. Национална здравноосигурителна каса е осъдена да заплати на „Многопрофилна болница за активно лечение Пулс“ АД следните суми: 40 623 лв. по фактура № 2000002044/13.09.2018 г. и спецификацията към нея за извършените медицински дейности на 51 ЗОЛ по клинични пътеки през м.август 2018 г., съгласно договор № 010633/29.05.2018 г. за оказване на болнична помощ по клинични пътеки; 266 лв. по фактура № 2000002045/13.09.2018 г. и спецификацията към нея и 22 лв. по фактура № 2000002046/13.09.2018 г. и спецификацията към нея, за извършените медицински дейности на 2 ЗОЛ по амбулаторни процедури през м.август 2018 г., съгласно договор № 011243/29.05.2018 г. за извършване на амбулаторни процедури и сумата от 465 лв. по фактура № 20000002047/13.09.18 г. и спецификацията към нея, за извършени медицински дейности на 3 ЗОЛ по клинични процедури през август 2018 г., съгласно договор № 011215/29.05.2018 г. за извършване на клинични процедури, ведно със законните лихви върху горните суми, считано от дата на предявяване на исковата молба - 22.01.2020 г., до окончателното им изплащане. С решението Национална здравноосигурителна каса е осъдена да заплати на „Многопрофилна болница за активно лечение Пулс“ АД следните суми 5450.25 лв., представляваща мораторна лихва за забавено плащане на главницата от 40 623 лв. за периода 26.09.2018 г. -20.01.2020 г. ; 35.69 лв. представляваща мораторна лихва за забавено плащане на главницата от 266 лв. за периода 26.09.2018 г. - 20.01.2020 г.; 2.95 лв., представляваща мораторна лихва за забавено плащане на главницата от 22 лв. за периода 26.09.2018 г. - 20.01.2020 г.; 62 лв., представляваща мораторна лихва за забавено плащане на главницата от 465 лв. за периода 26.09.2018 г. - 20.01.2020 г., както и 5 432.11 лв., представляващи направени по делото разноски.

Срещу решението е подадена въззивна жалба от Национална здравноосигурителна каса, която поддържа, че съдът неправилно приел, че сумите са

дължими. Счита, че чл.52, ал.1 от Конституцията на РБ регламентира правото на гражданите на здравно осигуряване, гарантиращо им достъпна медицинска помощ, и на безплатно ползване на медицинско обслужване при условия и по ред, определени със закон, а ал.2 определя, че здравеопазването се финансира от държавния бюджет, от работодателите, от лични и колективни осигурителни вноски и от други източници при условия и по ред, определени със закон. Тези разпоредби не били самоизпълняващи се, а прилагането им било опосредено от законова уредба, съдържаща се в ЗЗО и в множество други нормативни актове от здравното законодателство. Правото на здравно осигуряване било от категорията на социалните права, чиято реализация зависела от предприеманите от държавата мерки и създаването на условия и гаранции за това. В компетентността на Народното събрание било създаването на правила и ред за осъществяването на тези права /така решение № 2/4.04.2006 г. по к.д. № 9/2005 г. на КС, решение № 10/13.09.2012 г. по к.д. № 15/2011 г. на КС и др./. Като социално право, правото по чл.52, ал.1 от Конституцията на РБ можело да бъде реализирано само в рамките на наличните материални и финансови ресурси на държавата. Ресурсите били ограничени, а обществените нужди били многобройни и принципно незадоволими в пълна степен. Това обуславяло ограничения върху вида, обхвата и количеството услуги, които Държавата можела да осигури на лицата, имащи право да ги ползват. Здравните услуги, чрез които се реализирало правото на достъп до медицинска помощ по чл.52, ал.1 от Конституцията на РБ не били безплатни. Те се заплащали на изпълнителите на медицинската помощ, за което ресурсът бил ограничен и ежегодно се определял и разпределял чрез годишния Закон за бюджета на НЗОК. Обхватът и количеството медицински услуги, които държавата закупувала чрез този ограничения ресурс, впоследствие се определяли чрез съответния Национален рамков договор /НРД/. Съгласно чл.55, ал.2, т.3а от ЗЗО в НРД се определяли обемите, цените и методиките за остойностяване и закупуване на видовете медицинска помощ по чл.45 от ЗЗО. Разпоредбата на чл.55а, ал.1 от ЗЗО давала правомощие на НЗОК да планира, договаря и закупува за здравноосигурените лица медицинска помощ в рамките на обемите, договорени в НРД и в съответствие с бюджета на НЗОК за съответната година. Разпоредбата на § 1, т.10 от ДР на ЗЗО дефиниралапонятието „обем на медицинска помощ“ като количеството медицински дейности, услуги и стоки, до които осигурените лица имат достъп при определени условия, регламентирани в НРД и в договорите за доброволно здравно осигуряване. Чрез ограничаването на обема на медицинската помощ по същество се ограничавало нейното количество - не само като вид медицински услуги, но и като конкретно закупено количество от всеки вид услуга.

Жалбоподателят поддържа, че заплащането на дейност, която надвишава стойността за съответния месец, посочена в Приложение № 2 към съответния индивидуален договор с изпълнителя на медицинска помощ, би било в противоречие и с разпоредбата на чл.119 от Закона за публичните финанси, която не допуска извършването на разходи или поемането на задължения, които влошават салдото по консолидираната фискална програма, освен в случаите, когато по предложение на Министерския съвет, Народното събрание е приело съответни изменения и допълнения в закона за държавния бюджет и/или в закона за бюджета на държавното обществено осигуряване, и/или в закона за бюджета на НЗОК за съответната година.

Национална здравноосигурителна каса поддържа, че обжалваното решение било в противоречие с чл.20а, ал.1 от ЗЗД, съгласно която договорът има силата на закон за тези, които са го сключили, която с обжалваното решени. Съдът присъдил на ищеца суми, които не били договорно определени от страните /над договорно определените стойности в съответните договори за процесния месец/. Възложителят по договор заплащал отчетената дейност в рамките на утвърдените стойности по Приложение 2 от подписаните между страните договори. По процесните договори изпълнителят е извършил надлимитна дейност /надвишаваща определените стойности за процесния месец/, заплащането на която не било дължимо. Медицинската дейност реално била извършена от изпълнителя на медицинска помощ, но извън предмета и предвижданията на съответния индивидуален договор. Да се

приеме, че плащане било дължимо за всяка дейност, осъществена от изпълнителя на медицинска помощ, би означавало да се признае правото на този изпълнител по всяко време /едностранно/ да променя /в смисъл да разширява/ предмета на договорите си. Задължения над размера посочен в Приложение № 2 към съответния договор, възложителят НЗОК не бил поемал.

В чл.356, ал.7 от НРД за МД за 2018 г. било регламентирано, че НЗОК не закупува дейности и медицински изделия, чиято стойност надвишава месечните стойности, определени по реда на правила по чл.4 от ЗБНЗОК за 2018 г. Съгласно чл.357, ал.4 от НРД за МД за 2018 г., стойностите по финансово-отчетните документи по чл.353, чл.354 и чл.355 от него, не следвало да надвишават размера на определените месечни стойности по приложение № 2 на индивидуалните договори с изпълнителите. В ал.12 на същия текст изрично било регламентирано, че изпълнителите на БМП не могат да предявяват за закупуване от НЗОК на дейности и медицински изделия, отхвърлени от заплащане поради надвишаване на стойностите за съответния месец в приложение № 2 към сключените от изпълнителите на БМП индивидуални договори.

Лечебните заведения били юридически лица, по смисъла на ТЗ и разполагали със собствен бюджет и средства. В чл.96 от Закон за лечебните заведения /ЗЛЗ/ били посочени, източниците на финансиране на лечебните заведения и НЗОК е само един от тях.

Правото на здравно осигуряване на гражданите, гарантиращо им достъпна медицинска помощ, и на безплатно ползване на медицинско обслужване се осъществявало при условия и по ред, определени със закон - чл.52, ал.1 от Конституцията. Законът за здравното осигуряване определя два вида здравно осигуряване на гражданите - задължително и доброволно. За осъществяването на задължителното здравно осигуряване била създадена Националната здравноосигурителна каса /юридическо лице на публичното право със самостоятелен бюджет, който е отделен от бюджета на държавата/. Съгласно чл.2 от ЗЗО задължителното здравно осигуряване било дейност по управление и разходване на средствата от задължителни здравноосигурителни вноски за закупуване на здравни дейности, което се осъществява от НЗОК. Задължителното здравно осигуряване предоставяло пакет от здравни дейности, гарантиран от бюджета на НЗОК. Съгласно чл.55а от ЗЗО НЗОК планирала, договаряла и закупувала за здравноосигурените лица медицинска помощ по чл.55, ал.2, т.2 от ЗЗО /описаните в чл.45 от ЗЗО видове медицинска помощ, които според алинея 2 се определяли като пакет, гарантиран от бюджета на НЗОК/ в рамките на обемите, договорени в националните рамкови договори и в съответствие с бюджета на НЗОК за съответната година. НЗОК била специализиран орган със самостоятелен бюджет, който се формира и изразходва по точно определен начин /чл.6, чл.22 - 32 от ЗЗО/ и бил основен финансов план за набиране и разходване на паричните средства на задължителното здравно осигуряване. Годишната стойност на разходите за видовете медицинска помощ, изплащана от НЗОК, била неразделна част от бюджета на НЗОК за съответната година - чл.22 от ЗЗО. Бюджетът, като финансов план изисквал строга бюджетна дисциплина и съгласно чл.24, т.1 от ЗЗО средствата на НЗОК се разходвали за заплащане на медицинска помощ, договорена с НРД и с договорите с изпълнителите. Подлежаща на заплащане била не всяка медицинска помощ, а само договорената, т. е. тази, която е предвидена с бюджета като финансов план.

Нормата на чл.4, ал.1 от ЗБНЗОК за 2018 г. /отм./ предвиждала в рамките на предвидените със закона стойности, НС на НЗОК да утвърди за всяка районна здравноосигурителна каса /РЗОК/ годишна обща стойност на разходите за здравноосигурителни плащания, разпределена по месеци и по изпълнители на болнична медицинска помощ, по предложение на директора на РЗОК. Директорите на РЗОК закупували от изпълнителите на болнична медицинска помощ дейности в рамките на утвърдените от НС на НЗОК стойности. Изпълнението на дейностите се анализирано и контролирано ежесечно и на тримесечие. Изпълнението на закона било възложено на

органите на управление на НЗОК. Надзорния съвет приемал съответните правила за прилагане на ЗБНЗОК за 2018 година. Съгласно чл.4, ал.1, т.2, б. "б." от ЗБНЗОК за 2018 г. било предвидено директорите на РЗОК да закупуват от изпълнителите на болнична медицинска помощ здравни дейности от пакета по чл.2, ал.1 от ЗЗО в рамките на обемите и стойностите на разпределените им годишни бюджети. Закупуването на здравни дейности следвало да се осъществява в рамките на утвърдените стойности на разходи за съответния период. Това ограничаване не нарушавало правото на здравноосигурените лица на достъп до медицински услуги, а осигурявало и обезпечавало това право, като регулира законово държавното финансиране. Закупуването на неограничени по обем здравни услуги /надлимитни такива/ с ограничени и предварително рамкирани /бюджетни/ средства било икономически неосъществимо. Определените в приложение № 2 към индивидуалните договори обеми и стойности, били валидни. С разпоредбите на чл.58 - чл.62 ЗЗО били очертани предметните рамки на индивидуалния договор, който следвало да е в съответствие с НРД, с решението по чл.54, ал.9 от ЗЗО и със самия ЗЗО /чл.59, ал.1 от ЗЗО/. Бюджетът на НЗОК се установявал със закон и спазването му било гаранция за валидност на договорните клаузи, а не основание за тяхната нищожност.

Уговорените месечни стойности на заплащаните от НЗОК дейности не противоречали на залегналите в чл.5 от ЗЗО принципи и не ограничавали гарантирания с чл.4 от ЗЗО свободен достъп на осигурените лица до медицинска помощ. В чл.4 и чл.5 от ЗЗО били регламентирани принципите на равнопоставеност, както на пациентите, ползващи свободен избор на лечебно заведение независимо от установяването им на определено място от територията на страната и на изпълнителите, които договарят с НЗОК обслужването на гражданите в рамките на обеми, гарантирани от бюджета. Законът не предоставял неограничен безплатен достъп на всеки пациент до всяка услуга, а регламентирал ползването на права на осигурени лица до определен размер от финансиране, набирано чрез здравноосигурителните вноски и разпределени между различните изпълнители на медицински услуги. Конкретизацията на този принцип била изведена в чл.24, т.8 и чл.26, ал.2 и чл.29, ал.3 от ЗЗО, изискващи диференциране на разходите, предвидени за закупуване от изпълнителите на услуги за безплатно обслужване на пациенти до рамки, установени в закон за бюджета на НЗОК и възможност за допълнително финансиране на такова изпълнение, само доколкото има и свободен резерв. С чл.45, ал.2 и ал.5 от ЗЗО били определени вида на услугите, включени в пакета, гарантиран като безплатно предоставено обслужване, което били ограничени по стойност до размерите планирани като разходи в бюджета. Законът предвиждал отношенията да се уреждат с типизираните договори /чл.25, ал.4 от НРД за медицинските дейности за 2018 г./, съдържащи изрично фиксиране на обемите на разходите, заделени в бюджета за конкретното лечебно заведение - изпълнител, след разпределяне по реда на ЗБНЗОК за 2018 г.

По силата на чл.45 от ЗЗО, НЗОК дължи да закупи договорената и оказаната медицинска помощ на осигурени лица. С чл.51 от ЗЗО било въведено правилото, че медицинската помощ извън обхвата на чл.45 и договореното в НРД, не се закупувала от НЗОК и във връзка с това следвало да се тълкуват ограничаващите обема на задължението на НЗОК разпоредби в индивидуалните договори. Разпоредбата на чл.28, ал.1 от НРД за медицинските дейности 2018 г. декларирала правото на изпълнителите на медицинска помощ да получават в срок и в пълен размер заплащане за извършените дейности, но при условията и по реда на глава седемнадесета, раздели VII и VIII, глава осемнадесета, раздел VI и глава деветнадесета, раздели VIII и IX и сключения между страните договор. Едно от условията по сключените договори било да не се превишават определените в Приложение № 2 към тях стойности за съответния месец.

Въпросът относно заплащането на дейности, с които се надвишават определените в Приложение № 2 към договорите стойности /т.н. надлимитни/ не подлежал на решаване в спор по иск за реално изпълнение на индивидуалните договори за оказване на болнична помощ. Клаузите от договорите били ясни, точни и недвусмислено, подчинени на

лимитирано бюджетно финансиране. Определянето на финансови рамки за дължимото по договорите плащане не противоречало на императивни законови норми. Договорите обективизирали съгласие и обвързвали страните със силата на закон. Съгласно сключените договори, изпълнителят по тях имал правото да получава договореното заплащане за извършената, отчетена и потвърдена от възложителя дейност при условията, в сроковете и реда, определени в тях. Претенцията за заплащане на тези медицински дейности, чиято стойност надвишава определената в Приложение № 2 към съответния договор била неоснователна. Предявените акцесорни искове също били неоснователни.

Национална здравноосигурителна каса моли обжалваното решение да бъде отменено и исковете – отхвърлени.

Въззиваемият „Многопрофилна болница за активно лечение Пулс“ АД оспорва въззивната жалба и моли съда да потвърди обжалваното решение. С оглед вменените на ищеца задължения по договорите /идентични и в трите договора/, действащата нормативна уредба и законово-гарантираните права на осигурените лица, липсвала правна възможност лечебното заведение да откаже предоставянето на медицинска помощ на ЗОЛ на каквото и да е основание, в т.ч. и поради изчерпване на определените средства от лимитирания бюджет. Правото на здравеопазване, финансирано от държавния бюджет, било основно право на гражданите, гарантирано от Конституцията на РБ и в действащата нормативна уредба нямало легален критерий, по който да се определи на кой здравно осигурен български гражданин да се предостави БМП и на кой не, ако средствата в този бюджет не са достатъчни, респ. не било предвидено, че заболялите по-рано във времето имат право на лечение, а тези заболяли по-късно нямат такова право. Държавната политика в областта на здравното осигуряване се осъществявала чрез специално създаден за целта орган - НЗОК /чл.6, ал.1 ЗЗО/ и негова отговорност била обезпечаването на финансов ресурс, гарантиращ на ЗОЛ своевременен достъп до здравеопазване и пакет медицински дейности, които да се получат в лечебно заведение по избор. Разпоредбите на Закона за здравното осигуряване /чл.4, чл.5, чл.35, чл.55/ показвали, че уговорените от НЗОК в процесните договори лимити на заплащане противоречат на залегналите в чл.5 от ЗЗО принципи на гарантирани от закона здравни дейности на осигурените лица и свободен достъп на ЗОЛ до медицинска помощ при свободен избор на изпълнител. Оказването на медицинска помощ на здравноосигурените лица в зависимост от обстоятелството дали необходимостта от такава е възникнала в рамките на определените от НЗОК стойностни лимити, водело до неравноправно третиране на осигурените лица и нарушаване на принципа на равнопоставеност при ползване на медицинските услуги /чл.5, т.5 ЗЗО/. В случай на по-ранно разходване на бюджета, ЗОЛ не са лишени от своите права, тъй като установения в чл.6 ал.2 КРБ и чл.2 т.1, чл.5 т.5 ЗЗО принцип на равнопоставеност на ЗОЛ предпоставял оказване на медицинска помощ от лечебните заведения на всяко потърсило ги ЗОЛ при идентични условия и в тази връзка, задължение на НЗОК да плати за лечението на всяко ЗОЛ в обхвата на гарантирания от държавата пакет от здравни дейности.

За ответника, на когото държавата е възложила управлението на задължителното здравно осигуряване, било ирелевантно на кое точно лечебно заведение ще заплати за оказаната на ЗОЛ болнична помощ, т.к. средствата в бюджета на НЗОК са целево предвидени именно за лечението на здравноосигурени лица и заплащането на дейността е обусловено от избора на ЗОЛ на лечебно заведение и реално оказаната болнична помощ, а не от предварително определени на избраното ЛЗ стойности. След като процесните дейности са осъществени от ищеца в изпълнение на поетите от него договорни задължения и по отношение на правоимащи здравноосигурени лица, то същият се явява изправна страна по договорите и следва да бъде възмезден за извършената престация именно на договорно основание, тъй като извършените дейности били в предмета на сключените договори.

Дейността, чието заплащане се претендира е престирана на 56 здравноосигурени лица с признато от закона и сключените между страните договори право на безплатна медицинска помощ от пакета здравни дейности, гарантиран от НЗОК. Дейността е извършена съобразно договореното, в изпълнение на алгоритмите на клиничните пътеки, амбулаторни и клинични процедури, по които са лекувани лица, което обстоятелство се признава от ответната страна, а отделно се установява от контролните органи на НЗОК в хода на извършените в лечебното заведение проверки и приетата по делото СМЕ. Следователно процесните дейности са престирани в изпълнение и съобразно договорите.

Въззиваемият счита, че заложените в Приложение № 2 към договорите стойности можело да имат само прогнозен характер, тъй като броят ЗОЛ, които ще се разболеят през конкретен месец и къде ще изберат да се лекуват, не подлежало на предвиждане. Здравноосигурените лица не се страни по сключените договори и не били длъжни да се съобразяват с финансови лимити, време на осъществяване на лечение, както и избран от тях изпълнител. Прогнозния и незадължителен характер на стойностите се виждал от това, че стойностите за дейностите по КП били изменяни два пъти след сключване на договора - един път в рамките на самия отчетен месец - на 20.08.2018 г. с ДС № 5, когато стойността е намалена с 30 746 лв., въпреки че осъществяването на дейността по договора за месеца е вече започнало, а в някои от случаите дори дейността е вече извършена и отчетена. Второто изменение в стойностите било на 26.09.2018 г. с ДС № 6 - след приключване на отчетния месец. Показателно било и начинът на извършване на плащанията от страна на НЗОК - две последващи плащания на дейност, извършена през процесния месец август, която първоначално не е заплатена. На 26.09.2018 г. е заплатено лечението на общо 45 здравноосигурени лица, от които - 42 ЗОЛ по КП, на 2 ЗОЛ по АПр и 1 ЗОЛ по КПр на обща стойност 42 566 лв., които също като процесите 56 случая са включени в изпратени от НЗОК до лечебното заведение справки - Месечни справка надмесечни стойности /л.161-162, л.170 и л. 255-257 от делото/. Заплатените дейности на обща стойност от 42 566 лв. също били определени от НЗОК като „надлимитни“ и също като процесите 56 случая първоначално не са платени. В последствие обаче, по указания на ответната страна, на 13.09.2018 г. ищецът издал три дебитни известия - №2-2042, 2-2038 и №2-2033 за посочените 45 случая, по които било направено плащане. Отделно от това, на 21.12.2018 г. било направено още едно плащане на дейност извършена през месец август. По указание на ответника на 12.12.2018 г. ищецът издал Дебитно известие №2-2127 за отчетени случаи на лечение, заплатени през месец декември 2018 г. - в друг финансов период и вече от бюджета за друг месец - месец ноември 2018 г.

Нито финансовият план, определен в ЗБНЗОК за 2018г., нито ЗЗО предписвали бюджетната рамка като предел на отговорността на държавата при обезпечаване на покрития от НЗОК пакет от услуги. ЗБНЗОК 2018 г. предвиждал възможност за промени в стойностите. Налице били и редица механизми, предвидени в ЗБНЗОК и ЗЗО, с които НЗОК да осигури необходимите средства за заплащане на гарантирания пакет медицински дейности - адекватно планиране на собствения бюджет /чл.29 ЗЗО/, освобождаване на средства от резерва /чл.25, вр. чл.26, ал.2 ЗЗО/, краткосрочни безлихвени заеми от държавния бюджет /чп.23, ал.2 ЗЗО/, ползване на изпълнението на приходите от здравноосигурителни вноски и неданъчни приходи за покриването на допълнителни здравноосигурителни плащания над утвърдените разходи, както и трансфери от централния бюджет /§1 ПЗР на ЗБНЗОК 2018 г./ и др. След като НЗОК била орган за осъществяване разходването на средствата от здравноосигурителните вноски на гражданите за здравни дейности, то нейно основно задължение било правилното управление, планиране и разходване на общественния фонд. Отговорността на Национална здравноосигурителна каса да обезпечи достъпно здравеопазване не била лимитирана.

Правилно разходване на бюджета за здравеопазване е това разходване на средствата, което гарантира на всички здравноосигурени лица свободен достъп до

медицинска помощ и избор на изпълнител, който да я предостави.

По делото липсвали твърдения и доказателства, че определената бюджетна рамка е достигната или надвишена. От представения по делото отчет за изпълнението на бюджета на НЗОК за процесната 2018 г. /л.229-236 от делото/ се установявало, че НЗОК приключва годината с положително бюджетно салдо /излишък/ в размер на 10 942 900 лв., което означавало, че предвидените средства за здравни плащания не са били изчерпани на национално ниво.

В процесните договори нямало посочени обеми на медицинските дейности, които подлежат на закупуване, а единствено конкретните КП, АПр и КПр, по които ищецът има право да оказва болнична помощ и техните цени /чл.1, ал.1 и чл.20, ал.1 от Договор № 010633/29.05.2018 г. за КП; в чл.1, ал.1 и чл.27, ал.1 от Договор № 011243/29.05.2018 г. за АПр и в чл.1, ал.1 и чл.16, ал.1 от Договор № 011215/29.05.2018 г. за КПр/. Обеми на видовете медицинска помощ се договаряли единствено между НЗОК и БЛС в националните рамкови договори /по арг. на чл.55, ал.3, т.3а от ЗЗО/, като за дейностите по КП обемите били посочени в чл.331 от НРД 2018 г., за АПр - в чл.333 от НРД 2018 г., а за КПр - в чл.332 от НРД 2018 г. и съгласно чл.330, ал.3 от НРД 2018 г. обхващали дейностите извършени по реда на Рамковия договор за 2018 г. в периода след 01.04.2018 г., подлежащи на заплащане през 2018 г. по ЗБНЗОК за 2018 г. С ъщите били дадени общо и не обвързвали конкретен изпълнител с конкретен обем дейност.

Осъществяването на медицинските дейности, предмет на процесните договори зависело от нуждата на здравноосигуреното лице от конкретен вид медицинска помощ и не почивало нито на свободната преценка на лечебното заведение дали да приеме даден пациент с оглед спазването на определени месечни стойности, нито на желанието на НЗОК да лимитира своя финансов ангажимент спрямо изпълнителите на болнична медицинска помощ до размера на разпределените средства. За процесния месец август 2018 г. 39 от общо процесните 56 ЗОЛ били спешни случаи, чието лечение нито може да бъде отложено, нито изобщо да не бъде престоирано, предвид състоянието им и рискът от необратимо увреждане на тяхното здраве или настъпване на смърт. Лечебното заведение е било длъжно да приеме и окаже болнична помощ /чл.35, ал.1, т.3 от ЗЗО; чл.19, ал.3 от ЗЛЗ; чл.100, ал.2 от ЗЗ; чл.3 от Наредбата за оказване на спешна медицинска помощ/ и клаузите на сключените договори /идентични и в трите договора - чл.5, т.1, 9, 14/.

Пациентите, приети в условията на планов прием /16 броя/ не били лишени от правата им на здравноосигурени лица. С чл.45 ал.2 от ЗЗО законодателят е регламентирал медицинската помощ оказвана на ЗОЛ, в т.ч. и болничната медицинска помощ за диагностика и лечение по повод на заболяване /ал.1, т.3/ като пакет, гарантиран от бюджета на НЗОК, който се определя с наредба на министъра на здравеопазването. Законът /Конституцията, ЗЗО и НРД 2018 г., действащата за процесния период Наредба № 3/20.03.2018 г. за определяне на пакета/ не прави разграничение в заболяванията или вида прием, включени в основния пакет, респ. в заплащането на оказаната медицинска помощ съобразно това дали ЗОЛ е с едно или друго заболяване и дали е приет планово или спешно. Законът гарантира на всички лица еднакъв достъп до медицинска помощ и НЗОК било длъжно да я заплаща.

„Многопрофилна болница за активно лечение Пулс“ АД поддържа, че НЗОК не било ангажирало доказателства в хода на процеса, че именно дейността предмет на иска е такава явяваща се над утвърдените месечни стойности. Било установено, че при подбора на случаите, които да бъдат заплатени, ответникът е действал произволно и хаотично и не се е ръководил от достигането на т.нар. „лимит“. В дните на прием на процесните пациенти /16.08.2018 г. - 26.08.2018 г./, в лечебното заведение били приети и други 163 здравноосигурени лица, чието лечение е заплатено, като аналогична била ситуацията и по отношение на дните на изписване в периода от 26-ти до 31-ви август, когато от ЛЗ освен

процесните 56 ЗОЛ били изписани още 50 ЗОЛ, чието лечение е платено.

Въззиваемият твърди, че заключението на изслушаната експертиза установило, че за месец август 2018 г. няма отхвърлени от заплащане случаи по реда на договорите, аналогично на други месеци през годината, с посочени конкретни причини за отхвърляне. За процесиите 56 пациенти справка - спецификация обаче не била изпращана.

Ответникът по жалбата оспорва в договорите или в действащата нормативна уредба /ЗЗО, ЗБНЗОК 2018г./ да се съдържа клауза, която да прехвърля финансовата тежест по опазване здравето на гражданите от държавата към частноправни субекти, които били и търговски дружества с изрична забрана да извършват търговска дейност извън сферата на медицинско обслужване /чл.3, ал.5 от ЗЛЗ/ и нарочна забрана да изискват заплащане или доплащане от ЗОЛ за дейности гарантирани от бюджета на НЗОК /чл.30, т.5 от НРД 2018г./.

Процесните договори по своята правна характеристика са типови и се утвърждавали от НЗОК и БЛС /чл.20, ал.1 от НРД 2018 г./ като тяхното съдържание не се определя от волята на лечебното заведение - изпълнител. Невъзможно било за лечебното заведение да иска предоговаряне на предварително изготвените от възложителя условия, в т.ч. и на определяните стойности. Липсата на съгласие с едностранно определените стойности по договорите се установявала и от представените по делото писма и заявления до НЗОК, изпращани от ЛЗ /л.210-219 от делото/, с които ищецът многократно е отправял до ответника искания за увеличаване бюджета на болницата и заплащане на оказаната в изпълнение на договорите болнична помощ, в т.ч. и за процесния месец август 2018 г., по които НЗОК не е предприела действия.

Съдът като обсъди представените по делото доказателства и доводите на страните, приема за установено следното:

Производството е образувано по искова молба на „Многопрофилна болница за активно лечение Пулс“ АД против Национална здравноосигурителна каса, в която поддържа, че на 29.05.2018 г. с ответника сключили три договора: договор № 010633 за оказване на болнична помощ по клинични пътеки; договор № 011243 за извършване на амбулаторни процедури и договор № 011215 за извършване на клинични процедури. В изпълнение на договорите през м.август 2018 г. ищцовото дружество оказало медицинска помощ на здравноосигурени лица, индивидуализирани чрез посочените в исковата молба истории за заболяванията. По отношение на здравноосигурените лица било осъществено болнично лечение по клинични пътеки като за част от тях било в условията на спешност. За извършената медицинска дейност по договорите на 13.09.2018 г. ищецът е издал фактури № 2000002044; № 2000002045; № 2000002046 и № 2000002047, по които е останала незаплатена стойност на извършената медицинска дейност в общ размер на претендираните главници. Плащането по тези фактури следвало да се извърши до 25.09.2018 г., след която дата ответникът е изпаднал в забава, поради което дължи претендираната мораторна лихва по всяка от фактурите. При условията на евентуалност ищеца предявява исковите си претенции на извън договорно основание, за което подробно се обосновава.

С допълнителната искова молба ищецът поддържа нищожност на подробно изброените договорни клаузи в процесните три договора на основание чл.26 ал.1 пр.1 от ЗЗД, поради противоречието им с конституционни принципи - чл.6, чл.19, чл.28 и чл.52 от Конституцията, с чл.4, 5, 35, 47 и 59 от ЗЗО; с чл.2 и чл.81 от ЗЗ и чл.2 от Наредбата за осъществяване правото на достъп до медицинската помощ. Поддържа тяхната нищожност и на основание противоречие с добрите нрави - чл.26, ал.1, пр.2 от ЗЗД. Оспорва приложението на изброените клаузи от националния рамков договор за медицински

дейности за 2018 г. и на Правилата по чл.4 ал.4 от ЗБНЗОК за 2018 г. Въвежда се възражение за нищожност на чл.4 ал.4 от ЗБНЗОК за 2018 г., поради липса на материална компетентност на НС на НЗОК за приемане на Решение № РД-НС-04-6/26.01.2018 г., въз основа на което са приети оспорените правила. Поддържа нищожност на оспорените договорни клаузи поради противоречието им с правото на ЕС - чл.56 и чл.57 от ДФЕС.

Ответникът оспорва предявените искове като неоснователни. Не спори относно сключването на договорите и осъществяването на болничната медицинска помощ от страна на ищеца. Оспорва своето задължение за нейното заплащане като поддържа, че в качеството си на възложител по договорите има задължение да закупува единствено договорения обем медицинска дейност, определен в приложение № 2 към договорите. Вземанията, предмет на делото не били дължими, тъй като претендираните суми надхвърляли лимитите, определени с годишната стойност на разходите, разпределени по месеци за съответните медицински дейности. Ответникът в качеството си на възложител по договорите дължал на ищеца само закупения с конкретния договор обем медицинска дейност. Ответникът поддържа, че правото на гражданите в т.ч. на здравноосигурените лица, на достъпна медицинска помощ, се реализирало по модел, регламентиран в чл.4 ал.3 от ЗЗО и чл.88 от ЗЗ и издадената в приложение на последния Наредба за осъществяване на правото на достъп до медицинска помощ. С подписването на договорите ищецът се съгласил да оказва медицинска болнична помощ на здравноосигурени лица в рамките на определените стойности в приложение №2 към договора, поради което плащане над лимитираните обеми и стойности на медицинските дейности по всеки от договорите не било дължимо. Оспорва предявения евентуалния иск по съображения, че не е налице неоснователно обогатяване под формата на спестени разходи. Сочи се, че НЗОК заплаща на лечебните заведения извършените медицински дейности със средства от бюджета на касата, а тези средства са за договорения обем и вид дейности.

С допълнителния отговор ответникът възразява, че ищецът като болнично лечебно заведение има и други източници на приходи, а не само от НЗОК. Ищецът получавал плащания от потребителите на медицински услуга, приходи от Министерство на здравеопазването, от здравноосигурителни дружества и др. Поради това не било необходимо да бъде отказвана на пациент медицинска помощ, при условие, че лечебното заведение разполага и с други средства и механизми за контролиране на разходите си. Ищецът не бил легитимиран да брани чужди права - на здравноосигурените лица, което правел с въведените възражения за нищожност на договорни клаузи.

Представен е договор № 010633/29.05.2018 г. за оказване на болнична помощ по клинични пътеки, по силата на който НЗОК е възложила на „Многопрофилна болница за активно лечение Пулс“ АД на основание чл. 59 от Закона за здравето осигуряване, да оказва на здравноосигурените лица болнична медицинска помощ по клинични пътеки, посочени в Приложение № 9 към чл.1 Наредба № 3 от 2018 г. за определяне на пакета от здравни дейности, гарантиран от бюджета на НЗОК по посочени съответно в приложение № 17а „Клинични пътеки“ на НРД за медицинските дейности за 2018 г., които са подробно изброени в чл.1 от договора. НЗОК се задължава да заплаща дейностите по чл.1, ал.1 съгласно глава 19, раздел VI, VIII, IX от НРД за медицинските дейности за 2018 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 2018 г., подзаконовите нормативни актове по прилагането им, кодекса за професионална етика и НРД за 2018 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 2018 г. В чл.5 са предвидени задълженията на изпълнителя, сред които фигурират задълженията: да осигурява договорената медицинска дейност по КП; да оказва БМП по вид, обем и сложност, съответстващи на договорените като спазва установените в приложение № 17а „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 ежедневно подаваната 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.38, ал.3 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.38, ал.7 изпълнителят не може да предявява за закупуване от възложителя дейности и мед.изделия, отхвърлени от заплащане поради надвишаване на стойностите за съответния месец. Съгласно чл.39, ал.3 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. Съгласно чл.40 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.46 плащанията на изпълнителя се извършват чрез РЗОК до 25-то число на месеца, следващ отчетния.

Представено е Приложение № 2 към договора.

Представен е договор № 011243/29.05.2018 г., по силата на който НЗОК е възложила на „Многопрофилна болница за активно лечение Пулс“ АД на основание чл. 59 от Закона за здравното осигуряване, да оказва на здравноосигурените лица болнична медицинска дейности по Приложение № 7 към чл.1 Наредба № 3 от 2018 г. за определяне на пакета от здравни дейности, гарантиран от бюджета на НЗОК по посочени съответно в приложение № 18 „Амбулаторни процедури“ на НРД за медицинските дейности за 2018 г. В него са предвидени разпоредби, които са аналогични на тези по договор № 010633/29.05.2018 г. за оказване на болнична помощ по клинични пътеки.

Представен е договор № 011215/29.05.2018 г., по силата на който НЗОК е възложила на „Многопрофилна болница за активно лечение Пулс“ АД на основание чл. 59 от Закона за здравното осигуряване, да оказва на здравноосигурените лица медицинска помощ по клинични процедури, посочени в Приложение № 8 към чл.1 Наредба № 3 от 2018 г. за определяне на пакета от здравни дейности, гарантиран от бюджета на НЗОК по посочени съответно в приложение № 19а „Клинични процедури“ на НРД за медицинските дейности за 2018 г. В него са предвидени разпоредби, които са аналогични на тези по договор № 010633/29.05.2018 г. за оказване на болнична помощ по клинични пътеки.

По делото са представени следните фактури: № 2000002044/13.09.2018 г. за 40 623 лв., фактура №2000002045/13.09.2018 г. за 266 лв., фактура № 200000/2046/13.09.2018 г. за 22 лв. и фактура № 2000002047/13.09.2018 г. за 465 лв., заедно със спецификациите към

тях. Фактурите са издадени от „Многопрофилна болница за активно лечение Пулс“ АД към РЗОК Благоевград за: извършена медицинска дейност по КП за 51 ЗОЛ по договор № 010633/29.05.2018 г. за оказване на болнична помощ по клинични пътеки; извършена медицинска дейност по Амбулаторни процедури по договор № 011243/29.05.2018 г. за извършване на амбулаторни процедури и за извършена медицинска дейност по Клинични процедури по договор № 011215/29.05.2018 г. за извършване на клинични процедури. От тях се установява, че през месец август 2018 г. „Многопрофилна болница за активно лечение Пулс“ АД е оказала болнична медицинска помощ на 56 ЗОЛ, съответно: 51 души са по клинични пътеки, 2 души - амбулаторни процедури и 3 - клинични процедури.

Ответникът е приложил Правила за условията и реда за прилагане на чл.4, ал.1, ал.2 и ал.3 от ЗБНЗОК за 2018 г.

Представени са решения на НС на НЗОК, с които е прието месечно разпределение на бюджета на НЗОК за 2018 г. и с които е актуализирано месечното разпределение на бюджета на НЗОК.

Представени са справки за изплатените от страна на РЗОК Благоевград суми на „Многопрофилна болница за активно лечение Пулс“ АД за оказана болнична мед.помощ по КП, за извършване на клинични процедури и на амбулаторни процедури.

Представени са допълнителни споразумения към договор № 010633/29.05.2018 г. за оказване на болнична помощ по клинични пътеки, с които е изменено приложение № 2 към договора.

Представена е кореспонденция между страните, от която е видно, че „Многопрофилна болница за активно лечение Пулс“ АД е подавала мотивирани предложения за изменение на годишния бюджет на болницата за 2018 г. през м.януари; м.юни; м.юли 2018 г., както и е отправяла искания до членовете на НС на НЗОК за заплащането на незаплатена болнична медицинска помощ на здравноосигурени лица.

Представено е писмено заявление от 13.09.2018 г. с което „Многопрофилна болница за активно лечение Пулс“ АД е поискала от РЗОК да бъде увеличена месечната стойност по процесните договори за месец на дейност август 2018 г. с 42 223 лв.

Представен е Годишен отчет за изпълнението на бюджета на НЗОК за 2018 г., от който се установява, че годината е приключила с наличен излишък.

Представени са справки и протоколи за извършени проверки от страна на РЗОК Благоевград на „Многопрофилна болница за активно лечение Пулс“ АД

По делото е изслушана съдебно-счетоводна експертиза, която не е оспорена и като компетентно извършена съдът възприема. Съгласно заключението на вещото лице изпълнените клинични пътеки, амбулаторни процедури и клинични процедури, с техните цени от фактурите и спецификациите, съответстват напълно на договорените. Медицинските дейности са извършени общо на 56 ЗОЛ, включени са в ежедневните електронни отчети на „Многопрофилна болница за активно лечение Пулс“ АД към НЗОК, успешно приети и обработени от касата, наред с останалите медицински дейности за август 2018 г. Въпреки издадените и надлежно осчетоводени от ищеца фактури, медицинските дейности по тях не са платени и от НЗОК. Част от процесните 56 случая - 39 са приети по спешност, от които: 35 ЗОЛ по КП на обща стойност 25 392 лв.; 3 ЗОЛ по клинични процедури на обща стойност 465 лв. и 2 ЗОЛ по амбулаторни процедури за 288 лв. Изчислена е мораторната лихва върху исковите суми по отделните фактури: върху сумата от 40 623 лв., по фактура № 2000002044/13.09.2018 г. за периода 26.09.2018 г. лихвата за забава е в размер на 5 450 лв.; върху сумата от 266 лв. по фактура № 2000002045/13.09.2018 г. за периода 26.09.2018 г. - 21.01.2020 г. лихвата е 35.69 лв.; върху сумата от 22 лв. по фактура №

200000204/13.09.2018 г. за периода 26.09.2018 г. - 21.01.2020 г. лихвата е 2.95 лв. и върху сумата от 465 лв. по фактура № 200002047/13.09.2018 г. за периода 26.09.2018 г. - 21.01.2020 г. лихвата е 62.39 лв.

По делото е изслушана съдебно-медицинска експертиза. Съгласно заключението на вещото лице д-р А. медицинските дейности, за които ищецът претендира заплащане, са извършени и осъществени при спазване на съответния диагностично - лечебен алгоритъм на съответните КП, клинични и амбулаторни процедури.

При заявените твърдения и искания съдът намира, че е сезиран с обективно съединени искове с правно основание чл.79 ЗЗД във вр. чл.59, ал.1 от ЗЗО вр. чл.28, ал.1 от НРД между Националната здравноосигурителна каса и Българския лекарски съюз за 2018 г. /НРД/ и с правно основание чл.86, ал.1 от ЗЗД.

Съдът е сезиран с иск за реално изпълнение по чл. 79, ал. 1, пр. първо ЗЗД за заплащане на парично вземане по изпълнени от ищеца договори, а ответникът като страна - възложител по договора е изпълнил само частично задължението си да заплати оказаната през месец август 2018 г. медицинска помощ на здравноосигурени лица.

Сключването на договор за оказване на медицинска помощ на основание чл. 59 ЗЗО между болничното заведение и НЗОК е само възможност за лечебните заведения като договорът е между равнопоставени субекти, насочен към постигане на желан от двете страни резултат. Договорът е облигационен и за уреждане на споровете по него се прилагат и нормите на ЗЗД. Без значение за характера на този договор е обстоятелството, че условията, при които същият се сключва, са лимитирани от разпоредбите на Националния рамков договор, Закона за бюджета на НЗОК и ЗЗО /така в Определение № 809 от 26.10.2016 г. на ВКС по т. д. № 862/2016 г., I т. о., ТК, докладчик съдията М. К./. Съдът не възприема тезата на ищеца, че договорът има характеристиките на административен договор.

Съгласно чл. 59, ал. 1 ЗЗО, договорите с лечебните заведения на територията, обслужвана от съответната Районна здравноосигурителна каса се сключват с директора и в съответствие с Националния рамков договор. В изпълнение на така сключените договори, Националната здравноосигурителна каса заплаща видовете медицинска. Съгласно чл. 45, ал. 1, т. 3 ЗЗО, един от видовете медицинска помощ, заплащан от Националната здравноосигурителна каса е болнична медицинска помощ за диагностика и лечение по повод на заболяване.

Съгласно чл.29, ал.1 НРД Изпълнителите на медицинска помощ имат право да получат в срок и в пълен размер заплащане за извършените дейности при условията и по реда на сключения между страните договор.

Съгласно договорите между страните Националната здравноосигурителна каса заплаща ежемесечно договорената, извършената и отчетената дейност от ищеца -изпълнител от обхвата на пакета от здравни дейности, за които са сключени договорите.

Страните не спорят, а от представените писмени доказателства се установяват следните факти: съществуване на правоотношение, възникнало от процесния договор; извършена и отчетена по реда, предвиден в договора от ищеца медицинска дейност, която надхвърля стойностите, дефинирани в приложение № 2 към договорите; извършване на отчетената медицинска дейност така, както е заявена пред РЗОК, размерът на цените за медицинските услуги и липсата на плащане при изпълнени предпоставки за надлежно отчитане и заявяване от изпълнителя. За тези факти са представени и писмени доказателства.

Спорен по делото е въпросът дължи ли се такова заплащане от възложителя, с оглед въведеното от него в предмета на спора възражение, че дейностите са извършени извън нормативно и договорно определените месечни лимити и липсва договорно и нормативно предвидена възможност за тяхното заплащане.

Не се спори и видно от процесния договор, страните са се съгласили, че задължението на Национална здравноосигурителна каса да заплаща осъществената от ищеца медицинска дейност, е определено на месечна база, конкретизирана по клинични пътеки в приложение № 2 към договора. Следователно в случай, че извършването на медицинска болнична помощ от ищеца надхвърли уговорените стойности, за ответника не възниква задължение за заплащането на тази дейност по обичайния, предвиден в договора ред, а именно - при подаване на и въз основа единствено на месечните отчети.

За извършената и отчетена извънлимитна медицинска дейност законодателството и договорът между страните предвижда друг ред за заплащане – с решение на НС на НЗОК.

Годишната обща стойност на разходите за болнична медицинска помощ за 2018 г. се определя по правила, регламентирани в чл.4 от ЗБНЗОК за 2018 г., съгласно който в рамките на стойностите по чл. 1, ал. 2 (разходи и трансфери - общо) Националната здравноосигурителна каса определя за всяка районна здравноосигурителна каса годишна обща стойност на разходите, разпределена по месеци, а районните здравноосигурителни каси определят стойността за дейностите по тази алинея към договорите с изпълнителите на болнична медицинска помощ, разпределени по месеци. Тези стойности се утвърждават от Надзорния съвет на НЗОК - чл. 4, ал. 2 ЗБНЗОК 2018 г..

Законът за бюджета на Националната здравноосигурителна каса за 2016 г. е предвидил и възможност определените първоначално стойности на разходите да бъдат коригирани – чл.4, ал.1, т.1, б.“в“ от Закона за бюджета на Националната здравноосигурителна каса за 2018 г.

Задължението на ответника по чл.40 от процесния договор за заплащане на извършената над определените в договора лимити медицинска дейност е свързано и кореспондира с възможността за коригиране на първоначално определените стойности по договора съобразно Закона за бюджета на Националната здравноосигурителна каса за 2018 г.

Следователно по договорите между страните съществува задължение на ответника да заплати и извършената надлимитна дейност като реда за това е вземане на решение от страна на НС на НЗОК. Доказателство за приложението на този механизъм са представените от ответника допълнителни споразумения, с които е разрешено заплащането на извършената над първоначално договорения месечен обем болнична медицинска помощ.

Процесният договор ограничава заплащането на осъществена над предвидения в него лимит медицинска дейност що се касае до заплащането ѝ само и единствено въз основа на отчетните документи. За тази осъществена над лимита по договора медицинска дейност /в т.ч. медицински изделия и лекарствени средства/ е предвидено също, че се заплаща, но по друг ред – с решение на Надзорния съвет на НЗОК. Следователно договорът между страните не ограничава заплащането на извършената медицинска дейност над определените в него лимити, а свързва това с друг ред за заплащането ѝ като ограничение в това отношение е единствено това да е в съответствие с разпоредбите и в рамките на параметрите по ЗБНОК за 2015 г.

В приетите Правила за условията и реда за прилагане на чл. 4, ал. 1 и ал. 2 от Закона за бюджета на Националната здравноосигурителна каса за 2016 г., в чл.16 и чл.17 е предвиден редът, по който се заплащат извършените дейности (и приложените медицински

изделия към тях), на стойност надвишаваща определената месечна стойност в приложение № 2 към договорите с НЗОК – чрез утвърждаване на корекции на стойностите на разходите на РЗОК и на изпълнители на БМП..

В тази връзка, при обсъждане на довода за нищожност на договорните разпоредби, с които се поставят ограничения за плащането на оказана медицинска помощ, съдът съображава, че разпоредбите на договорите следва да се тълкуват в тяхната взаимна връзка, а не изолирани една от друга /чл.20, изр.2 от ЗЗД/. Както вече беше посочено, с договора не се ограничава възможността за заплащане на оказаната медицинска помощ на здравно-осигурени лица, а се предвиждат два отделни механизма за това заплащане – такъв за договорените обеми дейности по приложение 2 към договорите и отделен за извършените дейности над определените с приложение 2 лимити. Тъй като договорите предвиждат изрично възможност за заплащане на надлимитната дейност, не следва техните клаузи да бъдат обявявани за нищожни, тъй като същите са приети във връзка единствено с механизма за заплащане на извършените дейности в рамките на договорените лимити и не касаят възможността за заплащане на надлимитната дейност.

Единствено в случай, че се приеме, че договорът между страните не предвижда заплащане на извършена над лимита медицинска дейност /като това не е виждането на настоящия съдебен състав/, се поставя въпросът за действителността на договорните клаузи, с които задължението на ответника да заплаща осъществената от ищеца медицинска помощ е ограничено до уговорения в приложение № 2 към договора обем.

При тълкуването на договорите, съгласно чл. 20 от ЗЗД, трябва да се търси действителната обща воля на страните, като отделните уговорки трябва да се тълкуват във връзка едни с други и всяка една да се схваща в смисъла, който произтича от целия договор, с оглед целта на договора, обичаите в практиката и добросъвестността. В договора между страните е уговорено, че ищецът е длъжен да осигурява договорената болнична медицинска помощ на здравно осигурените лица /чл.1, чл.5, т.1/; да спазва правата на здравноосигурените лица и на пациента, регламентирани в ЗЗО и ЗЗ и да осигурява условия, които гарантират спазването на тези права /чл.5, т.14 и т.15/.

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.

Законът дава право на здравноосигурените лица срещу задължителното им участие при набиране на здравните вноски да получат медицинска помощ като изберат болничното заведение и лекуващия лекар. За да осигури това право на здравноосигурените лица НЗОК е длъжна да осигури бюджет, като заплати разходите за лечението на това лице в която болница то е избрало да се лекува.

Клаузите на договорите между страните, лимитиращи задължението на НЗОК да заплаща само фактури, чиято месечна стойност не надвишава утвърдения болничен бюджет са в противоречие и изискванията на ЗЗО и предвидените в него права на здравноосигурените лица.

Настоящият съдебен състав 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. В него 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. Посочената договорна клауза 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. В решението е подчертано, 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 изложените от въззивния съд съображения са развити и в постановеното, макар и по друг правен въпрос, решение № 152 от 2.02.2021 г. по т. д. № 385/2020 г. на ВКС, II т. о.

Наличието на практика на ВКС по релевантните въпроси относно задължението на НЗОК за заплащане на предоставената на здравноосигурените лица медицинска помощ и вложени медицински изделия в обхвата на основния пакет от здравни дейности, гарантиран от бюджета на НЗОК, независимо от надхвърлените месечни лимити /стойности/, установени в индивидуалния договор, която се споделя от настоящия състав и с която въззивното решение е съобразено, изключва съществуването на допълнителните предпоставки за допускане на касационно обжалване по чл. 280, ал. 1, т. 3 ГПК.

По изложените до тук съображения относно основателността на предявения иск, съдът намира неоснователни всички съображения, изложени от жалбоподателя във въззивната жалба. Обстоятелството, че нормативната и договорната уредба на правоотношението позволяват и уреждат реда за заплащането на медицинските дейности, извършени над първоначално определените лимити по договора сочи на основателност на предявения иск и неоснователност на възраженията на жалбоподателя.

По исковете за присъждане на законова лихва за забава върху главниците:

Настоящият съдебен състав намира, че решението по акцесорните искове по чл. 86, ал. 1 ЗЗД е правилно. Действително предвиденият в договора срок за плащане – до 25-то число на месеца, следващ отчетния, в аспекта на всички договорни клаузи, касаещи отчитането и заплащането на дейността, и в аспекта на цитираните норми от действащото през процесния период законодателство, е относим единствено към стойностите на медицинската дейност, уговорени в Приложение № 2 към договора, за които предварително е осигурен бюджет, но не и по отношение на т. нар. надлимитни дейности, за които бюджетът се осигурява след изтичане на този срок и при наличие на средства.

От друга страна по делото е представено предложение на ищеца за коригиране на определените в приложение 2 към договорите стойности за м.август, поради което съдът намира, че е установено началото на процедурата за заплащане на извършената надлимитна дейност, инициирана от страна на ищеца и същевременно представляваща покана към ответника да изпълни задължението си. По тези съображения исковете за заплащане на обезщетение за забавата са основателни и следва да бъдат уважени.

По направените от страните разноски:

При този изход на делото правото да му бъдат присъдени разноските в настоящото производство се поражда за въззиваемия, в приложение на чл.78, ал. 3 вр. ал. 8 ГПК, който претендира разноски в размер на 2750 лв., платени за адвокатско възнаграждение, които следва да се възложат в тежест на въззивника.

Воден от изложеното съдът

РЕШИ:

ПОТВЪРЖДАВА Решение № 900471/31.03.2021 г. на Окръжен съд Благоевград, ГО, VIII състав, по т.д. № 16/2020 г. като законосъобразно и правилно

постановено.

ОСЪЖДА Национална здравноосигурителна каса, да заплати на „Многопрофилна болница за активно лечение Пулс“ АД, на основание чл. 78, ал. 3 ГПК, сумата 2750 лева – разноси в производството.

РЕШЕНИЕТО подлежи на касационно обжалване пред Върховен касационен съд в 1-месечен срок от съобщаването му на страните при условията на чл.280 от ГПК.

Председател: _____

Членове:

1. _____

2. _____