

РЕШЕНИЕ

Номер 1492

26.10.2020 г.

Град София

В ИМЕТО НА НАРОДА

Апелативен съд - София

6-ти търговски

На 21.10.2020 година в публично заседание в следния състав:

Председател:	Иван Иванов
Членове:	Зорница Хайдукова
	Валентин Бойкинов

като разгледа докладваното от Валентин Бойкинов Въззивно търговско дело № 20201001002284 по описа за 2020 година

В ИМЕТО НА НАРОДА

Софийски апелативен съд ,Търговско отделение,VI с-в в открито съдебно заседание на двадесет и първи октомври 2020год. в състав :

ПРЕДСЕДАТЕЛ : Иван Иванов

ЧЛЕНОВЕ : Зорница Хайдукова

Валентин Бойкинов

при секретаря Кр.Георгиева и като разгледа докладваното от съдия Бойкинов т.д.№ 2284 по описа за 2020год., за да се произнесе взе предвид следното :

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

С Решение № 78/02.07.2020г., постановено по търг. дело № 109/2019 г., Окръжен съд Враца, ТО е осъдил Национална здравноосигурителна каса да заплати на МБАЛ „Вива Медика“ООД сумата 26 100 лева, включваща стойността на извършена медицинска дейност по клинични пътеки за периода за м. март, октомври и ноември 2015г., ведно със законната лихва, считано от предявяването на исковата молба- 05.07.2019г. до окончателното изплащане на сумата, както и направените по делото съдебно-деловодни разноски в размер на 4 764 лева.

Срещу така постановеното решение е подадена въззивна жалба от Национална здравноосигурителна каса, с която се обжалва първоинстанционното решение, като неправилно с искане да бъде отменено и вместо него постановено друго, с което предявените искове да бъдат уважени.

Извършена е размяна на книжата съгласно изискванията на чл.263, ал.1 ГПК, като по делото въззиваемата страна е изразила становище за неоснователността на въззивната жалба.

Софийски апелативен съд, намира, че въззивната жалба като подадена в законоустановения срок и срещу подлежащ на инстанционен контрол съдебен акт, е процесуално допустима. След като прецени доводите на страните и събраните по делото доказателства, съобразно изискванията на чл.235 от ГПК във вр. с чл.269 от ГПК, приема за установено следното от фактическа и правна страна :

Въззивната жалба е процесуално допустима – същата е подадена в срока по чл. 259, ал. 1 от ГПК, изхожда от легитимирана страна, имаща право и интерес от обжалване, насочена е срещу валиден и допустим съдебен акт, подлежащ на обжалване.

За установено от фактическа страна, настоящият състав намира следното:

По делото не се спори, а и от представените в производството пред първостепенния съд писмени доказателства се установява, че на осн. чл.59, ал.1 от Закона за здравното осигуряване/ЗОО/ страните са сключили Договор за оказване на болнична медицинска помощ по клинични пътеки № 060522/19.02.2015г., по силата на който ответникът НЗОК, като възложител е възложил на ищцовото лечебно заведение да оказва на описаните лица болнична медицинска помощ по клинични пътеки от приложение № 5 към член единствен на Наредба №40/24.11.2004г. за определяне основния пакет от здравни дейности, гарантиран от бюджета на НЗОК, със съдържание, посочено в приложение № 16, както следва :

1.по приложение №16 "Клинични пътеки", които са подробно изброени. Ответникът в качеството на възложител се е задължил да заплаща посочените в договора дейности съгласно Постановление №94 от 24.04.2014г. на МС за приемане на методика за

остойностяване и заплащане на медицинската помощ по чл.55, ал.2, т.2 от ЗЗО по: Методика за устойчивостяване на дейностите в болничната помощ по приложение №2А към чл.2; Методика за заплащане на дейностите в болничната медицинска помощ по приложение №2Б към чл.2; Договор №РД-НС-01-2 от 29.12.2014г. за приемане на обемите и цените на медицинската помощ за 2015г. между НЗОК и БЛС.

Съгласно договореното в чл.4.1. изпълнителят има право да получава договореното заплащане на извършената, отчетена и потвърдена от възложителя дейност при условията, в сроковете и по реда, определени в Методика за заплащане и настоящия договор, а съгласно чл.3.3. възложителят е длъжен да заплаща определените с Договор №РД-НС-01-2 от 29.12.2014г. между НЗОК и БЛС обеми и цени на извършената и отчетена болнична помощ.

В чл.5 от договора е предвидено, че изпълнителят, респ. лекарят, работещ в лечебното заведение в изпълнение на договора, се задължава да осигурява договорената МБП за ЗОЛ съгласно посочените условия на НРД за МД за 2015г., както и утвърдените медицински стандарти по чл.6, ал.1 от ЗЛЗ, а при липса на стандарти за съответните специалности - в подписаните и приети от научните дружества за тях консенсусни протоколи за лечение, да оказва болнична медицинска помощ по вид, обем и сложност, съответстващи на договорените, като спазва установените в приложение №16 /приложение №2 към НРД за МД за 2015г. изисквания и правила за провеждане на диагностика и клинично лечение за заболяванията, както и регистриране на извършените дейности, включени в КП, да разполага по всяко време с медицински специалисти със съответната квалификация, необходима за изпълнението на договора и посочена в приложение №16/приложение №2 към НРД за 2015г., да осигурява непрекъснато 24-часово изпълнение на лечебната дейност по медицински специалности, да спазва правата на ЗОЛ и на пациента, регламентирани в ЗЗО и ЗЗ, да осигурява условия, които гарантират правата на ЗОЛ и др.

В Раздел V от договора за уговорени цените, условията и сроковете за отчитане и заплащане на договорената, извършена и отчетена от изпълнителя БМП по КП. Съгласно предвиденото в чл.20 възложителят заплаща на изпълнителя за всеки отделен случай по КП при наличие на изброени в текста условия, сред които: отчетената/отчетените КП да е включена в предмета на договора и да е извършена от посочените в него специалисти, включени в приложение №1, извършената дейност по КП е отчетена при условията и по реда на Методика за заплащане по договора, извършената и отчетена дейност по КП е в рамките на стойностите, посочени в приложение №2 "Стойност на дейностите, медицинските изделия и лекарствени продукти за лечение на злокачествени заболявания в условията на болнична медицинска помощ" и пр.

Съгласно чл.28 възложителят заплаща на изпълнителя договорената и извършена дейност по КП след представяне на следните първични медицински и финансовоотчетни документи: първия екземпляр от "Направление за хоспитализация" с отразена основна диагноза и извършени основни диагностични /терапевтични/ оперативни процедури,

включени в критериите за завършена КП; за дейността по КП: фактура или електронна фактура, спецификация за извършена дейност по КП; за медицинските изделия: фактура или електронна фактура, спецификация за вложени медицински изделия по КП, екземпляр на "Формуляр за вложени медицински изделия, стойността на които се заплаща от НЗОК извън цената на КП", с който се отчитат медицинските изделия, вложени при лечението по определени КП и заплащани извън цената на същите. В чл.29 е предвидено изпълнителят да предоставя отчетните документи ежемесечно по утвърден график до осмия работен ден на месеца, следващ месеца на дейността, а в чл.30 е постигнато съгласие възложителят да заплаща ежемесечно договорената, извършена и отчетена дейност след проверка на документите, като в ал.2 са посочените случаи, в които отчетните документи не се приемат /когато сумите по фактурите и спецификациите не отговарят на изискванията; когато отчитането е извън регламентирания в чл.29, ал.1 срок; при липса на някой от задължителните отчетни документи; когато отчетните документи не са изготвени съгласно изискванията и реквизитите, посочени в тях/. Съгласно чл.31, ал.1 изпълнителят заплаща по реда, определен в Методика за заплащане по договора за извършена дейност в случаите, в които тя е отчетена в рамките на съответния отчетен период след завършването ѝ, а по силата на ал.4 плащането се извършва в срок до 10 работни дни след получаване на трансферните средства от МЗ.

По делото е представено и прието като доказателство писмо изх.№88/03.12.2015г., с което ищецът е уведомил ответника, че за м.ноември 2015г. има извършени и незаплатени дейности на стойност 17 214лв. за КП, като всички случаи са приети по спешност, за което е представена спецификация. С писмо от 12.11.2015г. ответникът е уведомен за извършени дейности по КП за приети по спешност случаи за м.октомври на стойност 1 686лв., с което е представена спецификация. На 09.04.2015г. е изпратено писмо и спецификация за такива дейности на стойност 6 120лв.

Ответникът е представил Правила за условията и реда за определяне и изменение на стойностите по чл.4, ал.1, т.1 и 2 и за използване на средства от резерва по чл.1, ал.2, ред 14 от ЗБНЗОК за 2015г. и формата на Приложение №2 "Стойност на дейностите, медицинските изделия и лекарствени продукти за лечение на злокачествени заболявания, в условията на БМП" към индивидуалните договори с изпълнителите за извършване на БМП, както и Правила за изменение и допълнение на първите.

По делото е представено и е прието като доказателство писмо на ищеца, входирано при ответника на 05.11.2015г., с което РЗОК е информирана, че през м.октомври 2015г. болничното заведение е извършило дейност на стойност 197 546лв. по КП, която е с 16 021лв. повече от договорената съгласно Приложение №2, поради което е поискано увеличение на размера на стойността на разходите за БП по КП с 14 335лв., като е приложено становище за причините, довели до увеличаване на стойността на разходите.

От показанията на свидетелката С. С.- бивш управител медицински дейности в

ищцовото дружество, в чиито задължения се установява процедурата, по която ежедневно се отчитат данните за приети и изписани пациенти по електронен път на страницата на лечебното заведение в системата на НЗОК. Обяснява също, че лимитите се изготвят от РЗОК месец за месец и болничното заведение е информирано кога достига своя лимит, при което се получава разлика от един-двама пациенти, но в същото време болницата не може да откаже да приеме спешен пациент. В края на месеца в системата се получава съобщение за това кои дейности са надлимитни и тези дейности не подлежат на фактуриране, поради което ищецът ежесмесечно е изготвял писмо, придружено със спецификация, в което са отразявани всички надлимитни дейности. Свидетелката пояснява, че надвишаването на лимитите не идва от т.нар. планови пациенти, а от спешните такива, които не могат да бъдат отложени и които законът задължава болницата да лекува, независимо от това има или няма клинична пътека.

От приетата и неоспорена от страните специализирана съдебно-техническа експертиза се установява, че дейностите, за които ищецът претендира плащане, са включени от него в ежедневните отчети към НЗОК и от страна на НЗОК същите са приети без грешки, видно от генерираните чрез системата отговори на касата. На базата на подадените ежедневни отчети софтуерната система на НЗОК е генерирала насрещни ежеседмични и ежесмесечни справки, в които са включени всички отчетени от ищеца дейности, които са предмет на иска, т.е. надлимитната дейност, чието заплащане се претендира от ищеца.

От приетата и неоспорена от страните съдебно-счетоводна експертиза се установява, че е налице документална обосновааност на претендираните за заплащане надлимитни дейности. Установява се, че до датата на предявяване на исковата молба НЗОК не е изпълнила задължението си да заплати на ищеца извършената и отчетена болнична медицинска помощ, обозначена като надлимитна, на обща стойност 26 100лв., разпределена по месеци така, както е показано в таблици №17, 18 и 19. В счетоводството на ищеца тези вземания са заведени задбалансово по Дт с/ка 934 "Вземания от клиенти под условие" и Кт с/ка 999 "Други сметки за условни пасиви". В обясненията си съдебно заседание вещото лице сочи, че всички надлимитни дейности са редовно осчетоводени при ищеца и в НЗОК в електронен вариант под формата на месечни справки, озаглавени "надмесечни стойности по клинични пътеки. Тъй като за тези дейности при ищеца не са издавани фактури, същите са заведени задбалансово.

В производството пред въззивната инстанция не са ангажирани нови доказателства.

При така установената фактическа обстановка и с оглед правомощията си по чл. 269 от ГПК, настоящият съдебен състав намира от правна страна следното:

Между страните не се спори, а и се установява наличието на облигационно правоотношение, възникнало от договор за оказване на болнична помощ по клинични пътеки, както и извършена и отчетена от въззиваемия медицинска дейност, която надхвърля стойностите, дефинирани в договора.

При това положение същността на правния спор се свежда до отговор на въпроса действителни ли са уговорките в сключения договор, с които задължението на НЗОК да заплаща осъществената от лечебното заведение медицинска помощ е ограничено до уговорения в приложение № 2 към договора обем.

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

С цитираната разпоредба на основния закон на Република България е предвидено право на гражданите на Република България на здравно осигуряване, гарантиращо им достъпна медицинска помощ и безплатно ползване на медицинско обслужване при условия и ред, определени със закон. Установен е и принципът за закрила от държавата на здравето на гражданите – чл. 52, ал. 3, както и че здравеопазването на гражданите се финансира от държавния бюджет, от работодателите, от лични и колективни осигурителни вноски и от други източници при условия и ред определени със закон.

Прокламираните с Конституцията на Република България принципи и основни права на гражданите във връзка с опазване на тяхното здраве намират по - нататъшна уредба в Закон за здравето и нормативни актове и приложението му.

С нормата на чл. 3 от Закон за здравето опазването на здравето на гражданите като състояние на пълно физическо, психическо и социално благополучие е определено като национален приоритет, който се гарантира от държавата чрез прилагане на основни принципи на равнопоставеност при ползването на здравни услуги, осигуряване на достъпна и качествена здравна помощ, вкл. и държавно участие при финансиране на дейности, насочени към опазване на здравето на гражданите. С разпоредбата на чл. 81 от ЗЗ също е прогласено правото на всеки български гражданин на достъпна медицинска помощ при условията и по реда на Закон за здравето и Закон за здравното осигуряване, като са очертани и основните принципи, при които следва да бъде осъществявано правото, а именно: своевременност, достатъчност и качество на медицинската помощ, равнопоставеност при оказването и др. В приложение на последния закон и по законовата делегация на чл. 81, ал. 3 ЗЗ е приета Наредба за осъществяване правото на достъп до медицинска помощ. С чл. 2 от последната е предвидено правото на здравноосигурените лица в Република България да получават медицинска помощ в обхвата на основния пакет от здравни дейности, гарантиран от бюджета на Националната здравноосигурителна каса. Разписани са и правото на избор за пациента на лечебно заведение, сключило договор с РЗОК, където последният да получи съответната болнична помощ на територията на цялата страна. С разпоредбата на чл. 22 в редакцията и към процесния период – м. март 2015г., е предвидено, че при липса на

капацитет за планова хоспитализация лечебното заведение следва да изготви листа на чакащи пациенти, които са избрали това лечебно заведение за провеждане на болничното им лечение. С чл. 24 от Наредбата е предвидено, че лечебните заведения за болнична помощ, които по обективни причини не могат да осигурят необходимия обем диагностични и лечебни дейности на лица в спешно състояние, следва да осигурят своевременно превеждане на пациента в най-близкото лечебно заведение, което може да осъществи тези дейности.

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

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

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

С нормата на чл. 4 ЗЗО са преповторени, прокламираните в Конституцията и ЗЗ, принципи на гарантиран свободен достъп на здравноосигурените лица до медицинска помощ, чрез определения в закона пакет от здравни дейности, както и за правото на свободен избор на изпълнител, сключил договор с РЗОК на територията на цялата страна. С чл. 37 ЗЗО са уредени правата на здравноосигурените лица да получат здравна помощ в обхвата на пакета от здравни дейности, гарантиран от НЗОК и разписан в чл. 45 ЗЗО, както и за избор на лекар и правото им да получат спешна здравна помощ там, където попаднат.

С чл. 5 ЗЗО са очертани принципите, при които следва да се осъществява задължителното здравно осигуряване, включително: равнопоставеност на изпълнителите на медицинска помощ при сключване на договори с РЗОК; договаряне на отношенията между последните; пакет от здравни дейности, гарантиран от НЗОК; свободен избор от осигурените лица на изпълнители на медицинска помощ и др.

За осъществяване на дейностите, предвидени в ЗЗО, НЗОК и Българският лекарски съюз приемат чрез подписване Национален рамков договор – чл. 53 ЗЗО, който съобразно дефиницията му по чл. 4а ЗЗО е нормативен административен акт, който има действие на територията на цялата страна и е задължителен за НЗОК, РЗОК, изпълнителите на медицинска помощ, осигурените лица и осигурителите.

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

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

Съобразно императивната разпоредба на чл. 55, ал. 3 ЗЗО Националните рамкови договори не могат да установяват изисквания за условия, възпрепятстващи свободния избор от осигурения на изпълнители на медицинска помощ, сключили договор с РЗОК, нито на максимален брой извършвани дейности и разпределение на квоти за изпълнителите на такива дейности в специализираната извънболнична и в болничната помощ, както и на ограничение в обема и разпределение на извършваните дейности между лечебните заведения.

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

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

С нормата на чл. 47 ЗЗО е предвидено заплащането на оказаната на осигурено лице медицинска помощ да се извършва с пари от бюджета на НЗОК от РЗОК на изпълнителя на медицинска помощ, като съобразно чл. 51 ЗЗО не се заплаща само медицинска помощ извън обхвата на чл. 45 ЗЗО и договореното в Националния рамков договор.

Бюджетът на НЗОК съобразно дефиницията на чл. 22, ал. 1 ЗЗО е основен финансов план за набиране и разходване на парични средства на задължителното здравно осигуряване и е отделен от държавния бюджет. Приходите на НЗОК съобразно чл. 23 ЗЗО се набират от осигурителни вноски, лихви и други законови приходи на НЗОК, целеви субсидии от държавния бюджет за изпълнение на задължения, които произтичат от прилагането на правилата за координация на системите за социална сигурност, както и трансфери от държавния бюджет, в това число и чрез бюджета на Министерство на здравеопазването. С разпоредбата на чл. 23, ал. 2 ЗЗО е предвидена възможността при недостиг на средства да се ползват краткосрочни безлихвени заеми от държавния бюджет. Законът предвижда

задължително в бюджета на НЗОК да бъде заделен резерв за непредвидени и неотложни разходи – чл. 25 ЗЗО.

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

За процесния период приложим е Закон за държавния бюджет на НЗОК за 2015г. С чл. 4 от закона се предвижда, че в рамките на стойностите по чл. 1 от закона НЗОК определя за всяка районна здравноосигурителна каса годишна обща стойност на разходите, разпределени по месеци, а районните здравноосигурителни каси определят стойността за дейностите към договорите с изпълнителите на болнична медицинска помощ, разпределени по месеци. Изпълнението на дейностите се контролира по месеци и се коригира на тримесечие в рамките на утвърдените разходи по бюджета на НЗОК. Предвидена е делегация за приемане от надзорния съвет на НЗОК на правила за определяне и изменение на стойностите по чл. 4, ал. 1, т. 1 и т. 2 и ал. 2 от ЗБНЗОК.

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

Уговарянето на такъв лимит на дейности и плащания от НЗОК влиза в пряко противоречие с установената в чл. 59, ал. 2 ЗЗО, вр. чл. 55, ал. 3 ЗЗО забрана в Националния рамков договор и договорите с изпълнители на медицинска помощ да бъдат предвиждани условия, възпрепятстващи свободния избор от осигурените лица на изпълнители на медицинска помощ, сключили договор с РЗОК, на забраната да бъдат предвиждани максимален брой извършвани дейности и за разпределение на квоти за изпълнение на такива дейности в болничната помощ, както и на забраната да се предвиждат ограничения в обема и да се въвежда разпределение на извършваните дейности между лечебните заведения.

Определянето на лимит на заплащаните от НЗОК дейности по месеци на изпълнителя на медицинска дейност, едностранно от НЗОК и РЗОК по техни „прогнозни” стойности, реално води до разпределение на дейностите между лечебните заведения и въвеждане на квоти между тях, доколкото сочи максималния брой дейности, които изпълнителят може да

изпълни в рамките на всеки месец.

Въвеждането на лимити от НЗОК и РЗОК, съобразно техните прогнозни разчети на бюджета, които и са задължителни за изпълнителите на медицинска помощ, нарушава и основните прогласени в ЗЗО и ЗЗ принципи на равнопоставеност на изпълнителите на медицинска дейност и на равнопоставеност между последните и НЗОК при сключване на договорите за изпълнение на медицинска помощ – чл. 5, т. 6 и т. 8 ЗЗО.

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

Определянето на лимит на заплащаните от НЗОК дейности в сключените индивидуални договори с изпълнителите на медицинска помощ влиза в явно противоречие и със застъпените в чл. 5, т. 9 и т. 10 ЗЗО, чл. 4 ЗЗО, чл. 2 ЗЗ и чл. 52 от Конституцията на Република България принципи за закрила от държавата на здравето на нейните граждани, на опазването му като национален приоритет, на гарантиране на своевременна, достатъчна и качествена медицинска помощ за здравноосигурените лица в кръга на гарантирания от бюджета на НЗОК пакет от медицински дейности по чл. 45 ЗЗО. За постигането на последните основни принципи на здравното осигуряване законодателно на НЗОК са предоставени достатъчно законови средства и инструментариум – предлага своя бюджет, прави анализи и прогнози, поддържа резерв, има право на нисколихвени заеми от държавния бюджет и т.н., които при добро управление от страната на последния държавен орган на предоставените му средства, биха били достатъчни за гарантиране заплащането на законово регламентирания пакет от медицински дейности и за изпълнение на едно от основните права на гражданите в Република България – на здравеопазване. Недопустимо е като противно на горесцитираните основни принципи на правовия ред в държавата чрез използването на властническото положение на един държавен орган – НЗОК и районните му поделения, и в резултата на евентуалното му недобро функциониране – липса на правилно планиране на очакваните разходи, да бъдат ограничавани правата на гражданите, гарантирани им от закона, за достъп до своевременна и качествена медицинска помощ в лечебно заведение, избрано от тях. При предложеното от жалбоподателя тълкуване на закона и на сключения между страните договор се предполага, че при изпълнение на определения от НЗОК лимит на дейности, изпълнителят на медицинска помощ следва да откаже предоставянето на такава на здравноосигурено лице, което законът не му позволява, респективно да го включи в листа на чакащи пациенти за следващ месец или периоди.

Последното е мислимо само в хипотези извън спешната медицинска помощ, какъвто не е процесния случай, но и тогава влиза в противоречие с основните принципи на здравното осигуряване по оказване на своевременна и качествена медицинска помощ, и на последното основание следва да бъде определено като противно на закона. Пряка последица от едностранните ограничения в броя на извършваните от един изпълнител на медицинска дейност хоспитализации е ограничаването на правата на пациентите, които са потърсили медицинска помощ в лечебното заведение след като последното вече е извършило определеният му от НЗОК и РЗОК брой дейности, които лица или трябва да изчакат за планов прием в следващ период, с което се нарушава правата им на своевременно и качествено лечение, или да се откажат от направения избор на изпълнител на медицинска помощ и да потърсят такава при друг изпълнител, което изключва гарантираната им от закона свобода на избор на изпълнител на медицинска помощ и нарушава принципа за равнопоставеност на здравноосигурените лица. В нарушение на закона е и последицата по принудително по горния ред пренасочване на пациенти от един изпълнител на медицинска помощ, който здравноосигуреното лице е избрало, но който е изчерпал лимита си, определен му от РЗОК и НЗОК, към друг изпълнител на медицинска дейност, който не е изчерпал отново определен му от НЗОК и РЗОК лимит. Резултатът, в случай, че бъде допуснат, е противен и на установения принцип за равенство на изпълнителите на медицинска помощ, като реално НЗОК и РЗОК, а не качеството на предоставяната от изпълнителите медицинска помощ ще са определящи за броя на лекуваните в лечебното заведение здравноосигурени лица, респективно последните търговски дружества се лишават от административен орган от следващия им се доход, който биха получили ако не са обвързани от лимити.

Противно на закона е и прехвърлянето на отговорността по здравно осигуряване и гарантиране на правото на своевременна и качествена медицинска помощ от държавата в лицето на нейните органи – НЗОК и районните и поделения, на частноправните субекти – изпълнители на медицинска помощ, които ако се приеме, че са обвързани от определените от НЗОК лимити за дейността им, би следвало да финансират оказаната от тях медицинска помощ на здравноосигурени лица, от които от една страна не могат да поискат заплащане на гарантираните им с бюджета на НЗОК медицински дейности, а от друга не могат да откажат да им предоставят своевременно и качествено лечение, заложено в ЗЗО, ЗЗ и медицинските стандарти като ги оставят да чакат при неясни последици за здравето на пациентите от последното изчакване, но при всички случаи негативни, доколкото своевременността на медицинската помощ е ясно разписана гаранция за добро здравеопазване във всички относими нормативни актове.

В процесния случай се претендира заплащане на медицински дейности, като безспорно между страните при всеки от тях е била налице необходимост от спешна хоспитализация за диагностика и лечение. В последната хипотеза лечебното заведение е длъжно да предостави медицинска помощ, освен ако по обективни причини не може да

осигури необходимите по обем диагностични и лечебни дейности, в която хипотеза, само, може да преведе пациента в друго най-близко лечебно заведение, в което да може да бъде осъществена тази дейност – чл. 24 ЗЗО(ред.2015г.) Ищецът е имал възможност да окаже спешна медицинска помощ на избраните го здравноосигурени лица през периода м. март-декември 2015г., предвид на което и при точно приложение на закона им е предоставил такава, а за ответника на основание чл. 59 ЗЗО и чл. 47 ЗЗО е възникнало задължение да заплати същата.

Не почиват на закона доводите на въззиваемия , че заплащането на последната сума би било противно на закона. Напротив, именно закона вменява задължение на НЗОК чрез своя бюджет да гарантира на здравноосигурените лица достъп до своевременно и качествено здравеопазване, както и пакет от медицински дейности, които здравноосигурените лица да получат от избрания от тях изпълнител на медицинска помощ, сключил договор с РЗОК, без да дължат сами плащане на изпълнителя, а такова да бъде извършено от НЗОК.

По отношение на процесните претендирани за плащане дейности са налице всички предпоставки по чл. 47 ЗЗО за заплащането им от касата, като не са налице и изключенията по чл. 51 ЗЗО, когато касата може да откаже плащане. Доводите, че бил изчерпан определеният от самата НЗОК и съответната РЗОК лимит на дейности и суми, които НЗОК е поела задължение да заплати за този месец, не могат и нямат твърдения от въззиваемия ефект да изключат отговорността на НЗОК за тяхното заплащане, доколкото отговорността и произтича от императивни норми на закона и не може да бъде дерогирана с клаузи в допълнително споразумение между касата и частноправен субект, който и няма признати от закона права да влияе върху едностранно наложения му от НЗОК лимит. Последният държавен орган има всички предоставени му от закона възможности така да планира, организира и пренасочва предоставения му финансов ресурс в рамките на бюджета на НЗОК, че да изпълни надлежно законово вменените му задължения по гарантиране на свободен достъп на здравноосигурените лица до своевременна и качествена медицинска помощ в избрано от тях на територията на страната лечебно заведение, както и да заплати на последното предоставената медицинска помощ за гарантираните медицински дейности по чл. 45 ЗЗО. Включително, при недостиг на средства глобално -в целия бюджет на НЗОК, да получи нисколихвен заем от държавния бюджет, с който държавата да изпълни поетия с Конституцията на Република България ангажимент за опазване здравето на гражданите в страната. Действително, всеки бюджет е лимитиран като възможности, но в случая не се твърди, нито доказва от ответника, чиято е доказателствената тежест за този факт, че процесните плащания не са сторени поради изчерпване на средствата в бюджета на НЗОК, което е и малко вероятно, доколкото се претендира плащане за м. януари и февруари. Разпределението вътре в рамките на бюджета е дейност, изцяло поверена на ответника НЗОК, и е недопустимо последният поради недобро изпълнение на тези му вменени със закон задължения и правомощия и предвид отреждането на прогнозни дейности на ищеца, под реалните такива, да бъде освободен от произтичащата му от закона отговорност да заплати стойността на извършени дейности по чл. 45 ЗЗО. И напротив, с императивна

правна уредба законът вменява в задължение на НЗОК да гарантира със своя бюджет заплащането на изпълнителите на медицинска помощ, сключили договори с РЗОК, на извършените от последните дейности по гарантирания с чл. 45 ЗЗО здравен пакет по отношение на здравноосигурени пациенти, като ангажимент на последния държавен орган е така да организира разходването на средствата от бюджета му, че да обезпечи финансово своевременното заплащане на извършените дейности на изпълнителя на медицинската помощ. Отново с императивни правила е предвидено, че гарантираният обем по чл. 45 ЗЗО от здравни дейности за всяко здравноосигурено лице е за сметка на бюджета на НЗОК, и нито една норма от закона не предвижда хипотеза, при която по причина административна дейност, респ. разчети на бюджета след решения на НС на НЗОК, да се достигне като последица до прехвърляне на последната отговорност върху здравноосигурените лица или върху изпълнителите на медицинска помощ, а предложеното от ответника тълкуване в последния смисъл е противно на цялостната нормативна уредба на задължителното осигуряване. Следва да бъде добавено и че в конкретния случай от събраните по делото доказателства се установява поведение на ответника НЗОК и съответната РЗОК по недобро планиране и системно неизпълнение на възложените им със закон правомощия. Определяните лимити за процесния период не са съответни на реалните обеми извършвани дейности от ищеца като изпълнител на медицинска помощ. Последното поведение на ответника в процесния случай по неизпълнение на законово вменени му задължения, по вече подробно изложените мотиви на съда, не може да има сочения от въззиваемия резултат по освобождаването му от отговорност, а НЗОК следва да изпълни законово вменените и задължения и да бъде осъдена да заплати на ищеца реално изпълнената от него медицинска помощ в пълния доказан и претендиран размер от 26 100 лв.- видно от заключението на вещото лице.

Направеното от ответната страна възражение за изтекла погасителна давност по отношение на част от претендираната надлимитна дейност съдът намира за неоснователно. Вземанията за същата не биха могли да бъдат квалифицирани като периодични по смисъла на чл. 111 от ЗЗД, при съобразяване на дадената от ВКС дефиниция на понятието периодично плащане с ТР № 3 от 18.05.2012 година по тълк. дело № 3/2011 година /в този смисъл и решение № 327 от 12.11.2019 година на ПАС по в. т. д. № 402/2019 година/.

Предвид изложеното по-горе налага се извода, че претенцията за заплащане стойността на тази надлимитната медицинска дейност, основана на сключения договор за оказване на болнична помощ по клинични пътеки № 060522/19.02.2015г за сумата от 26 100 лева за исковия период от м. март, октомври и ноември 2015г. се явява основателна. На ищеца следва да бъде присъдена и законната лихва от предявяването на исковата молба-05.07.2019г. до окончателното изплащане на сумата.

Поради съвпадането на крайните изводи на настоящия състав на въззивната инстанция с тези на първостепенния съд, обжалваното решение правилно ще следва да бъде потвърдено, а въззивната жалба да бъде оставена без уважение като неоснователна.

На осн. чл.78, ал.3 ГПК и с оглед на направеното искане въззивникът следва да бъде осъден да заплати на въззиваемия разноски за производството и пред въззивната инстанция в размер на 1920 лева.

По изложените съображения Софийският апелативен съд, търговско отделение, шести състав

РЕШИ:

ПОТВЪРЖДАВА Решение № 78/02.07.2020г., постановено по търг. дело № 109/2019 г., Окръжен съд Враца, Търговско отделение.

ОСЪЖДА Национална здравноосигурителна каса, гр. ***, ул.“Кричим“№1 да заплати на МБАЛ „Вива Медика“ООД, ЕИК ***, със съдебен адрес гр. ***, ул.“****“№38, ет.2, офис 5, чрез адв. Н.Н., на осн. чл.78, ал.3 ГПК сумата 1920 лева.

Решението подлежи на обжалване пред Върховния касационен съд на Република България в едномесечен срок от съобщението за изготвянето му при условията на чл. 280, ал. 1 от ГПК.

Председател: _____

Членове:

1. _____

2. _____