

РЕШЕНИЕ

№ 6551

гр. София, 19.12.2023 г.

В ИМЕТО НА НАРОДА

СОФИЙСКИ ГРАДСКИ СЪД, ВЪЗЗ. II-Г СЪСТАВ, в публично заседание на двадесет и втори ноември през две хиляди двадесет и трета година в следния състав:

Председател: Татяна Димитрова

Членове: Румяна М. Найденова
Гюлсевер Сали

при участието на секретаря Алина К. Тодорова
като разгледа докладваното от Гюлсевер Сали Въззивно гражданско дело № 20221100509464 по описа за 2022 година

Производството е по реда на чл. 258-273 ГПК.

С решение от 04.04.2022 г., постановено по гр. дело №29197/2020 г. по описа на Софийския районен съд, 52 състав, ответникът Национална здравноосигурителна каса е осъдена да заплати на ищеца „С.б. за а.л. на о.з. – София област“ ЕООД на основание чл. 79 ЗЗД, вр. чл. 59 ЗЗО сумата от 11 624,81 лв., представляваща стойността на приложените лекарствени препарати на пациенти по Договор №230484/25.05.2018 г. и Допълнително споразумение №26/19.02.2019 г. към него на стойност 7 575,36 лв. и Договор №231150/25.05.2018г. и Допълнително споразумение към него №26/19.02.2019 г. на стойност 4 049,45 лв., ведно със законната лихва от датата на исковата молба – 06.07.2020 г. до окончателното изплащане.

Срещу решението е постъпила въззивна жалба от ответника Национална здравноосигурителна каса с оплаквания за неправилност на същото. Въззивникът поддържа, че първоинстанционният съд неправилно е приел, че за НЗОК е възникнало задължение за плащане на стойността на вложените лекарствени средства за м. октомври 2019 г. и неоснователно е уважил исковата претенция. Излага становище, че към процесния период е бил в сила Национален рамков договор за медицинските дейности между Националната здравноосигурителна каса и Българския лекарски съюз за 2018 г. и е била приложима разпоредбата на чл. 346, ал. 2, съгласно който „Националната здравноосигурителна каса заплаща на изпълнител на БМП за всеки отделен случай приложеното количество лекарствено вещество/доза в

съответните мерни единици съгласно решенията на комисиите по чл. 30г, ал. 3,4 и 5 от Наредба № 4 от 2009 г. на противотуморните лекарствени продукти, осигуряващи основното лечение при злокачествени солидни тумори и хематологични заболявания по АПр № 6, както и на необходимите еритро-, тромбо- и гранулоцитни колонистимулиращи фактори, бифосфонати и други лекарствени продукти, повлияващи костната структура и минерализация, за състояния/усложнения, произтичащи от основното заболяване и лечение, която стойност не се включва в цената на клиничната процедура." Поддържа се, че цитираната разпоредба създава правно основание за заплащане от НЗОК само на приложеното количество лекарствено вещество/доза в съответните мерни единици в съответствие с решението на съответната комисия. Когато количеството лекарствено вещество, предписано с решението на комисията по чл. 30 г, ал. 3 от Наредба № 4 от 2009 г., не е приложено, не е налице основание за плащане и съответно - за получаване на сумите от изпълнителя на БМП. Пзовава се на извършена проверка, с която е било установено, че са налице превишаване на дозите, които е следвало да бъдат давани на пациентите, поради което НЗОК законосъобразно е отказала плащане на претендираната сума. Заявява се, че не е съобразена разпоредбата по чл. 50, ал. 5 от Наредба № 4 от 4.03.2009 г. за условията и реда за предписване и отпускане на лекарствени продукти, както и че неправилно първоинстанционният съд се е позовал на приложението на Националния рамков договор от 2020 - 2022 г. и на аргумента, че той няма обратно действие. По изложените съображения се иска отмяна на обжалваното решение и постановяване на ново, с което предявения иск да бъде отхвърлен като неоснователен. Претендират се разноски.

В срока по чл. 263 ГПК не е депозиран отговор на въззивната жалба от ищеца „С.б. за а.л. на о.з. – София област“ ЕООД.

Софийският градски съд, като обсъди събраните по делото доказателства, становищата и доводите на страните, съгласно разпоредбата на чл.235, ал.2 от ГПК, намира за установено от фактическа и правна страна следното:

Въззивната жалба е подадена в срока по чл.259, ал.1 от ГПК срещу подлежащ на обжалване акт от легитимирана страна, поради което е редовна и допустима.

Съгласно нормата на чл.269 ГПК въззивният съд се произнася служебно по валидността на решението, а по допустимостта му - в обжалваната част, като по останалите въпроси той е ограничен от наведените в жалбата оплаквания, с изключение на случаите, когато следва да приложи императивна материалноправна норма, както и когато следи служебно за интереса на някоя от страните - т.1 от Тълкувателно решение № 1/09.12.2013 г. по тълк.дело № 1/ 2013 г. на ОСГТК на ВКС.

При извършена проверка по реда на чл. 269, ал. 1 от ГПК въззивният съд установи, че обжалваното решение е валидно и допустимо. Ето защо съдът дължи произнасяне по същество на спора в рамките на доводите,

заявени с въззивната жалба, съгласно нормата на чл. 269, предл. 2-ро от ГПК.

Основният спор по настоящото производство се концентрира около въпроса за възможността на Национална здравноосигурителна каса /НЗОК/ да откаже заплащане на стойността на вложените лекарствени средства от страна на „С.б. за а.л. на о.з. – София област“ ЕООД /“СБАЛОЗ – София област“ ЕООД/ на основание, че е налице превишаване на дозите, които е следвало да бъдат давани на пациентите.

По този въпрос настоящата въззивна инстанция намира следното:

Между страните не е спорно, че са сключили Договор №230484/25.05.2018 г. за оказване на болнична помощ по клинични пътеки на здравноосигурените лица за 2019 г. и Допълнително споразумение №26/19.02.2019 г. към него на стойност 7 575,36 лв. и Договор №231150/25.05.2018г. за извършване на амбулаторни процедури на здравноосигурените лица през 2019 г. и Допълнително споразумение към него №26/19.02.2019 г. на стойност 4 049,45 лв..

Договорът между страните е сключен при предпоставките на чл.59 ЗЗО и неговият специфичен предмет включва задължение на изпълнителя да оказва болнична медицинска помощ на определен кръг здравноосигурени лица, чийто закрилян от закона интерес на потребители на здравната услуга следва да бъде съблюдаван независимо от това, че те не са страна по него. Нормативната уредба на правоотношенията се съдържа в различни по степен нормативни актове и произтича от закрепеното в чл.52, ал.1 от Конституцията на РБ право на гражданите на здравно осигуряване, гарантиращо им достъпна медицинска помощ и безплатно ползване на медицинско обслужване при условия и ред определени със закон. Гаранция за достъпност на медицинската помощ са и принципите, установени в чл.5, т.1, т.3 и т.5 на ЗЗО, въз основа на които се осъществява задължителното здравно осигуряване и чрез прилагането на които се създава система на социална здравна защита на гражданите, предоставяща максимален достъп до медицинска помощ и равенство при получаването ѝ.

В решение № 2 от 22.02.2007 г. по к. д. № 12/2006 г. Конституционният съд на РБ е прието, че правото по чл.52, ал.1 от Конституцията за безплатно ползване на медицинско обслужване е от категорията на социалните права и се характеризира с липса на универсалност и пряка съдебна защита, а регулацията му се осъществява чрез ЗЗО, който определя общите принципи и цели на здравното осигуряване.

Задължителното здравно осигуряване е дефинирано в чл.2 ЗЗО, съгласно който предоставя пакет от здравни дейности, гарантиран от бюджета на НЗОК. Освен това, разпоредбата на чл.4 ЗЗО гарантира свободен достъп на здравноосигурените лица до медицинска помощ чрез определен по вид, обхват и обем пакет от здравни помощи, както и избор на изпълнител, договорил се с НЗОК, в рамките на бюджета на НЗОК като цяло, а не

съобразно стойностите, уговорени с индивидуалните договори с отделните лечебни заведения по чл.59 ЗЗО.

От изложеното следва извод, че договорът по чл.59 ЗЗО е от категорията на т. нар. типови договори, доколкото съдържанието му е съобразено с предписанията на нормативните актове, които в своята цялост съставляват правната регламентация на отношенията между изпълнителите на отделните видове медицинска помощ и НЗОК и част от тях са възпроизведени в съдържанието на договорите. Особеният характер на договора предопределя невъзможността за изпълнителя да откаже приемането на предварително предложените от НЗОК условия и да иска предоговаряне на клаузите, определящи количествените параметри относно лимита на определените стойности на болничната медицинска помощ. В качеството ѝ на орган, натоварен с провеждането на държавната политика в здравното осигуряване и свързаните с него обществени отношения /чл.6 ЗЗО/ НЗОК следва да изготви и реализира финансов план за набиране и разходване на паричните средства на задължителното здравно осигуряване, който да гарантира на здравноосигурените лица достъп до своевременно и качествено здравеопазване, както и пакет от медицински дейности, които те да получат от избрания от тях изпълнител на медицинска помощ. При осъществяване на тази си дейност НЗОК следва да съобразява годишната стойност на разходите за изплащаните от бюджета за съответната година видове медицинска дейност по начин, че да не останат неразплатени медицински услуги, извършени от изпълнителите по определените в договорите им клинични пътеки.

Определянето на лимит на заплащаните от НЗОК дейности, предвидени в индивидуалните договори с изпълнителите, противоречи на прогласените в чл.5 ЗЗО принципи на задължителното здравно осигуряване - гарантираността на пакета от здравни дейности от бюджета на НЗОК и свободния избор на изпълнител на медицинска помощ от страна на потребителите. Налагането на лимит на сумите за разплащане по договорите води до сериозно ограничаване на гарантирания в чл.4 ЗЗО свободен достъп на осигурените лица до медицинска помощ и до невъзможност потърсилите такава помощ лица да я получат след изчерпване на установения лимит в договора с избрания от тях изпълнител. Изпълнението на надлимитните дейности по съответните клинични пътеки е резултат от неправилното им планиране в стойностно отношение и отричането на правото на изпълнителите на медицинска помощ да получат плащане за тези дейности от НЗОК води до принудително ограничаване на дейността им посредством необосновано препятстване на достъпа им до публичен финансов ресурс при наличие на здравноосигурени лица, избрали съответното болнично заведение, което на свой ред накърнява здравноосигурителните права на тези лица да получат медицинска помощ в рамките на гарантирания от бюджета на НЗОК пакет в предпочетеното от тях лечебно заведение.

По изложените съображения настоящият въззивна инстанция намира, че извършените медицински дейности попадат в обхвата на чл.45 ЗЗО и са отчетени своевременно по предвидения за това ред, поради което подлежат на

заплащане от страна на НЗОК.

Предвид изложеното предявеният иск е основателен и следва да бъде уважен. Поради съвпадение на крайните изводи на двете съдебни инстанции първоинстанционното решение следва да бъде потвърдено на основание чл. 272 ГПК.

Съгласно чл. 247 ГПК, съдът по своя инициатива или по молба на страните може да поправи допуснатите в решението очевидни фактически грешки. Настоящата въззивна инстанция констатира, че е налице разминаване в мотивите и диспозитива на обжалваното първоинстанционно решение, изразяващо се в неправилно посочване на датата на сключване на Договор №231150/25.05.2018г. за извършване на амбулаторни процедури на здравноосигурените лица през 2019 г. В мотивите на решението е отразена правилната дата, а именно 25.05.2018г., докато в диспозитива на решението, погрешно е посочена датата 19.02.2019 г. Възможно е в случая да се касае и за техническа грешка, която също подлежи на отстраняване по реда на чл. 247 ГПК по преценка на постановилия акта съд.

Воден от горното, съдът

РЕШИ:

ПОТВЪРЖДАВА решение от 04.04.2022 г., постановено по гр. дело №29197/2020 г. по описа на Софийския районен съд, 52 състав.

ВРЪЩА делото на Софийския районен съд за преценка наличие на предпоставки за провеждане на процедура по чл. 247 ГПК.

Решението е окончателно и не подлежи на касационно обжалване по аргумент от чл. 280,ал.3,т.1 ГПК.

Председател: _____

Членове:

1. _____

2. _____