

РЕШЕНИЕ

№ 57

гр. Варна, 24.02.2023 г.

В ИМЕТО НА НАРОДА

АПЕЛАТИВЕН СЪД – ВАРНА, I СЪСТАВ, в публично заседание на седми февруари през две хиляди двадесет и трета година в следния състав:

Председател: Магдалена Кр. Недева

Членове: Диана Д. Митева
Даниела Д. Томова

при участието на секретаря Десислава Ив. Шинева Чипева
като разгледа докладваното от Диана Д. Митева Въззивно търговско дело № 20223001000731 по описа за 2022 година

за да се произнесе взе предвид следното:

Производството подлежи на разглеждане по реда на чл. 258 и сл. ГПК и е образувано по **въззивна жалба** на НЗОК срещу **решение №48/05.10.2022г. по ТД460/2021 г. по описа на ОС-Шумен**, в частта, с която държавното учреждение е било осъдено да заплати на МБАЛ“Велики Преслав“ЕООД **главница 34 303.00 лв.**, представляваща сборна стойност на извършена по договор за оказване на болнична помощ по клинични пътеки № 270308/19.05.2017г., отчетена от ищеца, но незаплатена от ответника „надлимитна“ болнична медицинска дейност през месеците март, април май и октомври 2017г. и **мораторна лихва 12 844.67 лв.** за периода от датата, на която всяко едно от задълженията за съответния месец е станало изискуемо до датата на подаване на исковата молба – 08.04.2021г., както и са били определени разноски в тежест на въззивника.

Предварителните въпроси по допустимостта на производството и редовното сезиране на въззивния съд са разгледани в определение № 8/05.01.23г, неоспорено след обявяване на страните, ведно с доклада на изложените подробни оплаквания за неправилност на обжалвания акт.

Въззивникът НАЦИОНАЛНА ЗДРАВНООСИГУРИТЕЛНА КАСА, чрез пълномощника си адв. С., оспорва изводите на съда за обосноваване на дължимост на плащания със сключен договор, в който обаче задължението за закупуване на конкретните здравни услуги, извършвани от изпълнителя при лечение на здравно осигурените пациенти, е ограничено по обем до стойности, които са планирани предварително като договорени месечни лимити, а претендираните от ищеца горници за м. март, април, май и

октомври 2017г не са били допълнително одобрени по реда за изменение на лимитите, приложим на основание общите принципи на двустранно договаряне и специалната уредба за разходване на бюджетните средства. Въззивникът е посочил и оплаквания за неправилен извод за нищожност на клаузата за лимитиране на обема на закупувани услуги с договорени в специално приложение разходни стойности, като се позовава на тълкуване на конституционните гаранции на правото на здравеопазване и обществен интерес за целево разпределение на обществен ресурс(решение на КС по к.д. 12/2006) и недопустимо ограничаване на договорната свобода на двете договарящи се страни с позоваване на права на трети лица(здравноосигурени лица). Отделно се излагат и оплаквания за игнориране на специално въведена нова императивна законова забрана с чл. 55а ЗЗО, изключваща претендираните от ищеца плащания и неправилното квалифициране на престацията за плащане като непериодична, довело до неправилен извод за прилагане на обща, а не кратка погасителна давност към търсените задължения за суми, изискуеми преди 08.05.2018г.

Същите оплаквания се поддържат и в пледоария по същество от пълномощника на въззивника и юрисконсулта му, като с идентични доводи за неоснователност на иска, отново изложени и в писмени бележки се иска отмяна на неправилното решение и отхвърляне на претенциите в цялост.

Въззиваемата страна МБАЛ“Велики Преслав“ЕООД, чрез пълномощника си адв. Димова оспорва въззивната жалба като в писмено становище излага бланкетно доводи за правилно постановен съдебен акт и моли да бъде потвърдено присъждането на сборното задължение, формирано от остатъци от отчетени своевременно от изпълнителя предоставени медицински услуги, чието изплащане е отказано неоснователно само поради надвишаване на фиксирани предварително в приложение към договора месечни лимити и съответни обезщетения за забава.

Страните претендират насрещно за присъждане на разноските и във въззивното производство, като са конкретизирали исканията си в списъци по чл. 80 ГПК (л.26 и 24), а обявеният хонорар на адвоката на въззиваемата страна е оспорен от въззивника като прекомерен в сравнение с обема на предоставена от пълномощника услуга.

За да се произнесе въззивният състав съобразява следното:

Решението на първоинстанционния съд е действително (по критериите, възприемани в мотивите към ТРОСГТК по т. д. № 1/2011 г. на ВКС) и съответства В ОБЖАЛВАНАТА ЧАСТ на уважена осъдителна сборна претенция, формирана от обективно съединени искиове на изпълнител на лицензирано лечебно заведение за болнична помощ за заплащане на остатъци от стойност на извършени дейности по клинични пътеки от основния пакет дейност, гарантирани от бюджета на НЗОК, предоставени на обслужени пациенти в периода март 2017, април 2017, май 2017 и октомври 2017, които въпреки че били потвърдени като надлежно отчетени не са били одобрени за изплащане от възложителя чрез РЗОК, тъй като надхвърляли установени към договора, сключен на 19.05.2017г., прогнозни месечни лимити и съответно неоснователно не са били включени в закупените и фактурирани стойности за тези месеци и останали дължими, ведно със съответно обезщетение за забава, претендирано от неудовлетворения изпълнител наред със забавените

плащания, в размер на законна лихва, считано от фиксирания в договора срок за плащане (30-то число на месец, следващ отчетния). Постановеното осъждане на ответника да заплати дължимото възнаграждение по действащ договор между страните без отчитане на действие на ограничителни клаузи е изцяло съответно на твърдяното основание за възникване на съединените вземания за реално изпълнение със обезщетение за забава, така както е било обявено в доклада на първата инстанция и възприето от страните без възражения. Квалификацията на предмета на делото по чл. 79, ал. 1 и 86 ЗЗД доколкото е най-общ израз на правния принцип, че задълженията, включително паричните, следва да се изпълняват, включително от държавата, държавните органи и институции, когато са страна по договор, съответства на предявената претенция. Същевременно въззивният състав отчита, че процесната сделка е договорена по административен ред (чл. 59 от ЗЗО), което я квалифицира като договор с административен характер, но тъй като се твърди договарянето да е сключено преди 01.01.2019 г., спорът относно неговото изпълнение се разрешава по общите правила на гражданското съдопроизводство, в съответствие с ясната и ненуждаеща се от тълкуване разпоредба на чл. 80 ЗЗО и § 149, ал. 4 от ПЗР към ЗИД на АПК /ДВ, бр. 77/2018 г. в сила от 01.01.2019 г./, по приложението на която е създадена и непротиворечива практика на ВКС (Определение № 72 от 14.02.2020 г. на ВКС по т. д. № 1130/2019 г., II т. о., ТК). Постановеното решение по претенция за договорна отговорност е допустимо.

Съдът, след преценка на изложените в жалбата оплаквания, съобразно чл.269 от ГПК, приема за установено следното от фактическа и правна страна:

Нито в първата инстанция, нито с оплакванията си във въззивната жалба, страните не са повдигали спор относно фактите по делото и доколкото в тази насока дейността на настоящата инстанция е ограничена, съдът възприема като безспорни установените от първата инстанция обстоятелства по договарянето между страните, както следва:

Между НЗОК и МБАЛ Велики Преслав ЕООД е сключен договор №270308 от 19.05.2017г. на основание чл.59 от ЗЗО и при действие на НРД за 2017г. за оказване на болнична помощ по клинични пътеки, като възложителят е поел задължение да закупува и заплаща стойността на дейностите за болнична медицинска помощ съгласно Приложение № 2 към индивидуалния договор, коригирани последователно с поредица от допълнителни споразумения (първото от които договорено на 15.06.2015г. по изрично искане за изплащане на надлимитни дейности и последното от 2.10.2017г. с посочени актуализирани стойности до м. декември 2017г.). Установено е (с неоспорени заключения на вещите лица по назначени от съда няколко експертизи), че извършването на лечебните дейности по обслужване на приети пациенти в рамките на четирите процесни месеца, съответства както на критериите за добра клинична практика, така и на изискванията за надлежно документиране и включване в ежедневните електронни отчети, като услуга по само едно заявено направление от май 2017 е било отхвърлено при последващ контрол. При съпоставка на така заявените за закупуване услуги с одобрени до рамките на лимитите плащания, вкл. и

след завишаване на планирания разход за м. юни с допълнително закупени услуги от м. май, с първото допълнително споразумение, вещите лица са установили, че след изплащането с бюджетни трансфери на фактурирани до лимитите стойности са останали незаплатени обявени като надлимитни следните суми за остойностени по нормираните в НРД цени за отчетени и реално извършени услуги както следва: през м. март 2017 - 3 861лв.; м. април 2017 – 4 487лв.; м. май 2017 – 16 812лв. и м. октомври 2017– 9 143лв.

Страните не спорят, че ответникът е отказал да закупи услугите за тези стойности само поради надхвърлянето на определената за конкретния месец стойност на медицинските услуги, въпреки че изпълнителят изрично е поискал допълнително заплащане за такива услуги през май 2017, но е получил съгласие за корекция само до 3 % от планирания бюджет.

Спорът между страните, пренесен с оплаквания пред настоящия съд на първо място се отнася до основанието за пораждането на задължението на възложител, който не одобрил изрично като закупени надлимитните дейности и така е осуетил и съставянето на фактурите и спецификациите към тях като финансово – отчетни документи, предвидени със специалните правила за разходване на публичните средства с трансфери от бюджета на НЗОК.

На първо място съдът съобразява, че сключеният договор (както е посочено изрично в предмета на сделката) има типов характер, т.е. съдържанието на престациите не е договаряно индивидуално между страните, а е възприето от тях въз основа на предварителна регламентация, предвидена в чл. 25 от Национален рамков договор за медицинските дейности между НЗОК и БЛС, действал от 01.04.2017г за процесния период (НРД 2017) като съдържание на типов договор за възлагане на услуги по оказване на медицинска помощ на лечебни и здравни заведения. Този вид формиране на воля на договарящите се изцяло съответства на спецификата на обществените отношения по разпределяне на публични средства, какъвто е бюджета на общественото осигуряване и характера на извършваните от изпълнителите услуги в обществен интерес, предоставяни на бенефициенти – граждани, ползващи права като осигурени лица. В случая, действието на този договор е фиксирано в рамките на конкретен бюджетен период, определен с начало 01.04.2017г.(пар.2 от ПЗР на договора) и това времево действие е изцяло съответно на нормативната уредба на специфичните отношения по възлагане на обслужване на пациенти, които са осигурени лица и плащанията на тяхното обслужване са заложили в съответния бюджет, приет с ЗБНЗОК за 2017г. и определени като единични стойности на клинични пътеки в НРД за медицинските дейности за 2017г. До тази начална дата са действали правилата на НРД за медицинските дейности за 2015 г. (пар. 13 от ЗБНЗОК 2016г), но по изключение само за целите на закупуване на останали неизкупени дейности, извършени в периода 1.12.2016 г. – 30.11.2017 г., действието на новоизменения НРД за 2017 г., е разширено и за нови разходи, подлежащи на заплащане от бюджета за 2017 г. след допълването му с допълнително планирани средства от резерви и преизпълнени приходи (пар. 30 ПЗР от РЕШЕНИЕ № РД-НС-04-10-1 от 29.01.2018 г.). При това положение въззивният съд приема, че заплащането на всички здравни дейности, извършени от изпълнителя на болнично обслужване на пациенти в процесния период попада във възложените с процесния договор медицински

услуги, за които НЗОК е договорило покритие от своя бюджет.

Доводът на въззивника за ограничаване на задължението му за заплащане на стойността на болнична помощ само до размери, утвърдени като стойности за плащане през всеки един от месеците, посочени в нарочното приложение №2(текущо актуализирани със анексите до 2.10.2017г.) не може да бъде възприет, тъй като се основава на неправилно тълкуване на уговорките за поет от възложителя ангажимент за бюджетно обезпечаване на здравното обслужване на пациенти, ползващи здравно-осигурителни права. Въззивният съд съобразява вече трайно установената практика на съдилищата относно рамковия характер на договорите, сключени на основание чл. 59, ал. 1 ЗЗО и в съответствие със съответни НРД между НЗОК и БЛС, с които на изпълнителите на медицинска помощ се гарантира право да получат в пълен размер заплащане на извършените дейности, извършени и отчетени при условията и по реда на сключения между страните договори. За договорите от вида на процесния е прието, че те предвиждат рамково задължение за възложителя да заплаща определените във всеки един от тях обеми и цени на извършена отчетена болнична медицинска помощ по клинични пътеки. Съответно конкретно са уговорени само единични цени на отделни услуги, но общия размер на дължими плащания не може да бъде фиксиран, респективно и лимитиран при сключване на договора, тъй като зависи от конкретен брой на обслужени през съответен месец пациенти и подлежи на установяване през следващия месец, когато възложителя се произнася по отчетите на изпълнителя и определя стойност на прието по обем изпълнение. В тази връзка въззивният съд преценява, че определените в приложението към индивидуалния договор стойности не могат да се възприемат като твърдо фиксирани по волята на договарящите се страни размери на гарантираните от бюджета възнаграждения. Напротив, стойностите са ориентировъчни и служат за планиране на разпределение на разходите на възложителя, както могат да се коригират в рамките на съгласувано преразпределение с двустранните анекси, с оглед правомощията на регионалните каси по администриране на бюджетната рамка(чл. 37 - 39 от процесния договор). Същевременно самия договор предвижда гарантирани регулярни плащания в уговорените срокове само на изрично одобрени за плащане в тази бюджетна рамка услуги, но допуска (чл.40 от договора) макар и по изключение и разходване на допълнителни, над планираните в съответен бюджет лимити, средства за „верифицирани“ след цялостна проверка на дейността на изпълнителя и корекции на национално ниво, като горници за стойности по обслужването на пациенти, които са били отхвърлени текущо поради надвишаване на планираните разчети(чл. 31 ал. 10 вр. ал.12 т. 7 от договора) и затова не са били изрично „закупени“ с издадени от изпълнителя финансово отчетни документи и включени в периодичните трансфери на бюджетните средства като месечни плащания по съответния договор.

Тъй като настоящата претенция се отнася именно за такива излишъци(удостоверени изрично от възложителя като отказани надлимитни стойности на иначе приети като изпълнени съответно на добра клинична практика и предоставени на правоимащите пациенти услуги, потвърдени и с проверката от назначените медицински специалисти), съдът преценява, че конкретно визирания от въззивника ред за ограничение на задължението на

възложителя до установените с писмени съглашения размери не следва да се прилага. Макар и да са уговорени като дължима престация на изпълнителя(задължен да поеме обслужване на пациентите, потърсили услугите му като лечебно заведение), за тези надлимитни горници няма конкретно установен обем и те подлежат на допълнително остойностяване по единични цени, фиксирани нормативно с НРД и заместващите го решения на НС на НЗОК след приключване на съответния бюджетен период, централизираното отчитане на резерви или преразходи и планирането на следващ бюджетен период. Затова въззивният съд намира, че и тези плащания се дължат въз основа на рамковия договор, чието изпълнение лечебното заведение осъществява, но към тези задължения не могат да се прилагат клаузите от него, ограничаващи плащанията на възложителя до изрично закупени в рамките на стойности по приложения № 2. Тези клаузи намират приложение само за планираните разходи(чието разходване не налага допълнителна активност на органите, натоварени с администрирането на специализирания бюджет), но не се отнасят до надлимитните непланирани, но възникнали по необходимост от реално обслужване на пациенти услуги. В този смисъл въззивният съд възприема и тълкуването на правна рамка на този вид обществени отношения(Решение № 47 от 19.04.2022 г. на ВКС по т. д. № 418/2021 г., II т. о., ТК, Решение № 169 от 16.02.2021 г. на ВКС по т. д. № 1916/2019 г., II т. о., ТК, Решение № 154 от 4.03.2021 г. на ВКС по т. д. № 2530/2019 г., II т. о., ТК), което съответства и на конституционната рамка на балансиране на правото на здравно обслужване на здравноосигурени лица и разходването на бюджетни средства, набирани от държавата за целите на здравното осигуряване на гражданите(Решение № 2/22 февруари 2007 г. по к. д. № 12/2006 г. на КС на РБ). Действително, както и въззивникът сочи в своето оплакване, уговорена в процесния договор 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 ЗЗД, тъй като не противоречи на императивни разпоредби на ЗЗО и съответства на чл. 4 от ЗБНЗОК и Националния рамков договор, но това не променя иначе правилния извод за липса на основателно възражение за отказ да се плати възникнало при обслужване на пациент задължение на възложителя по цена за съответна болнична дейност, стига услугите по клинични пътеки да са в обхвата на гарантирания от бюджета на НЗОК основен пакет здравни дейности. Настоящият състав изцяло споделя тълкуването на целта на рамковото договаряне, което налага съобразяване на задължението на изпълнителя за предоставяне на услуги на потърсилите лекарска помощ пациенти без да има основание да ги пренасочва към други лечебни заведения или да отлага лечението им за период, в който разходът може да бъде планиран. Това е така, защото здравноосигурените лица не могат да бъдат лишени от предоставяне на медицинска помощ в рамките на гарантирания от закона пакет болнична медицинска дейност и от свободен избор на изпълнител на медицинска помощ поради изчерпване на прогнозните средствата от разпределените на изпълнителите лимитирани бюджети. С това правото на пациентите не става неограничено и остава в обема, очертан и от пар.1 т.10 от ДР на ЗЗО, който е гарантиран като основно право и на конституционно ниво с чл. 52 от КРБ, тъй като здравноосигурените лица, на които е престирана медицинска помощ от

конкретния изпълнител над стойностите по Приложение № 2 за съответния месец, биха я получили през същия месец при избор на друг изпълнител на медицинска помощ, ненадхвърлил лимита на хоспитализация, или в по-късен момент през същата година, ако могат да бъдат планирани от същия изпълнител без да се накърнява прогнозния за следващи месеци прием на пациенти. Във всеки от посочените случаи обаче ще се дължи плащане от бюджета на НЗОК за предоставената медицинска помощ, доколкото извършените дейности са в обхвата на гарантирания пакет здравни дейности, като НС на НЗОК има възможност да приеме решение за изменение и корекция на определените прогнозни бюджетни средства на съответните РЗОК, както и да организира допълване на липсващи средства.

Съгласно чл. 22 от ЗЗО, бюджетът на НЗОК е основен финансов план за набиране и разходване на средства на задължителното здравно осигуряване, който предвижда резерви (чл. 25 и 26 от ЗЗО) и може да се допълва текущо със заеми (чл. 23 ал. 2 от ЗЗО), както и понастоящем да включва и разходи за дейности от предходни години (чл. 23 ал. 3 ЗЗО). Явно е, че от възложителя зависи точното разпределение на средствата от бюджета, но по силата на чл. 4 и чл. 45 от ЗЗО всички предвидените медицински дейности, предоставени на посочените в закона лица от включените с индивидуални договори в бюджетно покритие лечебни заведения, подлежат на заплащане. Предоставянето на своевременна и качествена медицинска помощ от страна на избрания от здравноосигуреното лице изпълнител на медицинска помощ в превишение на установената месечна или тримесечна бюджетна рамка за съответната година представлява дължимо изпълнение на задълженията на изпълнителя на медицинска помощ по сключения между него и НЗОК индивидуален договор.

В тази връзка съобразяването на това задължение на изпълнителя като основна престация в рамките на договора и на реципрочното му право да получи плащане, макар и извън прогнозираните размери, респективно и в прогнозираните срокове (а само след като се организира бюджетен ресурс от резерви или ново планиране и постъпване на приходи), не представлява нито упражняване на права на трети лица (здравноосигурените пациенти), нито превратно тълкуване на волята на договарящите се страни (Определение № 379 от 22.06.2022 г. на ВКС по т. д. № 1910/2021 г., I т. о., ТК), нито накърняване на конституционната правна рамка, в смисъла на оплакванията, въведени в жалбата на въззивника.

Позоваването на нова правна уредба с чл. 55а, ред. ДВ бр. 102 от 2018 г. не е основателно, тъй като изричното изключване на поемане с бюджетното финансиране на разход за надлимитни дейности, извършени от изпълнителите по сключените индивидуални договори е въведено с правило, което се прилага след 01.01.2019 г. и при липса на изрично указание за заварени неуредени до момента случаи на незаплатени услуги, не може да засегне задължения за покриване на извършени преди този момент дейности. В тази връзка съдът съобразява, че именно при въвеждане на това ново ограничение е била уредена и възможността за бюджетиране на стойности за отчетени извършени в предходни години дейности (пар. 43 от ПЗР ЗБНЗОК 2019 г.). Затова и оплакването за неприлагане на забранителната норма от първата инстанция не е основателно.

Едновременно с принципа за бюджетно финансиране и контрол на медицинската дейност, обуславящ съобразяване на месечните лимити със съответния бюджетен закон (конкр. за 2017г.), законодателно е предвидена възможност за корекция на предварителните, месечно заложиени обеми и стойности на медицинските услуги. Приложимите към 2017 г. Правила за условията и реда за прилагане на ЗБНЗОК, приети в съответствие със законовата делегация на чл. 4, ал. 4 от ЗБНЗОК, в чл. 16 и сл., изрично визират процедура по корекция и допълнително закупуване на медицински дейности над утвърдените месечни лимити по Приложение № 2 на договорите с НЗОК. Тази процедура, заедно с процедурата по чл. 39, ал. 3 и 40 ал.2 от индивидуалния процесен договор, възлагат в тежест на възложителя, получил и анализирал отчетените от изпълнителя болнични услуги и изрично отказал да заплати надлимитни стойности, след изчерпване на допустимия преразход от само 3%(за който по делото е представено допълнително споразумение) и извършено преразпределяне на лимити на регионално ниво за следващи месеци в рамките на общия си план (по анексите с нови приложения) да организира и допълнителното финансиране чрез сезиране на централното си ръководство за да се осигури покритие и на горниците, които са били останали неплатени, вкл. и чрез залагането им в следващ бюджет. Несъответствието между очаквания (планиран като месечни и общо годишни лимити) финансов ангажимент и фактически наложилите се в рамките на изпълнение на възложената с договори на различни изпълнители болнична помощ, потърсена от конкретни пациенти въз основа на закона(чл. 59 ЗЗО, при удостоверение от лекар обективно състояние на болест, изискващо лечение по клинични пътеки, възложени на болницата), не може нито да освободи от задължение специализирания орган, отговорен за заплащането, нито да натовари лечебното заведение със задължения само да планира и да администрира бюджета на касата. Като е изпълнил задължението си да обявява текущо документиран извършени медицински услуги и е съдействал за коригиране на плана(поискал е корекция, съобразил е предоставеното му увеличение, отчетел е с финансови документи само одобрените като закупени услуги и е приел промените в планираните занапред разходи с анексите), ищецът е изпълнил добросъвестно своите задължения по договора. Ответникът е признал, че е бил уведомен за надлежно изпълнените, отчетени, но изрично отказани за закупуване и плащане поради надвишаване на коригираните лимити за четирите процесни месеца на 2017г. услуги и затова не се е налагало и даване на друго, допълнително съдействие за да се предприемат и действията по допълнително финансиране, с което да се закупят и заплатят известните вече като стойност „надлимитни дейности“ за които са признати всички други предпоставки по чл. 47 ЗЗО за заплащането им от касата и не са налице изключенията по чл. 51 от ЗЗО. Именно възложителят е бил длъжен да извърши преценката по чл. 16 от ПРАВИЛА за условията и реда за прилагане на чл. 4, ал. 1, ал. 2 и ал. 3 от Закона за бюджета на Националната здравноосигурителна каса за 2017 г. и след прилагане на последователността и механизмите на специалните актове по прилагане на ЗБНЗОК за 2017 г. да организира източник на необходимите средства, дори и те да са надвишили общия годишен бюджет. В тази връзка неоснователно и е оплакването по преценката за доказването на претенцията на ищеца. Задължението на НЗОК да заплати на изпълнителя предоставената

в рамките на утвърдения пакет по чл. 45 ЗЗО медицинска помощ с оглед възмездността на правоотношението е несъмнено доказано при безспорно признато надлежно отчитане на отказаните надлимитни стойности. Обратно, именно въззивникът не е доказал неизпълнение на договора от страна на болничното заведение (неспазване на процедурата за извършване и отчитане на болничната помощ, неоползотворена възможност за планиране и отлагане на част от извършената мед. дейност, липса на неотложност и др.), както че процесните плащания не са извършени поради изчерпване на средствата в бюджета на НЗОК и обективна невъзможност за планирането им в следващ бюджет.

Оплакването за погасяване на възникналото задължение с кратка тригодишна давност се обосновава от въззивника с доводи за неговия периодичен характер. Всички изложени в жалбата съображения обаче се отнасят до разходването на планираните средства в рамките на ежемесечно отчитани, одобрени и признати за „закупуване“, съответно ежемесечно фактурирани и уговорени като платими също ежемесечно по чл. 54 от договора дейности, до размерите, ненадхвърлящи лимити по Приложение № 2, респективно до допустимите надвишения от 3 %, коригирани с текущо подписвани анекси. Нито едно от процесните плащания обаче не е с такъв характер. Както вече се посочи, надлимитните стойности не подлежат на текущо закупуване и затова не съответстват на критериите, установени в ТРОСГК №3/2011г. на ВКС и спрямо тях не може да се отчита кратката тригодишна давност. Процесните задължения подлежат на заплащане след преразпределение на бюджетни излишъци и резерви или попълване на бюджетен недостиг, а моментът в който тази административна дейност на възложителя може да бъде ефективно извършена не е определен в договора. Напротив, уговорките в чл. 41 изрично изключват от графика на ежемесечните разплащания стойности, за които планираните в приложение 2 разходи не достигат и за тях се взема решение за частично или отложено плащане след приключване и анализ на целия бюджетен период. Така насрещното задължение на възложителя за заплащане на вече престирани до ноември 2017г., подлежащи на допълнително закупуване, но незакупени до 31.12.2017г. става изискуемо най-късно в края на финансовата година и затова това е началния момент от който се отчита давност. В тази насока е и утвърдената практика (Решение № 152 от 2.02.2021 г. на ВКС по т. д. № 385/2020 г., II т. о., ТК, Решение № 50173 от 16.12.2022 г. на ВКС по т. д. № 419/2022 г., I т. о., ТК). До предявяване на иска на 08.04.2021 не е изтекла приложимата за тези плащания обща петгодишна давност. В този смисъл е извода и на първата инстанция и оплакването по прилагане на закона е неоснователно.

Поради съвпадане на правните изводи по дължимостта на сборната главница като неплатено допълнително възнаграждение на изпълнителя по договора за извънредни, непланирани като разход, но поискани от осигурени лица и надлежно престирани за сметка на възложителя медицински дейности, решението на окръжния съд следва да бъде потвърдено.

Оплакванията по съединената претенция на изпълнителя за обезщетяването му за забавата обаче се оказват основателни, доколкото наред с въпросите относно изискуемостта на дължимата главница са

поставени и въпросите по погасяване и на лихвите. Въззивният съд дължи и преценка на тази обжалвана част от произнасянето на първата инстанция. При отчитане на началния момент на изискуемост на надлимитните инцидентни, а не периодични задължения, въззивният съд намира, че възложителят не може да е в забава докато не приключи периода на бюджетиране. Затова липсва основание за компенсиране на забавено изплащане на непланираните в приложение № 2 разходи до 31.12.2017г. След тази дата обаче, е изтекъл период от повече от три години, в който е изтекла специалната кратка давност за обезщетения за неизпълнен договор и лихви (чл. 111 б. „б“ и „в“ ЗЗД). Възражението за давност е било направено от ответника изрично и за претендираните законни лихви за период от три години преди предявяване на претенцията, поради което същото следва да се приеме за основателно до размера, съответен на начислени законови лихви до 08.04.2018г. Уважаването на претенцията за законна лихва, начисляване върху различните размер на суми от 01.05.2017, от 01.07.2017 и от 1.12.2017 е в противоречие със закона и затова постановеното решение в тази част следва да се отмени. Дължимото сборно обезщетение за забава в полза на изпълнителя следва да се редуцира до 10452.87 лева, като този основателен размер съдът определя на осн. чл. 86 ЗЗД с лихвен калкулатор за законна лихва, изчислена в размери по ПМС № 100/29.05.2012 г. върху сборна главница 34 303лв. за последни три години(от 08.04.2018 до 08.04.2021), в които тази претенция не е погасена. По отношение на задължен публично правен субект не се прилагат ограничения по чл. 6 от ЗМДВИП, действащи в този период в полза на частни длъжници. До този размер искането за обезщетение за забава е основателно и присъждането му следва да се потвърди. За горницата, до присъдената сума 12 844.67лв искът е неоснователен и следва да се отхвърли.

Върху уважената главница се дължи и претендираната законна лихва, считано от подаване на исковата молба на 08.04.2021г. до окончателното изплащане на задължението.

Промяната на резултата от делото налага ревизиране и на разпределението на отговорността за разноски в първата инстанция. Въззивният съд констатира, че след редуциране на прекомерен размер на възнаграждение на адвоката на ищеца от общо установените разходи в размер на 6966,39 лв. е била определена сума от 6483.43 лв. като компенсация за направени разноски, съразмерна на уважената претенция(47147.67/50659.74). Тази сума следва да се намали до 6154.53 лв., която е съответна на уважените от въззивен съд размери на претенциите (44755.87/50659.74). Съответно следва да се завишат и възложените на ищеца в полза на ответника разноски, като присъдената част от 155.98 лв. се допълни с още 106.23 лв. до достигане на сума от 262.21 лв., съразмерна на отхвърлените размери (5903.87/50659.74).

По разноските в настояща инстанция:

Въззивникът е заявил в списъка по чл. 80 ГПК като направени по делото само разноски за заплатена такса от 942.96 лв., за която сума е представено и доказателство при сезиране на настоящия съд. Съразмерна на основателна част от жалбата (2391.80/47147.67) е само сума от 47,83лв. и тя следва да бъде възложена за плащане на въззиваемата страна.

Разноските за настоящата инстанция по неоснователната част от

въззивното обжалване следва да се понесат от въззивника. Доказателствата за направени разходи за защита пред настоящия съд от въззиваемата страна обосновават обявен в списъка платен в брой адвокатски хонорар от 5000 лв. Обема и сложността на защитата на тази страна е значително по-нисък от обичайния, тъй като се изчерпва с депозирано бланкетно становище на пълномощника, без да са развити каквито и да са правни доводи по иначе безспорни фактически изводи на първа инстанция. При това положение възражението за прекомерност на хонорара е основателно и съдът намира, че следва да го намали до нормативен минимум, съответен на действия без същинско процесуално представителство(чл.9 вр. чл. 7 ал.2 т. 4 от НМРАВ) съответно до 3316.36лв. От този размер, в полза на въззиваемия следва да се възстановят само 3148.12лв, съразмерни на неоснователната част от въззивната жалба (44755.87/47147.67).

Мотивиран от гореизложеното и на осн. чл. 271 ГПК, съставът на Варненски апелативен съд

РЕШИ:

ОТМЕНЯ решение №48/05.10.2022г. по ТД460/2021 г. по описа на ОС-Шумен, в частта, с която НЗОК е била осъдена да заплати мораторна лихва по дължима главница 34 303.00 лв., над сборен размер от 10 452.87 лв. до 12 844.67 лв. за периода от датата, на която всяко едно от задълженията за съответния месец е станало изискуемо до 08.04.2018г. и са определени разноси в полза на ищеца над 6154.53 лв. до 6483.43 лв., като ВМЕСТО НЕГО

ПОСТАНОВЯВА:

ОТХВЪРЛЯ предявения от МБАЛ“Велики Преслав“ЕООД срещу НЗОК иск за присъждане на обезщетение за забава в размер над 10 452.87 лв. до 12 844.67 лв., претендирано в размер на законна лихва върху дължима главница от 34 303лв, за период на забавата от датата, на която всяко едно от задълженията за съответния месец е станало изискуемо до 08.04.2018г.

ОСЪЖДА „МБАЛ – Велики Преслав“ ЕООД, ЕИК 127513804 със седалище и адрес на управление гр. Велики Преслав, ул. „Любен Каравелов“, № 51 да заплати на Национална здравноосигурителна каса (НЗОК), Булстат 121858220, със седалище и адрес на управление гр. София, ул. „Кричим“, № 1, следните суми:

106.23 лв. (сто и шест лева и двадесет и три стотинки), представляваща допълнителна част от направени от ответника в първа инстанция разноси над присъдената сума до дължим общо размер от 262.21 лв., на осн. чл. 78 ал. 3 ГПК

47,83 лв. (четиридесет и седем лева и осемдесет и три лева) представляваща съразмерна на основателната част от жалбата съдебно – деловодни разноси на осн. чл. 78 ал.3 ГПК.

ПОТВЪРЖДАВА решение №48/05.10.2022г. по ТД460/2021 г. по описа на ОС-Шумен, в останалите обжалвани части, с които:

е била присъдена сума в размер на **34 303.00 лв.** като дължима главница, формирана като сборна стойност на извършена по договор за оказване на болнична помощ по клинични пътеки № 270308/19.05.2017г., отчетена от ищеца, но незаплатена от ответника „надлимитна“ болнична медицинска дейност през месеците март, април, май и октомври 2017г., на осн. чл. 79 ал.1 ЗЗД, вр. чл. 59, ал. 1 ЗЗО, ведно със законна лихва върху тази сума, считано от предявяване на иска 08.04.2021г. до окончателното ѝ изплащане;

е била присъдена сума в размер на **10 452.87 лв.** като сборно обезщетение за забава в размер на законна лихва върху присъдената дължима главница, за период на забавата от 08.04.2018г. до 08.04.2021г., на осн. чл. 86 ЗЗД;

е била присъдена сума в размер на **6154.53 лв.** като съдебно деловодни разноски, направени от ищеца, съразмерно на основателна част от претенцията му, на осн.чл. 78 ал.1 ГПК

е била присъдена сума в размер на **155.98 лв.** като съдебно деловодни разноски, направени за защита от ответника, съразмерно на неоснователна част от исковете, на осн. чл. 78 ал.3 ГПК.

ОСЪЖДА Национална здравноосигурителна каса (НЗОК), Булстат 121858220, със седалище и адрес на управление гр. София, ул. „Кричим“, № 1 да заплати на „МБАЛ – Велики Преслав“ ЕООД, ЕИК 127513804 със седалище и адрес на управление гр. Велики Преслав, ул. „Любен Каравелов“, № 51 сумата **3148.12 лв.** (три хиляди сто четиридесет и осем лева и дванадесет стотинки), представляваща част от направени в прекомерен размер от въззиваемата страна разноски за защита пред настояща инстанция, съразмерно на неоснователната част от жалбата, на осн. чл. 78 ал. 1 ГПК.

В необжалваните части по отхвърлен сбор от горници над присъдени главница и лихви първоинстанционното решение е влязло в законна сила.

Решението подлежи на касационно обжалване пред Върховен касационен съд по общия ред на глава 22 от ГПК при условията на чл.280 ал. 1 и 2 ГПК в месечен срок от връчването на преписа на страните.

Председател: _____

Членове:

1. _____

2. _____