

РЕШЕНИЕ

№ 590

гр. София, 15.08.2022 г.

В ИМЕТО НА НАРОДА

АПЕЛАТИВЕН СЪД - СОФИЯ, 3-ТИ ТЪРГОВСКИ, в закрито заседание на петнадесети август през две хиляди двадесет и втора година в следния състав:

Председател: Теодора Кръстева

Членове: Ивайло Младенов
Светлин Михайлов

като разгледа докладваното от Теодора Кръстева Въззивно търговско дело № 20221001000182 по описа за 2022 година

Производството е по чл. 258 от ГПК.

Образувано е по въззивна жалба от Националната здравноосигурителна каса, ЕИК 121858220 против решение № 461 от 23.12.2021 г. по гр. д. № 108 по описа за 2021 г. на Окръжен съд – Перник, с което въззивникът е осъден да заплати на Многопрофилна болница за активно лечение "Рахила Ангелова" АД, ЕИК 113513858, гр. Перник, ул. Брезник № 2, на основание чл. 79, ал. 1 ЗЗД, вр. чл. 59 ЗЗО сумата от общо 49 657 лв., от която 22 631 лв. главница за извършена БМП за м. януари 2018г. на стойност над утвърдените стойности по Приложение 2 към договор № 140253/19.05.2017г. по клинични пътеки за 37 броя пациента, 13 386 лв. - главница за извършена БМП за м. февруари 2018г. на стойност над утвърдените стойности по Приложение 2 към договор № 140253/19.05.2017г. по клинични пътеки за 26 броя пациента и 13 640 лв. – главница за извършена БМП за м. март 2018г. на стойност над утвърдените стойности по Приложение 2 към договор № 140253/19.05.2017г. по клинични пътеки за 37 бр. пациента, въз основа на договор № 140253/19.05.2017г. за оказване на болнична помощ по клинични пътеки и Национален рамков договор за медицински дейности между НЗОК и БЛС за 2017г., ведно със законната лихва от датата на предявяване на иска – 26.02.2021г. до

окончателното изплащане на сумата; на основание чл. 86 ЗЗД сумата от общо 14 743.82 лв. – обезщетение за забавено плащане, от която 6 877. 31 лв. върху главницата от 22 631лв. за периода от 01.03.2018г. до 26.02.2021г., 3 952.59 лв. за периода от 01.04.2018г. до 26.02.2021г. и 3 913.92 лв. за периода от 01.05.2018г. до 26.02.2021г.

Въззивникът твърди, че решението е неправилно и постановено при съществени нарушения на процесуалните правила и материалноправните разпоредби. Подробни съображения са изложени във въззивната жалба.

Въззиваемата страна МБАЛ „Рахила Ангелова“ оспорва жалбата и моли решението да бъде потвърдено. Подробни съображения са изложени в отговора по чл. 263 ГПК.

Съдът констатира, че жалбата е подаден в срока по чл. 259 от ГПК, от легитимирано да обжалва лице и е процесуално допустима, поради което следва да се разгледа по същество.

Страните не спорят, че между тях на основание чл. 59, ал. 1 ЗЗО е сключен договор № 140253/19.05.2017г. за оказване на болнична помощ по клинични пътеки, по смисъла на Националния рамков договор за медицински дейности за 2-17 г. , подписан между НЗОК и БЛС.

По делото е прието заключение на съдебно – счетоводна експертиза, неоспорено от ответника, според което, въпросната болнична помощ по клинични пътеки, предмет на иска е отчетена от страна на ищеца към НЗОК по договорения начин, с фактури и спецификации към тях за извършената дейност.

При това положение, спорът е по правото – дали определянето в договорите на месечен лимит на подлежащите на заплащане от НЗОК медицински дейности съответства на императивни законови разпоредби.

Според тезата на ищеца, ограничаването на медицинската помощ по вид, обхват и обем за всеки месец е недействително, тъй като е в противоречие с конституционните и законови разпоредби на здравното осигуряване.

Според разбирането на ответника, медицинската дейност по смисъла на чл. 52 от Конституцията не е неограничена, доколкото по вид, обем и

средства на финансиране е в рамките на пакета от дейности, определен от НЗОК. Реципрочно в същия обем е и правото на задължително осигурените лица, които съгласно чл. 35, ал. 1, т. 1 ЗЗО получават медицинска помощ в обхвата на пакета от здравни дейности, гарантиран от бюджетна на НЗОК.

По спорния между страните правен въпрос, настоящия съдебен състав приема следното:

С нормата на чл. 53 от Конституцията на Р България е регламентирано правото 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.

Залегналите в Конституцията на Р България принципи и основни права на гражданите във връзка с опазване на тяхното здраве намират по - нататъшна уредба в Закона за здравето и други нормативни актове свързани с приложението му.

С чл. 3 от Закона 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 Закона за здравето и Закона 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 НЗОК, където последният да получи съответната болнична помощ на територията на цялата страна. С разпоредбата на чл. 22 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.

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 Закона 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 и нейните подразделения – Районни здравноосигурителни каси. Изрично е разписано, че задължителното здравно осигуряване включва 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 Закона за здравето, принципи на гарантиран свободен достъп на здравноосигурените лица до медицинска помощ, чрез определения в закона пакет от здравни дейности, както и 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 предвидени в 330 дейности, в чл. 53 от 330 е регламентирано, че НЗОК и Българският лекарски съюз приемат чрез подписване Национален рамков договор. По смисъла на чл. 4а от 330, Националният рамков договор 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. 46 330 и чл. 55 330 в Националния рамков договор се определят реда за предоставяне и изискванията към изпълнителите на отделните видове медицинска помощ, гарантирана като пакет по чл. 45 330 от бюджета на НЗОК, критериите за качество и достъпност, вкл. своєвременност на помощта, и други въпроси от значение за здравето осигуряване.

За определяне на съдържанието на Националния рамков договор, в частта му по чл. 55, ал. 2, т. 2 330 досежно предоставяните видове медицинска помощ по чл. 45 330 Националната здравноосигурителна каса разработва прогнозни обеми – чл. 55г, ал. 1 330.

Съобразно императивната разпоредба на чл. 55, ал. 3 330, 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. 45 330 се сключват договори между директора на РЗОК и изпълнителите на медицинска помощ – чл. 59 330. Съобразно чл. 59б 330 договорът се сключва с всеки кандидат, който отговаря на изискванията на чл. 55, ал. 1, т. 1 330 и на критериите за осигуряване на достъпност и качество на медицинската помощ по чл. 59в 330.

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 вноска, приходите и разходите по бюджетна квалификация, както и диференцираните разходи за здравноосигурителни плащания – [чл. 29 ЗЗО](#).

При горната императивна законова уредба, съдът приема, че заложените в договорите между ищеца, като изпълнител на медицинска помощ по [чл. 45 ЗЗО](#) и РЗОК ограничения в броя на изпълняваните от лечебното заведение дейности, противоречат на императивни правила на закона и основни принципи на задължителното здравно осигуряване.

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.

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. Според поддържаното от ответника тълкуване на закона и на сключения между страните договор, 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. От друга страна, включването в листа на чакащи пациенти за следващ месец или периоди, влиза в противоречие с основните принципи на здравното осигуряване по оказване на своевременна и качествена медицинска помощ.

Налагането на едностранни ограничения в броя на извършваните от

един изпълнител на медицинска дейност, хоспитализации, води до ограничаване правата на пациентите, които са потърсили медицинска помощ в лечебното заведение, след изчерпване от последното на определеният му от НЗОК и РЗОК брой дейности. Тези лица или трябва да изчакат за планов прием в следващ период, с което се нарушават 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, а това изключва гарантираната им от закона свобода на избор на изпълнител на медицинска помощ и нарушава принципа за равнопоставеност на здравноосигурените лица.

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, защото ако се приеме, че са обвързани от определените от НЗОК лимити за дейността им, то от това следва, че тъй като не могат да откажат предоставянето на съвременна и качествено лечение на здравноосигурените лица заложен в ЗЗО и ЗЗ, те трябва да финансират тази медицинска помощ или да 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.

По отношение на процесните претендиращи 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. НЗОК, като държавен орган, има всички предоставени му от закона възможности така да планира, организира и пренасочва предоставения 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. 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. Изцяло ангажимент на НЗОК е така да организира разходването на средствата от бюджета си, 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 отговорността за заплащане, 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.

От събраните доказателства по делото е видно, неизпълнение от страна на ответника на възложените му със закон правомощия. Определяните лимити за процесните периоди не са съответни на реалните обеми извършвани дейности от ищеца, като изпълнител на медицинска помощ. По вече подробно изложените от съда мотиви, НЗОК не може да бъде освободена от отговорност, а следва да изпълни законово вменените ѝ задължения и да

бъде осъдена да заплати на ищеца реално изпълнената от него медицинска помощ в пълния доказан и претендиран размер. Затова и претенциите, предмет на предявените искове, за заплащане стойността на тази надлимитната медицинска дейност се явяват изцяло основателни и следва да бъдат уважени, и като е достигнал до този извод, първоинстанционния съд е постановил правилен съдебен акт, който следва да бъде потвърден.

По направените разноси:

При този изход на делото, въззивникът следва да заплати на въззиваемата страна разноси пред САС, но такива не се претендират, поради което и разноси не следва да се присъждат.

Водим от горното, Софийският апелативен съд,

РЕШИ:

ПОТВЪРЖДАВА решение № 461 от 23.12.2021 г. по гр. д. № 108 по описа за 2021 г. на Окръжен съд – Перник.

Решението може да се обжалва в едномесечен срок от връчването му на страните, пред Върховен касационен съд, при условията на чл. 280 и сл. ГПК.

Председател: _____

Членове:

1. _____

2. _____