

РЕШЕНИЕ

№ 161

гр. Велико Търново, 16.11.2022 г.

В ИМЕТО НА НАРОДА

АПЕЛАТИВЕН СЪД – ВЕЛИКО ТЪРНОВО, ВТОРИ ГРАЖДАНСКИ И ТЪРГОВСКИ СЪСТАВ, в публично заседание на двадесет и шести октомври през две хиляди двадесет и втора година в следния състав:

Председател: ХРИСТИНА ДАСКАЛОВА

Членове: ЕМАНУИЛ ЕРЕМИЕВ
ИСКРА ПЕНЧЕВА

при участието на секретаря ГАЛЯ М. РОМАНОВА
като разгледа докладваното от ИСКРА ПЕНЧЕВА Въззивно търговско дело
№ 20224001000198 по описа за 2022 година

за да се произнесе взе предвид следното:

Производството е по депозирана въззивна жалба от НЗОК – София срещу Решение № 50/ 02.05.2022 г. по Т.д. № 188/ 2021 г. по описа на ОС – Русе, с което е осъдена да заплати на Специализирана болница за активно лечение по кардиология „Медика Кор“ ЕАД Русе сумата 25 518 лв., представляваща стойността на извършена и отчетена, но незаплатена медицинска помощ на ЗОЛ по клинични пътеки за периода 01.02.2018 г. – 30.11.2018 г. и сумата 7 913.37 лв. – законната лихва върху от падежа на всяко месечно вземане до датата на завеждане на исковата молба 30.06.2021 г., ведно със законната лихва върху главницата от 25 518 лв., считано от 01.07.2021 г. до окончателното изплащане. Жалбоподателят счита решението за постановено в нарушение на материалния закон и необосновано, като съдът не извършил преценка и анализ на доказателствата, не ставало ясно какви са фактическите му констатации, а правните му изводи били неразбираеми, фрагментарни, без логическа последователност и вътрешно противоречиви. Съдът цитирал правни норми, които тълкувал в противоречие с техния смисъл и волята на законодателя и без да е ясно, какви изводи формира въз основа на същите, неуместно и извън контекста боравил с практиката на КС и с понятия, които имали легална законова дефиниция. Той необосновано изцяло игнорирал приложимите към спора разпоредби на Националните рамкови договори между НЗОК и БЛС за медицинските дейности през 2017 г. и 2018 г.,

финансовите рамки на НРД, обемите за дейностите по КП на национално ниво, закупувани от НЗОК, методиките за остойностяването и закупуването им. Неправилно приел, че процесните договори са наложени от НЗОК без възможност лечебното заведение да влияе върху съдържанието им, защото по силата на закона типовите договори били утвърждавани едва след съгласуването им с УС на БЛС. Поддържа, че всички договорни клаузи са в синхрон с действащата нормативна база и въведените ограничения не лишават здравноосигурените лица от право на медицинска помощ, а целят спазването на очертаната от ЗБНЗОК финансова рамка за извършване заплащането на медицински дейности от НЗОК, като излага подробни съображения защо е въведен лимит на заплащания обем от здравни дейности. Заема становище, че надлимитната дейност е извън предмета на договорите, поради което в полза на Болницата не се е породило вземане за нейната цена, основано на договорите и предявеният иск по чл.79 ал.1 ЗЗД бил изцяло неоснователен. Неправилно и необосновано било решението и в частта за присъдената лихва за забава. В договорите липсвал уговорен падеж за заплащане на надлимитна дейност, каквато въобще те забранявали да бъде отчитана. Уговореният в чл.45 срок за заплащане на осъществената медицинска дейност бил приложим само към отчетена в рамките на отчетния период дейност, какъвто не бил настоящият случай. Даденото от съда разрешение било в противоречие и със съдебната практика, на която жалбоподателят се позовава. Моли решението да бъде отменено и да бъде постановено друго, с което исковата претенция да бъде отхвърлена изцяло. Претендира присъждането на разноски и юрисконсултско възнаграждение.

В срока по чл.263 ал.1 ГПК насрещната страна е подала отговор, в който оспорва жалбата. Заема становище, че постановеното от ОС – Русе решение е правилно, законосъобразно и обосновано при ясни мотиви на съда, обусловили крайните му изводи. Приетото от съда кореспондира с установената съдебна практика, която Болницата неизчерпателно посочва. Исковата претенция била основателна предвид доказване реалното извършване на надлимитната дейност, включена в преметния обхват на договорите, отчитането ѝ чрез ежедневните електронни отчети и незаплащането ѝ от НЗОК. Правилен бил изводът на ОС – Русе и досежно иска за заплащане на обезщетение за забава, като двете съдебни решения за различен момент на изпадане в забава, на което се позовавала НЗОК, били изключение от съдебната практика по сходни казуси, при това едното не било влязло в сила. Моли решението да бъде потвърдено. Претендира разноски за въззивното производство.

Въззивната жалба е подадена в срока по чл.259 ал.1 ГПК, от легитимирана страна, против обжалваем съдебен акт, поради което е процесуално допустима и следва да се разгледа по същество. В изпълнение на задълженията си по чл.269 от ГПК въззивният съд извърши служебна проверка относно валидността на обжалваното решение и допустимостта му в обжалваните части и намира, че съдебният акт не страда

от пороци, водещи до неговата нищожност – постановен е от законен състав, в пределите на правораздавателната власт на съда, изготвен е в писмена форма, подписан е и е разбираем. Не са налице и процесуални нарушения, обуславящи неговата недопустимост.

Съдът, като взе предвид становищата на страните и събраните по делото доказателства, в съответствие с предметните предели на въззивното производство, очертани с жалбата, намира следното:

Възприетата от първоинстанционния съд фактическа обстановка е изложена от него изчерпателно и разбираемо и кореспондира със събрания доказателствен материал, при което оплакването на жалбоподателя, че фактическите констатации, въз основа на които съдът е изградил правните си изводи, са неясни, е неоснователно. Релевантни за спора факти са следните: За исковия период м.02.2018 г. – м.11.2018 г. между Специализирана болница за активно лечение по кардиология Медика Кор ЕАД Русе /наричана за краткост Болницата/ и НЗОК е имало сключени и са действали два договора с предмет оказване на медицинска помощ по клинични пътеки на ЗОЛ и на определена категория здравно неосигурени лица – съответно от 23.05.2017 г. и от 28.05.2018 г., в сила от 01.04.2018 г., като правата и задълженията на страните са подробно разписани в договора. По силата на договорите, които имат идентично съдържание, Болницата като изпълнител се е задължила да оказва на здравноосигурени лица, на здравно неосигурени лица по §2 и на лицата по § 8, респ. § 9 от ЗБНЗОК за 2017 г./ 2018 г. болнична медицинска помощ по изчерпателно изброени клинични пътеки, без да изисква заплащане или доплащане от лицата за дейността – предмет на договорите, освен в изрично посочени хипотези; да разполага по всяко време на действие на договора с медицински специалисти с квалификация, необходима за изпълнение на договора; да осигурява непрекъснато 24-часово изпълнение на лечебната дейност; да спазва правата на здравноосигурените лица и на пациента, регламентирани в ЗЗО и ЗЗ, и да осигурява условия, гарантиращи тези права; да предоставя изискваната от НЗОК отчетна документация в договорените срокове. НЗОК като възложител се е задължил да закупува дейностите по клиничните пътеки в рамките на определени месечни стойности, които се определят от нея по реда на чл.36 - чл.34 и се отразяват в част Б на Приложение 2, да следи за спазване на правата на здравноосигурените лица и пациентите от страна на изпълнителя, както и да заплаща извършената и отчетена болнична помощ по договорените клинични пътеки до 30-то число на месеца, следващ отчетния, освен когато е предвиден друг срок – чл.45 от договора от 2017 г. и до 25-то число на месеца, следващ отчетния, освен когато е предвиден друг срок – чл.46 от договора от 2018 г. В чл.4 ал.2 е предвидена дължимост от възложителя на законна лихва при забава в плащането. Съгласно чл.31 от договора изпълнителят е длъжен да отчита ежедневно по електронен път оказаната за денонощия дейност, включена в предмета на договора, като не се заплащат дейности,

които не са отразени в ежедневните отчети и не са приети от информационната система в договорените срокове. Ежедневните отчети се обработват в информационната система на НЗОК и в срок до 7-мия работен ден, следващ отчетния месец, РЗОК уведомява изпълнителя с месечно известие по електронен път за отхвърлената от заплащане дейност и основанията за това. В т.7 на чл.31 ал.12 е посочена като основание за отхвърляне на плащането хипотезата на чл.38 от договора – извършена надлимитна дейност. Съгласно чл.38 от договора от 2018 г. изпълнителят отчита с финансово-отчетни документи дейности на стойност, в рамките или под равнището на месечната стойност за съответните дейности. В чл.38 ал.7 е посочено, че изпълнителят не може да предявява за закупуване от възложителя дейности и медицински изделия, отхвърлени за заплащане поради надвишаване на стойностите за съответните месеци. Аналогично в чл.37 от договора от 2017 г. след изменението му с ДС № 3/ 04.07.2017 г е предвидено, че изпълнителят не може да отчита с финансово-отчетни документи дейности на стойност, надвишаваща определената в Приложение 2, и отчетените такива се посочват като отхвърлени в месечното известие.

Не се спори между страните и това е установено от приетите по делото писмени доказателства, анализирани в приетата съдебно-медицинска експертиза, и от заключението на съдебно-икономическата експертиза, че за исковия период от 01.02.2018 г. до 30.11.2018 г. Болницата е предоставила медицинска помощ на 21 бр. здравноосигурени лица по различни клинични пътеки; че извършените дейности по клинични пътеки са отразени надлежно в медицинската документация – проверените от вещото лице истории на заболяването на пациентите, както и са въведени в персонализираната информационна система на НЗОК; че извършената дейност е на обща стойност 25 518 лв., с която стойност са надвишени утвърдените по Приложение № 2 стойности за съответните месеци; че за надлимитните дейности не са издавани фактури, но стойността им е включена в отчета на приходите и разходите на лечебното заведение като приход от продажба на услуги; че НЗОК не е заплатило стойността на така констатираната надлимитна дейност. Видно от писмо на управителя на Болницата изх. № 69/ 16.04.2021 г., получено от НЗОК на 20.04.2021 г., Касата е поканена да заплати стойността на надлимитната дейност, ведно с обезщетение за забавено плащане за всеки един от процесните месеци.

При така изяснената фактическа обстановка, се налагат следните **правни изводи**: Съдът е сезиран с обективно кумулативно съединени искове с правно основание чл.79 ал.1 ЗЗД вр. чл.59 ЗЗО и чл.86 ал.1 ЗЗД. Спорът пред въззивната инстанция не е относно наличието на валидно облигационно правоотношение, основано на процесните договори за оказване на медицинска помощ по клинични пътеки, извършването от ищеца през исковите месеци на дейност, включена в предметния обхват на двата договора, надлежното отчитане на тази дейност и стойността на същата, а е само по правния въпрос за дължимостта на плащане за

дейност, която макар и да попада в предметния обхват на договорите е на стойност, надвишаваща договорените месечни стойности съгласно Приложение 2, т.е. тя е извън определения от възложителя лимит за съответния период.

Организирането на дейността по предоставяне на медицински услуги и заплащането им е регламентирано от ЗЗО, Националните рамкови договори, сключвани ежегодно между НЗОК и БЛС, ЗБНЗОК за съответните години и Правилата за условията и реда за чл.4 ал.1, ал.2 и ал.3 от ЗБНЗОК, Методиките за остойностяване на дейностите в болничната медицинска помощ и за заплащане на дейностите в болничната медицинска помощ, приети с Постановление № 57/ 16.03.2015 г. Специалният закон ЗЗО възлага провеждането на държавната политика в сферата на здравето осигуряване и свързаните с него обществени отношения на НЗОК. Това е юридическото лице, което участва в договорни правоотношения с лечебни заведения – изпълнители на БМП, като съгласно чл.2 ал.1 ЗЗО закупува от тях регламентиран с наредба на министъра на здравеопазването на основание чл.45 ал.2 ЗЗО пакет от медицински дейности, гарантиран от бюджета на НЗОК. Съгласно § 1, т.2 от ДР на ЗЗО този пакет представлява определени по вид и обхват дейности, по отделни специалности, дейности за лечение на определени заболявания или на група заболявания, които са достъпни за всички здравноосигурени лица в обем, при условия и по ред, определени в Националния рамков договор. Видно от легалната дефиниция, целта на закупуването на пакета е гарантиране на всички здравноосигурени лица достъпността до включените в него здравни дейности, в съответствие с прокламираното в чл.52 ал.1 КРБ право на достъпна медицинска помощ и безплатно ползване на медицинско обслужване при условия и по ред, определени със закон, и с основните принципи на здравето осигуряване. Тези принципи са визирани в чл.5 ЗЗО и сред тях в т.5 е равнопоставеното третиране на здравноосигурените лица при идентични условия.

Обслужването на конкретния публичен интерес обуславя функциите на НЗОК, на която законодателят е предоставил съответните правомощия и икономически механизми за осигуряване на необходимия финансов ресурс за реалното осъществяване на правата на здравноосигурените лица – да планира собствен бюджет. Бюджетът на НЗОК трябва да гарантира пакета от здравни дейности като ангажимент на държавата към здравноосигурените лица, а не обратното – пакетът да бъде ограничен от бюджета. Финансовата рамка на бюджета е заложена в чл.22 – чл.32 ЗЗО и се доразвива със ЗБНЗОК за съответната година. Бюджетът на НЗОК, както бюджетът на всеки орган в системата на държавната администрация, е лимитиран в рамките на определена крайна сума и правилното му планиране и правилното управление, разпределение и контрол за целесъобразното разходване на средствата несъмнено би следвало да обезпечи заплащането на регламентирания пакет от медицински дейности. Именно защото се касае до разпределение на лимитиран бюджет, утвърждаването на лимит на годишна

стойност за извършени от изпълнителите на БМП здравни дейности не противоречи на Конституцията и на принципите, на които е изградената системата на здравно осигуряване и предоставяне на медицинска помощ. Това е и причината в индивидуалните договори с отделните изпълнители на БМП да бъдат определени предварително обемът и стойността на предоставяните дейности. С оглед спецификата на предмета на договора обаче определените обеми и стойности могат да имат само прогнозен характер, защото е възможно както да не бъдат достигнати, така и да бъдат надхвърлени, без изпълнителите на помощта да могат да влияят на това. Поради прогнозния характер на определените в Приложение № 2 месечни стойности за здравна дейност в нормативната уредба са регламентирани механизми за корекция на предварително заложените стойности. Възможността за коригиране на стойностите е логична последица от предварителното разпределение на бюджетните средства на НЗОК на базата на анализи и прогнози без възможност да бъдат предвидени както броят на лицата, които ще потърсят медицинска помощ от съответния изпълнител, така и конкретната по вид и като обем дейност, която ще им бъде предоставена в рамките на един месец, тримесечие, година. И в Правилата за условията и реда за прилагане на чл.4 ал.1 и 2 от ЗБНЗОК за 2018 г. и в тези от 2017 г., приети по делегация от чл.4 ал.3 от ЗБНЗОК, е предвидена възможност за корекция на месечните стойности в съответствие с параметрите на национално ниво на изпълнението на здравноосигурителните плащания. Корекциите са от компетенциите на НС на НЗОК, който има право и задължение ежесечно и на тримесечие да наблюдава, анализира и контролира изпълнението. В бюджета на Касата е предвиден и задължителен резерв, предназначен за непредвидени и неотложни разходи, който съгласно чл.26 ал.2 ЗЗО служи за плащане на разходите при значителни отклонения от равномерното разходване на определените бюджетни средства. Изложеното сочи, че не съществува законодателна пречка да бъде заплатена доказано извършена медицинска помощ в обхвата на чл.45 ЗЗО, която е на стойност, надвишаваща определената месечна такава за конкретния изпълнител на БМП. Съгласно чл.51 ЗЗО само медицинската помощ извън обхвата на чл.45 ЗЗО и договореното в НРД не се закупува от НЗОК.

В настоящия казус не се спори, че извършената от ищеца дейност, чието заплащане се претендира, е в предметния обхват на договора, т.е. е от предвидения пакет. След като НЗОК носи отговорността да планира своя бюджет и да осъществи целесъобразното му разходване за целите, за които е предвиден, като гарантира на здравноосигурените лица достъп до своевременно и качествено здравеопазване по пакета от медицински дейности, които те да получат от избрания от тях изпълнител на медицинска помощ, недопустимо е управленски решения във връзка с бюджета на Касата да рефлектират върху правната сфера на изправна по договорното правоотношение страна – изпълнителя на БМП. За последния не съществува правна възможност да откаже предоставянето на медицинска помощ на здравноосигурените

лица в рамките на пакета от здравни дейности, гарантиран от самостоятелния бюджет на НЗОК, на каквото ѝ да е основание, в това число и поради изчерпване на средствата от разпределения му лимитиран бюджет, защото на здравноосигуреното лице е признато от закона правото на свободен достъп до медицинска помощ чрез пакета от здравни дейности и на свободен избор на изпълнител, сключил договор с РЗОК, от цялата територия на страната – чл.4 ал.1 ЗЗО, чл.35 ал.1 т.1 и т.2 ЗЗО, чл.2 ал.1 и чл.4 ал.1 от Наредбата за осъществяване правото на достъп до медицинска помощ, издадена от МС по законова делегация от чл.83 ал.3 от Закона за здравето, като съгласно чл.4 ал.2 ЗЗО правото на избор на изпълнител не може да бъде ограничавано по географски и/или административни основания. Самата НЗОК не може да допусне отказ на изпълнителя по отношение на здравноосигурено лице, защото тя е гарант за спазване на правата на здравноосигурените лица и съответно е длъжна да упражнява контрол в тази насока. В съответствие със закона в процесните договори не е предвидена възможност при изчерпване на предварително определените стойности, лечебното заведение да прекрати извършването на определените по договора дейности, а напротив, то се е задължило да осигурява договорената болнична медицинска помощ непрекъснато 24 часа, без да може да изисква заплащане или доплащане от здравноосигуреното лице за дейност в предметния обхват на договора. Отказът да бъде предоставена на здравноосигурено лице необходимата му медицинска помощ би съставлявал виновно неизпълнение на поетите с договора задължения и основание за търсене на отговорност.

По така изложените съображения и предвид обстоятелството, че Болницата се явява изправна страна по правоотношението – по делото е доказано реалното извършване за процесните месеци на твърдяната надлимитна дейност по клинични пътеки в предметния обхват на договора, в полза на здравноосигурени лица, при спазване на изискванията на чл.25 ал.1 от договорите и при надлежно ѝ отразяване в изпратените по електронен път в информационната система на НЗОК ежедневни отчети, липсва основание да бъде отречено правото ѝ да получи насрещната престация – цената на извършените дейности. Заплащането на предоставената медицинска помощ е в съответствие с принципите на добросъвестност при изпълнение на насрещните задължения по сключените договори и недопускане на неоснователно обогатяване. Размерът на вземането на Болницата е доказан и съответства на заявената искова претенция след изменението ѝ – 25 518 лв. Като е достигнал до същия правен извод за основателност на предявения иск първоинстанционния съд е постановил правилно решение, което в тази му част следва да бъде потвърдено. Исковата сума е дължима и със законната лихва от датата на предявяване на иска 01.07.2021 г. до окончателното изплащане. Такава лихва е присъдена от ОС – Русе.

По акцесорния иск за обезщетение в размер на законната лихва за забава върху главниците на помесечно дължимите суми за иския период: Съдът в настоящия му

състав намира за основателни оплакванията въз въззивната жалба за неприложимост на клаузата на чл.4 ал.2 от договорите към заплащането на надлимитната дейност. Договореният между страните срок по чл.45 от договора от 2017 г. и по чл.46 от договора от 2018 г. касае заплащането само на отчетената дейност, която е в рамките на определената месечна стойност. След като договорът изобщо не предвижда заплащането на извършените дейности на стойност, надвишаваща месечния лимит, няма как да е уговорен и падеж на непоето задължение. С оглед липсата на договорен срок за изпълнение, възложителят не е изпаднал в забава от сочения от изпълнителя момент и лихва се дължи по общите правила на чл.84 ал.2 ЗЗД – след покана. В случая такава е отправена на 20.04.2021 г. Използвайки компютърна програма за изчисляване на законна лихва, ВТАС установи, че върху за периода от 20.04.2021 г. до 30.06.2021 г. главницата от 25 518 лв. е дължима лихва в размер на 510.36 лв. На Болницата следва да бъде присъден този размер, а исковата ѝ претенция за мораторна лихва над 510.36 лв. до присъдената сума 7 913.37 лв. – за времето от датата на „падежа“ до 30.06.2021 г. – се явява неоснователна и следва да бъде отхвърлена. По изложените съображения решението на ОС – Русе в частта за присъдената лихва за забава върху главниците на вземанията за стойността на оказаната, но незаплатена болнична помощ, за разликата над 510.36 лв. до присъдената сума 7 913.37 лв. е неправилно и следва да бъде отменено.

По разноските: При този изход на спора на жалбоподателя следва да бъдат присъдени разноски за заплатена държавна такса за въззивното производство съразмерно на уважената част от жалбата му – сумата 148.06 лв. Следва да се присъди и юрисконсултско възнаграждение на основание чл.78 ал.8 ГПК, което съдът, при съобразяване отхвърлената част от иска, определя за двете инстанции на 120 лв. На ищеца – ответник пред ВТАС – са дължими разноски за първоинстанционното производство съразмерно на уважената част от иска му – сумата 3 321.43 лв., като решението на първоинстанционния съд в частта за разноските следва да бъде отменено за присъдените разноски над този размер до сумата 4 266.11 лв. За въззивното производство на Болницата следва да се присъдят разноски за заплатено адвокатско възнаграждение съразмерно на отхвърлената част от въззивната жалба – сумата 1465.13 лв.

Водим от горното, съдът

РЕШИ:

ОТМЕНЯ Решение № 50/ 02.05.2022 г. по Т.д. № 188/ 2021 г. по описа на ОС – Русе **в частта**, с която НЗОК – София е осъдена да заплати на Специализирана болница за активно лечение по кардиология „Медика Кор“ ЕАД Русе законна лихва за забава върху помесечните стойности на извършената в периода м.02. – м.11.2018 г.

медицинска помощ за разликата над **510.36 лв. /петстотин и десет лв. и 36 ст./** до претендирания размер 7 913.37 лв. – за времето от датата на падежа до 30.06.2021 г., **както и в частта з а присъдените в полза на Болницата разноси за първоинстанционното производство над 3 321.43 лв. /три хиляди триста двадесет и един лв. и 43 ст./** до сумата 4 266.11 лв., вместо което **ПОСТАНОВИ:**

ОТХВЪРЛЯ предявения от Специализирана болница за активно лечение по кардиология „Медика Кор“ ЕАД Русе против НЗОК – София иск за присъждане на законна лихва за забава върху стойностите на извършена в периода м.02. – м.11.2018 г. медицинска помощ за разликата над 510.36 лв. до претендирания размер 7 913.37 лв. – за времето от датата на падежа до 30.06.2021 г., като неоснователен.

ПОТВЪРЖДАВА решението в останалата му част.

ОСЪЖДА Специализирана болница за активно лечение по кардиология „Медика Кор“ ЕАД Русе да заплати на НЗОК – София **сумата 148.06 лв. /сто четиридесет и шест лв. и 06 ст./** - направени разноси за заплатена държавна такса за въззивното производство съразмерно на уважената част от жалбата **и сумата 120 /сто и двадесет/ лв.** - юрисконсултско възнаграждение за производствата пред РОС и ВТАС.

ОСЪЖДА НЗОК – София да заплати на Специализирана болница за активно лечение по кардиология „Медика Кор“ ЕАД Русе **сумата 1465.13 лв. /хиляда четиристотин шестдесет и пет лв. и 13 ст./** – направени по делото разноси за заплатено адвокатско възнаграждение съразмерно на отхвърлената част от въззивната жалба.

Решението подлежи на обжалване пред ВКС в едномесечен срок от връчване на препис от него на страните.

Председател: _____

Членове:

1. _____

2. _____