

РЕШЕНИЕ

№ 48

гр. Шумен, 05.10.2022 г.

В ИМЕТО НА НАРОДА

ОКРЪЖЕН СЪД – ШУМЕН в публично заседание на двадесет и осми септември през две хиляди двадесет и втора година в следния състав:

Председател: Константин Г. Моллов

при участието на секретаря Галина Св. Георгиева
като разгледа докладваното от Константин Г. Моллов Търговско дело № 20213600900046 по описа за 2021 година

за да се произнесе взе предвид следното:

Производството е образувано по депозирана искова молба от „МБАЛ – Велики Преслав“ ЕООД, ЕИК 127513804 със седалище и адрес на управление гр. Велики Преслав, ул. „Любен Каравелов“, № 51, представлявано от управителя д-р Й.Н.Ж. чрез процесуалния представител ад. Ж.Д. от АК – Хасково с адрес за призоваване в гр. Велико Търново, ул. „.....“, № 3, ет.1 против Национална здравноосигурителна каса, ЕИК 121858220 със седалище и адрес на управление гр. София, ул. „.....“, № 1, представлявана от д-р П.С. Ищецът твърди, че между страните е сключен договор за оказване на болнична помощ по клинични пътеки № 270308/19.05.2017 г. Въз основа на договора ответникът е възложил, а ищецът се е задължил да оказва на здравноосигурените лица болнична медицинска помощ. Ответникът е имал задължението да заплаща уговорените с договорите медицински дейности. Ищецът е бил задължен и ежедневно е отчитал извършваната от него медицинска дейност. Въпреки това част от лечебната дейност извършена през месеците март, април, май и октомври 2017 г. в общ размер на 36 853.00 лв. обозначена като „надлимитна“ не е била заплатена от ответника. Според ищеца въвеждането на стойности, в рамките на които ответника да заплаща, извършваната медицинска дейност е в противоречие с материалния закон. С оглед на това всички клаузи от процесните договори, които въвеждат лимити за заплащане на оказаната от лечебното заведение болнична помощ на здравноосигурените лица са нищожни поради противоречието им със закона и добрите нрави. Ищецът претендира ответника да бъде осъден да му заплати сума в общ размер на 50 659.74 лв., от която главница 36 853.00 лв., представляваща стойността на извършени от ищеца, но незаплатени от ответника медицински дейности по сключен между страните договор за болнична помощ по клинични пътеки от 19.05. 2017 г. и мораторна лихва 13 806.74 лв., а също и направените в настоящото

производство деловодни разноски.

Ответникът счита иска за неоснователен и го оспорва по основание и размер. Незаплатената от него лечебна дейност не е договорена в договора. Ищецът не е провел нормативно установената процедура за заявяване на извършената от него недоговорена дейност в уговорените между страните срокове и тя не е отчетена по надлежния ред. Коригирането на месечните стойности за извършените в съответния месец дейности е възможно само в рамките на предварително заложените проценти и в посочените срокове. Ответникът счита, че претендираното от ищеца парично вземане е погасено по давност, поради изтичане на визирания в чл.111, б. „в“ от ЗЗД тригодишен давностен срок. С подписания договор ответникът не е бил поел задължението да заплаща болничната медицинска дейност, чиято стойност надвишава месечните стойности.

От събраните по делото доказателства, преценени по отделно и в съвкупност съдът приема за установено следното:

На 19.05.2017 г. между ответника НЗОК гр. София от една страна в качеството му на възложител и ищеца „МБАЛ – Велики Преслав“ ЕООД от друга страна като изпълнител е сключен договор за оказване на болнична помощ по клинични пътеки № 270308/19.05.2017 г. В чл.1 от договора подробно е описан обема на договорената за изпълнение болнична помощ с изброяване на клиничните пътеки (КП). С чл. 19, ал.1 от договора са уговорени цените на КП. Съгласно чл.31, ал.1 от договора ищецът е бил задължен ежедневно да отчита по електронен път в утвърдени от ответника формати извършената медицинска дейност. Договорът е със срок на действие за срока на действие на Националния рамков договор за медицински дейности между НЗОК и БЛС за 2017 г. обн., ДВ, [бр. 24](#) от 21.03.2017 г., в сила от 1.04.2017 г., попр., [бр. 30](#) от 11.04.2017 г., [бр. 50](#) от 23.06.2017 г., изм. и доп., бр. 13 от 9.02.2018 г., в сила от 1.01.2018 г., отм., бр. 28 от 29.03.2018 г., в сила от 1.04.2018 г. (НРД 2017 г.) – чл.64 от договора.

От заключенията на вещите лица по назначената от съда комплексна съдебна експертиза, неоспорени от страните се установява, че извършените надлимитни дейности са включени в ежедневните електронни отчети изпращане в НЗОК за процесните месеци март, април, май и октомври 2017 г. Електронните записи и генерираните файлове не показват и не съдържат информация, че системата не е приела или обработила неуспешно подадените записи към управляващия сървър, напротив на работния екран на програмата не се е появил известяващ прозорец с информация за нарушения на цялостта на подадените данни или за известие за технически проблем от друг тип.

Претендираните за заплащане надлимитни медицински дейности са реално извършени при спазване на критериите за добра клинична практика и са част от цялата извършена дейност за съответните месеци, за които се претендират. Извършените дейности са надлежно документирани.

Извършените надлимитни дейности за болнична медицинска помощ са на обща стойност за: м. март 2017 г. -3 861.00 лв.; м. април 2017 г. – 4 487.00 лв.; за м. май 2017 г. –

16 812.00 лв. и за м. октомври 2017 г. – 9 143.00 лв. От счетоводни данни, извлечени от счетоводствата на страните сумите, не са заплатени. Общият размер на сумата за заплащане на надлимитните медицински дейности е 34 303.00 лв.

Размерът на мораторната лихва върху неизплатените суми за надлимитни дейности по клиничните пътеки за процесните периоди е в общ размер на 12 844.67 лв.

Страните не спорят, че ответникът е отказал да извърши заплащането на процесните медицински дейности. Това се потвърждава и от показанията на разпитаният по делото свидетел Д.Т.Т., която от 2007 г. работи в РЗОК – Шумен и заема на длъжността „Началник сектор обработка на документи на договорни партньори“. Извършената през месеца от лечебното заведение медицинска дейност, която надхвърля определената за конкретния месец стойност на медицинските услуги, които то следва да извърши по договора е надлимитна и не се заплаща от РЗОК. Съдът кредитира показанията на свидетелката, предвид обстоятелството, че тя има преки и непосредствени впечатления от отчитането на извършваната от ищеца болнична помощ по КП през процесния период и показанията ѝ кореспондират със събраните в хода на процеса доказателства.

С оглед така очертаната фактическа обстановка съдът приема, че налице е правен спор относно изпълнението на парични задължения от страна на ответника в качеството му на възложител по горепосочения договор да заплати част от лечебната дейност, извършена от ищеца през месеците март, април, май и октомври 2017 г. Налице е и акцесорна претенция за мораторната лихва върху дължимите за съответния месец, но неизплатени незаплатени суми за периода от датата на падежа, на която е следвало да се изплати съответната сума до датата, на която е депозирана исковата молба. Предявените обективно, кумулативно съединени искове са с правно основание чл.79, ал. 1, пр.1 от ЗЗД и чл. 86, ал.1 от ЗЗД.

По допустимостта на исковете съдът се е произнесъл с определението си по чл.374 ГПК от 15.10.2021 г. Разгледани по същество исковете са частично основателни, поради следните съображения:

Между страните няма спор, а и от събраните в хода на процеса доказателства безспорно се установява, че въз основа на сключените помежду им процесен договор, ищецът през месеците март, април, май и октомври 2017 г. е извършил лечебни дейности на обща стойност 34 303.00.00 лв. Тази сума надхвърля установените с договорите стойности на медицинските дейности, които ищецът може да осъществи и би следвало да му бъдат заплатени през съответния период.

Основният спор между страните е следва ли извършената от лечебното заведение медицинска помощ, надхвърляща установените с договорите граници за съответния период да му бъде заплатена. Респективно ответникът основавайки се на сключените договор и НРД за съответната година да откаже тяхното заплащане, т. е. те да останат за сметка на извършилото ги лечебно заведение.

Процесният договор между страните е сключени на основание чл.59, ал.1 от Закона

за здравното осигуряване (ЗЗО) и действащия към момента на сключва-нето му НРД 2017 г. Съгласно чл.25, ал.3 от НРД 2017 г. цените на медицински дейности, установени в НРД са част от съдържанието на договора.

Надзорния съвет на НЗОК, съобразно приетия бюджет на касата за 2017 г., утвърждава за всяка РЗОК обща годишна стойност на разходите за здравноосигурителни плащания за заплащане на изпълнителите на болнична медицинска помощ (БМП), разпределена по месеци за заплащане през бюджетната 2017 г. – чл.355, ал.1 от НРД 2017 г. РЗОК разпределят утвърдените стойности за разходи по изпълнители на БМП за съответната РЗОК по месеци за периодите на извършване на дейността и сключва договори с тях в рамките на утвърдените стойности, като в приложение № 2 към договора с НЗОК се определя месечната стойност по видове дейности - чл.355, ал.3 и ал.4 от НРД. Съгласно чл.355, ал.11 от НРД, стойностите по финансовоотчетните документи, които се представят не следва да надвишават размера на определените месечни стойности по приложение № 2 на индивидуалните договори на изпълнителите.

В съответствие с горепосочените клаузи от НРД 2017 г., съгл. 40, ал.2 от договора за оказване болнична помощ по клинични пътеки № 270308/19.05.2017 г. дейностите, надвишаващи месечните стойности на изпълнителя на БМП не се отчитат за заплащане. Същевременно превишаването на утвърдените месечни лимити е основание за отхвърляне на плащането от НЗОК, съгл. чл.31, ал.10 и чл.37 от договора.

По отношение на извършената надлимитна дейност през м. март 2017 г. намира приложение Националният рамков договор за медицински дейности между НЗОК и БЛС за 2015 г. обн., ДВ, бр. 6 от 23.01.2015 г., в сила от 1.01.2015 г., отм., бр. 24 от 21.03.2017 г., в сила от 1.04.2017 г. (НРД 2015 г.), който съдържа аналогични текстове, че надвишаването на утвърдения от НЗОК и РЗОК лимит е основание за отхвърляне на плащането от НЗОК.

Ищецът е лечебно заведение за болнична помощ по смисъла на чл.2 и чл.9, ал.1, т.1 от ЗЛЗ и като такава, съгл. чл.4, ал.1 от ЗЛЗ основната му функция е да указва болнична и извънболнична помощ. В чл.19, ал.1 от ЗЛЗ са посочени дейностите, които ищецът, като лечебно заведение императивно следва да извършва. Източниците на приходи и финансиране на лечебните заведения са посочени в чл. 96 и чл.97 от ЗЛЗ.

В ЗЗО са уредени правата на здравноосигурените лица, принципите въз основа на които се осъществява задължителното здравно осигуряване, определяне обема на финансиране от бюджета на медицинските дейности и реда за заплащането им. Чл.4 от ЗЗО гарантира свободен достъп на здравноосигурените лица до медицинска помощ, както и свободен избор на изпълнител, сключил договор с районна здравноосигурителна каса. Правото на избор е валидно за цялата територия на страната и не може да бъде ограничавано. В чл.5 от ЗЗО са огласени принципите въз основа на които се осъществява задължителното здравно осигуряване, включващ пакет от здравни дейности, гарантиран от бюджета на НЗОК (т.9) и свободен избор от осигурените на изпълнители на медицинска помощ (т.10). В съответствие с тези принципи, съгл. чл.35, ал.1, т.1 и т.2 от ЗЗО здравноосигурените лица имат право да получават медицинска помощ в обхвата на пакета

от здравни дейности, гарантиран от бюджета на НЗОК и да избират лекар от лечебно заведение за първична медицинска помощ, сключило договор с РЗОК. НЗОК е длъжна да заплаща на изпълнителя видовете медицинска помощ подробно изброена в разпоредбата на чл.45, ал.1, като заплащането се извършва от съответната РЗОК - чл.47 от ЗЗО.

От горепосочените текстове от ЗЗО следва, че здравноосигурените лица имат право да получат медицинска помощ от избраното от тях лечебно заведение, което от своя страна по силата на сключения с НЗОК договор е задължено да я оказва. Правото на здравноосигурените лица да получат медицинска помощ е безусловно, неотменимо и произтича от статута им на здравноосигурени и нуждата им от конкретна медицинска помощ. Следователно лечебното заведение не може да откаже медицинска помощ на здравноосигуреното лице на никакво основание. И след като медицинска помощ се дължи на основание статуса на пациента, то за лечебното заведение възниква правото да получи заплащане на оказаната медицинска помощ от НЗОК, в чийто бюджет постъпват здравноосигурителните плащания. Това право е обусловено от вида и обема на оказаната медицинска помощ от изпълнителя и стойността на всяка от медицинските дейности, съгласно НРД, действащ за съответния период и индивидуалния договор с изпълнителя. С оглед на това всички клаузи от процесните договори, които въвеждат лимити за заплащане на оказаната от лечебното заведение болнична помощ на здравноосигурените лица и с които са въведени стойности в рамките, на които да се заплаща на изпълнителя оказаната от него медицинска помощ са нищожни, предвид чл.26, ал.1, пр.1 от ЗЗД поради противоречие със закона – чл.4, чл.5, т.т.9 и 10 и чл.35, ал.1, т.т.1 и 2 от ЗЗО. Те са в противоречие с правото на здравноосигурените лица да получат медицинска помощ. Налагането на лимит на сумите за разплащане по договорите води до сериозно ограничаване на гарантирания в разпоредбата на чл.4 от ЗЗО свободен достъп на осигурените лица до медицинска помощ. Ограничението се изразява преди всичко в невъзможността да получат медицинска помощ онези здравно осигурени лица, които са я потърсили след като установения с договора лимит е бил вече изчерпан. Нарушава се правото за избор на болнично заведение, което право е валидно за цялата страна и не може да бъде ограничавано по географски и/или административни основания – чл.4, ал.2 от ЗЗО. Посочените клаузи от процесните договори са в нарушение и в противоречие със задължението на НЗОК да заплати оказването на медицинска помощ на здравноосигурените лица, съгласно чл. чл.45 и 47 от ЗЗО и съответстващото на него право на лечебните заведения да получат заплащане за оказаната медицинска помощ въз основа на сключените индивидуални договори.

Клаузите посредством които се въвежда „лимит“ за заплащане на медицинската помощ са нищожни и поради противоречие с добрите нрави и разпоредбите на Конституцията. Ищецът оказва медицинска помощ на лица, при които своевременно диагностициране и лечение е от значение за запазването или удължаването на живота им. Лишаването на лечебното заведение от възможността да оказва своевременно медицинска помощ на тези лица (каквото би бил резултатът от незаплащането на т. нар. „надлимитна“ медицинска помощ) е в противоречие с моралните норми (чл.26, ал.1, пр.3 от ЗЗД),

произтичащи от Хипократовата клетва, както и с правото на живот на пациента, прогласено от чл.28 от Конституцията на Р. България.

Ответникът е направил възражение за погасяване на вземането по давност на основание чл.111, б. „в“ от ЗЗД. Според тази разпоредба вземанията за периодични плащания се погасяват с изтичането на тригодишен давностен срок. По въпроса за приложимия давностен срок по отношение на вземанията на кредитора по индивидуалните договори, сключени между НЗОК и изпълнителите на медицинска помощ по реда на чл.59 от ЗЗО, включително за надлимитни дейности по реда на чл.290 от ГПК е формирана практика на ВКС, която следва да бъде съобразена. В Решение № 152 от 02.02.2021 г. по т.д. № 385/2020 на ВКС, II т.о. е прието, че вземането на лечебното заведение за извършената надлимитна болнична дейност не притежава правната характеристика на периодично плащане, тъй като няма повтарящ се характер, поради което не може да се приеме, че се погасява с изтичане на кратката погасителна давност по чл.111, б. „в“ от ЗЗД. Извършената от изпълнителя надлимитна дейност има случаен характер, тъй като с индивидуалния договор на изпълнителя на медицинска помощ и НЗОК не е уговорено изрично задължение на изпълнителя да осъществява такава през определен период от време, нито е поето повтарящо се задължение за плащането ѝ от страна на възложителя. След като изцяло е обусловено от здравноосигурените пациенти, явяващи се трети за сключения индивидуален договор лица, които чрез избора си на болничното заведение са упражнили гарантираното им от Закона за здравето осигуряване право на свободен достъп до медицинска помощ и на свободен избор на изпълнител, сключил договор с НЗОК, вземането за надлимитна дейност няма белези, които в своето единство, съгласно Тълкувателно решение № 3 от 18.05.2012 г. по т.д. № 3/2011 г. на ОСГТК на ВКС, характеризират „периодичните плащания“. С оглед на това възражението, че претендираното от ищеца парично вземане е погасено по давност, поради изтичане на визираната в чл.111, б. „в“ погасителна давност е неоснователно.

Комплексна съдебна експертиза, безспорно установи че стойността на извършена и отчетена от ищеца, но незаплатена от ответника надлимитна болнична медицинска дейност през месеците март, април, май и октомври 2017 г. е 34 303.00 лв. Размерът на мораторната лихва върху неизплатените суми за надлимитни дейности по клиничните пътеки за процесните периоди от датата на която са станали изискуеми до датата на подаване на исковата молба е в общ размер на 12 844.67 лв. Ответникът не е ангажирал доказателства, с оглед разпределението на доказателствената тежест в процеса, че е погасил задълженията си. Следователно претенцията на ищеца по отношение на главницата е основателна и доказана и следва да бъде уважена в размер на 34 303.30 лв., а за разликата до претендирания размер от 36 853.00 лв. следва да бъде отхвърлена. Основателна е и претенцията за мораторна лихва за периода от датата на която всяко едно от задълженията за съответния месец е станало изискуемо до датата на подаване на исковата молба и следва да бъде уважена в размер на 12 844.67 лв., а за разликата до претендирания размер от 13 806.74 лв. следва да бъде отхвърлена.

С оглед на гореизложеното общата сума която ответниците следва да заплатят на ищеца е в размер на 47 147.67 лв., а в останалата част до претендирания размер от 50 659.74 лв. исковите претенции следва да бъдат отхвърлени.

Относно разноските по делото.

От представените по делото писмени доказателства се установява, че ищеца е направил разноски по делото в общ размер на 7 966.39 лв., от които заплатена държавна такса – 2 026.39 лв., депозити за възнаграждение на вещи лица в общ размер на 1 940.00 лв. (включително и превод от 29.09.2022 г. на сумата от 70.00 лв., съгласно протоколно определение на съда от 28.09.2022 г.) и адвокатско възнаграждение – 4000.00 лв. Представени са списък с разноски по чл.80 от ГПК и писмени доказателства за извършените от ищеца плащания.

На основание чл. 78, ал.5 от ГПК, ответникът е направил възражение за прекомерност на заплатеното адвокатско възнаграждение. Съдът, предвид липсата на фактическа и правна сложност на делото, счита, че заплатеното адвокатско възнаграждение, чийто размер от 4 000.00 лв., е прекомерно и надхвърля близо два пъти минималното адвокатско възнаграждение в размер на 2 049.79 лв., предвидено в чл.7, ал.2, т.4 от Наредба № 1 от 09.07.2004 г. Но в случая следва да се отчете продължителността на съдебното производство, в рамките на което са проведени седем съдебни заседания и обстоятелството, че кантората на процесуалния представител на ищеца и седалището му се намират в други населени места – гр. В. Търново и гр. В. Преслав. С оглед на това съдът присъжда по-нисък размер на разноските в тази им част, като ответникът ще следва да заплати на ищеца адвокатско възнаграждение в размер на 3 000.00 лв. Следователно на основание чл.78, ал.1 от ГПК и направеното искане на ищеца следва да се присъдят направените по делото разноски, съразмерно с уважената част от претенциите му в размер на 6 483.43 лв.

От приложените по делото списък на разноските по чл.80 от ГПК платежни нареждания се установява, че ответното дружество е платило по банков път 2 250.00 лв. На основание чл.78, ал.3 от ГПК на ответника следва да се присъдят направените разноски съразмерно с отхвърлената част от претенциите в размер на 155.98 лв.

По компенсация ответникът следва да бъде осъден да заплати на ищеца деловодни разноски в размер на 6 327.45 лева.

Водим от гореизложеното, съдът

РЕШИ:

Осъжда Национална здравноосигурителна каса (НЗОК), Булстат 121858220, със седалище и адрес на управление гр. София, ул. „.....“, № 1, представлявана от д-р П.С.да заплати на „МБАЛ – Велики Преслав“ ЕООД, ЕИК 127513804 със седалище и адрес на управление гр. Велики Преслав, ул. „Любен Каравелов“, № 51, представлявано от управителя д-р Й.Н.Ж. сумата от 47 147.67 лв. от която главница 34 303.00 лв., представляваща стойността на извършена и отчетена от ищеца, но незаплатена от ответника болнична медицинска дейност през месеците март, април май и октомври 2017 г. 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 – 08.04.2021 г., както и сумата от 6 327.45 лв., представляваща направените по делото разноски,

съразмерно с уважената част от исковете, а в останалата част над уважения размер от 47 147.67 лв. до претендирания размер от 50 659.74 лв. отхвърля претенциите на „МБАЛ – Велики Преслав“ ЕООД, като неоснователни.

Решението може да се обжалва пред Апелативен съд град Варна в двуседмичен срок от връчването му на страните.

Съдия при Окръжен съд – Шумен: _____