

РЕШЕНИЕ

№ 67

гр. Пловдив, 22.02.2023 г.

В ИМЕТО НА НАРОДА

АПЕЛАТИВЕН СЪД – ПЛОВДИВ, 1-ВИ ТЪРГОВСКИ СЪСТАВ, в публично заседание на двадесет и пети януари през две хиляди двадесет и трета година в следния състав:

Председател: Надежда Ив. Желязкова
Каличкова

Членове: Славейка Ат. Костадинова
Красимира Д. Ванчева

при участието на секретаря Цветелина Юр. Диминова
като разгледа докладваното от Красимира Д. Ванчева Въззивно търговско
дело № 20225001000762 по описа за 2022 година

за да се произнесе взе предвид следното:

Производство по чл.258 и сл. от ГПК.

С решение №318 от 12.10.2022 г.,постановено по т.д.№20225300900143 по описа за 2022 г. на О.С.-П.,ТО, XVIII-ти състав,е осъдена Н.З.К.,БУЛСТАТ *****,с адрес:**** да заплати на „МБАЛ П.Х.“ЕООД,с ЕИК *****,със седалище и адрес на управление *****,сумата от 52 550 лв.,представляваща неплатена сума за болнична медицинска помощ,оказана през месец август 2018 г. по клинични пътеки по договор №*****/01.06.2018 г. за оказване на болнична помощ по клинични пътеки и сумата от 124 лв.,дължима за извършени амбулаторни процедури през м. август 2018 г. по сключен между страните договор №*****/01.06.2018 г. за извършване на амбулаторни процедури,както и да заплати сумата от 15 998 лв.,представляваща законната лихва върху главницата от 52 550 лв. за периода 11.03.2019 г. до 10.03.2022 г. и сумата от 46,88 лв.,представляваща законната лихва върху главницата от 124 лв. за периода 11.03.2019 г. до 10.03.2022 г.,ведно със законната лихва върху неплатените главници,считано от завеждане на делото на 11.03.2022 г. до окончателното изплащане,като е отхвърлен иска за мораторна лихва върху главницата от 124 лв. за сумата от 1,84 лв.

Със същото решение е осъдена НЗОК да заплати на „МБАЛ П.Х.“ЕООД с ЕИК *****,и сумата от 5642 лв.,представляваща направените по делото разноски.

Горното решение на ОС-П. е обжалвано във всичките му осъдителни части от ответника в първоинстанционното производство-Н.З.К., чиято въззивна жалба е подадена чрез упълномощения юрисконсулт К. А..В жалбата е изразено становище, че атакуваното решение е неправилно поради допуснати процесуални нарушения и неправилно приложение на материалния закон. Изложени са подробни аргументи за обосноваване на това становище. В този контекст се поддържа оплакването, че първоинстанционният съд не е обсъдил направеното от НЗОК възражение за изтекла погасителна давност по чл. 111, б. "в", пример последен от ЗЗД. Жалбоподателят счита, че за вземанията на противната страна приложение намира кратката тригодишна давност по посочената законова разпоредба, тъй като вземанията по процесните договори са платими ежесечно и имат периодичен характер. Подробните си доводи в тази насока развива в жалбата, като се позовава и на съдебна практика.

Освен това, във въззивната жалба се съдържа и оплакването, че съдът неправилно е приел, че НЗОК следва да заплати претендираната от ищеца сума, като е пренебрегнал при постановяване на решението си принципа на договорното начало, уреждащо отношенията между страните и е присъдил на ищеца сума, която не е договорно определена от страните, а напротив същата е над договорно определения лимит. В този смисъл, според жалбоподателя, излизането извън количествените рамки по договора може да бъде счетено като извършване на дейности от изпълнителя, за които страните не са се договаряли, а такива жалбоподателят смята, че не подлежат на заплащане. Намира, че всеки изпълнител на медицинска помощ, какъвто е и ищецът, е длъжен да се съобразява със съдържанието на своя договор с НЗОК и излизането извън неговите рамки е допустимо само по един начин - чрез допълнително договаряне по ред и условия, предвидени в специалните закони, а едностранното изменение /допълване/ на договора, каквото в случая било направило лечебното заведение-ищец, е недопустимо. Излага и аргументи, че задължителното здравно осигуряване предоставя пакет от здравни дейности, гарантирани от бюджета на НЗОК и че заплащането на стойността на извършена медицинска дейност не е неограничено, а нарочно регулирано - в рамките на административно разпределени обеми, като това лимитиране не нарушава правото на здравноосигурените лица на достъп до медицински услуги, а тъкмо обратното - осигурява и обезпечава това право, като регулира законово държавното финансиране на здравеопазването по начин, че заплащането му да се осъществява регулярно в рамките на бюджетната година. Счита още, че закупуването на неограничени по обем здравни услуги /надлимитни такива/ с ограничени и предварително рамкирани /бюджетни/ средства е икономически неосъществимо и затова нормативната уредба предвижда правила за изпълнение разходната част на бюджета на НЗОК. В този смисъл жалбоподателят поддържа, че установените правила в сключения между страните договор за заплащане на извършената болнична помощ в рамките на суми, за които изпълнителят-ищец е дал изричното си съгласие да бъдат в определените в приложение №2 обеми, не са нищожни, тъй като не противоречат на повелителни правни норми, както се твърди в исковата молба, а са израз на съобразяването на страните с такива именно норми. Заявява, че никой не оспорва правото на пациентите на болнична медицинска помощ, но когато тя следва да бъде

заплащана от бюджета на НЗОК,смята че е необходимо да се съобразяват сключените с НЗОК договори.Поддържа още,че лечебните заведения разполагат със собствен бюджет и могат да приемат пациенти за своя сметка,след като са били наясно с достигнатия вече лимит,като това е въпрос на управление на болничния прием.Позовава се и на твърдението,че лечебните заведения имат и други източници на финансиране,освен НЗОК,а с подписването на договорите с последната лечебното заведение се съгласява да изпълни медицинската помощ в размера на определените в съответното приложение №2 дейности.Жалбоподателят поддържа и аргумента,че по силата на чл.45 ЗЗО НЗОК дължи да закупи договорената и оказана медицинска помощ за осигурени лица,но разпоредбата на чл.51 ЗЗО уточнява,че медицинската помощ извън обхвата на чл.45 и договореното в НРД,не се закупува от НЗОК,което още веднъж установявало принципа на допустими ограничения при закупуването на медицинската помощ и изключва,според жалбоподателя,разбирането,че НЗОК дължи безусловното ѝ заплащане.

Въз основа на горните съображения жалбоподателят НЗОК моли да бъде отменено обжалваното първоинстанционно решение и да се отхвърли изцяло претенцията на ищцовото лечебно заведение,като неоснователна и недоказана.Претендира направените по делото разноси,както и за юрисконсултско възнаграждение в максимален размер.

В законния срок въззиваемият „М.Б.А.Л.П.Х.“ЕООД-*****,с ЕИК ***** е подал писмен отговор на въззивната жалба чрез пълномощника си адв. С. М..В отговора е изложено становището,че въззиваемият оспорва въззивната жалба като неоснователна и не са налице твърдените в нея пороци на обжалваното решение.Поддържа се аргумента,че първоинстанционният съд е обсъдил доводите на страните и събраните по делото доказателства,че решението е прецизно мотивирано,като всеки извод на съда е обоснован с анализ на законодателството,на конкретни договорни разпоредби и аргументи за тяхното съответствие със законодателната уредба.Счита за неоснователни изложените оплаквания във въззивната жалба по съображения,подробно изложени в отговора.Въз основа на тях моли жалбата се остави без уважение и да бъде потвърдено обжалваното решение.Претендира направените във въззивното производство разноси.

От страните не са заявени доказателствени искания пред въззивната инстанция.

Пловдивският апелативен съд,като се запозна с акта,предмет на обжалване,както и с наведените в жалбата оплаквания,а също и със събраните по делото доказателства и доводите на страните,намира за установено следното:

Жалбата е процесуално допустима,тъй като отговаря на изискванията на чл.260 и чл.261 от ГПК,подадена е от лице,имащо правен интерес да обжалва първоинстанционното решение,а наред с това при подаването на жалбата е спазен двуседмичния срок по чл.259,ал.1 от ГПК.Ето защо въззивната жалба подлежи на разглеждане и преценка по същество.

Извършвайки служебно проверка за валидността на обжалваното решение по реда на чл.269 от ГПК,Пловдивският апелативен съд намира,че обжалваното решение е валиден

съдебен акт, тъй като е постановено от надлежен съдебен състав, в пределите на правораздавателната власт на съда, в изискуемата писмена форма, решението е подписано, волята на съда е ясно и недвусмислено изразена, като диспозитива на решението кореспондира изцяло с мотивите му.

Извършвайки служебна проверка по реда на чл.269 от ГПК за процесуалната допустимост на обжалваното решение, Пловдивският апелативен съд намира, че решението се явява процесуално допустимо и в тази връзка-че съдът се е произнесъл по исковете, с които е сезиран по конкретното първоинстанционно дело и че самите тези искове са допустими.

Съгласно разпоредбата на чл.269 от ГПК, по въпросите относно законосъобразността и правилността на обжалваното решение, въззивният съд е ограничен от изложеното в жалбата. В тази връзка, преценявайки оплакванията в жалбата и събраните по делото доказателства, Пловдивският апелативен съд приема следното:

По т.д.№20225300900143 по описа за 2022 г. на О.С.-П.,ТО, XVIII-ти състав, са предявени осъдителни искове от „МБАЛ П.Х.“ЕООД, с ЕИК ***** против Н.З.К., като е поискано ответникът да бъде осъден да заплати на дружеството-ищец сумата от 52 550 лв., представляваща неизплатена сума за болнична медицинска помощ, оказана през м. август 2018 г. по клинични пътеки по договор №*****/01.06.2018 г. за оказване на болнична помощ по клинични пътеки и сумата от 154 лв., дължима за извършени амбулаторни процедури през м. август 2018 г. по сключен между страните договор №*****/01.06.2018 г. за извършване на амбулаторни процедури. Поискано е също така ответната НЗОК да бъде осъдена да заплати на ищеца и сумата от 16 046,72 лв., представляваща общия размер на дължимата законна лихва върху сумарния размер на горните две главници, възлизащ на сумата от 52 704 лв., начислена за периода от 11.03.2019 г. до 10.03.2022 г. /датата, предхождаща датата на подаване на исковата молба пред съда/. Заявено е и искане за присъждане на законната лихва върху посочената обща главница, считано от завеждане на делото до окончателното ѝ изплащане.

Горните претенции са обосновани със следните основни твърдения:

Твърди се, че през исковия период ищецът е оказвал болнична медицинска помощ по клинични пътеки въз основа на сключен с ответника НЗОК договор №***** от 01.06.2018 г., в сила от 01.04.2018 г., за извършване на болнична медицинска помощ по клинични пътеки. Твърди се, че заедно с това през същия период ищецът е извършил и амбулаторни процедури на основание сключен между страните договор №***** от 01.06.2018 г. за извършване на амбулаторни процедури, в сила от 01.04.2018 г. Ответникът от своя страна, като възложител по всеки от двата договора, поел задължението да заплаща извършената и отчетена болнична медицинска помощ, до 25-то число на месеца, следващ ответния. Твърди се, че задължението за плащане било уговорено в чл.3, ал.3 от всеки от двата договора, а срока за плащане-съответно в чл.46-ти от договор №***** и в чл.50 от договора с №*****, и двата сключени на 01.06.2018 г.

Ищецът е изложил в исковата си молба и твърдението, че ответникът не е изпълнил изцяло задължението си да заплати извършената и отчетена болнична медицинска помощ, оказана през м. август 2018 г., като е останала дължима общата сума от 52 704 лв. за оказаната през същия месец болнична медицинска помощ по клинични пътеки и амбулаторни процедури по двата процесни договора. В първото /и единствено/ открито съдебно заседание по първоинстанционното дело, проведено на 04.10.2022 г., ищецът в присъствието на представител на ответника, е уточнил, че претендираната неплатена сума по договора за оказване на болнична помощ по клинични пътеки е в размер на 52 550 лв., а претендираната сума по договора за извършване на амбулаторни процедури е в размер на 154 лв.

Общата искова сума, както твърди ищецът, представлява стойността на извършена през м. август 2018 г. болнична дейност по клинични пътеки и амбулаторни процедури, която е над утвърдената стойност на разходите за м. август 2018 г. /с месец на извършване на плащанията-септември/ по Приложение №2-неразделна част от процесния договор №***** от 01.02.2018 г., като съгласно чл.36, ал.2 от същия договор и чл.40, ал.2 от договора с №*****/01.06.2018 г., месечните стойности за дейностите за БМП /КП, КПр, АПр/ се определят като обща месечна стойност по всички сключени от изпълнителя договори с възложителя. Ищецът твърди, че след приключването на м. август 2018 г. не е издал фактура и спецификация за стойността на процесните главници, защото договорните разпоредби позволяват на изпълнителя да отчита с финансовоотчетни документи дейности на стойност в рамките или под равнището на месечната стойност за този вид дейност /чл.38, ал.1 от договора за оказване на болнична помощ по КП и чл.42, ал.1 от договора за извършване на АПр/. В исковата молба са изложени и твърдения, че с две писма до директора на РЗОК-П. с входящи номера от 12.06.2018 г. и 10.07.2018 г. е поискал актуализиране на стойността за разходите за БМП и увеличаване размера на месечните стойности за извършената от ищеца БМП, но това искане не било уважено от РЗОК по съображения, изложени в писма-отговори с изходящи номера от 23.06.2018 г. и 01.08.2018 г. Най-общо казано, становището на ответника по искания за заплащане на болнична помощ над стойностите по приложение №2 към договора било, че не дължи плащане на отчетените над лимитите по това приложение суми, защото се явяват недоговорени между страните.

Ищецът обаче счита, че има право да получи исковите суми по подробно развити от него съображения. В тази връзка ищецът е заявил в исковата молба възражението, че са нищожни на основание чл.26, ал.1, пр.1 от ЗЗД поради противоречие със закона договорните разпоредби, които позволяват на изпълнителя да отчита с финансовоотчетни документи дейности на стойност само в рамките или под равнището на месечната стойност за този вид дейност и които не дават право на изпълнителя да предявява за закупуване от възложителя дейности, отхвърлени от заплащане поради надвишаване на стойностите за съответния месец. Това, както твърди ищецът, са разпоредбите на чл.34, ал.1, чл.38, ал.1 и ал.7 и чл.42, ал.3 от договор №***** от 01.06.2018 г. за оказване на болнична помощ по КП и на чл.38, ал.1, чл.42, ал.1 и ал.7 и чл.46, ал.3 от договор №***** от 01.06.2018 г. за извършване

на АПр.

За обосноваване на горното възражение за нищожност на изброените договорни клаузи, ищецът е изложил аргументи, че същите противоречат на права на здравноосигурените лица и принципи на здравеопазването, произтичащи от разпоредбите на чл.52 от Конституцията на Република България, чл.5, чл.35, чл.45, ал.1 и чл.55, ал.3, т.2 от ЗЗО, както и чл.81 от ЗЗ.

Наред с това, ищецът е развил и аргумента, че определената при сключването на индивидуалните договори утвърдена годишна стойност на БМП, разпределена по месеци, е прогнозна, а не окончателна и непроменима. Изложил е в исковата молба и други доводи за обосноваване на исковата си претенция и в обобщение счита, че ответникът му дължи заплащане на извършената и отчетена дейност и над стойностите по приложение №2 към договора, щом оказаната болнична помощ е от пакета от здравни дейности, гарантирани по закон чл.45, ал.2 от ЗЗО от бюджета на НЗОК. Твърди, че до момента на подаване на ИМ ответникът не му е заплатил общата искова сума, а е следвало да я изплати до 25-то число на месеца, следващ отчетния. Твърди, че след изтичане на 25-то число на м. септември, следващ отчетния м. август 2018 г., ответникът му дължи и законната лихва върху сумата от 52 704 лв., която за исковия период от 11.03.2019 г. до 10.03.2022 г. е в размер на 16 046,72 лв.

Ответната НЗОК е подала в законния срок писмен отговор на ИМ, с който е оспорила изцяло предявените от ищеца искове, поддържайки, че те са неоснователни. В отговора е признато като безспорно само обстоятелството, че между страните са сключени процесните два договора на основание чл.59, ал.1 от ЗЗО, но е заявено, че НЗОК, респ. РЗОК, нямат неизплатени задължения към ищеца по отношение на медицинската дейност за визирания от него процесен период. В тази насока са изложени редица правни аргументи, въз основа на които НЗОК счита, че не дължи плащане на медицинската дейност, извършена от изпълнителя на медицинска помощ, която не отговаря на определената стойност в Приложение №2 към съответно сключения между него и НЗОК договор. Изложени са и аргументи за неоснователността на акцесорната претенция по чл.86, ал.1 от ЗЗД. Ответната страна е заявила в отговора и възражение за изтекла погасителна давност по чл.111, б. "в", пример последен от ЗЗД.

В допълнителната ИМ, подадена от ищеца, не са заявени нови фактически твърдения по предявените искове, а са изложени само аргументи срещу възраженията на ответника по повод на предявените искове. В тази връзка е оспорено заявеното от ответника възражение за погасяване на исковете по давност. Ищецът поддържа, че претендираното главно вземане се погасява не с тригодишна, а с петгодишна давност, която към момента на подаване на ИМ пред съда не е изтекла. Позовава се в тази насока и на съдебна практика. По отношение на исковата претенция за обезщетение за забавено плащане ищецът е заявил, че тя е предявена в рамките на тригодишния период до образуване на делото. В допълнителната ИМ ищецът е изложил и контрааргументи срещу наведените такива от ответника досежно поддържаното от него становище, че не подлежи на заплащане от НЗОК извършената надлимитна медицинска дейност. Изложено е и становището, че е неоснователно възражението на

ответника, че не са нищожни договорните клаузи, цитирани в т.1 на стр.3 от ИМ. Като невярно е посочено от ищеца твърдението в отговора на ответника, че сročността на плащанията е уредена само за реализираната болнична помощ в рамките на предвидената в приложение №2 към договора за съответния месец.

В отговора на допълнителната ИМ ответникът е заявил, че поддържа доводите си, изложени в отговора на ИМ, касаещи основателността на исквете. Отново е заявил, че е изрядна страна по процесните договори, тъй като е заплатил изцяло всички извършени от ищеца дейности в рамките на договореното. Изтъкнал е и аргумента, че ищецът не е легитимиран да се позовава на твърдени нарушения на чужди права, а именно тези на здравноосигурените лица, а може да защитава само собствените си права, които не са нарушение по никакъв начин, според ответника.

С обжалваното решение първоинстанционният съд е приел за изцяло основателни предявените искове за осъждане на ответника НЗОК да заплати на ищеца претендираните главници и е счел, че те следва да бъдат уважени в предявените им размери. А предвид основателността на главните искове, съдът е счел за основателен и акцесорния иск за заплащане на мораторни лихви за процесния период от три години до предявяване на исквете. Като размер акцесорната претенция е уважена до сумата от 16 044,88 лв. и е отхвърлена за сумата от 1,84 лв. В отхвърлителната му част първоинстанционното решение не е обжалвано. А в останалите му части, които са осъдителни и са предмет на обжалване с разглежданата въззивна жалба на НЗОК, настоящата инстанция счита първоинстанционното решение за правилно по следните съображения:

От фактическа страна е безспорно между страните, че дружеството-ищец е лечебно заведение за болнична помощ, което е регистрирано по Търговския закон и по Закона за лечебните заведения с регистрационен №1626211048 по регистъра в МЗ и осъществява лечебна дейност.

Безспорно е също и сключването на процесните два договора: договор №***** от 01.06.2018 г. за извършване на болнична медицинска помощ по клинични пътеки и договор №***** от 01.06.2018 г. за извършване на амбулаторни процедури. Същите договори са представени в заверени копия и приети като писмени доказателства по първоинстанционното дело. Те са сключени на основание чл.59, ал.1 от Закона за здравното осигуряване /ЗЗО/ и в съответствие с Националния рамков договор за медицинските дейности между НЗОК и БЛС за 2018 г. /НРД на МД за 2018 г., обн. в ДВ, бр.28 от 29.03.2018 г., в сила от 01.04.2018 г./, като ответната НЗОК е сключила договорите чрез директора на РЗОК-П. и има качеството на възложител по него, а дружеството-ищец „М.Б.А.Л.П.Х.“ ЕООД-**** с ЕИК ***** има качеството на изпълнител по същите договори. Съгласно чл.1, ал.1 от договор №*****/01.06.2018 г. изпълнителят се е задължил да оказва на визираните в клаузата здравно осигурени лица болнична медицинска помощ /БМП/ по клинични пътеки /КП/ от приложение №9 към член 1 от Наредба №3 от 2018 г. за определяне на пакета здравни дейности, гарантиран от бюджета на НЗОК и посочени съответно в приложение №17а „Клинични пътеки“ на НРД за медицинските дейности за

2018 г.,като самите тези пътеки са изброени и в посочения чл.1 на договора.А с втория договор №***** от 01.06.2018 г. за извършване на амбулаторни процедури ищецът като изпълнител се е задължил да оказва на здравноосигурени лица и на лицата по §9,ал.1 от ЗБНЗОК за 2018 г.,медицински дейности по приложение №7 към чл.1 от горепосочената Наредба №3/2018 г. и посочени в приложение №18а „Амбулаторни процедури“ на НРД за медицински дейности за 2018 г.,като същите амбулаторни процедури са изброени и в самия договор.А според чл.3,ал.1,т.3 и от двата договора,възложителят НЗОК се е задължил да заплаща определените съгласно НРД за медицински дейности за 2018 г. цени на извършената и отчетена болнична медицинска помощ /БМП/.Съгласно чл.46 от първия договор и чл.50 от втория договор,плащанията на изпълнителя се извършват чрез РЗОК до 25-то число на месеца,следващ отчетния,с изключение на съответно визираните в двете клаузи плащания.Цените на клиничните пътеки са посочени в чл.20 от договор №*****,а тези на амбулаторните процедури съгласно НРД за медицински дейности за 2018 г. са посочени в чл.27 от договор №*****.В чл.32,ал.1 от първия договор и в чл.36,ал.1 от втория договор е уговорено,че възложителят заплаща на изпълнителя договорената и извършена дейност по КП,съответно-по АПр,след представянето на описаните в тези клаузи отчетни документи.Според чл.62 от процесния договор за извършване на болнична помощ по клинични пътеки и чл.66 от договора за извършване на амбулаторни процедури,всеки от договорите се сключва за срока на действие на НРД за медицински дейности за 2018 г. и е в сила до приемането на нов или при промяна на действащия НРД. от процесния договор,същият е сключен за срока на действие на НРД за МД за 2015 г. и е в сила до приемането на нов или при промяна на действащия НРД.

От фактическа страна е безспорно между страните и обстоятелството,че претендираната обща главница от 52 704 лв. представляват сбор от стойността на извършена от ищеца дейност по клинични пътеки и извършени амбулаторни процедури през м. август 2018 г. на основание процесните два договора,като е безспорно и това,че тези дейности са отчетени в действащата информационна система на ответника по предвидения в договорите начин и ред,както и в предвидените там срокове,а също и че стойността на тези дейности е такава,каквато е посочена от ищеца.Това се и установява от неоспореното заключение на ССЕ,изготвено от вещото лице Й.П.,където е изследвано каква е отчетената,изплатена и неизплатена стойност на извършените от ищеца през процесния период /м. август 2018 г./ медицински дейности по клинични пътеки по договор №***** и на извършените по договор №***** амбулаторни процедури.В частност,в заключението е констатирано,че неизплатената стойност на извършената дейност по КП за м. август 2018 г. възлиза на сумата от 52 550 лв.,а неплатената сума за извършени през същия месец амбулаторни процедури възлиза на 154 лв.

Освен горното,страните се спорят от фактическа страна и по това,че претендираната от ищеца стойност на извършена през м. август 2018 г. болнична дейност по клинични пътеки и амбулаторни процедури е над утвърдената стойност на разходите за същия месец по Приложение №2-неразделна част от договор №***** от 01.06.2018 г.За яснота следва да

се посочи, че стойността на болничната помощ по клинични пътеки и амбулаторни процедури е определена в Приложение №2 само към договора за клинични пътеки, тъй като съгласно чл.36, ал.2 от този договор и чл.40, ал.2 от договор №***** от 01.06.2018 г. месечните стойности за дейностите за БМП /КП, КПр, АПр/ се определят като обща месечна стойност по всички сключени от изпълнителя договори с възложителя. Казано обобщено и с други думи, страните на спорят, че претендираната обща главница надвишава утвърдената стойност на разходите по посоченото Приложение №2 към договор №*****.

Спорът между страните и в първата, и в настоящата инстанция се свежда основно до това дали има или не основание НЗОК да налага лимити при заплащането на извършената от изпълнителя дейност и подлежи ли на заплащане дейността определена като „надлимитна“, съответно дали Приложение №2 определя границата на отговорност на НЗОК относно заплащане стойността на извършени дейности за болнична помощ по клинични пътеки и амбулаторни процедури. По тези спорни въпроси въззивният съд приема следното:

В клаузите на чл.34, ал.1, чл.38, ал.1 и ал.7 и чл.42, ал.3 от сключения между страните договор №*****/01.06.2018 г. за оказване на болнична помощ по КП и в чл.38, ал.1, чл.42, ал.1 и ал.7 и чл.46, ал.3 от договор №*****/01.06.2018 г. за извършване на амбулаторни процедури са въведени ограничения, според които изпълнителят отчита с финансово-отчетни документи дейности по КП, съответно АПр. На стойност в рамките или под равнището на месечната стойност за този вид дейности, като не може да предявява за закупуване от възложителя дейности и медицински изделия, отхвърлени от заплащане поради надвишаване стойностите за съответния месец в приложение №2 към първия договор.

В исковата молба ищецът се е позовал на нищожност на изброените по-горе договорни клаузи от двата процесни договора поради противоречието им със закона /основание за нищожност по чл.26, ал.1, пр.1 от ЗЗД/ и по-конкретно поради тяхното противоречие с чл.52 от Конституцията на Република България, чл.5 и чл.35, чл.45, ал.1 и чл.55, ал.3, т.2 от ЗЗО и чл.81 от ЗЗ. Въззивният съд счита за основателен подържания от ищеца довод за нищожност на договорните клаузи, въвеждащи ограничения за заплащането на извършеното от изпълнителя по договорите, тъй като те противоречат на императивни разпоредби, регламентиращи болничната медицинска помощ, въз основа на които са сключени договорите, а именно-чл.52 от Конституцията на Република България, чл.5 и чл.35 от ЗЗО. Разпоредбата на чл.5 от ЗЗО урежда основните принципи на задължителното здравно осигуряване, между които: равнопоставеност на осигурените при ползването на медицинска помощ и свободен избор от осигурените относно изпълнители на медицинска помощ. Наред с това чл.4, ал.1 от същия закон предвижда, че задължителното здравно осигуряване гарантира свободен достъп на осигурените лица до медицинска помощ чрез определен по вид, обхват и обем пакет от здравни дейности, както и свободен избор на изпълнител, сключил договор с РЗОК. А чл.35, ал.1 от ЗЗО регламентира правото на задължително осигурените да получават медицинска помощ в обхвата на пакета здравни

дейности,гарантиран от бюджета на НЗОК,както и да избират лекар от лечебно заведение за първична медицинска помощ, сключило договор с РЗОК.В случая горните договорни клаузи от сключените между страните индивидуални договори за оказване на болнична помощ по клинични пътеки и извършване на амбулаторни процедури поставят оказването на медицинска помощ на здравноосигурените лица в зависимост от обстоятелството дали необходимостта от лечение е възникнала в рамките на определените от здравната каса стойностни лимити.Това води до неравнопоставеност при третирането на лица,потърсили медицинска помощ преди или след изчерпване на тези лимитни стойности и влиза в противоречие с прогласените от закона принципи на равнопоставеност на осигурените при ползването на медицинска помощ,на законовите им права на свободен избор на изпълнител на медицинска помощ и свободен достъп до медицинска помощ чрез определен по вид,обхват и обем пакет от здравни дейности и на регламентираното от закона право на задължително осигурените да получават медицинска помощ в обхвата на пакета здравни дейности,гарантиран от бюджета на НЗОК.Предвид изложеното,съдът счита,че горните клаузи от процесния договор противоречат на цитираните законови норми,имащи императивен характер,поради което се явяват нищожни в хипотезата на чл.26,ал.1,пр.1 от ЗЗД и като такива не произвеждат действие.

Обемът на предоставяната медицинска помощ не може да бъде ограничаван нито от подзаконов нормативен акт,нито от индивидуалния договор или сключваните към него допълнителни споразумения.Не може само заплащането да се определя с граници,а за оказването на болнична помощ по клинични пътеки да няма уговорени лимити.Съдът намира,че следва да се извърши плащане на реално осъществените надлимитни дейности,тъй като в сключените между страните договори,а и в действащите нормативни актове,няма предвидена възможност след изчерпване на предварително определените стойности,лечебното заведение да прекрати извършването на възложените му дейности или извършените от него дейности,надвишаващи поставените лимити,да остават за сметка на лечебното заведение.Ищецът като изпълнител на медицинска помощ оказва такава на здравноосигурените лица своевременно и съобразно техните нужди,а не когато има достатъчен бюджет за изпълнение на задълженията си.Следва да се има предвид и че лишаването на лечебното заведение от възможността да оказва своевременно медицинска помощ на тези лица,каквото би бил резултатът от незаплатената т.нар. „надлимитна“ медицинска помощ,влиза в противоречие с правото на живот на пациента,прогласено в чл.28 от Конституцията.Всичко изложено обосновава крайния извод на съда,че заплащането на извършените от лечебното заведение /в случая от ищеца по делото/ медицински дейности по клинични пътеки,респ. амбулаторни процедури,дори и те да съставляват „надлимитни“ дейности в коментирания по-горе смисъл,се дължи от НЗОК и меродавно за възникване на задължението за заплащане е реалното извършване на работата.С оглед на изложеното и предвид безспорните и установени по делото обстоятелства,че ищецът реално е извършил през м. август 2018 г. медицински дейности по клинични пътеки на претендираната от него стойност от 52 550 лв.,както и амбулаторни процедури на стойност от 154 лв.,съдът счита,че тези суми,възлизащи на общата искова сума от 52 704 лв.,са дължими и

предявените иски претенции за заплащането им от ответника-възложител по сключените договори, са доказани по основание и в предявения им размер, както правилно е прието и от първоинстанционния съд в обжалваното решение. В това отношение съдът отчита и неоспореното от ответника обстоятелство, че същият не е заплатил дължимите главници по двата договора в уговорения в същите договори срок, т.е. до 25-то число на месеца, следващ отчетния такъв-в случая до 25-то число на м. септември 2018 г.

Във въззивната жалба се поддържа оплакването, че първоинстанционният съд не е обсъдил направеното от жалбоподателя-ответник възражение за изтекла погасителна давност по чл.111,б.“в“, пример последен от ЗЗД. Това действително е така-ответникът е заявил своевременно /в отговора на ИМ/ такова възражение, но първоинстанционният съд не го е обсъдил в обжалваното решение. Последният факт обаче, сам по себе си, не съставлява основание за отмяна на атакуваното решение. Следва въззивният съд с настоящото решение да се произнесе по съществото на това възражение. В жалбата си, а и в първоинстанционното производство НЗОК поддържа, че за вземанията, произтичащи от процесните договори, е приложима кратката тригодишна погасителна давност по чл.111,б.4в“ от ЗЗД, тъй като тези вземания имат характер на „периодични плащания“ според дефиницията на това понятие, дадена от ВКС в Тълкувателно решение от 18.05.2012 г. по тълк. дело №3/2011 г. на ОСГТК на същия съд. Така заявеното от ответника възражение за изтекла погасителна давност е неоснователно. Настоящият състав споделя в това отношение съдебната практика /в този смисъл е решение №152 от 02.07.2021 г. по т.д. №3852020 г. на ВКС, II-ро отделение, ТК/, според която вземането на лечебно заведение за извършена надлимитна болнична дейност /каквито вземания са и претендираните в случая стойности по предявените осъдителни иски по чл.79, ал.1 от ЗЗД във вр. с чл.59, ал.1 от ЗЗО/ не притежава правната характеристика на периодично плащане /по смисъла на разясненията, дадени с ТР №3 от 18.05.2012 г. по тълк.д. №3/2011 г. на ОСГТК на ВКС/, тъй като няма повтарящ се характер, поради което не се погасява с изтичане на кратката погасителна давност по чл.111,б.“в“ ЗЗД. Извършената от изпълнителя надлимитна дейност има случаен характер, тъй като с процесните индивидуални договори между страните 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 е изцяло обусловено от здравноосигурените пациенти, явяващи се трети за сключените индивидуални договори лица, които чрез избора си на ищцовото болнично заведение са упражнили гарантираното им от ЗЗО право на свободен достъп до медицинска помощ и на свободен избор на изпълнител, сключил договор с РЗОК, вземането за надлимитна дейност няма сумарните белези, които в своето единство, според разясненията в задължителното за съдилищата ТР №3 от 18.05.2012 г., характеризират „периодичните плащания“. Предвид изложеното за вземанията за надлимитна дейност по процесните два договора е неприложима кратката погасителна давност по чл.111,б.“в“ от ЗЗД, а общата петгодишна давност по чл.110 от ЗЗД, която в случая не е изтекла към момента на подаване на исковата молба. Съгласно чл.114, ал.1, изр. Първо от ЗЗД, давността започва да тече от деня, в който вземането е станало изискуемо. В случая процесните вземания на ищеца за

извършени надлимитни дейности по двата сключени между страните договори са станали изискуеми с изтичане на срока за плащането им, т.е. с изтичане на 25-то число на м. септември 2018 г. и оттогава е започнал да тече приложимият петгодишен давностен срок по чл.110 от ЗЗД. Към момента на завеждане на исковата молба пред съда-11.03.2022 г. този срок не е бил изтекъл, поради което се налага и извода, че процесните вземания по предявените главни искове не са погасени по давност.

С оглед на гореизложеното и като се прие, че същите искове са доказани по основание и размер, въззивният съд намира, че тези искове правилно са уважени изцяло от първоинстанционния съд с обжалваното решение.

По отношение на акцесорния иск с правно основание чл.86, ал.1 от ЗЗД се налага извода, че с оглед основателността на главните искове за заплащане на общата сума от 52 704 лв., се дължи и лихва за забава на неплатените суми за надлимитна медицинска дейност и тази лихва се дължи за целия посочен от ищеца исков период от три години преди датата на подаване на исковата молба, т.е. за периода от 11.03.2019 г. до 10.03.2022 г. /вкл./. С други думи е доказана по основание и предявената от ищеца акцесорна претенция законни лихви. Срещу присъдените с първоинстанционното решение размери на лихвите върху всяка от исковите главници не са изложени оплаквания в процесната въззивна жалба и въззивният съд счита същите размери за правилно изчислени.

Вследствие на гореизложеното, следва и крайния извод, че обжалваното решение е правилно и като такова следва да бъде потвърдено във всичките му осъдителни части, включително и в частта за разноските, които са присъдени в полза на ищеца съобразно с изхода от спора пред първата инстанция и са определени правилно като размер в съответствие с доказателствата по първоинстанционното дело за извършването им от ищеца.

С оглед изхода от спора пред настоящата инстанция, жалбоподателят следва да бъде осъден да заплати на дружеството-ответник по въззивната жалба, сумата от 2592 лв. разноски за въззивната инстанция, представляващи заплатено в брой адвокатско възнаграждение по представения по настоящото въззивно дело договор за правна защита и съдействие, сключен между дружеството и адв. С. М..

Мотивиран от горното съдът

РЕШИ:

ПОТВЪРЖДАВА решение №318 от 12.10.2022 г., постановено по т.д. №20225300900143 по описа за 2022 г. на О.С.-П., ТО, XVIII-ти състав, с което е осъдена Н.З.К., БУЛСТАТ *****, с адрес: **** да заплати на „МБАЛ П.Х.“ ЕООД, с ЕИК *****, със седалище и адрес на управление ****, сумата от 52 550 лв., представляваща неплатена сума за болнична медицинска помощ, оказана през месец август 2018 г. по клинични пътеки по договор №*****/01.06.2018 г. за оказване на болнична помощ по клинични пътеки и сумата от 124 лв., дължима за извършени амбулаторни процедури през м. август 2018 г. по сключен между страните договор №*****/01.06.2018 г. за извършване на амбулаторни процедури, както и

да заплати сумата от 15 998 лв.,представляваща законната лихва върху главницата от 52 550 лв. за периода 11.03.2019 г. до 10.03.2022 г. и сумата от 46,88 лв.,представляваща законната лихва върху главницата от 124 лв. за периода 11.03.2019 г. до 10.03.2022 г.,ведно със законната лихва върху неплатените главници,считано от завеждане на делото на 11.03.2022 г. до окончателното изплащане,а също е осъдена да заплати на дружеството-ищец и сумата от 5642 лв. съдебни разноски.

ОСЪЖДА Н.З.К.,БУЛСТАТ *****,с адрес:**** да заплати на „МБАЛ П.Х.“ЕООД,с ЕИК *****,със седалище и адрес на управление ****,сумата от 2592 лв. /две хиляди петстотин деветдесет и два лева/,представляваща направени разноски за въззивното производство по възз.т.д.№762/2022 г. по описа на Апелативен съд-Пловдив.

Решението подлежи на касационно обжалване пред ВКС в едномесечен срок от връчването му на страните.

Председател: _____

Членове:

1. _____

2. _____