

# РЕШЕНИЕ

№ 73

гр. Бургас, 24.08.2023 г.

## В ИМЕТО НА НАРОДА

**АПЕЛАТИВЕН СЪД – БУРГАС** в публично заседание на петнадесети август през две хиляди двадесет и трета година в следния състав:

Председател: Павел Ал. Ханджиев

Членове: Десислава Д. Щерева  
Янко Н. Новаков

при участието на секретаря Станка Ст. Ангелова  
като разгледа докладваното от Павел Ал. Ханджиев Въззивно търговско дело  
№ 20232001000130 по описа за 2023 година

Производството е по чл. 258 и сл. ГПК.

С решение № 92 от 31.03.2023 г., постановено по т. д. № 340/2022 г. по описа на Окръжен съд – Бургас, е осъдена Националната здравноосигурителна каса, БУЛСТАТ 121858220, да заплати на “Специализирана болница за рехабилитация Стайков и фамилия“ ЕООД, ЕИК 119625586, сума в общ размер от 470 832,60 лв., представляваща сбор от главниците – 368 320 лв., и обезщетения за забавата им – 102 512,60 лв., за оказана надлимитна болнична помощ по клинични пътеки през периодите м. февруари – м. април 2019 г. и м. септември – м. декември 2019 г., на основание Договор № 20549 от 16.05.2018 г., съгласно фактури №№ 1000000231/ 12.03.2019 г. (20 282 лв. главница за м. февруари 2019 г. и 5673,33 лв. обезщетение за забавата ѝ за периода 01.01.2020 – 03.10.2022 г.), 1000000232/ 08.04.2019 г. (110 498 лв. главница за м. март 2019 г. и 30 908,75 лв. обезщетение за забавата ѝ за периода 01.01.2020 – 03.10.2022 г.), 1000000233/ 08.05.2019 г. (28 380 лв. главница за м. април 2019 г. и 7938,51 лв. обезщетение за забавата ѝ за периода 01.01.2020 – 03.10.2022 г.), 1000000248/ 09.10.2019 г. (67 598 лв. главница за м. септември 2019 г. и 18 908,67 лв. обезщетение за забавата ѝ за периода 01.01.2020 – 03.10.2022 г.), 1000000250/ 11.11.2019 г. (49 982 лв. главница за м. октомври 2019 г. и 13 981,08 лв. обезщетение за забавата ѝ за периода 01.01.2020 – 03.10.2022 г.), 1000000251/ 10.12.2019 г. (17 464 лв. главница за м. ноември 2019 г. и 4885,06 лв. обезщетение за забавата ѝ за периода 01.01.2020 – 03.10.2022 г.) и \*\*\*\*\*/ 08.04.2019 г. (74 116 лв. главница за м. декември 2019 г. и 20

217,20 лв. обезщетение за забавата ѝ за периода 26.01.2020 – 03.10.2022 г.), ведно с обезщетение в размер на законната лихва за забава върху сборната главница от 368 320 лв., начиная от подаване на исковата молба – 07.10.2022 г., до окончателното ѝ изплащане. Със същото решение е отхвърлен акцесорния иск за обезщетение за забава върху главницата – за горницата му над дължимия сборен размер от 102 512,60 лв. до претендирания сборен размер от 108 278,59 лв., както и обезщетението за забава върху главницата за м. декември 2019 г. – в частта му за присъждането му за периода 01.01. 2020 – 25.01.2020 г. Присъдени са разноски.

Срещу така постановеното решение в осъдителната му част е постъпила **въззивна жалба от НЗОК**, в която се поддържа, че то е неправилно.

Сочи се, че НС на НЗОК утвърждава за всяка РЗОК годишна обща стойност на разходите за здравноосигурителни плащания, разпределена по месеци и стойностите на разходите по б.„а“ от ЗБНЗОК по изпълнители на болнична медицинска помощ, разпределена по месеци. Липсата на лимитиране, разбирано като определяне на конкретни стойности с индивидуалните договори по чл. 59, ал. 1 ЗЗО и Приложение № 2 към тях, и отпадане на необходимостта за изрично предоговаряне на задължената по този начин НЗОК да заплати всяка оказана болнична медицинска помощ на здравно осигурени лица, без да е постигнато изменение на договора по предвидения ред, би довело до обезсмисляне на регулаторните функции в рамките на правомощията на НЗОК по разпределяне и осъществяване на контрол за ефикасно и ефективно използване на средствата от бюджета, определен със ЗБ на НЗОК. Закупуването от НЗОК на неограничен обем здравни услуги към всички изпълнители на болнична медицинска помощ, без съблюдаване на установената с НРД, приложимите подзаконови нормативни актове и индивидуалния договор в Приложение № 2 стойност, само с оглед на обстоятелството, че болничната медицинска помощ била оказана на здравноосигурени лица, било икономически неосъществимо и нарушавало предписаните от закона правила за изпълнение на бюджета. Относно към настоящото дело били съображенията на Конституционния съд, развити в Решение № 2 по конституционно дело № 12/ 2006 г., че достъпът до медицинска помощ не може да бъде неограничен, тъй като и бюджетът на Здравната каса не можел да бъде неограничен. В конкретния случай не ставало въпрос за спешна и неотложна медицинска помощ. Не ставало въпрос и за неизпълнение на задължение, поето от страна на възложителя по договора за оказване на болнична помощ по клинични пътеки, тъй като от установените по делото факти било ясно, че задължение за заплащане на тези средства никога не било вписвано в приложение № 2 към договора. По отношение на иска за заплащане на лихва за забава основателността на главните претенции не обуславяла основателност и на акцесорното вземане по чл. 86 ЗЗД. Договорът и законодателната уредба не въвеждали срокове за заплащане на надлимитна дейност, включително срокове за приключване на процедурата по чл. 8 от Правилата. По делото не бил установен факта на

изпадане в забава на възложителя по смисъла на чл. 84 ЗЗД, поради което и акцесорните претенции следвало да бъдат отхвърлени като неоснователни.

Иска се отмяна на съдебното решение в обжалваната му част. Претендират се разноси. Не се ангажират доказателства.

В срока по чл. 263 ГПК е постъпил **отговор на въззивната жалба от ”Специализирана болница за рехабилитация Стайков и фамилия“ ЕООД**, в който се поддържа, че тя е неоснователна, а обжалваното с нея съдебно решение – правилно, мотивирано и законосъобразно.

По отношение на оплакванията на въззивника, че т.нар. “надлимитна дейност“ не подлежи на плащане от НЗОК, въззиваемият посочва съдебна практика, в която е възприето обратното становище. Поддържа, че с оглед указаната му доказателствена тежест е установил както основателността, така и размера на своите претенции. Безспорно между страните било качеството на ищеца като лечебно заведение, отчетените медицински дейности за процесния период, които били за изпълнени клинични пътеки, предмет на договора с НЗОК, липсата на заплащане от страна на въззивника, липсата на нарушения при извършването и отчитането на “надлимитната дейност“. Приетата по делото ССЕ изцяло кореспондирала с размера на исковата претенция. Финансовата рамка на бюджета на НЗОК имала не абсолютен, а прогнозен характер, като съществували механизми за нейното коригиране. Здравноосигурените лица имали гарантиран свободен достъп до медицинска помощ чрез определен по вид, обхват и обем пакет от здравни дейности, както и свободен избор на изпълнител, сключил договор със съответната РЗОК. Това право било валидно за цялата територия на страната и не можело да бъде ограничавано на географски и/или административни основания. Законът задължавал ищеца да осигурява лечението по клиничните пътеки, посочени в договора, на всички избрали го здравноосигурени лица, без да има право да откаже лечението им, както и без да има правото да прекрати дейността си, след и поради изчерпване на лимита, както и да прекрати трудовите договори на наетия медицински персонал.

Въззиваемото дружество сочи още, че ако НЗОК не докаже в пълнота, че е изчерпала всички възможности за преразпределение на финансовите средства и ползването на допълнително финансиране съгласно закона, няма право да откаже плащането на надлимитната дейност. След като по делото било доказано, че през м. декември 2019 г. ответникът-въззивник е платил авансово за неизвършена още и неотчетена дейност през същия месец от неусвоените средства, формирани от здравноосигурителни вноски за процесната година, то същият е следвало да плати вече извършените и приетите медицински дейности, предмет на исковете.

Иска се потвърждаване на съдебното решение. Претендират се разноси за тази инстанция. Не се ангажират доказателства.

**Апелативен съд - Бургас, като взе предвид изложените съображения и доводи на страните, прецени събраните по делото доказателства и**

**съобрази закона, приема за установено от фактическа и правна страна следното:**

Въззивната жалба е подадена в срок, от легитимирана да обжалва страна, срещу акт, подлежащ на обжалване, и отговаря на изискванията на закона за редовност, поради което с определение от 23.06.2023 г. е приета за разглеждане по същество.

Бургаският окръжен съд е бил сезиран с искова молба от “Специализирана болница за рехабилитация Стайков и фамилия” ЕООД против НЗОК, за заплащане на сумата 476 598,59 лв., представляваща сбор от дължими на осн. чл. 79 ЗЗД суми по договор № 020549 от 16.05.2018 г. за оказана болнична медицинска помощ по клинични пътеки в периода 01.02.2019 г. - 31.12.2019 г. и лихва за забава.

Исковете са оспорени от НЗОК, тъй като претендираните суми били над определените стойности на медицински дейности по Приложение № 2 към договора между страните, съобразени с чл. 4 ЗБНЗОК за съответната година. 2015 г. Повдига се и възражение за недоказаност на спазен лечебно-диагностичен алгоритъм по съответните клинични пътеки.

С обжалваното решение Бургаският окръжен съд уважил исковете за главница изцяло, а за лихва за забава до завеждането на исковата молба – за сумата 102 512,60 лв., като в останалата част отхвърлил претенцията. Присъдена била законната лихва върху главницата за времето от завеждането на иска до изплащането на задълженията.

При извършената служебна проверка съгласно правомощията по чл. 269 ГПК Апелативен съд – Бургас констатира, че постановеното първоинстанционно решение е валидно, а в обжалваната част – допустимо. По същество то е правилно и на осн. чл. 272 ГПК настоящият въззивен състав препраща към мотивите му, които не е необходимо да повтаря.

В допълнение и по повод конкретните оплаквания във въззивната жалба:

Ищецът е лечебно заведение по чл. 9 ЗЛЗ и в това си качество е сключил с НЗОК индивидуален договор за оказване на БМП на осн. чл. 59, ал. 1 ЗЗО и Националния рамков договор за медицинските дейности между НЗОК и БЛС. НРД е нормативен административен акт, който има действие на територията на цялата страна за определен срок и е задължителен за НЗОК, РЗОК, изпълнителите на медицинска помощ, осигурените лица и осигурителите (чл. 4а ЗЗО).

Съгласно чл. 2 ЗЗД “задължителното здравно осигуряване е дейност по управление и разходване на средствата от задължителни здравноосигурителни вноски за закупуване на здравни дейности, което се осъществява от Националната здравноосигурителна каса (НЗОК) и от нейните териториални поделения - районни здравноосигурителни каси (РЗОК). Задължителното здравно осигуряване предоставя пакет от здравни дейности, гарантиран от бюджета на НЗОК.” 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 районна здравноосигурителна каса (чл. 4 ЗЗО).

В чл. 35, ал. 1 ЗЗО сред правата на задължително здравноосигурените лица са посочени право да получават медицинска помощ в обхвата на пакета от здравни дейности, гарантиран от бюджета на НЗОК, и право на спешна помощ там, където попаднат. Видовете медицинска помощ, заплащана от НЗОК, са регламентирани в чл. 45, ал. 1 ЗЗО.

С НРД се определят обемите, цените и методиките за остойносттаване и закупуване на видовете медицинска помощ (чл. 55, ал. 2, т. 3а ЗЗО). НЗОК планира, договаря и закупува за здравноосигурените лица отделните видове медицинска помощ в рамките на обемите, договорени в НРД и съответствие с параметрите на разходите по бюджета на НЗОК (чл. 55а ЗЗО). Бюджетът на НЗОК е основен финансов план за набиране и разходване на паричните средства на задължителното здравно осигуряване и е отделен от държавния бюджет (чл. 22 ЗЗО). Състои се от приходна част, разходна част и задължителен резерв, вкл. за неотложни и непредвидени плащания (чл. 23-25 ЗЗО).

От анализа на тези относими правни разпоредби следва извод, че разходването на средствата от бюджета на НЗОК се подчинява на финансови правила за разпределение на лимитиран бюджет, като индивидуалните договори с изпълнителите на БМП се сключват в рамките на предварително определени обем и стойности. В същото време нормативната уредба предвижда възможности за корекция на предварително заложените стойности на БМП, която НЗОК заплаща, по инициатива на изпълнителя на медицинските дейности.

При извършени и отчетени от изпълнител на БМП случаи на стойност, надвишаваща определената месечна стойност в приложение № 2 към договорите с НЗОК, изпълнителят на БМП подава в сроковете за отчитане писмено заявление до директора на РЗОК за увеличаване на месечната стойност за тези случаи. При извършени и отчетени от изпълнителя случаи, извън случаите на спешна диагностика и лечение на пациенти, на стойност надвишаваща определената месечна стойност в приложение № 2 към договорите с НЗОК, в писменото уведомление до директора на РЗОК изпълнителят на БМП посочва причините за допускане извършването на такива хоспитализации. На правото на изпълнителя да заяви искане за корекция определените стойности на медицинските дейности съответства насрещно задължение на възложителя да извърши анализ на заявената за плащане БМП, което е на стойност надвишаваща месечния лимит, и ако бъде направена констатация, че случаите са били спешни и/или неотложни, да търси възможности за финансирането ѝ.

В настоящия случай лечебното заведение е отчетело по съответните ред и

срокове извършените медицински дейности. За процесните месеци и конкретните отказани за плащане медицински дейности лечебното заведение е подавало заявления за увеличаване на размера на месечната стойност на разходите за дейностите в БМП (чл. 21, ал. 45 от Приложение № 2Б към ПМС № 57 от 16.03.2015 г.) За всеки един от процесните месеци дебитното известие за надлимитната дейност е било връщано от РЗОК на лечебното заведение заедно с приложените отчетни документи. Няма данни по делото и не се твърди от ответника НЗОК, че той е извършил проверка и анализ на заявените за плащане дейности, за наличието на спешност и неотложност и за спазен лечебно-диагностичен алгоритъм по съответните клинични пътеки. Отказът за плащане е мотивиран единствено и само с това, че дейността е над определените месечни стойности.

Лечебното заведение е изправна страна по договора, тъй като е престирило болнична медицинска помощ съгласно предмета на индивидуалния договор. След като болницата в изпълнение на императивни правни норми и на индивидуалния договор с ответника НЗОК е предоставила на нуждаещите се медицинска помощ, която е отчела по предвидения ред, тази медицинска помощ не може да остане неплатена.

Ответникът НЗОК е в неизпълнение на договора. С отчитането на изпълнените надлимитни медицински дейности с издадените дебитни известия и спецификации към тях болницата не само е поканила съконтрахента си да плати, но и е отправила подразбиращо се искане да бъдат преразгледани и коригирани месечните стойности на БМП по Приложение № 2 към договора за съответния месец. Наред с това болницата е отправяла и изрични отделни заявления за корекция на стойностите, за да □ бъдат заплатени надлимитните дейности. В тази ситуация НЗОК е била длъжна да извърши проверка на заявените за плащане отделни случаи - на тяхната спешност и/или неотложност и на това дали са били спазени лечебно-диагностичните алгоритми по съответните клинични пътеки. В случай че се установи спешност и/или неотложност на случаите и спазване на лечебно-диагностичните алгоритми, НЗОК в съответствие с правомощията си и предвидените в нормативните актове механизми е следвало да потърси възможности за финансиране и заплащане на надлимитните дейности. Като не е сторила нищо от това, а е върнала отчетните документи само и единствено, защото са над определените месечни стойности, НЗОК е загубила правото да оспорва факта на изпълнение на надлимитните дейности и да възразява, че не са били спазени лечебно-диагностичните алгоритми.

В крайна сметка престирираната медицинска помощ действително е била надлимитна, но възложителят е имал право да откаже плащането □ само при обективна невъзможност тя да бъде заплатена в съответствие с механизмите на нормативните актове по прилагане на ЗБНЗОК за съответния период. Тъй като възложителят не е установил невъзможност надлимитната дейност да бъде платена, искове са основателни. Окръжният съд е стигнал до същите крайни изводи, поради което обжалваното решение следва да се потвърди.

Мотивиран от изложеното, Апелативен съд - Бургас

**РЕШИ:**

**ПОТВЪРЖДАВА** решение № 92 от 31.03.2023 г., постановено по т. д. № 340/2022 г. по описа на Окръжен съд – Бургас, в обжалваната част.

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

**Председател:** \_\_\_\_\_

**Членове:**

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_