

РЕШЕНИЕ

№ 198

гр. Варна, 10.07.2025 г.

В ИМЕТО НА НАРОДА

АПЕЛАТИВЕН СЪД – ВАРНА, I СЪСТАВ, в публично заседание на трети юни през две хиляди двадесет и пета година в следния състав:

Председател: Марин Г. Маринов

Членове: Магдалена Кр. Недева
Диана Д. Митева

при участието на секретаря Дарина Б. Баева
като разгледа докладваното от Марин Г. Маринов Въззивно търговско дело № 20253001000140 по описа за 2025 година

Производството е по реда на чл.258 и сл. ГПК, образувано е по въззивна жалба на Национална здравноосигурителна каса /НЗОК/ срещу решение № 60/11.12.2024 година по търг. дело № 52/2023 година на Окръжен съд – Шумен, с което е осъден да заплати на „Многопрофилна болница за активно лечение – Шумен“ АД, ЕИК 127521092 сумата от 39 659.00 лв., представляващи стойността на извършена от ищеца, но незаплатена от ответника лечебна дейност по клинични пътеки, амбулаторни процедури и клинични процедури по Договор № 270305/25.05.2018 г. за оказване на болнична помощ по клинични пътеки и Допълнително споразумение № 24/21.02.2019 г. към него; по Договор № 270667/25.05.2018 г. за оказване на болнична помощ по амбулаторни процедури и Допълнително споразумение № 23/21.02.2019 г. към него; по Договор № 270666/25.05.2018 г. за оказване на болнична помощ по клинични процедури и Допълнително споразумение № 16/21.02.2019 г. към него, ведно със законната лихва от датата на подаване на исковата молба 31.03.2023 г. до окончателното изплащане на сумата.

Въззивникът определя обжалваното решение като незаконосъобразно. Страната не оспорва облигационната връзка, възникнала с ищеца „Многопрофилна болница за активно лечение – Шумен“ АД въз основа на три броя договори и постигнати допълнителни споразумения към същите. Оспорва основанието и дължимостта за заплащане надлимитни медицински дейности и тяхното реално извършване. Позицията се базира на клаузи на постигнатите между страните договорености, според които изпълнителят на болнична медицинска помощ не може да отчита с финансово-отчетни

документи дейности надвишаващи утвърдените в приложение № 2 към договорите, за съответния месец. Според страната това превишаване на стойността на дейностите е основание за отхвърляне на плащането, съобразно договорната връзка между страните. Твърди, че процесната надлимитна дейност е останала незакупена от възложителя НЗОК и поради това е извън предмета на договора между страните, съответно в полза на ответната страна не се е породило договорно вземане за нейната цена. Позовава се на нормативната уредба действаща към процесния период, от която също не може да се изведе основание за дължимост на съответните плащания. Сочи, че доколкото договорът между страните не е изменен с взаимното съгласие на страните, то търсените от ответника плащания са без основание. Аргумент за това намира в коментирания от него чл. 4 ЗЗО и чл. 59 ЗЗО. Твърди, че едностранното изменение на договорите между страните не може да се извърши и с решение на НС на НЗОК, а такова волеизявление може да отправи единствено директора на РЗОК. От друга страна определянето на лимити в договорите между страните на обема и стойността на медицинската дейност не противоречи на закона. Напротив това се изисква с оглед правилото на чл. 59, ал. 7 ЗЗО връзка чл. 55 ал. 2 т. 3а ЗЗО /от 01.01.2019 г., приложимо в отношенията между страните/, което въвежда изискване за конкретизация на същественото съдържание на индивидуалното договаряне между страните. При това положение процесната надлимитна дейност е останала незакупена от възложителя НЗОК, поради което е извън предмета на договора. Изводите за нищожност на клаузи от договора се смятат за неправилни, понеже определянето на лимити на обема и стойността на медицинската дейност в индивидуалните договори с изпълнителите правото на достъп до медицинска помощ. Иска се отмяна на обжалваното решение и присъждането на разноските, сторени в производството.

Насрещната страна не е упражнила правото си на отговор на въззивната жалба, в предвидените за това срокове.

В проведеното съдебно заседание от 03.06.2025 година, пред въззивната инстанция, страните представлявани от своите процесуални представители са изразили становище по подадените съответно въззивна жалба и писмен отговор, като претендират разноските по делото.

След съвкупна преценка на доказателствата по делото и съобразявайки становищата на страните, съдът приема за установено от фактическа и правна страна следното:

Решението на първоинстанционния съд е действително (по критериите, възприемани в мотивите към ТРОСГТК №1/2011 г. на ВКС) и съответства на предявена осъдителна искова претенция за осъждане на ответника по спора за заплащане на суми дължими на основание облигационна връзка между страните по спора.

Решението на първоинстанционния съд, съдържа реквизитите по чл. 236 ГПК, произнасянето съответства на предявените искания и правото на иск е

надлежно упражнено.

Ищецът-въззиваем основава претенциите си на горепосочените три броя договори и постигнати допълнителни споразумения към същите. По силата на тези договори ответникът-въззивник е възложил, а ищецът се е задължил да оказва на здравноосигурените лица болнична медицинска помощ и медицинска помощ по амбулаторни и клинични процедури. Ответникът е бил задължен да заплаща уговорените с договорите медицински дейности. Сумите предмет на исковата претенция не са били заплатени, понеже са обозначени като „надлимитни“ от страна на въззивника. Подобни договорености между страните, въвеждането на стойности, в рамките на които ответника да заплаща, извършваната медицинска дейност ищецът-въззиваем намира за нищожни, в разрез с действащия закон. Въведена е претенция, като евентуална, за осъждане на ответника да върне сумите по ищцовата претенция, с които неоснователно се е обогатил.

Ответникът е подал отговор на исковата молба, в който оспорва иска като недопустим и неоснователен. Сочи незаплатената от него лечебна дейност като недоговорена, както и че ищецът не е провел нормативно установената процедура за заявяване на извършената от него недоговорена дейност в уговорените между страните срокове, както и че същата не е отчетена по надлежния ред, предвиден в НРД за МД 2018 година и в сключените между страните индивидуални договори. Възражава, че коригирането на месечните стойности за извършените в съответния месец дейности е възможно само в рамките на посочените срокове. Твърди се договорно нарушение на ищеца, изразяващо се в неспазване на определените стойности на лечебна дейности с договорите.

Между страните не се спори по отношение постигнатите съглашения по Договор № 270305/25.05.2018 г. за оказване на болнична помощ по клинични пътеки и Допълнително споразумение № 24/21.02.2019 г. към него; по Договор № 270667/25.05.2018 г. за оказване на болнична помощ по амбулаторни процедури и Допълнително споразумение № 23/21.02.2019 г. към него; по Договор № 270666/25.05.2018 г. за оказване на болнична помощ по клинични процедури и Допълнително споразумение № 16/21.02.2019 г., въз основа на които е възникнала облигационната връзка между страните. Не се оспорва от НЗОК, че не е заплатил търсените от дружеството суми.

Процесните договори между страните са сключени на основание чл.59, ал.1 от ЗЗО и действащия към момента на сключването му НРД 2018 г. Съгласно чл.25, ал.3 от НРД 2018 г. обемите и цените на медицински дейности, установени в НРД са част от съдържанието на договора. Няма спор, че дружеството е извършило лечебни дейности за процесните периоди, както и че 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, негова основна функция е да оказва 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. Тези обстоятелства също не са спорни. Основният спор между страните, поддържан и пред въззивната инстанция, е следва ли извършената от лечебното заведение медицинска помощ, надхвърляща установените с договорите граници за съответния период да му бъде заплатена ? В тази връзка подлежи на отговор и въпросът дали ответникът, основавайки се на сключените договори и НРД за съответната година може да откаже тяхното заплащане и те да се понесат за сметка на извършилото ги лечебно заведение.

По спорния предмет е формирана трайна практика на касационната инстанция, която настоящия състав съобразява изцяло. Тезата на въззивника, че дължи плащане в ограничени съгласно приложения № 2 към индивидуалните договори бюджетни рамки е несъстоятелна. Този извод произлиза пряко от разпоредбите на приложимия ЗЗО. С разпоредбата на чл. 4, ал. 1 ЗЗО се гарантира свобода на здравноосигуреното лице да избере изпълнител на медицинската помощ, от която се нуждае и то към определен момент, за да е помощта своевременна, съгласно чл. 81, ал. 2, т. 1 ЗЗ. Свеждането на хоспитализациите и другите медицински дейности до предварително определен брой, чиято стойност подлежи на заплащане в рамките на съответния месец, предполага насочването на нуждаещите се от медицинска помощ лица към планов прием с поставянето им в листа на чакащи. Това води до нарушаване правото по чл. 4, ал. 1 ЗЗО на здравноосигуреното лице, което се поставя в риск да не получи навременна медицинска помощ или го принуждава да се насочи към друг изпълнител на такава. Здравноосигурените лица не могат да бъдат лишени от предоставянето на медицинска помощ за дейности, включени в гарантирания от закона пакет и от свободата на избор на изпълнител, поради изчерпване на средствата от лимитирания бюджет на съответния изпълнител. След като е била предоставена медицинската услуга на здравноосигуреното лице от съответния изпълнител, който няма правото да откаже такава, НЗОК дължи заплащането ѝ, както би дължала в случай, че услугата е била предоставена в същия месец от друг изпълнител или в по-късен момент от същия изпълнител. Дори самият закон установява като допустимо превишаването на утвърдените разходи за заплащане на медицинските дейности, като предвижда задължителен резерв за непредвидени и неотложни разходи /чл. 25 ЗЗО/ или за случаи на значителни отклонения от равномерното разходване на средствата за здравноосигурителни плащания /чл. 26, ал. 2 ЗЗО/, оправомощава Надзорния съвет на НЗОК да коригира стойността на разпределения по месеци за съответната РЗОК разходи за здравноосигурителни плащания. Налице е формирана практика на ВКС по реда на чл. 290 ГПК, обективизирана в решение № 169/16.02.2021 г. по т. д. № 1916/2019 г. на ВКС, II т. о. ВКС, в която се приема, че здравноосигурените лица не са страна по НРД за медицинските дейности, нито по договора за приемане на обеми и цени на медицинската помощ по чл. 55, ал. 2, т. 2 ЗЗО. Те имат право на свободен достъп до

медицинска помощ чрез определен по вид, обхват и обем пакет от здравни дейности, както и свободен избор на изпълнител, сключил договор с РЗОК /чл. 4, ал. 1 и чл. 35, т. 1 ЗЗО/, а НЗОК е длъжна да заплаща всички здравни дейности в обхвата на този пакет /чл. 45, ал. 1 ЗЗО/ на съответния изпълнител, предоставил медицинската помощ на здравноосигуреното лице. В случай, че общата стойност на извършените от всички изпълнители дейности не надхвърля бюджета на НЗОК за съответната година, включително резерва, предвиден в него, липсва основание да се откаже плащане на надлимитната дейност за съответния месец на конкретния изпълнител. В този смисъл 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, така решение № 169 от 16.02.2021 г. на ВКС по т. д. № 1916/2019 г., II т.о., ТК, на основание чл. 26, ал. 1 предложение 1 ЗЗД, като противоречащи на императивни правни норми.

Допълнителен аргумент за казаното е обявяването за противоконституционна на разпоредбата на чл. 55а, ал. 2 ЗЗО /обн. в ДВ бр. 102/2018 г./ с решение № 6 от 11.04.2024 г. по конст. д. № 15/2023 г. на КС на РБ. Според обявената за противоконституционна норма НЗОК не заплаща за оказана от лечебните заведения медицинска помощ "в нарушение на посочените в техните договори по чл.59, ал.1 ЗЗО (на това основание са сключени и процесните договори) обеми и стойности". По тези съображения, в процесния казус не може да се говори за едностранно изменение на договорно правоотношение, в нарушение на чл. 20а ЗЗД, а за задължение за договорно плащане, произтичащо от облигационната връзка.

Според данните от допуснатата пред първата инстанция съдебна експертиза стойността на извършена и отчетена от ищеца, но незаплатена от ответника надлимитна болнична медицинска дейност през месеците април 2018 г., април 2019 г. и юли 2019 г. е 39 659.00 лева. По въпроса за падежа, изискуемостта и изпадането в забава по задължението за заплащане на надлимитната помощ също е налице константна практика на касационната инстанция обективирана в решение № 50173 от 16.12.2022 г. на ВКС по т. д. № 419/2022 г., I т. о., ТК. Според тази практика, приложимата нормативна уредба, уреждаща бюджетното финансиране и контрол на медицинската дейност, подчинява отношенията между НЗОК и изпълнителите на медицинска помощ на държавния бюджет и на Закона за бюджета на НЗОК за съответната финансова година, в която не се предвижда изрично срок за заплащане от НЗОК на предоставената на здравноосигурените лица медицинска помощ в обхвата на основния пакет от здравни дейности, но в превишение на предвидените в индивидуалния договор месечни лимити/надлимитна дейност. В съответствие с този принцип НЗОК би следвало да изплаща стойността на дейностите, попадащи в обхвата на гарантирания на здравноосигурените лица пакет здравни дейности, в рамките

на същата финансова година, през която са извършени. В случаите, когато съответните документи, удостоверяващи извършването на медицински дейности, бъдат представени от изпълнителя на съответната РЗОК преди края на съответната финансова година, НЗОК следва да изпълни задължението си за заплащане на надлимитните дейности до приключване на финансовата година, в която са извършени (в процесния казус - до 31.12.2018 г. и до 31.12.2019 г.). Така с предоставянето на съответните документи, вземането на лечебното заведение е станало изпълняемо, като изискуемостта настъпва в края на съответната финансова година, след който момент настъпва и забава.

По изложените съображения главната претенция е основателна и доказана по размер. Предявена е и претенция за лихва от момента на подаването на исковата молба. Предвид уважаването на главния иск и несбъдването на вътрешната процесуална предпоставка за разглеждането на въведения в процеса евентуален иск, въззивната инстанция не дължи произнасяне по същия.

Поради съвпадение на правните изводи на двете съдебни инстанции, обжалваното решение следва да се потвърди.

По разноските:

С оглед потвърждаването на обжалваното решение не се налага ревизирането на разноските присъдени за първата инстанция. При този изход на спора се следва присъждането на разноски единствено на въззиваемата страна. Страната е направила искане за присъждането, приложила е списък и доказателства за сторените разноски. Възражение по размера не е отправено от насрещната страна. Поради това на въззиваемата страна следва да се присъдят изцяло, разноски в размер на 3822 лева, представляващи адвокатско възнаграждение.

РЕШИ:

ПОТВЪРЖДАВА решение № 60/11.12.2024 година по търг. дело № 52/2023 година на Окръжен съд - Шумен.

ОСЪЖДА Национална здравноосигурителна каса (НЗОК), Булстат 121858220, със седалище и адрес на управление гр. София, ул. „Кричим“, № 1 да заплати на „Многопрофилна болница за активно лечение – Шумен“ АД, ЕИК 127521092 със седалище и адрес на управление гр. Шумен, ул. „Васил Априлов“, № 63 сумата от 3822 лева /три хиляди осемстотин двадесет и два лева/, представляваща направените разноски пред въззивната инстанция за адвокатско възнаграждение.

Решението може да бъде обжалвано пред Върховен касационен съд на Република България в едномесечен срок от връчването му на страните, по реда на чл. 280, ал. 1, респ. ал. 2 от ГПК.

Председател: _____

Членове:

1. _____

2. _____