

РЕШЕНИЕ

№ 18

гр. Велико Търново, 27.01.2026 г.

В ИМЕТО НА НАРОДА

**АПЕЛАТИВЕН СЪД – ВЕЛИКО ТЪРНОВО, ТРЕТИ (А)
ГРАЖДАНСКИ И ТЪРГОВСКИ СЪСТАВ**, в публично заседание на
четирнадесети октомври през две хиляди двадесет и пета година в следния
състав:

Председател: ГАЛЯ МАРИНОВА

Членове: МАЯ ПЕЕВА
АНЕТА ИЛИНСКА

при участието на секретаря ВИЛЯНА ПЛ. ЦАЛОВА
като разгледа докладваното от АНЕТА ИЛИНСКА Въззивно търговско дело
№ 20254001000133 по описа за 2025 година

И за да се произнесе, взе предвид следното.

Производството е по чл. 258 и сл. ГПК.

С решение № 145 от 29.12.2024 г., постановено по т.д. № 62 по описа на Окръжен съд– Русе за 2024 г., съдът е осъдил Национална здравноосигурителна каса, ЕИК 121858220, гр. София, ул. „Кричим“ №1, представлявана от вр. и. д. М. М. - управител, да заплати на Специализирана болница за активно лечение по кардиология „Медика Кор“ ЕАД, ЕИК 117684874, гр. Русе, ул. „Рига“ №35, представлявана от изпълнителния директор проф. д-р К. П. П., сумата 62 240 лв. /шестдесет и две хиляди двеста и четиридесет лева/, представляваща стойност на надлимитна медицинска дейност за месеците май, юни, юли, ноември и декември 2019 г., със законната лихва от датата на завеждане на делото 22.04.2024г. до окончателното заплащане, както и да заплати сумата 10 418 лева /десет хиляди четиристотин и осемнадесет лева/ обезщетение за забава в размер на законна лихва за периода от 1.01.2023 г. до 21.04.2024 г., както и да заплати сумата 10 477 лв. /десет хиляди четиристотин седемдесет и седем лева/ - съразмерни разноски по делото.

Съдът отхвърлил иска за обезщетение за забава в размер на законна лихва за периода от 1.01.2020г. до 31.12.2022 г. и за сумата над 10 418 лв. до 29 391,09 лв.

С определение № 99 от 26.03.2025 г., постановено по същото т.д. № 62 по описа на Окръжен съд – Русе за 2024 г., съдът е допълнил Решение № 145 от 29.12.2024г. по т. д. № 62/2024г. на Русенски окръжен съд, в частта за разноските, като осъдил Специализирана болница за активно лечение по кардиология „Медика Кор“ ЕАД, ЕИК 117684874, гр. Русе, ул. „Рига“ №35, представлявана от изпълнителния директор - проф. д-р К. П. П. да заплати на Национална здравноосигурителна каса, с ЕИК

121858220, гр. София, ул. „Кричим“ №1, представлявана от доц. д-р П. С. - управител, сумата 1604,25 лв. /хиляда шестстотин и четири лева и двадесет и пет стотинки/ - съразмерни разноски по делото.

Въззивникът Национална здравноосигурителна каса **обжалва** Решение № 145/29.12.2024 г. по т.д. № 62/2024 г. на ОС – Русе в осъдителната му част за присъдените в полза на „СБАЛК Медика Кор“ ЕАД суми – главница 62 240 лв. за т.нар. надлимитна болнична медицинска помощ по КП за месеците май, юни, юли, ноември и декември 2019 г., законна лихва върху главницата от 22.04.2024 г. до окончателното плащане, обезщетение за забава 10 418 лв. за периода 01.01.2023 г. – 21.04.2024 г., както и разноски 10 477 лв., като поддържа неправилност поради нарушение на материалния закон и необоснованост и твърди, че решаващите изводи на първата инстанция противоречат на доказателствата и приложимата специална уредба.

На първо място въззивникът оспорва подхода на съда, който според него е мотивирал уважаването на исковете не с правнорелевантни договорни и законови предпоставки, а с общи съображения за „несправедливост“ на здравноосигурителния модел и последиците от лимитирането, при положение че лимитите са израз на законодателната воля, въплътена в Закона за здравето осигуряване и Закона за бюджета на НЗОК за 2019 г., отразена в НРД за процесния период и конкретизирана в индивидуалните договори и допълнителните споразумения, поради което НЗОК не носи отговорност за самото лимитиране, а изпълнява императивни правила.

На второ място се поддържа, че неправилно съдът е квалифицирал отношенията по процесния договор като облигационни с белези на договор за изработка и договор в полза на трето лице и е извел дължимост на заплащане за всяка реално престиграна дейност в полза на здравноосигурени лица, като е обосновал защитата и с накърняване на права на пациентите; въззивникът възразява, че ищецът не може да се позовава на твърдени нарушения на чужди права (чл. 26, ал. 2 ГПК), а в собствените му права по договора не е настъпило нарушение, тъй като НЗОК се е задължила да закупи и заплати единствено конкретно договорения обем и стойност дейност, определени в Приложение № 2, при валидно договорно начало и принципа на автономия на волята, като твърдението за задължение за закупуване на по-голям или неограничен обем би означавало налагане на недоговорено задължение и произнасяне по непредявен иск под предлог защита на интересите на трети лица. В тази връзка въззивникът развива и основния си материалноправен довод, че надлимитната дейност за 2019 г. е останала незакупена, тъй като увеличаване на обема и стойността може да настъпи само чрез надлежно изменение на договора с допълнително споразумение по реда за изменение на Приложение № 2, предхождано от процедура за съответствие с бюджета и разпределението му, а по делото не е установено такова изменение да е финализирано; следователно в полза на ищеца не е възникнало договорно вземане за цената на процесната „надлимитна“ дейност и исковете по чл. 79 ЗЗД вр. чл. 59, ал. 1 ЗЗО, така както са квалифицирани, са изцяло неоснователни, независимо дали би могло да се поддържа извъндоговорно основание.

На следващо място се релевира оплакване за неотнормено и неправилно използване на практиката на Конституционния съд, като се сочи, че позоваването на Решение № 3/08.03.2016 г. по к.д. № 6/2015 г. е извън предмета на спора, тъй като касае различна материя (разделяне на пакета дейности), а съдът е смесил позиции на участници в производството с мотивите на КС и е извел необосновани заключения за неравнопоставеност при месечни лимити, при положение че ограниченията в „обем“ и „пакет“ имат легални дефиниции и се съдържат в бюджета и специалния закон; в същата линия въззивникът подчертава, че моделът на задължително здравно

осигуряване реализира социално право в рамките на ограничен публичен ресурс, ежегодно определян и разпределян, поради което лимитирането на обемите и стойностите е задължителен механизъм за гарантиране на достъп в национален план, а не само спрямо конкретен изпълнител, като при изчерпан лимит спрямо един изпълнител достъпът се реализира чрез планов прием или насочване към друг изпълнител, по реда на приложимата подзаконова и договорна уредба, а правото на избор не означава незабавен прием при конкретен изпълнител.

Въззивникът оспорва и извода на първата инстанция, че НЗОК следва да „осигури необходимия финансов ресурс“, като сочи вътрешно противоречие в мотивите – от една страна съдът признава, че НЗОК действа при обвързана компетентност и бюджетът и се приема със закон и се контролира, а от друга вменява на касата осигуряването на ресурс, което според въззивника е извън нейната компетентност и принадлежи на законодателя. Отделно се атакува приложението на Решение № 6/11.04.2024 г. на КС по к.д. № 15/2023 г. и изводите на ОС – Русе за дължимост на надлимитното заплащане, като въззивникът твърди, че съдът е пренебрегнал релевантното разграничение между ежедневно електронно подаване на данни и представянето на изискуемите електронни финансово-отчетни документи като задължително условие за плащане по НРД за МД 2018 г., и поддържа, че процесната дейност не е отчетена с изискуемите финансово-отчетни документи, което се подкрепяло от доказателствата и признанията на ищеца; поради това обявяването на една норма за противоконституционна не обосновава автоматично основателност на исквете, а и НЗОК през 2019 г. не е могла да се съобрази с решение на КС, постановено през 2024 г., вместо с действащите през 2019 г. императивни бюджетни и специални правила.

Като последица от изложеното въззивникът поддържа, че при неоснователност на главните искове за главница са неоснователни и акцесорните претенции за лихви и присъдените разноски.

Отправя искане, въззивният съд да отмени Решение № 145/29.12.2024 г., постановено по т. д. № 62/2024 г. на Окръжен съд - Русе в обжалваната част и вместо него да постанови решение, с което да отхвърли изцяло предявените искове като неоснователни.

Претендира и присъждане на разноски за инстанциите, включително юрисконсултско възнаграждение и държавна такса.

В срока по чл. 263 ГПК е постъпил **писмен отговор** от Специализирана болница за активно лечение по кардиология „Медика Кор“ ЕАД, представлявана от изпълнителния директор - проф. д-р К. П. П., чрез „Еднолично адвокатско дружество Р. Х.“, представлено от адв. Р. Х.. Със същия въззивната жалба на НЗОК се оспорва като неоснователна и се иска тя да бъде оставена без уважение, а Решение № 145/29.12.2024 г. по т.д. № 62/2024 г. на ОС – Русе да бъде потвърдено изцяло като валидно, допустимо, правилно и обосновано, постановено при съответствие с материалния закон и съдопроизводствените правила и след анализ на събраните доказателства поотделно и в съвкупност.

Тази ответна по жалбата страна изрично оспорва квалификацията на въззивника, че решението е „изцяло неправилно“, като поддържа, че оплакванията на НЗОК се свеждат до твърдение за несъобразяване от първоинстанционния съд със специалната нормативна рамка – ЗЗО, Закона за бюджета на НЗОК за 2019 г., НРД за МД 2018 г., правилата/методиките и решенията на НС на НЗОК – и до неправилен извод за дължимост на надлимитните дейности и за неизправност на НЗОК по договора, но тези оплаквания не съставляват основания за отмяна на атакувания съдебен акт.

На първо място се подчертава, че фактическата обстановка е правилно и недвусмислено установена от първата инстанция въз основа на писмените и гласните доказателства, поради което липсва необоснованост на фактическите констатации.

На следващо място се поддържа, че съдът е направил правилен правен извод, че договорните клаузи, които свеждат заплащането до фактури в рамките на „утвърдения болничен бюджет/лимит“, противоречат на специалния закон (ЗЗО) и като противозаконни не поражат действие, като се подчертава и тезата, че в НРД за МД 2018 г. не била предвидена възможност НЗОК да откаже заплащане на това основание. В този контекст отговорът представя като централен и вече правилно разрешен от ОС – Русе основния правен въпрос по спора – дължи ли НЗОК плащане за процесните периоди за извършените от лечебното заведение дейности над финансовите лимити, определени от ответника – и поддържа, че съдът правилно е съобразил и практическата невъзможност лечебното заведение да откаже медицинска помощ на здравноосигурен пациент поради изчерпване на лимит, както и риска от санкциониране при отказ, като тези съображения обосновавали неизбежността на престацията и несъвместимостта на лимитиращите клаузи с целта на здравноосигурителната уредба.

На трето място в отговора се противопоставя пряко на ключовия довод на въззивника за „неотчетена дейност“ по смисъла на финансово-отчетните документи, като се твърди, че от доказателствата се установява по безспорен начин ежедневното отчитане на процесната дейност в Персонифицираната информационна система на НЗОК чрез ежедневни електронни отчети, че това не се оспорва от НЗОК, както и че е извършена проверка на надлимитната дейност за 2019 г., при която не са спорни нито реалното извършване, нито размерът и остойностяването на процесните дейности.

Поддържа се, че доводът на въззивника за разграничение между чл. 352 и чл. 353 НРД за МД 2018 г. е несъстоятелен в рамките на спора, тъй като по делото не се спори относно отчитането по установения ред, а спорът произтича от ограничителни клаузи, които според отговора са базирани на чл. 55а, ал. 2 ЗЗО – норма, обявена за противоконституционна с Решение № 6/11.04.2024 г. на КС по к.д. № 15/2023 г., като посочването на това решение в мотивите на първата инстанция се сочи като допълнителен аргумент за правилност и законосъобразност на осъждането. В резултат се поддържа изводът, че исковете по чл. 79 ЗЗД са доказани по основание и размер, както и акцесорните последици – законната лихва от 22.04.2024 г. и присъденото обезщетение за забава за 01.01.2023 г. – 21.04.2024 г.

На четвърто място отговорът въвежда контратеза срещу бюджетно-ограничаващата аргументация на НЗОК, като поддържа, че макар нормите на КРБ, ЗЗО, ЗБНЗОК и подзаконовата уредба да регламентират процеса, те се тълкуват от въззивника превратно и едностранно – единствено през фискалната функция на НЗОК – и че при евентуален преразход на бюджета това не може да лиши здравноосигурените лица от конституционното право по чл. 52 КРБ. В тази връзка се развива довод, че при „преразход“ за НЗОК възниква задължение да използва бюджетния резерв (посочен в ред 1.4 на ЗБНЗОК за 2019 г.) включително за непредвидени и неотложни разходи, като се сочи и чл. 26, ал. 2 ЗЗО, според който със средствата от резерва се плащат разходи при значителни отклонения от равномерното разходване на средствата за здравноосигурителни плащания, поради което водещо следвало да бъде гарантиране на правото по чл. 52 КРБ, а не абсолютното приоритизиране на фискалната дисциплина.

Наред с това ответната по въззивната жалба страна се позовава на съдебна практика в подкрепа на тезата за дължимост на надлимитната дейност и противоречието на лимитите с принципи на задължителното здравно осигуряване.

Сочи се решение на Софийски апелативен съд, Търговско отделение, VI състав (от „м. юни 2019 г.“, потвърдено по-късно от ВКС), с основен извод, че „виновна за надлимитната дейност е НЗОК, а не болниците“, и се привеждат мотиви, че лимитите противоречат на принципите по чл. 5 ЗЗО, ограничават свободния достъп и свободния избор на изпълнител по чл. 4 ЗЗО, и водят до невъзможност за получаване на болнична помощ от лица, потърсили такава след изчерпване на лимита. Изброени са и множество определения на ВКС, с които по твърдение на отговора са отхвърляни касационни жалби на НЗОК по аналогични спорове, както има позоваване и на Решение № 152/02.02.2021 г. по дело № 385/2020 г. на ВКС, II т.о., ТК, с извеждан извод, че дори при договорно основание за отхвърляне на плащането поради надвишаване на стойности, отхвърлената за плащане медицинска дейност подлежи на заплащане, щом е доказано, че попада в гарантирания пакет за здравноосигурените лица.

В заключение с отговора въззиваемата страна изрично сочи като потвърждаващ аргумент и Решение № 6/11.04.2024 г. на КС по к.д. № 15/2023 г., с което е обявена за противоконституционна нормата, въвеждаща забрана НЗОК да заплаща дейност, оказана „в нарушение“ на договорните обеми и стойности.

С оглед на изложеното се иска потвърждаване на първоинстанционното решение и присъждане на разноски за въззивната инстанция – адвокатско възнаграждение за изготвяне на отговора и процесуално представителство.

Постъпила е и частна жалба от „СБАЛК Медика Кор“ ЕАД срещу Определение № 99/26.03.2025 г., постановено по т.д. № 62/2024 г. на ОС – Русе, с което е допълнено Решение № 145/29.12.2024 г. в частта за разноските и в полза на ответника НЗОК е присъдено юрисконсултско възнаграждение в размер на 1 604.25 лв., като жалбоподателят поддържа, че определението е неправилно и необосновано поради нарушение на материалния закон и на съдопроизводствените правила.

Жалбоподателят изрично приема, че молбата по чл. 248 ГПК на НЗОК (вх. № 952/24.01.2025 г.) е процесуално допустима, тъй като е подадена в срока за обжалване на решението, и сочи практика на ВКС относно допустимостта и своевременността на искането, включително предвид обстоятелството, че претенцията за разноски е заявена още с отговора на исковата молба (без посочен размер) и е поддържана до приключване на устните състезания, поради което спор по допустимостта на производството по чл. 248 ГПК не се поддържа.

Същевременно частният жалбоподател атакува начина, по който първоинстанционният съд е определил и присъдил юрисконсултското възнаграждение, като развива няколко самостоятелни линии. На първо място се твърди, че съдът е излязъл извън рамките на сезирането и е постановил определение „в повече“, тъй като в молбата си НЗОК изрично е основала искането за юрисконсултско възнаграждение на чл. 78, ал. 3 и ал. 8 ГПК във връзка с чл. 25, ал. 2 от Наредбата за заплащането на правната помощ, докато съдът, вместо да приложи този ред, е определил възнаграждението „по справедливост“, като го е приравнил на адвокатския хонорар на ищеца и след това го е преизчислил съразмерно с отхвърлената част от исковете, без да посочи правно основание за избраната база и метод на определяне. В този смисъл се поддържа, че присъденото възнаграждение е незаконосъобразно както по основание, така и по размер, тъй като не е определено по приложимия нормативен максимум за юрисконсултско възнаграждение.

На второ място се излага, че при приложението на чл. 78, ал. 8 ГПК, когато страната е юридическо лице и е представлявана от юрисконсулт, размерът на присъжданото възнаграждение не може да надхвърля максимума, определен по реда

на чл. 37 ЗПП и чл. 25 от Наредбата за заплащането на правната помощ. Поддържа се, че за дела с материален интерес над 10 000 лв. максималният размер, след допустимото увеличение по чл. 25, ал. 2 от наредбата, е 540 лв., поради което, дори да е налице право на разноски на НЗОК съразмерно с отхвърлената част от иска, определената сума следва да бъде редуцирана до този максимум, а не да се извежда от платения от насрещната страна адвокатски хонорар.

На трето място се развива довод, че присъждането на юрисконсултско възнаграждение над посочения максимум, а според изложената в жалбата аргументация и изобщо присъждането без доказан реален разход, води до неоснователно имуществено разместване в полза на юридическото лице НЗОК, тъй като юрисконсултът е в служебно/трудова правоотношение и получава възнаграждението си като месечна заплата за цялостната дейност, а присъдената сума не представлява реално направен разход по конкретното дело; отделно се подчертава, че присъденото „юрисконсултско възнаграждение“ не се изплаща лично на юрисконсулта, а постъпва в патримониума на юридическото лице. В подкрепа се въвежда позоваване на принципа за присъждане на действително направени разноски и на постановки от Тълкувателно решение № 6/2013 г. на ОСГТК, като се развива тезата, че приравняването на юрисконсултското възнаграждение към адвокатско предполага аналогично изискване за доказване на реално извършен разход, поради което следва да се представят доказателства за реално плащане, както и за служебно/трудова правоотношение на лицето, изпълняващо функцията юрисконсулт, а при липса на такива доказателства присъждане не следва да се допуска или следва да се ограничи до нормативния минимум/максимум, без да се достига до суми, които надхвърлят разумната мярка и се откъсват от реално направени разноски.

В резултат частният жалбоподател формулира главно искане въззивният съд да отмени изцяло Определение № 99/26.03.2025 г. като неправилно, необосновано и незаконосъобразно, доколкото с него е допуснато незаконосъобразно допълване на Решение № 145/29.12.2024 г. в частта за разноските и е постановено осъждане на „СБАЛК Медика Кор“ ЕАД да заплати на НЗОК сумата 1 604.25 лв. Алтернативно, ако въззивният съд приеме, че НЗОК има право на юрисконсултско възнаграждение съразмерно с отхвърлената част от исковете, се иска изменение на определението, като присъдената сума бъде редуцирана и определена по реда на чл. 78, ал. 3 и ал. 8 ГПК във връзка с чл. 25, ал. 2 от Наредбата за заплащането на правната помощ в размер на 540 лв., вместо 1 604.25 лв., определени „по справедливост“ чрез приравняване към адвокатския хонорар на ищеца.

Апелативен съд – Велико Търново приема, че въззивната жалба е подадена в законоустановения срок, от надлежна страна с правен интерес от обжалване, и е редовна, тъй като отговаря на изискванията на чл. 260 и чл. 261 ГПК.

Решение № 145/29.12.2024 г. по т.д. № 62/2024 г. на ОС – Русе в отхвърлителната част, с която е отхвърлен искът за обезщетение за забава за периода 01.01.2020 г. – 31.12.2022 г., както и за разликата над 10 418 лв. до 29 391,09 лв., **не е обжалвано.**

Въззивният съд приема, че частната жалба е подадена в срок, от надлежна страна и срещу подлежащ на обжалване съдебен акт, поради което е процесуално допустима и отговаря на изискванията на чл. 275, ал. 2 във връзка с чл. 260, т. 1, 2, 4 и 7 ГПК.

Страните не са направили доказателствени искания с въззивната жалба и писмения отговор по нея.

В хода на съдебното заседание въззивникът НЗОК, чрез юрисконсулт Т., поддържа въззивната жалба, заявява, че няма доказателствени искания, и по отношение на частната жалба излага, че в молбата по чл. 248 ГПК за допълване на решението не е посочвал конкретен размер на юрисконсултското възнаграждение, а е посочил правните основания, въз основа на които съдът да определи дължимия размер, като приема, че първата инстанция е определила възнаграждението в конкретен размер, поради което е налице база, въз основа на която да се присъдят разноски в полза на НЗОК. Представя списък на разноските.

От своя страна въззиваемият СБАЛК „Медика Кор“ ЕАД, чрез адвокат Х., поддържа становището си за потвърждаване на първоинстанционното решение, развито в писмения отговор, и поддържа въззивната частна жалба срещу Определение № 99/26.03.2025 г., като заявява, че определеният от ОС – Русе размер на юрисконсултското възнаграждение е незаконосъобразен, неправилен и необоснован, и моли въззивният съд да се произнесе и по частната жалба в рамките на съвместното разглеждане. Не прави нови доказателствени искания. Наред с това страната изрично отправя искане въззивният съд да се произнесе по частната жалба, като редуцира присъденото юрисконсултско възнаграждение от 1 604.25 лв. на 540 лв., определени по реда на чл. 78, ал. 3 и ал. 8 ГПК във връзка с чл. 25, ал. 2 от Наредбата за правната помощ, и претендира присъждане на разноски за адвокатско възнаграждение, съобразно представени платежни документи и списък на разноските, като аргументира размера с материалния интерес, правната и фактическа сложност и извършената работа по систематизиране и проучване на практика.

В реплика НЗОК прави възражение за прекомерност на претендираното от насрещната страна адвокатско възнаграждение, като поддържа, че делото не се отличава с фактическа и правна сложност предвид наличието на утвърдена съдебна практика и решението на Конституционния съд, както и че размерът, изчислен по чл. 7, ал. 2 от Наредбата за минималните размери на адвокатските възнаграждения, не следва да се прилага автоматично, с позоваване и на Решение на СЕС от 25.01.2024 г. по дело C-438/2022.

В дуплика адвокат Х. поддържа, че съдът може да използва Наредбата като ориентир за справедлив размер, като счита претендирания размер с ДДС за справедлив и съответстващ на чл. 7 от Наредбата за минималните размери на адвокатските възнаграждения и моли да бъде присъден.

Апелативен съд – Велико Търново, след преценка на твърденията и възраженията на страните, както и на събраните доказателства, касаещи предмета на спора, по вътрешно убеждение и въз основа на закона, предметните предели на въззивното производство, очертани с жалбата, намира за установено от фактическа и правна страна следното:

Въззивният съд приема, че така постановеното решение на първоинстанционния съд е валидно и в обжалваната част - допустимо.

По същество на въззивната жалба:

Ищецът СБАЛК „Медика Кор“ ЕАД твърди, че е лечебно заведение за специализирана болнична помощ, надлежно регистрирано по Закона за лечебните заведения и Търговския закон, и е осъществявало дейност през процесния период въз

основа на валидно разрешение на министъра на здравеопазването. Ответникът НЗОК е юридическо лице по чл. 6 ЗЗО, а РЗОК – Русе е нейна регионална структура, чрез която се сключват индивидуалните договори с изпълнителите на медицинска помощ и се извършват плащанията по тях съобразно НРД и договорите.

Ищецът поддържа, че между страните е налице валидно облигационно отношение по договор № 180353/28.05.2018 г., сключен на основание чл. 59, ал. 1 ЗЗО и в съответствие с НРД за медицинските дейности за 2018 г., с предмет оказване на болнична медицинска помощ по клинични пътеки, действащ за периода 01.04.2018 г. – 31.12.2019 г., изменян с многобройни допълнителни споразумения. Тези допълнителни споразумения, според ищеца, нямат самостоятелно правно значение на нов административен договор, а спорът относно изпълнението на договора е подведомствен на гражданските съдилища по реда на ГПК, включително с позоваване на практиката на ВКС за приложимостта на § 149, ал. 4 ПЗР на ЗИДАПК.

Ищецът твърди, че в изпълнение на договора е оказал болнична медицинска помощ по договорени клинични пътеки на здравноосигурени лица (и на определени категории неосигурени лица, за които НЗОК носи отговорност за заплащане), като НЗОК като възложител е била длъжна да заплаща извършената и отчетена дейност по договорените цени и в договорените срокове (по правило до 25-о число на следващия месец), но не е изплатила част от дейността, квалифицирана от ответника като „надлимитна“. Спорната незаплатена дейност касае месеците май, юни, юли, ноември и декември 2019 г., на обща стойност 62 240 лв., разпределена по месеци (435 лв.; 572 лв.; 5 919 лв.; 31 049 лв.; 24 265 лв.).

Според ищеца, месечните стойности за БМП са били определяни едностранно и динамично по „Правила за условията и реда за прилагане на чл. 4 ЗБНЗОК за 2019 г.“, приети от Надзорния съвет на НЗОК, като тези стойности са отразявани в Приложение № 2 към договора. Ищецът сочи, че договорът съдържа клаузи, които на практика препятстват отчитането и фактурирането на дейност над определените месечни стойности (чрез забрана за предявяване за закупуване на отхвърлена дейност поради превишение на стойностите), като същевременно е предвиден механизъм за ограничено увеличение при спешни случаи до 5% за сметка на следващ месец и процедури за заявяване на корекции и внасяне на мотивирани предложения до НС на НЗОК. Твърди се, че лечебното заведение е използвало предвидените механизми, като е подавало поредица от мотивирани писма и заявления за промяна/преразглеждане на стойностите и бюджета, но корекциите са били частични и непредвидими, поради което е било затруднено планирането на дейността и въпреки това е останала незаплатена реално извършена и отчетена помощ.

Ищецът поддържа, че спорната дейност е реално извършена и ежедневно отчетена чрез ПИС на НЗОК, и че НЗОК е извършвала проверки, включително проверка през 12–14.08.2020 г., обективирана в протокол, в който за 2019 г. са констатирани извършени дейности без нарушения на индикациите за хоспитализация, ДЛА, медицинските критерии за дехоспитализация и др., т.е. не са констатирани нарушения, които да обосноват отказ от заплащане. Ищецът твърди още, че в ПИС са генерирани таблични „месечни справки над мес. стойности по КП“, включващи отхвърлена от заплащане дейност поради превишаване на стойностите, без ясни критерии и без индивидуализирано основание за отхвърляне по всеки случай, което по същество води до разделяне на пациентите само спрямо лимита.

Ищецът излага, че като изпълнител няма право да отказва медицинска помощ на здравноосигурени лица, тъй като това би противоречало на принципите на достъпност, своевременност и качество на медицинската помощ по Закона за здравето и на правото на здравно осигуряване по чл. 52 КРБ. В този смисъл се поддържа, че договорните и

подзаконови ограничения, които на практика прехвърлят финансовата тежест върху изпълнителя, са несъвместими със законовата уредба и конституционните принципи, доколкото законът не възлага на лечебните заведения да финансират гарантирания от бюджета пакет дейности. Ищецът твърди, че НЗОК има задължение да управлява публичния ресурс и при необходимост да използва предвидените в закона механизми (вкл. анализ и корекции в рамките на бюджета и резерва), за да гарантира плащането на дължимата помощ, предоставена в рамките на гарантирания пакет.

От правна страна ищецът поддържа, че клаузите на индивидуалния договор, които забраняват отчет с финансово-отчетни документи над стойностите по Приложение № 2 и дават основание на възложителя да откаже плащане при превишение, са нищожни по чл. 26, ал. 1, предл. 1 ЗЗД като противоречащи на императивни норми на здравноосигурителното законодателство и на правата на здравноосигурените лица, включително с позоваване на задължителна практика на ВКС по реда на чл. 290 ГПК (в частност Решение № 169/16.02.2021 г. и Решение № 152/02.02.2021 г., както и други решения относно дължимостта и изискуемостта на плащането за „надлимитна“ дейност). Ищецът поддържа, че дори да се приеме, че стойностните рамки имат значение за разпределението и планирането, те не могат да доведат до окончателен отказ от заплащане на реално предоставена медицинска помощ в обхвата на гарантирания пакет, доколкото това би накърнило свободния избор на изпълнител и правото на достъп до медицинска помощ.

По отношение на акцесорната претенция за обезщетение за забава ищецът твърди, че изискуемостта на задължението за заплащане на „надлимитната“ дейност настъпва до края на финансовата година, през която е извършена дейността (31.12.2019 г.), поради което от 01.01.2020 г. НЗОК изпада в забава и дължи обезщетение по чл. 86 ЗЗД върху главницата 62 240 лв. за периода 01.01.2020 г. – 22.04.2024 г. в размер 29 391.09 лв., изчислено с лихвен калкулатор. Алтернативно, при липса на уговорен срок за плащане на „надлимитна“ дейност и при приложение на чл. 84, ал. 2 ЗЗД, се поддържа, че забава настъпва след покана, като такава е отправена с писмо от 21.12.2023 г., поради което се претендира лихва поне за периода от получаването на поканата до завеждане на иска.

С оглед изложените в исковата молба факти и доводи, и на основание чл. 79 ЗЗД във връзка с чл. 59, ал. 1 ЗЗО и чл. 86 ЗЗД, ищецът моли съда да постанови решение, с което да осъди Националната здравноосигурителна каса, ЕИК 121858220, да заплати на Специализирана болница за активно лечение по кардиология „Медика Кор“ ЕАД, ЕИК 117684874, следните суми, представляващи стойност на извършена, отчетена, но неизплатена болнична медицинска помощ по клинични пътеки по Договор № 180353/28.05.2018 г. (в редакцията му към процесния период), както следва:

1. Сумата 435,00 лв., представляваща стойност на извършена и отчетена, но незаплатена медицинска помощ по КП за периода 01.05.2019 г. – 31.05.2019 г., ведно с обезщетение за забава, изчислено като законна лихва върху тази главница за периода 01.01.2020 г. – 22.04.2024 г., както и законната лихва върху главницата, считано от датата на предявяване на иска (22.04.2024 г.) до окончателното изплащане;
2. Сумата 572,00 лв., представляваща стойност на извършена и отчетена, но незаплатена медицинска помощ по КП за периода 01.06.2019 г. – 30.06.2019 г., ведно с обезщетение за забава, изчислено като законна лихва върху тази главница за периода 01.01.2020 г. – 22.04.2024 г., както и законната лихва върху главницата от 22.04.2024 г. до окончателното изплащане;
3. Сумата 5 919,00 лв., представляваща стойност на извършена и отчетена, но незаплатена медицинска помощ по КП за периода 01.07.2019 г. – 31.07.2019 г.,

ведно с обезщетение за забава, изчислено като законна лихва върху тази главница за периода 01.01.2020 г. – 22.04.2024 г., както и законната лихва върху главницата от 22.04.2024 г. до окончателното изплащане;

4. Сумата 31 049,00 лв., представляваща стойност на извършена и отчетена, но незаплатена медицинска помощ по КП за периода 01.11.2019 г. – 30.11.2019 г., ведно с обезщетение за забава, изчислено като законна лихва върху тази главница за периода 01.01.2020 г. – 22.04.2024 г., както и законната лихва върху главницата от 22.04.2024 г. до окончателното изплащане;
5. Сумата 24 265,00 лв., представляваща стойност на извършена и отчетена, но незаплатена медицинска помощ по КП за периода 01.12.2019 г. – 31.12.2019 г., ведно с обезщетение за забава, изчислено като законна лихва върху тази главница за периода 01.01.2020 г. – 22.04.2024 г., както и законната лихва върху главницата от 22.04.2024 г. до окончателното изплащане.

Ищецът претендира обезщетение за забава върху общата главница 62 240,00 лв. за периода 01.01.2020 г. – 22.04.2024 г. в общ размер 29 391,09 лв., изчислено като законна лихва.

При условията на евентуалност, ако съдът приеме, че за „надлимитната“ дейност не е налице уговорен срок за плащане и забава настъпва след покана, ищецът моли да се приеме, че ответникът е изпаднал в забава от датата на поканата/получаването и (покана с изх. № 288/21.12.2023 г.), поради което моли да му бъде присъдено обезщетение за забава (законна лихва) за периода от 22.12.2023 г. до 22.04.2024 г. в размер 2 921,19 лв. (съгласно приложен лихвен лист), както и законната лихва върху главницата от датата на предявяване на иска (22.04.2024 г.) до окончателното изплащане.

Претендира и законната лихва върху главницата (62 240,00 лв.) от датата на предявяване на иска – 22.04.2024 г. – до окончателното изплащане.

Желае да му бъдат присъдени направените по делото разноси, включително държавна такса и адвокатско възнаграждение, съгласно представен списък по чл. 80 ГПК.

Направени са доказателствени искания, включително такива при заявено оспорване.

Ответникът – Национална здравноосигурителна каса, чрез РЗОК – Русе, изразява становище, че предявените от СБАЛК „Медика Кор“ ЕАД искове за заплащане на главница за незаплатена „надлимитна“ болнична медицинска помощ за 2019 г., с правно основание чл. 79 ЗЗД вр. чл. 59, ал. 1 ЗЗО, са формално допустими, но изцяло неоснователни, като по отношение на акцесорната претенция за обезщетение за забава по чл. 86 ЗЗД прави възражение за погасителна давност по чл. 111, б. „б“ ЗЗД, тъй като вземането за законна лихва възниква от момента на изискуемост на главното вземане и давността тече от деня, в който то е станало изискуемо.

Поддържа, че съгласно константната практика на ВКС НЗОК следва да изпълни задължението си за заплащане на надлимитни дейности до приключване на финансовата година, в която са извършени, а забава настъпва едва след 31.12.2019 г., поради което тригодишният срок за предявяване на претенцията за лихви е изтекъл на 31.12.2022 г., докато исковата молба е депозирана на 22.04.2024 г.

По съществото на спора ответникът отрича да е налице договорно или нормативно задължение за заплащане на дейности, лекарствени продукти или медицински изделия в болничната медицинска помощ над определените месечни

стойности по Приложение № 2 към индивидуалния договор, като изтъква, че приложимата договорна и нормативна уредба не допуска нито отчитане за заплащане от страна на изпълнителя, нито закупуване и заплащане от страна на възложителя на суми над тези стойности, независимо дали дейността е фактически извършена. В тази връзка сочи, че ищецът сам признава, че за претендираните случаи не е издавал финансово-отчетни документи, а е издавал такива единствено до лимита по Приложение № 2, поради което не е изпълнено изискуемото условие за заплащане, доколкото следва да се разграничава ежедневното електронно подаване на файлове по чл. 352 НРД за МД 2018 г. от представянето на електронни финансово-отчетни документи по чл. 353 НРД за МД 2018 г., които са задължително и самостоятелно условие за плащане и подлежат на представяне в регламентирания срок и по предвидения ред. Ответникът оспорва относимостта и доказателствената стойност на представените от ищеца „спецификации“ за процесните месеци, като поддържа, че те не са представяни пред РЗОК, липсват съществени реквизити и, съществено, че разпоредбата на чл. 353 НРД за МД 2018 г. не предвижда „спецификация“ като вид финансово-отчетен документ, доколкото такава е уредена в предходни редакции (НРД 2017), поради което тези документи не удостоверяват годно отчитане за заплащане през 2019 г.

По повод твърденията на ищеца за неясни критерии при формиране на „Месечна справка Над. Мес. Ст-ти по КП“ ответникът сочи, че критериите произтичат от договора и Правилата по чл. 4 ЗБНЗОК за 2019 г., включително чрез правилото за определяне по реда на последно извършената по време дейност за целия случай на лечение, а от самите справки било ясно кои конкретни случаи са включени, тъй като за всеки са посочени идентификатори (ИЗ, дати на прием/изписване, КП, стойност, данни за пациента и др.). Ответникът възразява срещу тезата за нищожност на лимитиращите клаузи, като излага, че ограничителният режим произтича от финансовата рамка, обемите и методиките на НРД за МД 2018 г., от Правилата по чл. 4 ЗБНЗОК 2019 г., както и от императивни разпоредби на специалния закон, в т.ч. чл. 55а, ал. 2 ЗЗО (в сила от 01.01.2019 г.), предвиждаща, че НЗОК не заплаща медицинска помощ, оказана в нарушение на договорените обеми и стойности, като поради това договорните клаузи са съобразени с повелителните норми и не могат да бъдат квалифицирани като нищожни; поддържа и че бюджетната рамка и предвидените механизми за планиране и разпределение на публичния ресурс са конституционно допустими и необходими, за да се гарантира регулярност и равномерност на финансирането през бюджетната година.

НЗОК заявява, че оспорва дължимостта, а не размера на главниците, както са посочени в петитума, и поддържа, че забава по чл. 86 ЗЗД не е настъпила, тъй като не се дължи плащане за дейности над месечните стойности и, отделно, липсва годно отчитане за заплащане в предвидения ред, като акцесорната претенция за лихви е и погасена по давност.

Ответникът прави възражения срещу допускането на поисканите експертизи, като сочи, че въпроси относно „отчитането“ и „изпълнение на изискванията на договора“ са правни и не попадат в компетентността на медицинско вещо лице, а счетоводните задачи са безпредметни или недопустими, доколкото касаят проста аритметика, повторение на изчисления, вече представени от ищеца, както и обстоятелства относно счетоводно отразяване и данъчно третиране, които не са решаващи за основателността на претенцията и не могат да заместят доказването на първични отчетни документи и изпълнение на нормативните и договорните условия.

С оглед изложеното НЗОК моли предявените искове да бъдат отхвърлени като неоснователни, а претенцията за лихви – и като погасена по давност, както и да и

бъдат присъдени разноските по делото, включително юрисконсултско възнаграждение, като прави и искане за връчване на съдебните книжа на посочения съдебен адрес чрез РЗОК – Русе.

С допълнителната искова молба ищецът поддържа изцяло фактическите твърдения и правните изводи, изложени в исковата молба, като във връзка с възраженията на ответника въвежда и допълнителни съображения, които акцентират върху задължителната за съдилищата практика и върху настъпили нормативни последици от конституционен контрол. На първо място се поддържа, че възражението на НЗОК за липса на задължение за заплащане на дейност над утвърдените стойности е в противоречие с константната практика на ВКС, постановена по реда на чл. 290 ГПК, в която последователно се приема, че при доказване на извършена и медицински обоснована дейност в обхвата на гарантирания пакет здравни дейности, същата подлежи на заплащане, независимо от лимитиращите механизми по Приложение № 2 и договорните основания за отхвърляне на плащането, като се подчертава, че именно тази практика следва да ориентира тълкуването на приложимите норми и да обезсили опита на ответника да изведе противоположен резултат единствено от подзаконови правила и договорни клаузи.

На следващо място, ищецът прави уточнение относно съдържанието на твърдението „отчетена дейност“, като заявява, че под това разбира, от една страна, изпълнение на договорното задължение за ежедневно електронно отчитане на хоспитализации и дехоспитализации чрез ПИС на НЗОК, а от друга – ежедневно информирание на възложителя за реално извършваните обеми, което поражда за НЗОК задължение за текущ анализ и своевременно управление/корекция на предварително определените месечни стойности, вместо прехвърляне на финансовата тежест върху лечебното заведение при реализирана нужда от медицинска помощ на здравноосигурени лица. В този контекст се развива и доводът за характера на договорите за болнична помощ като договори в полза на трето лице – здравноосигурените лица, които не са страни по НРД и индивидуалните договори, но черпят права от тях; поддържа се, че при императивните норми на ЗЗО относно свободния достъп, свободния избор на изпълнител и задължението за заплащане на медицинската помощ в обхвата на гарантирания пакет, не е допустимо нито прекратяване/ограничаване на оказването на помощ при изчерпване на месечния ресурс, нито изискване на плащане от пациентите, нито оставяне на извършената дейност за сметка на лечебното заведение.

По възражението на НЗОК, че спецификациите не са финансово-отчетни документи по чл. 353 НРД за МД 2018 г., ищецът въвежда допълнителен довод, че в условията на електронно отчитане през процесния период фактурите/дебитните и кредитните известия фактически инкорпорират информацията, която традиционно се съдържа в спецификациите (вид, брой, код, единична цена и обща стойност на дейностите), като спецификациите продължават да се генерират в болничния софтуер въз основа на получаваните от РЗОК месечни справки и имат доказателствена и информативна стойност относно размера на нефактурираната „надлимитна“ дейност за всеки месец. Изрично се признава и се обяснява, че спецификациите за надлимитната дейност не са представяни в РЗОК именно поради забраната за фактуриране/представяне на финансово-отчетни документи над месечните стойности, но се поддържа, че това не отнема значението им за установяване на размера на претендираните суми и за корелацията им с „Месечна справка Над. Мес. Ст-ти по КП“.

По направеното възражение за погасителна давност относно иска по чл. 86 ЗЗД ищецът не въвежда самостоятелна нова фактическа основа, а заявява, че спорът следва да бъде разрешен с решението по съществото, като се поддържа дължимостта на

обезщетението за забава съобразно вече заявените варианти на началния момент.

Позовава се на Решение № 6 от 11.04.2024 г. на Конституционния съд по к.д. № 15/2023 г., с което разпоредбата на чл. 55а, ал. 2 ЗЗО (въвеждаща забрана НЗОК да заплаща помощ в нарушение на договорените обеми и стойности) е обявена за противоконституционна поради противоречие с чл. 52, ал. 1 от Конституцията, като се поддържа, че ограничаването на основни права с цел да се компенсира неспособност на държавата да контролира ефективно бюджетни средства е конституционно недопустимо. Във връзка с действието на решението на Конституционния съд ищецът изрично се позовава и на Решение № 3 от 28.04.2020 г. по к.д. № 5/2019 г., с което е разяснено, че по отношение на заварени неприключили правоотношения и висящи съдебни производства противоконституционният закон не се прилага, поради което в настоящия висящ спор съдът следва да изключи приложението на чл. 55а, ал. 2 ЗЗО като правна опора на отказа за плащане, а изходът да се формира на база останалите действащи конституционни и законови гаранции на правото на достъпна медицинска помощ и императивните задължения на НЗОК за заплащане на медицинската помощ в обхвата на гарантирания пакет.

В заключение, с допълнителната искова молба ищецът настоява, че направените от ответника възражения относно „лимитите“, отчетността и недължимостта не могат да бъдат възприети, доколкото противоречат на задължителната практика на ВКС и на настъпилите последици от конституционния контрол върху чл. 55а, ал. 2 ЗЗО, поради което моли за уважаване на главните иски за незаплатена дейност за 2019 г. и на акцесорния иск по чл. 86 ЗЗД, ведно със законната лихва от предявяването и разностите.

В отговора на допълнителната искова молба НЗОК поддържа изцяло възраженията си от първия отговор и заявява, че допълнителната искова молба по същество преповтаря вече изложените от ищеца тези, поради което не налага нови възражения по главния спор извън направените до момента.

По довода на ищеца, че „надлимитната“ дейност е „отчетена“ чрез ежедневните електронни отчети през ПИС на НЗОК, ответникът възражава, че ищецът за пореден път смесва ежедневното подаване на файлове по чл. 352 НРД за МД 2018 г. с „отчитането за заплащане“ чрез електронни финансово-отчетни документи по чл. 359 НРД за МД 2018 г., като подчертава, че самият ищец признава липсата на издадени/представени електронни финансово-отчетни документи за „надлимитната“ дейност. НЗОК настоява, че ежедневното подаване на данни е само информационен поток и не поражда изискуемост на претендираните суми, доколкото за плащане са необходими изрично регламентирани отчетни документи и спазване на предвидената процедура.

Срещу тезата на ищеца, че НЗОК е следвало „своевременно да анализира и коригира“ месечните стойности, ответникът заявява, че режимът на наблюдение, анализ, контрол и корекции е нормативно уреден в Правилата за прилагане на чл. 4 от ЗБНЗОК за 2019 г., като НЗОК твърди, че е изпълнявала задълженията си по анализ и при наличие на условия и спазване на процедурата са правени корекции, доказателство за което според ответника са приложените от ищеца допълнителни споразумения (изрично се сочат няколко ДС от 2019 г.) – т.е. отрича се твърдение за бездействие и се поддържа, че корекциите са извършвани в рамките на допустимото по правилата.

По спора относно спецификациите/фактурите и относимостта им към предмета на доказване ответникът заявява, че с изложеното в допълнителната искова молба ищецът фактически потвърждава възражението на НЗОК: че „спецификациите“ (както и приложените с тях фактури/дебитни известия) не са относимите финансово-отчетни

документи за процесния период след 01.04.2018 г., поради което не могат да заместят изискуемите електронни финансово-отчетни документи по действащия ред и не установяват надлежно „отчитане за заплащане“ на претендираната надлимитна дейност.

Относно доказателствените искания (СМЕ и ССчЕ) НЗОК поддържа, че експертизи не следва да се допускат по съображенията, вече изложени в отговора на исковата молба, като изрично възразява срещу разширените задачи към счетоводната експертиза – в частност относно правилността на счетоводното отчитане на неплатените надлимитни дейности по СС № 18 и относно включването им в данъчния резултат за 2019 г., като ги квалифицира като недопустими и препраща към аргументите си, че тези обстоятелства са неотносими към предмета на доказване и не могат да обосноват основателност на претенцията, още по-малко да заместят липсата на изискуемите първични финансово-отчетни документи и липсата на договорно/нормативно основание за плащане над договорените стойности.

В обобщение, ответникът концентрира защитата си върху три основни пункта: (1) отричане на „отчитане за заплащане“ при липса на електронни финансово-отчетни документи по приложимия ред; (2) поддържане, че контролът и евентуалните корекции са извършвани в рамките на Правилата и са доказани с допълнителни споразумения; и (3) противопоставяне на допускането на експертизи, особено по счетоводни/данъчни въпроси, като недопустими или неотносими към спорното право.

Установява се от фактическа страна, че между Националната здравноосигурителна каса, чрез съответната Районна здравноосигурителна каса – Русе, в качеството на възложител, и „Специализирана болница за активно лечение по кардиология „Медика Кор“ ЕАД, в качеството на изпълнител на болнична медицинска помощ, е сключен индивидуален договор № 180353/28.05.2018 г. по реда на чл. 59, ал. 1 ЗЗО и при условията на действащия за процесния период (01.04.2018 г. до 31.12.2019 г.) Национален рамков договор за медицинските дейности, с предмет оказване от изпълнителя на болнична медицинска помощ на здравноосигурени лица по определени клинични пътеки/процедури и амбулаторни процедури от гарантирания пакет здравни дейности, като възложителят се е задължил да закупува и заплаща извършената и отчетена по надлежния ред медицинска дейност при спазване на договорно установените изисквания за качество, достъпност, документиране и отчетност.

С договора страните са уговорили реда и начина за възлагане, изпълнение, отчитане и заплащане на медицинската дейност, като изпълнителят е поел задължение да осигурява непрекъснато оказване на договорената болнична медицинска помощ при спазване на медицинските стандарти, правилата за добра медицинска практика и приложимите изисквания на рамковия договор и подзаконовата нормативна уредба, както и да води изискуемата медицинска документация и да извършва отчетността на дейността по установените формати и срокове. Възложителят, от своя страна, е поел задължение да заплаща извършената медицинска помощ при наличие на предпоставките за дължимост, включително съответствие на дейността с предмета на договора, приемането и за заплащане и нейното отчитане по предвидения ред, както и да осъществява контрол и проверки по изпълнението, съгласно договорните и нормативни механизми.

Финансовите параметри на изпълнението са били конкретизирани чрез приложение към договора - Приложение № 2 (част Б), в което са определени годишни и/или месечни стойности на дейността за съответния изпълнител, разпределени по месеци, като заплащането е било обусловено от спазването на тези стойности и от предвидената процедура за евентуалното им изменение чрез допълнителни

споразумения при наличие на нормативно установени условия и в рамките на разпределения бюджетен ресурс.

Договорът е бил изменян и допълван в хода на действието му с допълнителни споразумения, включително относно актуализация на финансовите параметри и/или приложимите клаузи във връзка с изменения в рамковата уредба за съответната година, като по този ред са били извършвани корекции на определените стойности при наличие на предпоставките по приложимите правила.

Страните са предвидили задължения за ежедневно електронно предоставяне на информация за хоспитализациите и дехоспитализациите и за извършените медицински дейности чрез информационните системи на НЗОК, както и задължение за представяне на финансово-отчетни документи в установен формат и срокове като условие за заплащане, при което се разграничават информационните отчети за извършена дейност от финансовата отчетност, служеща за основание за плащане.

Уговорени са срокове и ред за заплащане на приетата за заплащане дейност, като при неизпълнение в установените срокове възниква отговорност за забава по общия ред, доколкото са налице предпоставките за изискуемост на паричното задължение. Наред с това са предвидени и клаузи относно последиците при несъответствие на дейността с договорните условия, включително основания за отказ от заплащане при установени нарушения, както и механизми за контрол и санкциониране, съобразно нормативната уредба на задължителното здравно осигуряване.

В рамките на процесния период изпълнителят е оказвал болнична медицинска помощ на здравноосигурени лица по договора, като спорът между страните е възникнал по повод дейности, извършени през 2019 г., за които изпълнителят твърди, че са реализирани и отчетени чрез електронната система, но не са заплатени от възложителя поради надвишаване на определените месечни стойности, докато възложителят поддържа, че заплащане се дължи единствено при спазване на финансовите параметри и при изпълнение на всички изисквания за надлежно отчитане и приемане на дейността за плащане, съгласно договора и приложимата рамкова и законова уредба.

През процесните месеци лечебното заведение е оказвало БМП по договорените КП на здравноосигурени лица и е подавало ежедневно изискуемата електронна информация за хоспитализациите/дехоспитализациите и извършените дейности по алгоритмите.

След обработката на ежедневната информация РЗОК е изпращала месечни известия, съдържащи одобрената и отхвърлената от заплащане дейност и основанията за това. За одобрената дейност изпълнителят е подавал електронни финансово-отчетни документи (фактури/дебитни известия) по реда на договора, по които НЗОК е извършвала плащания в договорните срокове.

От представените по делото писмени доказателства се установява, че през 2019 г. ищецът е водил последователна кореспонденция с ответника във връзка с необходимостта от корекция на утвърдените месечни стойности по Приложение № 2 към индивидуалния договор за болнична медицинска помощ. С писмо изх. № 154/29.05.2019 г., адресирано до РЗОК – Русе, ищецът е направил мотивирано искане за отпускане на допълнителни средства по Приложение № 2 за периода от м. юни до м. ноември 2019 г., във връзка с решение на Надзорния съвет на НЗОК от 27.05.2019 г. С писмо изх. № 161/04.06.2019 г. до РЗОК – Русе е отправено мотивирано искане за ползване до 5% от утвърдената месечна стойност за м. юни 2019 г. за случаи на спешна диагностика и лечение по клинични пътеки, клинични процедури и

амбулаторни процедури. Впоследствие, с писмо изх. № 242/17.10.2019 г. до РЗОК – Русе, както и с писмо изх. № 243/21.10.2019 г. до директора на РЗОК – Русе, ищецът е направил повторни мотивирани искания за преразглеждане на определения бюджет на основание чл. 358, ал. 1 от НРД за МД за 2019 г. (отм.). С писмо изх. № 254/14.11.2019 г., адресирано до управителя на НЗОК и до директора на РЗОК – Русе, ищецът отново е поискал преразглеждане на определения бюджет, включително след частично увеличение, като е поддържал, че същото е недостатъчно. Аналогично искане е отправено и с писмо изх. № 271/10.12.2019 г. до РЗОК – Русе, с което е заявено, че извършеното частично увеличение не е достатъчно, включително за м. ноември 2019 г.

Установява се още, че с писмо изх. № 288/21.12.2023 г., адресирано до управителя на НЗОК и директора на РЗОК – Русе, ищецът е отправил покана за доброволно заплащане на незаплатена „надлимитна“ дейност за 2019 г. в размер на 62 240,00 лв. – главница, както и обезщетение за забава в общ размер на 26 611,71 лв., като вземанията са индивидуализирани по месеци и са отразени в приложена счетоводна справка във връзка с изпълнението на Договор № 180353/28.05.2018 г. за оказване на болнична медицинска помощ по клинични пътеки, действащ през 2019 г.

От представения протокол № РД-13-98/14.08.2020 г. се установява, че в периода 12.08.2020 г. – 14.08.2020 г. е извършена проверка, при която са констатирани данни за извършена, отчетена и незаплатена „надлимитна“ дейност за 2015 г., 2016 г., 2017 г., 2018 г. и 2019 г., като за 2019 г. е посочен размер 62 790,00 лв. В частта относно „надлимитната“ дейност за 2019 г. проверката е установила, че са спазени индикациите за хоспитализация и диагностично-лечебните алгоритми съгласно изискванията на клиничните пътеки, извършени са необходимите консултации, спазен е минималният болничен престой, изпълнени са медицинските критерии за дехоспитализация, определени са следболничен режим и терапия за домашно лечение и е изготвена епикриза, съответстваща на изискванията на НРД за МД за 2018 г. (отм.), като нарушения не са констатирани.

От представените по делото писмени доказателства се установява, че за процесните месеци РЗОК – Русе е изготвяла ежемесечни справки в табличен вид, съдържащи данни за потвърдената за заплащане дейност и за дейността, отхвърлена от заплащане по клинични пътеки, както и посочените основания за отхвърляне. Въз основа на тези справки лечебното заведение е изготвяло и представяло в РЗОК – Русе финансово-отчетни документи за дейност до утвърдената месечна стойност по Приложение № 2 към договора, заедно с работните графици за съответния месец, както следва:

За м. май 2019 г. са изготвени спецификация и месечна справка, като незаплатената дейност над месечните стойности е в размер на 435,00 лв.

За м. юни 2019 г. са изготвени спецификация и месечна справка, като незаплатената дейност над месечните стойности е в размер на 572,00 лв.

За м. юли 2019 г. са изготвени спецификация и месечна справка, като незаплатената дейност над месечните стойности е в размер на 5 919,00 лв.

За м. ноември 2019 г. са изготвени спецификация и месечна справка, като незаплатената дейност над месечните стойности е в размер на 31 049,00 лв.

За м. декември 2019 г. са изготвени спецификация и месечна справка, като незаплатената дейност над месечните стойности е в размер на 24 265,00 лв.

Общата стойност на дейността, отчетена над утвърдените месечни стойности за посочените месеци, е 62 240,00 лв.

Окръжен съд – Русе е приел за основателни предявените искове за заплащане на

стойността на извършена и незаплатена „надлимитна“ болнична медицинска помощ за процесните месеци на 2019 г., като е уважил главния иск с правна квалификация по чл. 79 ЗЗД във връзка с чл. 59, ал. 1 ЗЗО и акцесорния иск по чл. 86 ЗЗД за обезщетение за забава, в частта, която не е погасена по давност. Съдът е изходил от обстоятелството, че извършването на медицинските дейности, тяхното остойностяване и изчислението на лихвите не са спорни между страните, като спорът се свежда единствено до дължимостта на т. нар. „надлимитна“ дейност на договорно и законово основание и до последиците от неплащането и.

При анализа на договорните отношения съдът е обсъдил разпоредбите на процесния договор № 180353/28.05.2018 г. и последващото му изменение с допълнително споразумение № 27/21.02.2019 г., като е отчел, че макар договорът да съдържа клауза, ограничаваща предявяването за заплащане на дейности, отхвърлени поради надвишаване на стойностите по Приложение № 2, същевременно е предвиден механизъм за заявяване и договаряне на увеличение на месечните стойности при спешна диагностика и лечение, включително чрез преразпределяне до 5% от утвърдената стойност за следващия месец. Съдът е приел за установено, че ищецът е подавал в срок писмени заявления за промени в месечните стойности и е посочвал причините за извършената дейност над лимитите.

В правните си съображения първоинстанционният съд е поставил акцент върху конституционната и законовата рамка на задължителното здравно осигуряване, като е извел, че по силата на чл. 52, ал. 1 от Конституцията и чл. 45, ал. 1 ЗЗО НЗОК е длъжна да заплаща болничната медицинска помощ за диагностика и лечение, включително неотложната помощ, предоставена на здравноосигурени лица, като заплащането се реализира чрез договорния механизъм по чл. 59, ал. 1 ЗЗО. Съдът е квалифицирал процесния договор като облигационно правоотношение с белези на договор за изработка и договор в полза на трето лице, при което изпълнението е в полза на здравноосигурените пациенти, а НЗОК като възложител дължи финансово обезпечаване на предоставената медицинска помощ, когато тя е реално извършена и отчетена съобразно изискванията.

Съдът е приел, че въвеждането на лимити създава напрежение в здравноосигурителните правоотношения, тъй като лечебното заведение не може да откаже лечение на осигурено лице и при неизпълнение би било санкционирано, а при изпълнение над лимита би понесло тежестта на неплащането. В този контекст съдът е приел, че лимитите могат да имат прогнозен характер, но не могат да доведат до фактическо ограничаване на достъпа до медицинска помощ и до неравнопоставеност на пациентите в зависимост от момента на постъпване за лечение. Като допълнителен аргумент е обсъдена и практиката на Конституционния съд относно допустимостта законодателят да определя обем на медицинската помощ, но при спазване на конституционните принципи, включително равенството.

Като решаващо основание за дължимостта на плащането съдът е приел, че след като медицинската помощ е предоставена на здравноосигурени лица и е отчетена при спазване на изискванията, държавата чрез НЗОК носи отговорност да обезпечи финансово удовлетворения обществен интерес, а несъответствието между очаквания и реален финансов ресурс не освобождава НЗОК от задължението за заплащане. В тази връзка е посочено и че самият типов договор предвижда ред за заплащане на отхвърлена от заплащане дейност с решение на Надзорния съвет на НЗОК (чл. 42, ал. 4 от договора).

Съдът е обсъдил и разпоредбата на чл. 55а, ал. 2 ЗЗО (в сила от 01.01.2019 г.), предвиждаща, че НЗОК не заплаща медицинска помощ, оказана в нарушение на договорените обеми и стойности, като е отчел, че същата е обявена за

противоконституционна с Решение № 6/11.04.2024 г. на Конституционния съд по к.д. № 15/2023 г., и е възприел разбирането, че при заварени правоотношения и висящи съдебни производства противоконституционният закон не следва да се прилага.

По отношение на лихвите съдът е приел, че НЗОК дължи заплащане на надлимитната дейност до приключване на финансовата година, в която е извършена, т.е. до 31.12.2019 г., а от 01.01.2020 г. изпада в забава и дължи обезщетение по чл. 86 ЗЗД. Възражението за погасителна давност по отношение на лихвите за периода 01.01.2020 г. – 31.12.2022 г. е уважено като основателно по чл. 111, б. „в“ ЗЗД, поради което е присъдено обезщетение за забава единствено за периода 01.01.2023 г. – 21.04.2024 г. в размер на 10 418 лв., изчислено върху главницата 62 240 лв.

От правна страна:

Спорът между страните по същество се концентрира върху правната дължимост на претендираната стойност на извършената медицинска дейност, доколкото ответникът поддържа, че заплащане се дължи единствено за дейност в рамките на договорно определените обеми и стойности, при надлежно финансово-отчетно отчитане по приложимата нормативна уредба, а ищецът поддържа, че предоставената медицинска помощ в рамките на гарантирания пакет подлежи на заплащане, независимо от лимитите, като се позовава на трайна съдебна практика и на Решение № 6/11.04.2024 г. на Конституционния съд по к.д. № 15/2023 г.

От протокола от откритото съдебно заседание на 29.10.2024 г., провело се пред първата инстанция, се установява, че при доклада по делото първоинстанционният съд е приел, че между страните не са спорни обстоятелствата относно извършването на медицинските дейности за процесния период, остойностяването им и изчислението на претендираните лихви, като ответникът е заявил, че не оспорва размера и извършването на дейностите, а единствено поддържа възражение за недължимостта им поради приложимия договорен и специален нормативен режим. При така очертаните процесуални позиции спорът е бил концентриран върху правния въпрос за възникването на вземане за заплащане на т.нар. „надлимитна“ дейност по договора между страните и по Закона за здравното осигуряване, респективно върху последиците относно дължимостта на обезщетение за забава, поради което доказателственият спор по фактите е отсъствал и делото е било изяснено от фактическа страна въз основа на приетите писмени доказателства.

Във въззивната жалба на НЗОК спор по установената от първата инстанция фактическа обстановка по същество не се поддържа в смисъл на оспорване на самите релевантни факти – наличието на договорни отношения между страните, извършената от лечебното заведение болнична медицинска помощ през процесните периоди и нейното отразяване в информационните системи на касата чрез ежедневни електронни данни. Оплакванията отново са насочени предимно срещу извода на съда за възникване на дължимост, както и срещу начина, по който първата инстанция е преценила доказателствата относно предпоставките за заплащане. В този смисъл въззивникът не развива твърдение за фактическа грешка относно обема/периодите на дейността, а поддържа, че приетото за установено не обосновава правния резултат, до който е достигнал съдът, тъй като процесната дейност била „незакупена“ извън договорения обем и стойности и не била отчетена по надлежния финансово-отчетен ред, което изключвало изискуемост и забава. Поддържа се, че съдът не е разграничил ежедневното подаване на данни по чл. 352 НРД от представянето на електронни финансово-отчетни документи по чл. 353 и чл. 359 НРД като условие за плащане, поради което е приел наличие на „отчитане“ и е ангажирал отговорност за плащане и

забава без доказана нормативна предпоставка за това.

По оплакването във въззивната жалба на НЗОК – дължи ли се заплащане за надлимитна дейност:

В пределите на въззивната проверка по чл. 269 ГПК, при липса на въззивна жалба от насрещната страна и при очертания с жалбата предмет, спорът между страните по главния иск не е относно валидността на договорното правоотношение, фактическото извършване на процесните медицински дейности и остойностяването им, а е концентриран върху правния въпрос за дължимостта на заплащане на дейности по клинични пътеки, извършени и отчетени над предварително определените месечни стойности по Приложение № 2 към договора за 2019 г., както и върху твърдяното от въззивника отсъствие на договорно основание за възникване на вземане при липса на надлежно изменение на Приложение № 2 с допълнително споразумение.

Между страните е имало и други спорове на това основание, но за различен период, свързан с договорния модел за болнична медицинска помощ по клинични пътеки, включително по договора от 28.05.2018 г. /напр. ВКС с Определение № 1716/20.06.2024 г. по к.т.д. № 417/2023 г. не е допуснал касационно обжалване на Решение № 161/16.11.2022 г. по в.т.д. № 198/2022 г. на Апелативен съд – Велико Търново /. Макар тези актове да не формират сила на пресъдено нещо за настоящия период, те имат значение като относим ориентир относно съдържанието на идентичния договорен механизъм и за правната оценка на лимитирането като бюджетен инструмент, а не като основание за отричане на цената на реално предоставена медицинска помощ по гарантирания пакет. Налице и константна съдебна практика по отношение дължимостта на заплащане за такава дейност над договорените лимити.

По оплакването, че първоинстанционният съд е основал уважаването на иска на „общи“ съображения за несправедливост, вместо на договорни и законови предпоставки:

Оплакването е неоснователно. Решаващите съображения на първата инстанция (в обсъжданата осъдителна част) са изградени върху правнорелевантни елементи на специалната уредба и договора.

Въззивният съд също констатира наличие на индивидуален договор по чл. 59, ал. 1 ЗЗО за болнична медицинска помощ по КП; безспорно престиране от изпълнителя на дейности, включени в пакета по чл. 45 ЗЗО и предметния обхват на договора; липса на твърдение и установяване, че процесната дейност попада в изключението на чл. 51 ЗЗО (извършена е проверка, от която е съставен протокол, видно от който не са констатирани нередности и който е част от доказателствата по делото); и неразплащане на стойността на престираното поради надвишаване на месечните стойности по Приложение № 2. Изложените от съда разсъждения за отражението на лимитирането върху достъпа до медицинска помощ не представляват самостоятелно основание за уважаване на иска, а аргументативен контекст за тълкуване на договора и на специалната уредба през призмата на конституционните принципи и целта на здравноосигурителния модел. Както се изложи по-горе, спорът по иска по чл. 79 ЗЗД вр. чл. 59 ЗЗО се свежда до правния въпрос за последиците от надвишаване на месечните стойности, при регламентиран договорен и нормативен механизъм за предоставяне и отчитане на болнична помощ, организирана за реализация на гарантирания пакет и на правото на избор на изпълнител.

Следователно, твърдението, че мотивите са изградени върху „несправедливост“, а не върху правнорелевантни предпоставки, не съответства на действителното съдържание на решаващата воля: тя е базирана на договора, ЗЗО и относимата

конституционна рамка, а не на свободна преценка.

По оплакването срещу квалификацията на правоотношението като облигационно и извеждането на дължимост за реално престирана дейност; по възражението за „защита на чужди права“ (чл. 26, ал. 2 ГПК):

Оплакването е неоснователно. Процесният договор, сключен по чл. 59, ал. 1 ЗЗО, за периода 2019 г. има характер на двустранно възмездно правоотношение между НЗОК (възложител/платец по публичен ресурс) и лечебното заведение (изпълнител на медицинска помощ), в рамките на което престацията на изпълнителя се реализира фактически спрямо трети лица – здравноосигурени пациенти. Посочването на този „трети“ бенефициент не означава процесуална защита на чуждо субективно право, а описва функционалната цел и механизма на договора – предоставяне на гарантирана медицинска помощ на здравноосигурени лица, при което насрещната парична престация се дължи от НЗОК. Договорът за болнична помощ по КП е средство за реализация на публичния интерес и на пакета по чл. 45 ЗЗО, при което изпълнителят се задължава да оказва помощ без да изисква плащане/доплащане от пациентите (извън изрични хипотези), да осигурява 24-часово изпълнение и да спазва правата на пациента, а НЗОК – да закупува и заплаща дейността в рамките на договорните механизми. В този контекст аргументът на въззивника за чл. 26, ал. 2 ГПК не е релевантен: лечебното заведение черпи права за себе си от договора и закона, като претендира парично вземане за предоставена медицинска помощ по гарантирания пакет; позоваването на принципите на равнопоставеност и достъп до медицинска помощ не трансформира иска в такъв за защита на права на пациенти, а служи като легитимен тълкувателен ориентир при спор за правните последици от лимитирането.

По основния довод на въззивника, че надлимитната дейност за 2019 г. е „незакупена“ и плащане се дължи само ако е финализирано изменение на Приложение № 2 с допълнително споразумение:

Оплакването е неоснователно, доколкото смесва реда за планиране и разпределяне на бюджетни стойности, с възникването на насрещно парично задължение при реално предоставена и надлежно отчетена медицинска помощ по клинични пътеки, включена в пакета по чл. 45 ЗЗО и предметния обхват на договора.

Предварително определените стойности по Приложение № 2 са инструмент за бюджетно планиране и текущ контрол. Те не дерогират законовото задължение НЗОК да заплаща закупената медицинска помощ по пакета, нито могат да функционират като абсолютна граница, която превръща реално предоставена дейност по КП в правно „недължима“, когато няма спор за надлежно изпълнение от страна на лечебното заведение и за включването на дейността в гарантирания пакет. Определените месечни стойности имат прогнозен характер, поради което нормативната уредба предвижда механизми за корекции и за използване на резерв при отклонения, а законодателна пречка за заплащане на доказано извършена помощ в обхвата на чл. 45 ЗЗО не съществува; по чл. 51 ЗЗО не се закупува единствено помощ извън пакета и извън договореното.

Отчитането на извършената болнична медицинска помощ по клинични пътеки е уредено в договора чрез двустепенен механизъм, включващ: (1) ежедневно електронно отчитане на извършената дейност и (2) последващо месечно известяване от РЗОК/НЗОК за приетата и отхвърлената от заплащане дейност, като договорът изрично свързва заплащането с приемането на отчетните данни от информационната система и с месечните стойности по Приложение № 2.

На първо място, съгласно чл. 31 от договора, изпълнителят е длъжен „да отчита ежедневно по електронен път оказаната за денонощие дейност, включена в предмета на договора“, като изрично е предвидено, че „не се заплащат дейности, които не са

отразени в ежедневните отчети и не са приети от информационната система в договорените срокове“. Ежедневните отчети се обработват в информационната система на НЗОК, като в срок до 7-мия работен ден, следващ отчетния месец, РЗОК уведомява изпълнителя с месечно известие по електронен път за „отхвърлената от заплащане дейност и основанията за това“, като в чл. 31, ал. 12, т. 7 изрично е посочено като основание за отхвърляне хипотезата на чл. 38 от договора – извършена надлимитна дейност.

На второ място, договорът съдържа специална регламентация относно финансовото отчитане и лимитите. Съгласно чл. 38 от договора от 2018 г., изпълнителят отчита с финансово-отчетни документи дейности на стойност „в рамките или под равнището на месечната стойност за съответните дейности“, определена по Приложение № 2. В тази връзка е включена и изрична забрана за „предявяване“ на дейности, които са отхвърлени от заплащане поради надвишаване на стойностите, а именно чл. 38, ал. 7, съгласно който: „Изпълнителят не може да предявява за закупуване от Възложителя дейности, отхвърлени от заплащане, поради надвишаване на стойностите за съответния месец в приложение № 2 към договора.“

Следователно, договорният модел ясно разграничава: ежедневното електронно отчитане като условие за изобщо разглеждане на дейността за плащане; месечното известие като инструмент за уведомяване на изпълнителя за отхвърлянията и техните основания; и финансово-отчетното предявяване в рамките на месечните стойности по Приложение № 2, при което надвишаването на тези стойности се третира договорно като основание за отхвърляне от заплащане и за непризнаване на „предявяване“ за закупуване по смисъла на чл. 38, ал. 7.

В настоящия случай допълнително следва да се отчете и договорният механизъм, въведен с допълнителното споразумение към договора за 2019 г., допускащ при определени предпоставки корекция в рамките до 5% за спешна диагностика и лечение и уреждащ договаряне на промени в Приложение № 2 в срока за предоставяне на отчетите за съответния месец. Изпълнителят е предприемал именно действия по този договорен ред. Това поведение потвърждава, че лечебното заведение е действало в рамките на предвидените договорни механизми за бюджетна корекция, а възражението, че „без финализирано ДС няма вземане“, остава несъответно на целта на механизма: той е предназначен да съгласува бюджетните стойности с реалните потребности, не да легитимира отказ за плащане на реално престирана помощ по пакета.

По оплакването за неправилно и неотнормирано използване на практика на Конституционния съд и смесване на понятия („пакет“, „обем“, „стойност“, лимитиране); по тезата, че при изчерпан лимит достъпът се реализира с планов прием или насочване към друг изпълнител:

Оплакването е неоснователно. Позоваването на конституционната рамка и на практиката на КС е относимо, когато спорът е за последиците от финансово лимитиране върху заплащането на дейности, които не се твърди да са извън гарантирания пакет. От значение е разграничението между допустимото по Конституция определяне със закон на обема/съдържанието на пакета от дейности и различната хипотеза на отказ от заплащане на реално предоставени дейности по този пакет, единствено поради вътрешно бюджетно разпределение на стойности по месеци и по изпълнители. Именно в тази плоскост първата инстанция е използвала аргументи за равнопоставеността и реализацията на правото на избор на изпълнител. Здравноосигуреното лице има право на свободен достъп и на свободен избор на изпълнител, а договорът не предвижда възможност лечебното заведение да прекрати

извършването на договорените дейности при изчерпване на стойностите, напротив – то е задължено да осигурява непрекъснато 24-часово изпълнение и не може да изисква доплащане за дейност в предметния обхват на договора. Отказът от предоставяне на необходимата медицинска помощ би съставлявал неизпълнение, което подлежи на санкциониране. При извършването на тази дейност следва да се съблюдават правата на гражданите и по-специално на здравно осигурените граждани за свободен достъп до медицинска помощ чрез определен по вид, обхват и обем пакет от здравни дейности, както и за свободен избор на изпълнител - чл. 52, ал. 1 и 2 от Конституцията на Република България, чл. 4, ал. 1, чл. 35 от Закона за здравното осигуряване, чието реализиране се извършва от НЗОК чрез закупуване от изпълнителите на медицинска помощ на здравни дейности, определени по вид, обем, цена, в съответствие с този закон - чл. 2, ал. 3 ЗЗО. Финансовата рамка на тази реализация е заложена в ЗЗО - чл. 22 - чл. 32 ЗЗО и е доразвита в ЗБНЗОК за съответната година, където е предвидено планиране на разходите, включително и за закупуване на медицинска помощ, и последващ анализ и корекция според отчетеното изпълнение - чл. 23, ал. 2, чл. 25, чл. 26, ал. 2 ЗЗО.

На този фон тезата на въззивника, че при изчерпан лимит пациентът може да бъде насочен към друг изпълнител или да бъде включен в планов прием, не може да обоснове правен извод за недължимост на заплащане за вече реално предоставена помощ по КП, при липса на спор за медицинските индикации и качеството на изпълнение.

По оплакването за „вътрешно противоречие“: съдът признава обвързана компетентност и законов бюджет, но вменява на НЗОК да „осигури финансов ресурс“:

Оплакването е неоснователно, защото изводът за дължимост на плащане не предполага приписване на НЗОК на компетентности, принадлежащи на законодателя. Съдът не задължава НЗОК да „създава бюджет“, а прилага действащата правна рамка, според която НЗОК е публичният субект, който закупува и заплаща медицинската помощ по гарантирания пакет чрез договори с изпълнителите. В този смисъл формулировките за „осигуряване на ресурс“ следва да се разбират като правно задължение НЗОК да организира изпълнението на бюджета си и вътрешните разплащателни механизми така, че да се заплати реално предоставена медицинска помощ по пакета, а не като вменяване на правомощие да изменя закона за бюджета. Бюджетът на НЗОК е лимитиран като краен размер, но това не означава, че пакетът следва да се „свива“ вследствие на управленски решения; определените стойности са прогнозни, а нормативната уредба съдържа механизми за корекция и резерв, което изключва извода, че при реално предоставена помощ по пакета съществува законодателна забрана за заплащане.

По оплакването, че процесната дейност не е отчетена с изискуемите финансово-отчетни документи, а само е подадена ежедневно по електронен път; както и по довода, че решение на КС от 2024 г. не може да се прилага към поведение на НЗОК през 2019 г.:

Оплакването не води до извод за неоснователност на главния иск при установената по делото фактическа рамка, че дейността е реално извършена, надлежно медицински документирана, подадена/отразена в системата и призната като извършена при липса на нарушения (вкл. по данни от контролните констатации), като спорът е единствено за плащането поради надвишаване на стойностите. Когато причината за неплащане е лимитна, а не медицинска или отчетна недопустимост, спорът е правен: може ли лимитът да обоснове окончателен отказ от заплащане за дейност по пакета.

Възражението, че първоинстанционният съд не е разграничил ежедневното електронно подаване на данни от представянето на електронни финансово-отчетни документи, е неоснователно, тъй като смесва две различни плоскости на режима – контролно-информационното отчитане на извършената дейност и финансовото документиране на дейност, подлежаща на заплащане в рамките на утвърдените стойности, като от това неправилно се извежда извод за липса на „отчитане“ и, следователно, за липса на изискуемост на вземането.

Съгласно договорната уредба изпълнителят е длъжен да отчита извършената дейност чрез ежедневни електронни отчети, които се обработват в информационната система на НЗОК и въз основа на които РЗОК формира месечно известие за приета и отхвърлена от заплащане дейност, включително с посочване на основанията за отхвърляне. Именно в този смисъл „отчитането“ чрез Персонализираната информационна система на НЗОК изпълнява функцията да установи дали медицинската дейност е извършена, отразена в системата и подлежи на последващо финансово уреждане, като ответникът в настоящия спор не отрича нито извършването на дейностите, нито тяхното остойностяване, нито обстоятелството, че са били въведени и обработени в системата, а спорът се свежда до правната последица от това, че същите са останали незаплатени поради надвишаване на утвърдените стойности.

Отделно от това, позоваването на чл. 353 и чл. 359 от Националния рамков договор като абсолютна нормативна предпоставка за възникване на задължение за плащане в случая е ирелевантно, доколкото твърдяното непредставяне на финансово-отчетни документи не е причината за отказ от заплащане, а е последица от договорната конструкция на лимитирането: когато дейността е отхвърлена от заплащане като „надлимитна“, изпълнителят по правило не може да я фактурира в рамките на отчетния период като подлежаща на разплащане по утвърдените месечни стойности, поради което липсата на финансов документ не може да се използва обратно – като аргумент, че дейността не е отчетена и следователно не е възникнало вземане. В противен случай би се допуснало формалното изискване за финансов документ да бъде превърнато в средство за окончателно изключване на заплащането на реално предоставена болнична медицинска помощ по клинични пътеки, включена в пакета по чл. 45 ЗЗО, при положение че ответникът не твърди и не доказва нарушения на медицинските индикации, неправилно кодиране, липса на медицинска документация или неприемане на отчетите от системата, а се позовава единствено на финансов лимит.

Следва да се отчете и че разграничението между ежедневните отчети и финансово-отчетните документи има значение за редовното разплащане на дейност в рамките на лимита, но не може да дерогира основния извод, че когато медицинската помощ е действително предоставена на здравноосигурени лица в предметния обхват на договора и е отразена в информационната система на НЗОК, неизплащането и по съображения, свързани с предварително определени стойности, не заличава възникналото парично задължение, а поставя въпроса за неговото правно основание и за механизма на уреждане, предвиден в договора и специалната уредба, включително чрез решения на компетентните органи на НЗОК.

Следва да се има предвид, че за надлимитните дейности не се издават фактури, но стойността им се отразява счетоводно като приход от услуги, и при неоспорено реално изпълнение и отразяване в системата - липсва основание да се отрече правото на изпълнителя да получи цената на предоставената помощ. Ищецът е съставял обаче вътрешни документи – спецификации и месечни справки, които са приложени по делото и не са оспорени от ответната страна.

Що се отнася до аргумента за времевото действие на решението на КС от 2024

г., той не обуславя отмяна на атакувания съдебен акт, доколкото съдът не санкционира минало поведение на НЗОК „във вина“, а решава гражданскоправен спор към момента на постановяване на решението, при действащо тълкуване на конституционната съвместимост на ограничението. В тази линия е и Определение № 1716/20.06.2024 г. на ВКС, където се отбелязва съгласуваността на въззивното тълкуване с конституционното произнасяне от 2024 г. относно противоконституционност на ограничението по чл. 55а, ал. 2 ЗЗО. Това е правно релевантен ориентир за това дали лимитът може да има качеството на окончателно освобождаващо основание за отказ от заплащане на реално предоставена помощ по пакета.

При установено реално предоставяне на процесните дейности по клинични пътеки, включени в гарантирания пакет и предметния обхват на договора, при надлежно медицинско документиране и при липса на спор за стойността и отчетността на дейността (а спор единствено по последиците от надвишаване на месечните стойности), не е налице основание да се отрече вземането на изпълнителя за цената на предоставената медицинска помощ. Лимитирането по Приложение № 2 е бюджетен и управленски инструмент с прогнозен характер, за който нормативната и договорната уредба предвижда корективни механизми, но то не трансформира реално престирана медицинска помощ по гарантирания пакет в „незакупена“ и „недължима“ по смисъла на чл. 51 ЗЗО.

По изложените съображения настоящият състав приема, че предявените иски с правно основание чл. 79, ал. 1 ЗЗД вр. чл. 59 ЗЗО за заплащане стойността на оказаната болнична медицинска помощ по клинични пътеки, отхвърлена от заплащане като „надлимитна“ за процесния период, а именно: 435,00 лв. за периода 01.05.2019 г. – 31.05.2019 г.; 572,00 лв. за периода 01.06.2019 г. – 30.06.2019 г.; 5 919,00 лв. за периода 01.07.2019 г. – 31.07.2019 г.; 31 049,00 лв. за периода 01.11.2019 г. – 30.11.2019 г.; и 24 265,00 лв. за периода 01.12.2019 г. – 31.12.2019 г., са основателни и доказани, поради което следва да бъдат уважени за общата сума 62 240 лв.

С оглед акцесорния характер на претенциите за законна лихва и обезщетение за забава, основателността на главния иск обуславя и основателността на акцесорните претенции. Във въззивната жалба не са наведени конкретни оплаквания относно началния момент на забавата, приложимия период и размера на присъденото обезщетение, поради което същите не се обсъждат самостоятелно.

Ето защо първоинстанционното решение, като правилно в обжалваната му част, следва да бъде потвърдено.

По частната жалба:

Разгледана по същество същата е основателна.

С обжалваното определение първоинстанционният съд е допълнил Решение № 145/29.12.2024 г. по т.д. № 62/2024 г. на ОС – Русе в частта за разноските, като е присъдил в полза на ответника НЗОК юрисконсултско възнаграждение съразмерно на отхвърлената част от иска.

Принципно правилен е изводът, че при частично отхвърляне на претенцията ответникът има право на разноски по чл. 78, ал. 3 ГПК, включително и на юрисконсултско възнаграждение по чл. 78, ал. 8 ГПК, доколкото е бил представляван от юрисконсулт.

Неправилно обаче първата инстанция е определила размера на юрисконсултското възнаграждение „по справедливост“, приравнявайки го на част от заплатеното от насрещната страна адвокатско възнаграждение. Законодателят е въвел специален ред за присъждане на възнаграждение при процесуално представителство от юрисконсулт, различен от този при защита от адвокат, като в чл. 78, ал. 8 ГПК изрично

е предвидено, че възнаграждението се определя от съда и не може да надхвърля максималния размер за съответния вид дело, определен по реда на чл. 37 от Закона за правната помощ, респективно съобразно Наредбата за заплащането на правната помощ. Следователно, съдът не разполага с правомощие да определя юрисконсултско възнаграждение извън предвидените в този специален режим граници, нито да го обвързва с размера на платеното от насрещната страна адвокатско възнаграждение, тъй като това би обезсмислило нормата на чл. 78, ал. 8 ГПК и би довело до присъждане над установения максимум.

В този смисъл оплакването, че присъденият размер 1 604,25 лв. е незаконосъобразен, е основателно, доколкото надвишава предвидимия максимален размер по чл. 25 от Наредбата за заплащането на правната помощ за дела с материален интерес над 10 000 лв. Въззивният съд следва да измени определението, като редуцира присъденото юрисконсултско възнаграждение до размера, определим по този ред, съобразно изхода на спора и съразмерността по чл. 78, ал. 3 ГПК.

Неоснователни са останалите доводи в частната жалба, че юрисконсултско възнаграждение изобщо не следва да се присъжда при липса на доказателства за реално извършено плащане, трудово/служебно правоотношение, отработени часове и „декларация-справка“. Присъждането на юрисконсултско възнаграждение по чл. 78, ал. 8 ГПК не е обусловено от доказване на конкретно извършен разход от страната за заплащане на процесуалния □ представител, тъй като законът приравнява правото на възнаграждение на страната, представлявана от юрисконсулт, на това при адвокатска защита, но въвежда самостоятелен ред за определяне на размера му. Самото възнаграждение се присъжда в полза на страната като част от разноските, а не като компенсация за реално платена сума по конкретното дело. Поради това не се изисква представяне на доказателства за заплащане, ведомости, трудови договори или отчет на часове, като подобни изисквания не са предвидени нито в чл. 78, ал. 8 ГПК, нито в чл. 37 ЗПП и Наредбата за заплащането на правната помощ.

Не следва да бъдат споделени и съображенията за „неоснователно обогатяване“ по чл. 55 ЗЗД, тъй като основанийето за присъждане на юрисконсултско възнаграждение е пряко установено в закона – чл. 78, ал. 8 ГПК, който представлява самостоятелно правно основание за присъждане на този вид разноски, при наличие на предпоставките за това.

При тези мотиви обжалваното определение следва да бъде изменено в частта за присъденото юрисконсултско възнаграждение, като същото се намали по съразмерност до 112 лв., като базовия размер е определим на 540 лв. по чл. 78, ал. 8 ГПК вр. чл. 37 ЗПП и чл. 25, ал.2 от Наредбата за заплащането на правната помощ, в редакцията, която е действала към онзи момент.

По разноските:

По претендираните разноски съдът съобрази, че въззиваемата страна е представила списък по чл. 80 ГПК и доказателства за заплатени адвокатски възнаграждения за процесуално представителство във въззивното производство и в производството по частната жалба, като срещу размера им е направено своевременно възражение за прекомерност.

Въззиваемата страна е претендирала разноски за адвокатско възнаграждение в размер на 7 755,17 лв. с ДДС за защита по въззивната жалба и 552,00 лв. с ДДС за изготвяне на частна жалба.

Съгласно разпоредбата на чл. 78, ал. 5 ГПК, когато заплатеното адвокатско възнаграждение е прекомерно с оглед действителната правна и фактическа сложност

на делото, съдът може да присъди по-нисък размер на разноските. Тази преценка се извършва с оглед конкретните особености на спора, обема на извършената процесуална дейност, броя и естеството на подадените процесуални книжа, както и наличието на установена съдебна практика по разглежданите правни въпроси.

В настоящия случай спорът пред въззивната инстанция е изцяло правен, без събиране на нови доказателства и без назначаване на експертизи, като фактическата обстановка е била изяснена още в първата инстанция и не е предмет на самостоятелно оспорване във въззивната жалба. Правните въпроси, свързани с дължимостта на т.нар. „надлимитна“ болнична медицинска помощ и с приложимостта на относимата нормативна уредба, са предмет на трайна и последователна съдебна практика, включително на Върховния касационен съд и на апелативните съдилища, поради което защитата във въззивното производство не предполага повишена степен на правна сложност.

Съдът отчита и обстоятелството, че изготвените процесуални документи във въззивната фаза и по частната жалба са с ограничен обем и са насочени към поддържане и защита на вече развити пред първата инстанция правни доводи, без въвеждане на нови фактически или правни основания. При тези данни претендираните адвокатски възнаграждения в размер, значително надвишаващ разумния и необходим за защитата на страната, следва да бъдат редуцирани до размер, който съответства на фактическата и правна сложност на делото и на извършената процесуална дейност.

Ето защо съдът намира възражението за прекомерност за основателно и приема, че справедливият и съразмерен размер на разноските за адвокатско възнаграждение следва да бъде определен в по-нисък размер от претендирания.

Ето защо съдът редуцира адвокатското възнаграждение до 1 500 лв. без ДДС (1 800 лв. с ДДС) с равностойност в евро – 920,33 евро с ДДС за въззивното производство и до 300 лв. без ДДС (360 лв. с ДДС) – 184,07 евро с ДДС за производството по частната жалба.

Водим от горното, Апелативен съд – Велико Търново,

РЕШИ:

ПОТВЪРЖДАВА Решение № 145/29.12.2024 г., постановено по т.д. № 62/2024 г. по описа на Окръжен съд – Русе, в обжалваната му част.

ОТМЕНЯ Определение № 99/26.03.2025 г., постановено по т.д. № 62/2024 г. по описа на Окръжен съд – Русе, в частта, с която е допълнено Решение № 145/29.12.2024 г. по реда на чл. 248 ГПК, като е осъдено „СБАЛК Медика Кор“ ЕАД, ЕИК 117684874, да заплати на Национална здравноосигурителна каса, ЕИК 121858220, юрисконсултско възнаграждение в размер над 112,00 лв. (57, 26 евро).

ОСЪЖДА Национална здравноосигурителна каса, ЕИК 121858220, да заплати на „СБАЛК Медика Кор“ ЕАД, ЕИК 117684874, разноски за въззивното производство, както следва:

- € 920,33 с ДДС (1 800,00 лв.), представляващи адвокатско възнаграждение за процесуално представителство по въззивната жалба;
- € 184,07 с ДДС (360,00 лв.), представляващи адвокатско възнаграждение за процесуално представителство по частната жалба.

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

Председател: _____

Членове:

1. _____

2. _____