

# РЕШЕНИЕ

№ 653

гр. София, 03.11.2021 г.

## В ИМЕТО НА НАРОДА

**АПЕЛАТИВЕН СЪД - СОФИЯ, 6-ТИ ТЪРГОВСКИ**, в закрито заседание на трети ноември през две хиляди двадесет и първа година в следния състав:

Председател: Иван Иванов

Членове: Зорница Хайдукова  
Валентин Бойкинов

като разгледа докладваното от Иван Иванов Въззивно търговско дело № 20211001000616 по описа за 2021 година

Производството е по реда на чл. 258 и сл. от ГПК.

С решение № 260 015 от 2.03.2021 г. по гр.д. № 63/ 2020 г. на Окръжен съд - Перник Националната здравноосигурителна каса - гр. София е осъдена да заплати на „Многопрофилна болница за активно лечение „Рахила Ангелова“ АД - гр. Перник, както следва : на основание чл. 79, ал. 1 от ЗЗД сумата 28 783 лева, представляваща възнаграждение за оказана болнична медицинска помощ по договор за оказване на болнична помощ по клинични пътеки № 140253/ 25.02.2015 г. над договорения лимит за месец януари 2017 г., ведно със законната лихва от деня на подаването на исковата молба - 29.01.2020 г. до окончателното ѝ изплащане ; на основание чл. 86, ал. 1 от ЗЗД сумата 8 371.06 лева, представляваща обезщетение за забавеното заплащане на главницата за периода от 1.03.2017 г. до 29.01.2020 г., като за разликата до пълния предявен размер от 8 507 лева искът е отхвърлен като неоснователен и недоказан.

Срещу решението, в неговата осъдителна част, е подадена въззивна жалба от Националната здравноосигурителна каса - гр. София, в която се

изтъква, че е неправилно.

Конкретни нарушения на процесуалния или материалния закон не са релевирани. В

обстоятелствената част на жалбата са изложени същите доводи, на които се основава тезата, поддържана и в първоинстанционното производство.

Молбата е решението да бъде отменено в обжалваната част и да бъде постановено друго решение, с което иска да бъде отхвърлен изцяло.

Ответникът по въззивната жалба „Многопрофилна болница за активно лечение „Рахила Ангелова“ АД - гр. Перник в писмения отговор я оспорва като неоснователна.

Излага доводи в подкрепа на обосноващите изводи на първоинстанционния съд относно противоречието на клаузите в договора, които въвеждат ограничения при отчитането и заплащането на извършените от лечебното заведение дейности, на чл. 53 от Конституцията и чл. 5 и чл. 35 от Закона за здравното осигуряване.

Молбата е решението да бъде потвърдено в обжалваната част.

Софийският апелативен съд, търговско отделение, шести състав съобрази следното.

Въззивната жалба е процесуално допустима - подадена е в срока по чл. 259 от ГПК от страна в процеса, която има правен интерес от обжалването на самостоятелна част от подлежащ на въззивен контрол валиден и допустим съдебен акт.

При обсъждането на основателността ѝ приема за установено следното.

В исковата молба ищецът „Многопрофилна болница за активно лечение „Рахила Ангелова“ АД - гр. Перник твърдял, че сключил с ответника Национална здравноосигурителна каса - гр. София договор № 140253/ 25.02.2015 г. за оказване на болнична помощ по клинични пътеки по смисъла на Националния рамков договор за медицинските дейности за 2015 г. Действието на договора било продължено с допълнително споразумение № РД- 29А-249/ 17.05.2016 г.

Лечебното заведение извършило в изпълнение на задълженията си по договора през месеците декември 2016 г. и януари 2017 г. дейности на стойност над определената в приложение № 2 към договора, които отчитало чрез ежедневните електронни отчети, подавани към ответника.

Неразплатения остатък за оказване на болнична помощ за м. декември 2016 г. бил 24 243 лева, а за м. януари 2017 г. - 28 783 лева, или общо дължимата сума била 54 026 лева. Въпреки предприетите от ищеца

действия ответникът не изпълнил задължението си да плати извършените дейности.

Молбата към съда била да осъди ответника да заплати на основание чл. 79, ал. 1 от ЗЗД сумата 54 026 лева ведно със законната лихва от деня на подаването на исковата молба до окончателното ѝ изплащане, както и сумата 16 179 лева, представляваща обезщетение за забава на плащането на главницата за периода от 1.02.2017 г. до 28.01.2020 г.

Ответникът Национална здравноосигурителна каса - гр. София в писмения отговор оспорил иска като неоснователен. Изтъкнал, че страните не са били обвързани с индивидуален договор за 2016 г., а от допълнителното споразумение не можело да се определи действителната воля на страните, както и да се придаде действие на договора от 2015 г. за процесния период. Претенцията се основавала на решение от 29.03.2016 г. на НС на НЗОК, което било обявено от съда за нищожно. Възразил срещу довода, че НЗОК имала задължение да осигури бюджет, тъй като това било задължение на държавата, което се осъществявало ежегодно с гласуване на закон за бюджета на НЗОК. В тази връзка оспорил твърдението, че клаузи на договора противоречат на чл. 52 от Конституцията и на чл. 5 и 35 от ЗЗО. Изтъкнал, че договора не бил частноправен, а с подчертан административен елемент в съдържанието, тъй като страна по него бил публичноправен субект - НЗОК. Общата стойност на годишните разходи била определяна в съответствие с правилата по чл. 4 от ЗБНЗОК и очертаната от закона рамка ставала задължителна и за изпълнителя на болничната помощ след сключването на индивидуален договор, неразделна част от който било приложение № 2, лимитиращо дължимите плащания за извършените в рамките му медицински дейности.

Молбата към съда била да отхвърли иска като неоснователен.

С определение, постановено в съдебното заседание на 2.02.2021 г., производството по делото било прекратено в частта за сумата 24 243 лева, представляваща неплатения остатък за оказване на болнична помощ за м. декември 2016 г., както и за сумата 672 лева, представляваща законната лихва за забава на плащането на главницата, поради частичен отказ от иска.

От преценката на доказателства, по отделно и в съвкупност, се установява следната фактическа обстановка на спора.

С договор за оказване на болнична помощ по клинични пътеки № 140253/ 25.02.2015 г., сключен на основание чл. 59, ал. 1 от Закона за здравното осигуряване и в съответствие с Националния рамков договор за медицинските дейности между Националната здравноосигурителна каса и

Българския лекарски съюз за 2015 г., изпълнителят „МБАЛ „Рахила Ангелова“ АД - гр. Перник се задължил да оказва на здравноосигурени лица, на здравнонеосигурени лица по § 2, ал. 1 от ЗЗБНЗОК за 2015 г. и на лицата по §7, ал. 1 от ЗБНЗОК за 2015 г. болнична медицинска помощ по клинични пътеки от приложение № 5 към член единствен на

Наредбата от 24.11.2004 г. за определяне на основния пакет от здравни дейности, гарантиран от бюджета на НЗОК.

Възложителят Национална здравноосигурителна каса - гр. София се задължил да заплаща дейностите съгласно : 1.) Постановление № 94 от 24.04.2014 г. на Министерски съвет за приемане на методики за остойностяване и за заплащане на медицинската помощ по чл. 55, ал. 2, т. 2 от ЗЗО по : Методика за остойностяване на дейностите в болничната помощ по приложение № 2А към чл. 2, наричана за краткост „Методика за остойностяване“ и Методика за заплащане на дейностите в болничната медицинска помощ по приложение № 2Б към чл. 2, наричана за краткост „Методика за заплащане“ ; 2.) Договор № РД-НС-01-2 от 29.12.2014 г. за приемане на обемите и цените на медицинската помощ за 2015 г. между НЗОК и БЛС.

С допълнително споразумение № РД-29А-249/ 17.05.2016 г. страните приели допълнения и изменения на договора

С анекс № РД- 29А-638/ 23.12.2016 г. към договора страните се споразумели да подпишат приложение № 2 към договора за определената месечна стойност за дейностите, извършени през м. декември 2016 г.

С анекс № РД- 29А-39/ 18.01.2017 г. към договора страните се споразумели да подпишат приложение № 2 към договора за заплащане през м. януари 2017 г. на дейностите, извършени през м. декември 2016 г.

С анекс № РД- 29А-309/ 13.02.2017 г. към договора страните се споразумели да подпишат приложение № 2 към договора за заплащане през м. февруари 2017 г. на дейностите, извършени през м. януари 2017 г.

С писмо изх. № 531/ 20.02.2017 г. ищецът уведомил ответника, че за м. януари 2017 г. е била реализирана болнична медицинска помощ за спешни хоспитализации по клинични пътеки за 81 пациенти на стойност 51 907 лева над определената в приложение № 2 месечна стойност. Към писмото били приложени отчетни документи - фактура, спецификация за извършена дейност и 81 направления за хоспитализация.

В съдебното заседание на 2.02.2021 г. е прието заключението на комплексна финансово - счетоводна експертиза, изготвена от вещите лица Б. З. и В. В., от което се установява следното.

Общата стойност на извършената през м. януари 2017 г. дейност над определената стойност била 51 907 лева, за която съгласно спецификацията за извършената дейност през м. януари 2017 г. била издадена фактура № 0000031190/ 10.02.2017 г. за сумата 51 907 лева.

- 5 -

За извършената надлимитна дейност през м.януари 2017 г. НЗОК платила 24 броя клинични пътеки на обща стойност 23 124 лева чрез банков превод на 14.02.2017 г. Останала

неплатена сумата 28 783 лева за отчетени и неплатени 57 бр. клинични пътеки.

Обезщетението за забавено плащане на сумата 28 783 лева за периода от 1.03.2017 г. до 28.01.2020 г. било 8 371.06 лева.

При тази фактическа обстановка, в рамките на правомощията си по чл. 269 от ГПК, настоящият състав на въззивната инстанция приема от правна страна следното.

Правоотношението между страните е възникнало по силата на валидно сключен договор за оказване на болнична помощ по клинични пътеки, чиято правна регламентация е в чл. 59, ал. 1 от Закона за здравното осигуряване.

Предметът на спора е очертан от претенцията на изпълнителя - ищец за неплатена от възложителя - ответник цена на реално извършени и отчетени дейности по предоставяне на болнична медицинска помощ по посочените в договора клинични пътеки за месец януари 2017 г.

Възраженията на ответника са основани на твърденията за недължимост на претендираните суми, тъй като въпросните дейности са били извършени извън обхвата на договора.

При безспорната установеност на факта на извършването на надлимитна дейност през м.януари 2017 г., част от която не е била платена от възложителя, основателността на иска с правно основание чл. 79, ал. 1 от ЗЗД във връзка с чл. 59, ал. 1 от ЗЗО, е обусловена от отговора на въпроса дължи ли възложителя заплащане на реално извършените и отчетени от болницата дейности, които са в обхвата на медицинската помощ, в случаите когато стойността им надвишава нормативно определения и установен в договора размер.

Настоящият съдебен състав приема, че отговора на така поставения въпрос следва да се търси при съобразяване със специфичния предмет на договора, включващ задължението на изпълнителя да оказва болнична медицинска помощ на конкретно определен кръг от лица, чийто закрилян от закона интерес на потребители на здравната услуга следва да бъде съблюдаван независимо от това, че те не са страна по договора.

В чл. 52, ал. 1 от Конституцията е прогласено правото на гражданите да имат здравно осигуряване, гарантиращо им достъпна медицинска помощ, и на безплатно ползване на медицинско обслужване при условия и по ред, определени със закон.

Принципното положение, застъпено в Решение № 32 от 26.11.1998 г. по конст. д. № 29/ 1998 г. на Конституционния съд на Републиката е, че здравното осигуряване съгласно чл. 52, ал. 1 от Конституцията трябва да гарантира медицинска помощ, която е достъпна, а това означава възможност за медицинско лечение на всички граждани в случай на заболяване и равни условия и еднакви възможности за ползване на лечението. Предвид съдържанието на това понятие, гаранция за достъпност на медицинската помощ са принципите по чл. 5, т. 1, 3 и 5 от ЗЗО, въз основа на които се осъществява задължителното здравно осигуряване, и

които изискват задължително участие, солидарност на осигурените при ползването на набраните средства и равнопоставеност при ползването на медицинска помощ. Чрез приложението от законодателя на тези принципи, се създава система за социална здравна защита на населението, която предоставя максимален достъп до медицинска помощ и равенство при получаването ѝ.

Прокламираният в чл. 52 от Конституцията принцип е нормативно изразен в разпоредбите на основните актове, които уреждат обществените отношения, свързани с опазване здравето на гражданите.

В чл. 2 от Закона за здравето опазването на здравето на гражданите като състояние на пълно физическо, психическо и социално благополучие е обявено за национален приоритет, гарантирано от държавата чрез прилагане на принципите на равнопоставеност при ползване на здравни услуги ; на осигуряване на достъпна и качествена здравна помощ, с приоритет за деца, бременни и майки на деца до една година ; на приоритет на промоцията на здраве и интегрираната профилактика на болестите ; на предотвратяване и намаляване на риска за здравето на гражданите от неблагоприятното въздействие на факторите на жизнената среда ; на особена здравна закрила на деца, бременни, майки на деца до една година и лица с физически увреждания и психически разстройства ; на държавно участие при финансиране на дейности, насочени към опазване здравето на гражданите.

В чл. 81 от същия закон е регламентирано правото на всеки български гражданин на достъпна медицинска помощ, което се осъществява при прилагане на принципите на своевременност, достатъчност и качество на медицинската помощ ; на равнопоставеност при оказване на медицинската помощ с приоритет за деца, бременни и майки на деца до 1 година ; на сътрудничество, последователност и координираност на дейностите между лечебните заведения ; на зачитане правата на пациента.

Съгласно разпоредбата на чл. 4 от Закона за здравното осигуряване задължителното здравно осигуряване гарантира свободен достъп на осигурените лица до медицинска помощ чрез определен по вид, обхват и

- 7 -

обем пакет от здравни дейности, както и свободен избор на изпълнител, сключил договор с районна здравноосигурителна каса, като правото на избор е валидно за цялата територия на страната и не може да бъде ограничавано по географски и/или административни основания.

В чл. 2 от същия закон задължителното здравно осигуряване е дефинирано като дейност по управление и разходване на средствата от задължителни здравноосигурителни вноски за закупуване на здравни дейности, което се осъществява от Националната здравноосигурителна каса (НЗОК) и от нейните териториални поделения - районни здравноосигурителни каси (РЗОК), и предоставя пакет от здравни дейности, гарантиран от бюджета на НЗОК. Съгласно чл. 53 за осъществяване на дейностите, предвидени в закона,

НЗОК и Българският лекарски съюз приемат чрез подписване Национален рамков договор за медицинските дейности, който е нормативен административен акт с действие на територията на цялата страна за определен срок и е задължителен за НЗОК, РЗОК, изпълнителите на медицинска помощ, осигурените лица и осигурителите (чл. 4а).

Според чл. 46 от ЗЗО редът за предоставяне и изискванията към изпълнителите на отделните видове медицинска помощ по чл. 45 се определят в Националния рамков договор и в договорите между РЗОК и изпълнителите, като планирането, договарянето и закупуването за здравноосигурените лица на медицинска помощ е в рамките на обемите, договорени в националните рамкови договори и в съответствие с бюджета на НЗОК за съответната година (чл. 55а от ЗЗО).

Условията и редът за осъществяване правото на достъп до медицинска помощ на задължително здравноосигурените лица в Републиката са подробно регламентирани в приетата с ПМС № 119 от 22.05.2006 г., в изпълнение на чл. 81, ал. 3 от Закона за здравето, Наредба за осъществяване правото на достъп до медицинска помощ (обн., ДВ, бр. 45 от 2.06.2006 г., в сила от 2.06.2006 г.).

С издаденото на основание чл. 55е, ал. 3 от ЗЗО (отм.) Постановление № 57 от 16.03.2015 г. на Министерския съвет (обн. ДВ, бр. 21 от 20.03.2015г., в сила от 20.03.2015 г.) са приети методики за остойността и за заплащане на медицинската помощ по чл. 55, ал. 2, т. 2 от Закона за здравето осигуряване. На основание чл. 21, ал.1 от Методиката за заплащане на дейностите в болничната медицинска помощ (Приложение № 2Б към чл. 2 от Постановление № 57 от 16.03.2015 г.) стойностите на дейностите в болнична медицинска помощ по договорите на изпълнителите на БМП се определят съгласно чл. 4 от ЗБНЗОК за 2015г. и приетите правила от Надзорния съвет на НЗОК и са неразделна част от

индивидуалните им договори (приложение № 2 към индивидуалните договори), а съгласно ал. 7 стойностите по финансовоотчетните документи по чл. 18, 19 и 20 не следва да надвишават размера на определените по ал. 1 и 5 стойности на изпълнителя на БМП, определени в приложение № 2 към индивидуалния договор.

Настоящият индивидуален договор е сключен именно във връзка с осъществяването на дейността по оказване на медицинска помощ в съответствие с гарантирания пакет по чл. 45 от ЗЗО между директора на РЗОК и изпълнител на медицинска помощ, който отговаря на условията по чл. 55, ал. 2, т. 1 и на критериите за осигуряване на достъпност и качество на медицинската помощ по чл. 59в от закона.

По своята правна характеристика той е от категорията на т.нар. типови договори, доколкото неговото съдържание е стриктно съобразено с предписанията както на изброените, така и на други, непосочени в това изложение, нормативни актове, които в своята цялост съставляват правната регламентация на отношенията между изпълнителите на отделните видове медицинска помощ и Националната здравноосигурителна каса, а отделни техни разпоредби са дословно въплътени в клаузите на договора. Тази твърде съществена особеност на

сделката предопределя невъзможността за изпълнителя както да откаже да приеме предварително изготвените от възложителя условия, така и да иска преговаряне на клаузите, определящи количествените й параметри относно лимита на размера на определените стойности на болничната медицинска помощ. Иначе казано, сключването на договор в хипотезата на чл. 59 от ЗЗО като правило изключва каквито и да било преговорни отношения между страните, по смисъла на чл. 12 от ЗЗД и напълно игнорира действието на принципа на свободата на договарянето, прогласен в разпоредбата на чл. 9 от ЗЗД.

В контекста на изложеното принципно вярно е изявлението в отговора на въззивната жалба, че НЗОК е длъжна да следва бюджетната дисциплина, заложена и гарантирана от Закона за бюджета на НЗОК, но то следва да бъде обсъдено при съобразяване с признатото от конституцията право на гражданите на Републиката да имат здравно осигуряване, гарантиращо им достъпна медицинска помощ.

Държавата, като публичен субект, осъществяващ чрез предвидените в Конституцията органи държавната власт, следва да закриля здравето на гражданите - чл. 52, ал. 3 от Конституцията, като в качеството й на принципал на националното имущество трябва да осигури задължителния финансов ресурс, гарантиращ на всички нейни граждани достъпна медицинска помощ и безплатно ползване на медицинско обслужване.

Националната здравноосигурителна каса е юридическото лице, на което специалния закон възлага осъществяването на задължителното

- 9 -

здравно осигуряване (чл. 6, ал. 1 от ЗЗО). В този смисъл тя е органа, натоварен с провеждането на държавната политика в здравното осигуряване и свързаните с него обществени отношения. Затова е нейна и отговорността да изготви и реализира финансов план за набиране и разходване на паричните средства на задължителното здравно осигуряване, който да гарантира на здравноосигурените лица достъп до своевременно и качествено здравеопазване, както и пакет от медицински дейности, които те да получат от избрания от тях изпълнител на медицинска помощ. В изпълнение на това свое задължение касата следва да съобразява при разпределянето на средства за сключването на индивидуалните договори с изпълнителите годишната стойност на разходите за видовете медицинска помощ, които изплаща от бюджета за съответната година така, че да не останат неразплатени медицински услуги, извършени от изпълнителя по определените в договора клинични пътеки.

Определянето на лимит на заплащаните от НЗОК дейности, предвидени в индивидуалните договори с изпълнителите на медицинска помощ, явно противоречи на два от огласените в чл. 5 от ЗЗО принципи, на които се осъществява задължителното здравно осигуряване - пакет от здравни дейности, гарантиран от бюджета на НЗОК и свободен избор на



изпълнители на медицинска помощ. Налагането на лимит на сумите за заплащане по договорите води до сериозно ограничаване и на гарантирания в разпоредбата на чл. 4 от ЗЗО свободен достъп на осигурените лица до медицинска помощ. Ограничението се изразява преди всичко в невъзможността да получат болнична помощ онези здравноосигурени лица, които са я потърсили след като установения в договора лимит е бил вече изчерпан. Така с разпоредбите на издадения в изпълнение на закона подзаконов нормативен акт, инкорпорирани и в клаузите на договора, се нарушава правото на избор на болнично заведение, което право *е валидно за цялата територия на страната и не може да бъде ограничавано по географски и/или административни основания* (чл.4, ал. 2 от ЗЗО).

В този смисъл стриктното прилагане - винаги и по отношение на всички, на разпоредбата на чл. 22 от Наредбата за осъществяване правото на достъп до медицинска помощ (обн., ДВ, бр. 45 от 2.06.2006 г., в сила от 2.06.2006 г.), в редакцията ѝ действала към исковия период, която постановява при липса на капацитет за планова хоспитализация лечебното заведение да изготвя листа на чакащите за всяка клиника и/ или отделение, в която се включват всички подлежащи на хоспитализация лица с изключение на тези, които се нуждаят от спешна диагностика и лечение, *за*

*много случаи би означавало на практика отказ от предоставяне на болнична помощ, каквато болничното заведение, с оглед своя капацитет, материална обезпеченост и наличие на медицински специалисти и достатъчен персонален състав в конкретния период, е могло да осъществи. Друг е въпроса, че такова поведение на болничното заведение ще се свързва с виновно неизпълнение на основното му задължение, очертано в предмета на договора (чл.1) и затова то няма избор дали да предостави или да не предостави на здравноосигуреното лице поисканата болнична услуга.*

Следователно за ищеца, в качеството му на изпълнител по договора, не съществува правна възможност да откаже предоставянето на медицинска помощ на здравноосигурените лица в рамките на пакета от здравни дейности, гарантиран от самостоятелния бюджет на НЗОК, на каквото ѝ да е основание, в това число и поради изчерпване на средствата от разпределения му лимитиран бюджет. Затова и превишаването на установения лимит в резултат на осъществена по определения в договора клинични пътеки медицинска услуга не съставлява виновно неизпълнение на договора.

В подкрепа на изложените до тук аргументи е приетото в Решение № 169 от 16.02.2021 г. по т. д. № 1916/ 2019 г. на ВКС, II т. о., съгласно което „Здравноосигурените лица не могат да бъдат лишени от предоставяне на медицинска помощ в рамките на гарантирания от закона пакет болнична медицинска дейност и свободен избор на изпълнител на медицинска помощ поради изчерпване на средствата от разпределения на изпълнителите лимитирани бюджети. Предвидените в договорите между РЗОК и изпълнителите стойности на медицинските дейности са прогнозни и не изключват заплащането на престоираните от лечебното заведение медицински дейности по чл. 45 от ЗЗО при превишаване на месечния лимит. Здравноосигурените лица, на които е престоирана медицинска помощ над стойностите

по Приложение № 2 за съответния месец, биха я получили през същия месец при избор на друг изпълнител на медицинска помощ, ненадхвърлил лимита на хоспитализация, или в покъсен момент през същата година при включването им в листата на чакащите по чл. 21, т. 4 от Методиката. Във всеки от посочените случаи се дължи плащане от бюджета на НЗОК за предоставената медицинска помощ, доколкото извършените дейности са в обхвата на гарантирания пакет здравни дейности, като НС на НЗОК има възможност да приеме решение за изменение и корекция на определените прогнозни бюджетни средства на съответните РЗОК и изпълнителите на медицинска помощ на основание чл. 26, ал. 2 от ЗЗО, § 9 от ПрЗР ЗБНЗОК за 2015 г. и Правилата, приети с Решение № РД-НС-04-9/27.01.2015 г. на основание чл. 4, ал. 4 от ЗБНЗОК за 2015 г. Предоставянето на своевременна и качествена медицинска помощ от страна на избрания от здравноосигуреното лице изпълнител на

- 11 -

медицинска помощ в превишение на установената месечна или тримесечна бюджетна рамка за съответната година не представлява неизпълнение на задълженията на изпълнителя на медицинска помощ по сключения между него и РЗОК индивидуален договор с последица отхвърляне от заплащане на извършената дейност.

Основание за извода, че предоставената на здравноосигуреното лице медицинска помощ и вложените медицински изделия в обхвата на основния пакет от здравни дейности, гарантиран от бюджета на НЗОК, подлежат на заплащане от НЗОК, съответно РЗОК, независимо, че са в превишение на предвидените в индивидуалния договор месечни лимити /стойности/, са и следните разпоредби: разпоредбите на чл. 25 и чл. 26, ал. 2 ЗЗО, уреждащи задължителен резерв в бюджета на НЗОК, включително и за непредвидени и неотложни разходи, възможността със средствата от резерва да се заплащат разходи в случай на значителни отклонения от равномерното разходване на средствата за здравноосигурителни плащания; разпоредбата на § 1 ПЗР на ЗБНЗОК за 2015 г., предоставяща възможност на НЗОК да ползва преизпълнението в приходната част на бюджета /на приходите от здравноосигурителни вноски и неданъчни приходи над сумата на трансфера по чл. 1, ал. 1, ред 2 като източник на допълнителни здравноосигурителни плащания над утвърдените разходи и предоставени трансфери по бюджета на НЗОК; разпоредбата на § 9 ПЗР на ЗБНЗОК за 2015 г., предоставяща възможност на НС на НЗОК да взема решения за авансово разходване на средствата по чл. 1, ал. 2, ред 1. 4 "Резерв, включително за непредвидени и неотложни разходи" за здравноосигурителни плащания за болнична медицинска помощ до 170 000 хил. лв.; възможност за заплащане на медицинската дейност и медицинските изделия извън размера на определените стойности в приложение № 2 е предвидена също в разпоредбата на чл. 22, ал. 4 от Методиката, приета с ПМС № 94/24.04.2014 г. и чл. 21, ал. 6 от Методиката, приета с ПМС № 57/16.03.2015 г.“

В контекста на изложеното като неоснователно следва да бъде преценявано възражението на ответника за недължимост на претендираните суми поради липсата на индивидуален договор между страните за процесния период. Фактите, които го опровергават напълно, са сключването на допълнително споразумение от 17.05.2016 г., с което действието на договора от 25.02.2015 г. е било продължено, както и на анекс към договора от 13.02.2017 г. за подписване на приложение № 2 за заплащане на дейностите, извършени през м. януари 2017 г. Тези документи са подписани от представител на възложителя и истинността им

не е била оспорена от ответника в надлежния процесуален срок, затова и несъмнено следва да бъдат възприемани като акт на знание и съгласие за това, че договора е продължил да обвързва страните и през м.януари 2017г.

Фактическата обстановка на спора, установена от представените от ищеца писмени доказателства, както и от неоспореното заключение на експертизата и обусловените от нея правни изводи, обосновават крайния извод за основателност на исковата претенция, заявена на основание чл. 59 от ЗЗО, във връзка с чл. 79, ал. 1 от ЗЗД.

Основателността на главния иск обуславя основателност и на акцесорния иск по чл. 86, ал. 1 от ЗЗД, който следва да бъде уважен за размера, установен в заключението на експертизата - 8 371.06 лева.

Поради съвпадането на крайните изводи на въззивната инстанция с тези на първостепенния съд, решението следва да бъде потвърдено в обжалваната част.

Предвид крайния изход на спора в настоящата инстанция, на ответника по жалбата се дължат разноските във въззивното производство - юрисконсултско възнаграждение в размер на 300 лева, определено при спазване на разпоредбата на чл. 78, ал. 8 от ГПК, във връзка с чл. 37 от Закона за правната помощ.

По изложените съображения Софийският апелативен съд, търговско отделение, шести състав

## **РЕШИ:**

ПОТВЪРЖДАВА решение № 260 015 от 2.03.2021 г. по гр.д. № 63/ 2020 г. на Окръжен съд - Перник в частта, с която Националната здравноосигурителна каса - гр. София е осъдена да заплати на „Многопрофилна болница за активно лечение „Рахила Ангелова“ АД - гр. Перник, както следва : на основание чл. 79, ал. 1 от ЗЗД сумата 28 783 лева, представляваща възнаграждение за оказана болнична медицинска помощ по договор за оказване на болнична

помощ по клинични пътеки № 140253/ 25.02.2015 г. над договорения лимит за месец януари 2017 г., ведно със законната лихва от деня на подаването на исковата молба - 29.01.2020 г. до окончателното ѝ изплащане ; на основание чл. 86, ал. 1 от ЗЗД сумата 8 371.06 лева, представляваща обезщетение за забавеното заплащане на главницата за периода от 1.03.2017 г. до 29.01.2020 г.

- 13 -

**ОСЪЖДА** Националната здравноосигурителна каса - гр. София, ул. „Кричим“ № 1, с ЕИК 121858220 да заплати на „Многопрофилна болница за активно лечение „Рахила Ангелова“ АД - гр. Перник, ул. „Брезник“ № 2, с ЕИК 113513858 на основание чл. 78, ал. 1, вр. ал. 8 от ГПК сумата **300** (триста) лева, представляваща разноски, направени във въззивното производство.

Решението подлежи на обжалване пред Върховния касационен съд на Република България в едномесечен срок от връчването му на страните.

ПРЕДСЕДАТЕЛ :

ЧЛЕНОВЕ : 1.

2.

Председател: \_\_\_\_\_

Членове:

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

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