

РЕШЕНИЕ

№ 710

гр. София, 18.11.2021 г.

В ИМЕТО НА НАРОДА

АПЕЛАТИВЕН СЪД - СОФИЯ, 11-ТИ ТЪРГОВСКИ, в публично заседание на осми ноември през две хиляди двадесет и първа година в следния състав:

Председател: Бистра Николова

Членове: Тодор Тодоров
Милен Василев

при участието на секретаря Росица Й. Вьонг
като разгледа докладваното от Милен Василев Въззивно търговско дело № 20211001000863 по описа за 2021 година

Производството е по реда на чл. 258 – 273 от ГПК.

Образувано е по въззивна жалба от 28.04.2021 г. на ищеца „Многопрофилна болница за активна лечение – Ботевград“ ЕООД и по въззивна жалба от 22.07.2019 г. на ответника Национална здравноосигурителна каса срещу решение № 20.04.2021 г., поправено с решение от 23.07.2021 г., по т. д. № 1237/2019 г. на Софийския градски съд, VI-13 състав, с което:

- ответникът е осъден да заплати на ищеца: **1) на осн. чл. 79, ал. 1 ЗЗД във вр. с чл. 45, ал. 1, т. 3 ЗЗО сумата 399 641 лв.**, представляваща възнаграждение за оказана болнична медицинска помощ по клинични пътеки над договорения лимит за периода април – ноември 2018 г. и февруари – май 2019 г. по договор № 230477/25.05.2018 г., ведно със законната лихва от 31.07.2019 г. до окончателното изплащане и върху сумата 318 793 лв. за периода 2.07.2019 г. – 30.07.2019 г.; **2) на осн. чл. 86, ал. 1 ЗЗД сумата 18 670,01 лв.**, представляваща законната лихва върху същата главница; и **3) на осн. чл. 78, ал. 1 ГПК сумата 27 332,59 лв.** – разноски за производството пред СГС;
- са отхвърлени предявените от ищеца срещу ответника искове за заплащане на: **1) сумата 34 143 лв.** – възнаграждение за оказана болнична медицинска помощ по клинични пътеки над договорения лимит за месец март 2017 г. по договор № 230477/24.02.2015 г. за оказване на болнична помощ по клинични пътеки; **2) за сумата 6 638,91 лв.** – законна лихва върху сумата 34 143 лв. за периода 1.08.2017 г. – 1.07.2019 г.; **3) за сумата 19 493 лв.** – възнаграждение за оказана болнична медицинска помощ по клинични пътеки над договорения лимит за месеците май, юни и октомври 2017 г. по договор № 230477/3.05.2017

г.; и **4) за сумата 3 793,12 лв.** – законна лихва върху сумата 19 493 лв. за периода 1.08.2018 г. – 1.07.2019 г., включително.

Жалбоподателят – ищец „Многопрофилна болница за активна лечение – Ботевград“ ЕООД обжалва решението **в частта**, с която исковите са отхвърлени. Твърди се, че договорните клаузи, ограничаващи плащането на предоставената медицинска помощ до определени месечни лимити, са нищожни, като нарушаващи принципите на чл. 52 от Конституцията, чл. 5 и чл. 35 ЗЗО за закрила от държавата на здравето на нейните граждани, на гарантирането на своевременна, достатъчна и качествена медицинска помощ на здравноосигурените лица в кръга на гарантирания от бюджета на НЗОК пакет от медицински дейности по чл. 45 ЗЗО. Поддържа се, че ответникът дължал заплащане на т.нар. надлимитна дейност. Претендира разноски.

Жалбоподателят – ответник НЗОК обжалва решението **в частта**, с която исковите са уважени. Твърди се, че съдът е уважил претенциите за главниците в по-голям размер от поискания от ищеца – била присъдена в повече сумата 20 705 лв. Твърди се, че неправилно СГС е приел, че процесните суми са дължими на основание сключения между страните договор, въпреки че излизат извън параметрите за уговорения и закупен от НЗОК обем медицински услуги. Сочи се, че определянето на лимити е в съответствие със съответния годишен Закон за бюджета на НЗОК. Твърди се и, че заплащането на надлимитната дейност би било в противоречие с финансовото законодателство и би създавало противоправна привилегия на определено лечебно заведение за сметка на останалите лечебни заведения, за които е определен лимитиран ресурс за всеки един изпълнител на болнична помощ. Твърди се, че в договора и в приложимите нормативни актове бил установен ред за заплащане на надлимитната дейност, който минавал през неговото изменение, който ред в случая не бил спазен. Твърди се и, че заплащането на надлимитната дейност би било в противоречие и с разпоредбата на чл. 119 от Закона за публичните финанси. Твърди се, че условията за заплащане на надлимитната дейност били установени в договорите и съответните нормативни актове и актове на НЗОК, но нито процедурата по тях била проведена, нито били настъпили условията за плащане, поради което задълженията не са изискуеми. Сочи се, че не била съобразена и разпоредбата на чл. 55а, ал. 2 ЗЗО, в сила от 1.01.2019 г., приложима за част от исковия период, според която т.нар. „надлимитна дейност“ не се заплаща от НЗОК. Претендира разноски за заплатената държавна такса по жалбата.

Всяка от страните оспорва жалбата на опонента си.

Софийският апелативен съд, като прецени събраните по делото доказателства по свое убеждение и съобразно чл. 12 от ГПК във връзка с наведените във въззивните жалби пороци на атакувания съдебен акт, намира за установено следното:

Първоинстанционният съд е бил сезиран от „Многопрофилна болница за активна лечение – Ботевград“ ЕООД с искова молба от 1.07.2019 г., уточнена и изменена с молби от 11.02.2020 г., 11.06.2020 г., 24.06.2020 г., 1.07.2020 г. и 17.08.2020 г., с която срещу Националната здравноосигурителна каса са били предявени обективно съединени иски по чл. 79, ал. 1 ЗЗД във вр. с чл. 59, ал. 1 ЗЗО и чл. 86, ал. 1 ЗЗД за заплащане на следните суми:

1) сумата 19 481 лв., представляваща цена на извършена и отчетена, но незаплатена болнична медицинска помощ по договор за оказване на болнична медицинска помощ по клинични пътеки № 230477/24.02.2015 г. и по фактура № 9000000001/16.04.2015 г. за м. 03.2015 г., ведно със законната лихва от подаване на исковата молба до окончателното изплащане, **както и сумата 5 930,89 лв.** – законната лихва за периода от 1.07.2016 г. до 1.07.2019 г.;

2) сумата 2 600 лв., представляваща цената на извършена и отчетена, но незаплатена болнична медицинска помощ по договор за оказване на болнична медицинска помощ по клинични пътеки № 230477/24.02.2015 г. и по фактура № 9000000002/11.06.2015 г. за м. 05.2015 г., ведно със законната лихва върху нея от подаване на исковата молба до окончателното изплащане, **както и сумата 791,55 лв.** – законната лихва за периода от 1.07.2016 г. до 1.07.2019 г.;

3) сумата 3 311 лв., представляваща цената на извършена и отчетена, но незаплатена болнична медицинска помощ по договор за оказване на болнична медицинска помощ по клинични пътеки № 230477/24.02.2015 г. и по фактура № 9000000003/11.07.2016 г. за м. 06.2016 г., ведно със законната лихва върху нея от подаване на исковата молба до окончателното изплащане, **както и сумата 894,89 лв.** – законната лихва за периода от 1.11.2016 г. до 1.07.2019 г.;

4) сумата 34 143 лв., представляваща цената на извършена и отчетена, но незаплатена болнична медицинска помощ по договор за оказване на болнична медицинска помощ по клинични пътеки № 230477/24.02.2015 г. и по фактура № 9000000004/10.04.2017 г. за м. 03.2017 г., ведно със законната лихва върху нея от подаване на исковата молба до окончателното изплащане, **както и сумата 6 638,91 лв.** – законната лихва за периода от 1.08.2017 г. до 1.07.2019 г.;

5) сумата 12 932 лв., представляваща цената на извършена и отчетена, но незаплатена болнична медицинска помощ по договор за оказване на болнична медицинска помощ по клинични пътеки № 230477/3.05.2017 г. и по фактура № 9000000005/9.06.2017 г. за м. 05.2017 г., ведно със законната лихва върху нея от подаване на исковата молба до окончателното изплащане, **както и сумата 2 514,55 лв.** – законната лихва за периода от 1.08.2017 г. до 1.07.2019 г.;

6) сумата 4 095 лв., представляваща цената на извършена и отчетена, но незаплатена болнична медицинска помощ по договор за оказване на болнична медицинска помощ по клинични пътеки № 230477/3.05.2017 г. и по фактура № 9000000006/10.07.2017 г. за м. 06.2017 г., ведно със законната лихва върху нея от подаване на исковата молба до окончателното изплащане, **както и сумата 691,61 лв.** – законната лихва за периода от 1.11.2017 г. до 1.07.2019 г.;

7) сумата 2 466 лв., представляваща цената на извършена и отчетена, но незаплатена болнична медицинска помощ по договор за оказване на болнична медицинска помощ по клинични пътеки № 230477/3.05.2017 г. и по фактура № *****/10.11.2017 г. за м. 10.2017 г., ведно със законната лихва върху нея от подаване на исковата молба до окончателното изплащане, **както и сумата 586,96 лв.** – законната лихва за периода от 1.02.2018 г. до 1.07.2019 г.;

8) сумата 40 599 лв., представляваща цената на извършена и отчетена, но незаплатена болнична медицинска помощ по договор за оказване на болнична медицинска помощ по клинични пътеки № 230477/25.05.2018 г. и по фактура № 9000000008/25.05.2018 г. за м. 04.2018 г., ведно със законната лихва върху нея от подаване на исковата молба до окончателното изплащане, **както и сумата 3 777,97 лв.** – законната лихва за периода от 1.08.2018 г. до 1.07.2019 г.;

9) сумата 58 690 лв., представляваща цената на извършена и отчетена, но незаплатена болнична медицинска помощ по договор за оказване на болнична медицинска помощ по клинични пътеки № 230477/25.05.2018 г. и по фактура № 9000000009/12.06.2018 г. за м. 05.2018 г., ведно със законната лихва върху нея от подаване на исковата молба до окончателното изплащане, **както и сумата 5 461,42 лв.** – законната лихва за периода от 1.08.2018 г. до 1.07.2019 г.;

10) сумата 48 685 лв., представляваща цената на извършена и отчетена, но незаплатена болнична медицинска помощ по договор за оказване на болнична медицинска помощ по клинични

пътеки № 230477/25.05.2018 г. и по фактура № 9000000010/12.07.2018 г. за м. 06.2018 г., ведно със законната лихва върху нея от подаване на исковата молба до окончателното изплащане, **както и сумата 3 286,23 лв.** – законната лихва за периода от 1.11.2018 г. до 1.07.2019 г.;

11) сумата 38 015 лв., представляваща цената на извършена и отчетена, но незаплатена болнична медицинска помощ по договор за оказване на болнична медицинска помощ по клинични пътеки № 230477/25.05.2018 г. и по фактура № 9000000011/9.08.2018 г. за м. 07.2018 г., ведно със законната лихва върху нея от подаване на исковата молба до окончателното изплащане, **както и сумата 2 566,01 лв.** – законната лихва за периода от 1.11.2018 г. до 1.07.2019 г.;

12) сумата 33 315 лв., представляваща цената на извършена и отчетена, но незаплатена болнична медицинска помощ по договор за оказване на болнична медицинска помощ по клинични пътеки № 230477/25.05.2018 г. и по фактура № *****/14.09.2018 г. за м. 08.2018 г., ведно със законната лихва върху нея от подаване на исковата молба до окончателното изплащане, **както и сумата 2 248,75 лв.** – законната лихва за периода от 1.11.2018 г. до 1.07.2019 г.;

13) сумата 13 351 лв., представляваща цената на извършена и отчетена, но незаплатена болнична медицинска помощ по договор за оказване на болнична медицинска помощ по клинични пътеки № 230477/25.05.2018 г. и по фактура № 9000000013/10.10.2018 г. за м. 09.2018 г., ведно със законната лихва върху нея от подаване на исковата молба до окончателното изплащане, **както и сумата 560 лв.** – законната лихва за периода от 1.02.2019 г. до 1.07.2019 г.;

14) сумата 6 881 лв., представляваща цената на извършена и отчетена, но незаплатена болнична медицинска помощ по договор за оказване на болнична медицинска помощ по клинични пътеки № 230477/25.05.2018 г. и по фактура № 9000000014/7.11.2018 г. за м. 10.2018 г., ведно със законната лихва върху нея от подаване на исковата молба до окончателното изплащане, **както и сумата 288,62 лв.** – законната лихва за периода от 1.02.2019 г. до 1.07.2019 г.;

15) сумата 3 465 лв., представляваща цената на извършена и отчетена, но незаплатена болнична медицинска помощ по договор за оказване на болнична медицинска помощ по клинични пътеки № 230477/25.05.2018 г. и по фактура № 9000000015/6.12.2018 г. за м. 11.2018 г., ведно със законната лихва върху нея от подаване на исковата молба до окончателното изплащане, **както и сумата 145,34 лв.** – законната лихва за периода от 1.02.2019 г. до 1.07.2019 г.;

16) сумата 19 810 лв., представляваща цената на извършена и отчетена, но незаплатена болнична медицинска помощ по договор за оказване на болнична медицинска помощ по клинични пътеки № 230477/25.05.2018 г. и по фактура № 9000000016/11.03.2019 г. за м. 02.2019 г., ведно със законната лихва върху нея от подаване на исковата молба до окончателното изплащане, **както и сумата 335,67 лв.** – законната лихва за периода от 2.05.2019 г. до 1.07.2019 г.;

17) сумата 35 280 лв., представляваща цената на извършена и отчетена, но незаплатена болнична медицинска помощ по договор за оказване на болнична медицинска помощ по клинични пътеки № 230477/25.05.2018 г. и по фактура № 9000000017/15.04.2019 г. за м. 03.2019 г., ведно със законната лихва върху нея от подаване на исковата молба до окончателното изплащане;

18) сумата 52 505 лв., представляваща цената на извършена и отчетена, но незаплатена болнична медицинска помощ по договор за оказване на болнична медицинска помощ по клинични пътеки № 230477/25.05.2018 г. и по фактура № 9000000018/8.05.2019 г. за м. 04.2019 г., ведно със законната лихва върху нея от подаване на исковата молба до окончателното изплащане;

19) сумата 28 340 лв., представляваща цената на извършена и отчетена, но незаплатена

болнична медицинска помощ по договор за оказване на болнична медицинска помощ по клинични пътеки № 230477/25.05.2018 г. и по фактура № 9000000019/10.06.2019 г. за м. 05.2019 г., ведно със законната лихва върху нея от подаване на исковата молба до окончателното изплащане.

В исковата молба се твърди, че ищецът е регистрирано лечебно заведение, което било в договорни отношения с НЗОК по няколко договора – договори за оказване на болнична помощ по клинични пътеки № 230477/24.02.2015 г., № 230477/3.05.2017 г. и № 230477/25.05.2018 г., изменени с допълнителни споразумения. Твърди се, че през посочените месечни периоди в изпълнение на договорите ищецът предоставил на пациенти болнична помощ по клинични пътеки, която надлежно отчетел пред ответника. В отговор ответникът, чрез директора на РЗОК – София област, изпратил месечни известия, в които неоснователно отхвърлил част от исканията за плащане, за които суми забавата в плащането настъпвала след изтичането на 30 дни след отчетния месец. Основанието за отхвърляне било, че са надвишени стойностните лимити за заплащане, определени в приложение № 2 към договорите, т.е. че дейността е надлимитна. Твърди се, че в договорите не била предвидена възможност след изчерпване на лимитите лечебното заведение да прекрати извършването на договорените дейности, от което следвало, че всяка извършена дейност следвало да бъде заплатена, Твърди се, че договорните клаузи, които предвиждали подобни лимити, били нищожни, като противоречащи на добрите нрави и на закона, а именно – чл. 52 от Конституцията, чл. 5, чл. 35 и др. от ЗЗО, тъй като поставяли оказването на медицинска помощ на здравноосигурените лица в зависимост от обстоятелството дали нуждата от такава е възникнала в рамките на определените от НЗОК стойностни лимити.

С определение от 2.12.2020 г. на СГС поради одобряване на сключена между страните съдебна спогодба по част от предмета на спора е прекратено производството по делото **в частта** относно исковете за заплащане на извършена медицинска дейност за **2015 г. и 2016 г.** и за лихвите за забава върху тези суми, както следва: **1) за сумата 19 481 лв.** за м. 03.2015 г., ведно със законната лихва от подаване на исковата молба до окончателното изплащане, **както и сумата 5 930,89 лв.** – законната лихва за периода от 1.07.2016 г. до 1.07.2019 г.; **2) за сумата 2 600 лв.** за м. 05.2015 г., ведно със законната лихва върху нея от подаване на исковата молба до окончателното изплащане, **както и сумата 791,55 лв.** – законната лихва за периода от 1.07.2016 г. до 1.07.2019 г.; и **3) за сумата 3 311 лв.** за м. 06.2016 г., ведно със законната лихва върху нея от подаване на исковата молба до окончателното изплащане, **както и сумата 894,89 лв.** – законната лихва за периода от 1.11.2016 г. до 1.07.2019 г.

С определение от 8.11.2021 г. на въззивния съд поради одобряване на сключена между страните съдебна спогодба по друга част от предмета на спора е прекратено производството по делото **в частта** относно исковете за заплащане на извършена медицинска дейност за **2017 г.** и за лихвите за забава върху тези суми, както следва: **1) за сумата 34 143 лв.** за м. 03.2017 г., ведно със законната лихва върху нея от подаване на исковата молба до окончателното изплащане, **както и сумата 6 638,91 лв.** – законната лихва за периода от 1.08.2017 г. до 1.07.2019 г.; **2) за сумата 12 932 лв.** за м. 05.2017 г., ведно със законната лихва върху нея от подаване на исковата молба до окончателното изплащане, **както и сумата 2 514,55 лв.** – законната лихва за периода от 1.08.2017 г. до 1.07.2019 г.; **3) сумата 4 095 лв.** за м. 06.2017 г., ведно със законната лихва върху нея от подаване на исковата молба до окончателното изплащане, **както и сумата 691,61 лв.** – законната лихва за периода от 1.11.2017 г. до 1.07.2019 г.; и **4) сумата 2 466 лв.** за м. 10.2017 г., ведно със законната лихва върху нея от подаване на исковата молба до окончателното изплащане, **както и сумата 586,96 лв.** – законната лихва за периода от 1.02.2018 г. до 1.07.2019 г.

По делото е представен договор № 230477/24.02.2015 г. за оказване на болнична помощ по клинични пътеки, сключен на осн. чл. 59, ал. 1 ЗЗО и в съответствие с Националния рамков договор за медицинските дейности за 2015 г., с който възложителят Национална здравноосигурителна каса е възложил, а изпълнителят „Многопрофилна болница за активна лечение – Ботевград“ ЕООД се е задължил да оказва на здравноосигурени лица /ЗОЛ/, на здравнонеосигурени лица по § 2, ал. 1 от Закона за бюджета на НЗОК за 2015 г. (за акушерска помощ по чл. 82, ал. 1, т. 2 Закона за здравето) и на лицата по § 7, ал. 1 от ЗБНЗОК за 2015 г., болнична медицинска помощ /БМП/ по клинични пътеки /КП/ от приложение № 5 към член единствен на Наредба № 40/24.11.2004 г. за определяне на основния пакет от здравни дейности, гарантиран от бюджета на НЗОК, със съдържание посочено в приложение № 16 от НРД за МД за 2015 г., по клинични пътеки с подробно посочени кодове. Договорът подробно урежда правата и задълженията на страните по него. По-специално, част от предвидените в чл. 5 задължения на изпълнителя са: **1)** да осигурява БМП на ЗОЛ, съгласно посочените условия в НРД за МД за 2015 г., както и утвърдените медицински стандарти по чл. 6, ал. 1 ЗЛЗ, а при липса на стандарти за съответните специалности – в подписаните или приети от научните дружества за тях консенсусни протоколи за лечение /т. 1/; **2)** да оказва БМП по вид, обем и сложност, съответстващи на договорените, като спазва установените в приложение № 16 към НРД за МД за 2015 г. изисквания и правила за провеждане на диагностика и клинично лечение на заболяванията, както и регистриране на извършените дейности, включени в клиничните пътеки /т. 2/; **3)** да разполага по всяко време на изпълнението на договора с медицински специалисти със съответна квалификация, необходима за изпълнението на договора и посочена в приложение № 16 към НРД за МД за 2015 г. /т. 8/; **4)** да осигурява непрекъснато 24-часово изпълнение на лечебната дейност по медицински специалности, съгласно разрешението за осъществяване на лечебна дейност /т. 9/; **5)** да не изисква заплащане или доплащане от ЗОЛ за дейност – предмет на договора, с изключение на следните случаи /т. 10/: а) когато лицето е с прекъснати здравноосигурителни права съгласно чл. 109 ЗЗО, или е освободено от задължението да заплаща здравноосигурителни вноски и не е възстановило правата си съгласно чл. 40а ЗЗО, и б) за скъпоструващи медицински изделия, посочени в определени КП от приложение № 16 към НРД за МД за 2015 г., за които НЗОК не заплаща. Според чл. 8, ал. 1 изпълнителят оказва БМП по КП на ЗОЛ, на което е издадено „направление за хоспитализация“ (бл. МЗ – НЗОК № 7) от лекар от лечебните заведения за извънболнична помощ, друго лечебно заведение за БМП или спешна помощ, при подробно разписаните в раздел IV от договора правила. Според чл. 10 в случаите, когато при преглед на пациента се установят индикации за планов прием, лекарят от ДКБ/ПК на изпълнителя следва да определи ден за хоспитализация на пациента, който вписва в направление за хоспитализация и журнала за планов прием в ДКБ/ПК. Според чл. 18, ал. 1 възложителят се е задължил да заплаща на изпълнителя: 1) договорената в чл. 1, ал. 1 от договора, извършена и отчетена от изпълнителя БМП по КП; 2) вложените при изпълнение на определени КП медицински изделия до съответните стойности, определени в Списък с медицински изделия, които НЗОК заплаща в условията на болнична медицинска помощ, утвърден с решение № РД-НС-04-61/10.06.2014 г. на НС на НЗОК. В чл. 18, ал. 2 е предвидено, че заплащането е за ЗОЛ, хоспитализирани от изпълнителя след влизане в сила на договора, който пък според § 3 е в сила: 1) от 1.01.2015 г. – по отношение на КП, по които изпълнителят до момента на сключване на договора е работил по договор с НЗОК за оказване на същия вид медицинска помощ, 2) от датата на подписване на договора при условие, че изпълнителят е договорил дейност, която не е извършвал по договор с НЗОК през 2014 г., и 3) от

датата на подписване на договора, в случай че изпълнителят до момента на сключване на договора не е работил по договор с НЗОК. В чл. 19 са посочени цените на клиничните пътеки, съгласно договор № РД-НС-01-2/29.12.2014 г., сключен между НЗОК и БЛС. Според чл. 20 възложителят заплаща на изпълнителя за всеки отделен случай по КП при наличие на следните условия: 1) отчетената/отчетените КП е включена в предмета на договора и същата е извършена от специалисти, посочени в приложение № 1; 2) хоспитализираното лице е с непрекъснати здравноосигурителни права и в деня на хоспитализацията или ги възстанови до датата на дехоспитализацията, с изключение на здравнонеосигурените лица по § 2, ал. 1 или § 7, ал. 1 от ПЗР на ЗБНЗОК за 2015 г. и на лицата с право на здравно осигуряване, удостоверено от друга държава – членка на ЕС, ЕИП, от Конфедерация Швейцария или съгласно двустранни спогодби; 3) спазени са условията за завършена КП по смисъла на § 1, т. 2 от ДР на НРД за МД за 2015 г.; 4) изпълнителят е изпълнил всички свои задължения по осигуряване на пациентите; 5) извършената дейност по КП е отчетена при условията и по реда на настоящия договор и на Методиката за заплащане на дейностите в БМП по приложение № 26 към чл. 2 от ПМС № 94/24.04.2014 г.; и **6) извършената и отчетена дейност по КП е в рамките на стойностите, посочени в приложение № 2 към договора.** Според чл. 32, ал. 1 изпълнителят ежедневно отчита по електронен път в утвърдени от НЗОК формати оказаната за денонощие дейност, включена в предмета на договора, която според ал. 11 се обработва в информационната система на НЗОК, а след окончателната обработка за календарен месец в срок до 16:00 ч. на петия работен ден, следващ отчетния месец, РЗОК изпраща по електронен път на изпълнителя месечно известие, съдържащо: 1) потвърдената за заплащане дейност, лекарствени продукти и/или медицински изделия, заплащани от НЗОК извън стойността по КП; 2) отхвърлената от заплащане дейност, лекарствени продукти и/или медицински изделия, заплащани от НЗОК извън стойността на КП, и съответните основания за отхвърляне. Основанията за отхвърляне са уредени в чл. 32, ал. 13, измежду които и това *по т. 6 – за дейност, надвишаваща стойностите по чл. 42*. Съгласно чл. 42, ал. 1 стойността на финансово-отчетните документи по чл. 28 и чл. 52, ал. 1 не следва да надвишава размера на определените дейности на изпълнителя по реда на чл. 4 от ЗБНЗОК за 2015 г., посочени в приложение № 2. Според чл. 42, ал. 4 отхвърлената от заплащане медицинска дейност, медицински изделия, лекарствени продукти, на основание чл. 32, ал. 13, т. 6, посочена в месечното известие по чл. 32, ал. 11, т. 2, се заплаща от възложителя с решение на Надзорния съвет на НЗОК, което следва да е в съответствие с разпоредбите и в рамките на параметрите по ЗБНЗОК за 2015 г. /чл. 42, ал. 5/. Според чл. 33, ал. 4 когато при започване на даден отчетен период за същия няма определени стойности по чл. 42, всички отчетени в ежедневните електронни отчети случаи се определят /маркират/ като „надвишаващи стойността по чл. 42“. В чл. 33, ал. 5 е предвидено, че когато в рамките на даден отчетен период стойностите по чл. 42 бъдат увеличени, за допълнителния ресурс изпълнителят може да представи финансово-отчетни документи по реда на чл. 28 и чл. 52, ал. 1 за случаи, които са отхвърлени само на основание чл. 32, ал. 13, т. 6, като РЗОК валидира отчетената за заплащане дейност в електронната система на НЗОК. Според чл. 40, ал. 2 възложителят заплаща на изпълнителя за извършена и отчетена дейност, в рамките на стойностите, определени по реда на Правилата по чл. 4, ал. 4 ЗБНЗОК за 2015 г. и посочени в приложение № 2 към договора. Предвидено е и, че изпълнителят не може да отчита с финансово-отчетни документи дейности на стойност надвишаваща утвърдената по приложение № 2 за съответния месец /чл. 40, ал. 3/, а когато за определено тримесечие изпълнителят е представил отчетни документи на стойност по-ниска от съответната стойност за месеца в приложение № 2, не може с размера на разликата между стойността в приложение № 2 и отчетената стойност да

увеличава стойностите за следващите тримесечия /ал. 4/. Според чл. 41, ал. 1 корекция на стойностите, определени по реда на Правилата и посочените в приложение № 2 за изпълнителя, се извършва на тримесечие, за което страните се задължават да подписват допълнителни споразумения, а в случай на отказ на изпълнителя да подпише РЗОК го уведомява писмено за коригираните стойности за тримесечие и не заплаща отчетената дейност над коригираните стойности /ал. 2/. Според чл. 35 плащанията на изпълнителя се извършват чрез РЗОК до 30-то число на месеца, следващ отчетния, с изключение на плащанията, за които е предвиден друг срок в чл. 31, ал. 3 и 4. Според чл. 3, ал. 2 в случай, че възложителят не заплати на изпълнителя извършената и отчетена дейност по КП в сроковете, определени в Методика за заплащане и настоящия договор, възложителят дължи на изпълнителя законна лихва за забава за просроченото време. Представени са и приложенията към договора – приложение № 1 „Списък на специалистите, оказващи медицинска помощ по КП“ и приложение № 2 „Стойности на дейностите в болничната медицинска помощ (БМП) медицинските изделия в БМП и лекарствени продукти в БМП за лечение на злокачествени заболявания, в условията на БМП“, като същото се отнася за цялата 2015 г.

Договорът от 24.02.2015 г. е бил изменен с допълнителни споразумения от 5.03.2015 г., 24.03.2015 г., 7.04.2015 г., 7.05.2015 г., 18.05.2015 г., 13.07.2015 г., 11.12.2015 г., 21.12.2015 г., 12.01.2016 г., 12.01.2016 г., 14.01.2016 г., 1.02.2016 г., 3.02.2016 г., 10.02.2016 г., 22.02.2016 г., 9.03.2016 г., 10.03.2016 г., 26.05.2016 г. Със същите са утвърдени изменения в приложение № 2. По-съществени съдържателни изменения са включени в споразумението от 26.05.2016 г., **в сила от 1.04.2016 г.**, сключено във връзка с решение № РД-НС-04-24-1/29.03.2016 г. на Надзорния съвет на НЗОК (обн. ДВ бр. 25/31.03.2016 г., в сила от 1.04.2016 г., прието поради неподписване на нов НРД за МД през 2016 г.), като неразделна част към него е ново приложение № 2 „Стойности на дейностите в БМП, медицинските изделия в БМП и лекарствени продукти за лечение на злокачествените заболявания в БМП“, касаещо периода м. 04 – м. 12.2016 г. С допълнителното споразумение са актуализирани по вид и цени клиничните пътеки, по които е възложена болничната медицинска помощ. Съгласно чл. 4, ал. 2 в случай, че възложителят не заплати на изпълнителя извършената и отчетена дейност по клинични пътеки в сроковете, определени в решение № РД-НС-04-24-1/29.03.2016 г. на НС на НЗОК /Решението/ и договора, възложителят дължи на изпълнителя законна лихва. Изменен е предишният чл. 18 от договора, който е станал чл. 19, като е предвидено, че възложителят **закупува от изпълнителя договорената БМП**. Условието за плащане, уредени в предишния чл. 20, са уредени в новия чл. 25, като сред тях не фигурира предишната т. 6 /извършената и отчетена дейност по КП е в рамките на стойностите, посочени в приложение № 2 към договора/. Изменен е предишният чл. 32 от договора, който е станал чл. 31, като в ал. 12 са уредени основанията за отхвърляне на искане за плащане на отчетена от изпълнителя дейност, измежду които не фигурира предишната т. 6 към ал. 13 /за дейност, надвишаваща стойностите по чл. 42/. В изменения чл. 33 е предвидено, че възложителят определя стойности на дейностите на БМП съобразно Правилата, приети на осн. чл. 4, ал. 3 ЗБНЗОК за 2016 г. от НС на НЗОК /ал. 1/, като /ал. 3/ тези стойности и обеми се определят по различен ред за закупуване на обемите дейности по видове, както следва: 1) КП по приложение № 1 към Правилата, 2) КП по приложение 2 към Правилата, и 3) КП по приложение № 3 към Правилата. Според новосъздадения чл. 34 възложителят закупува от изпълнителя дейности, съгласно този договор, в рамките на стойностите и обемите, определени в чл. 33 /ал. 1/, като в част А на приложение № 2 към договора се вписват броя на леглата по специалност и нива на компетентност /ал. 2/, а в част Б на приложение № 2 се

определят месечни стойности за периода на дейност м. 04 – м. 11.2016 г., заплащани в периода м. 05 – м. 12.2016 г. /ал. 3/. В новосъздадените чл. 35 – чл. 41 е уреден редът за заплащане на дейност, надхвърляща стойностите по приложение № 2. Според чл. 39, ал. 2 при извършени и отчетени от изпълнителя случаи на стойност, надвишаваща определената месечна стойност в приложение № 2 към договора, изпълнителят подава в сроковете за отчитане по чл. 31, ал. 10, писмено заявление до възложителя за увеличаване на месечната стойност за тези случаи, като при извършени и отчетени от изпълнителя случаи, извън случаите на спешна диагностика и лечение на пациенти, изпълнителят посочва причините за допускане извършването на такива хоспитализации. Според чл. 39, ал. 3 след изпращане на месечното известие по чл. 31, ал. 10 и анализ на отчетите на всички изпълнители на БМП, възложителят има право да вземе решение за закупуване на дейности, заявени по реда на ал. 2 от всички изпълнители на БМП, в рамките на неусвоените стойности по реда на ал. 1 за всички изпълнители, при следните критерии: 1) при наличие на един или няколко изпълнители, отчетели и заявили дейност за спешна диагностика и лечение на пациенти над месечната си стойност, с неусвоената стойност за месеца се закупуват дейности пропорционално на стойността на отчетените случаи над месечната стойност за всички изпълнители, отчетели спешни случаи над утвърдените им месечни стойности, като при преразпределение на неусвоената стойност се определят стойности за закупуване на цели случаи, не може да се закупува процент от случай; 2) когато след прилагане на критерия по т. 1, останат неусвоени стойности от общата месечна стойност по договорите на възложителя за БМП, същите могат да се използват за закупуване на дейност за планови случаи, аналогично на реда по т. 1. Съгласно чл. 39, ал. 6 в случаите по ал. 2, когато след извършените промени по ал. 3 се установят извършени дейности на стойност, надвишаваща определената месечна стойност в приложение № 2 към договора, възложителят извършва проверка на цялата месечна отчетена дейност на изпълнителя. Съгласно ал. 7 след проверката по ал. 6 възложителят изготвя доклад до управителя на НЗОК за резултатите от извършените проверки, с мотивирано искане за корекции на стойностите, който се внася за разглеждане от НС на НЗОК. Според чл. 40, ал. 1 НС на НЗОК разглежда докладите по чл. 39, ал. 7 след анализите по чл. 199, ал. 2 от Решението, като утвърждава корекции по стойностите на разходите за БМП на РЗОК в съответствие с параметрите на средствата по бюджета на НЗОК за здравноосигурителни плащания за БМП на национално ниво /ал. 2/. Според чл. 40, ал. 3 при достигане или надвишаване на средствата на НЗОК за здравноосигурителни плащания за БМП на национално ниво и след верификация на дейностите, надвишаващи месечните стойности на изпълнителя на БМП, дейностите не се отчитат за заплащане, като при осигурена възможност на средства през следващите месеци в рамките на средствата на НЗОК за здравноосигурителни плащания за БМП на национално ниво, НС взема решение за извършване на корекция на месечните стойности и закупуване на потвърдените дейности, частично или напълно. Според чл. 40, ал. 4 стойността на заплащането по ал. 3 се отразява в приложение № 2 към договора в месеца, в който е заплатена. Според чл. 41, ал. 1 редът по чл. 4, ал. 2 не се прилага в случай на недостиг на бюджетни средства на НЗОК за здравноосигурителни плащания за БМП и взето решение на НС за извършване на частично плащане и/или за отлагане на плащанията: 1) за отчетените от изпълнителя дейности от приложение № 1 към Правилата, за които не са констатирани основания за отхвърляне от плащане по чл. 31, ал. 12, и 2) по чл. 40, ал. 3. Предвидено е, че предишните чл. 34 – 39 от договора стават съответно чл. 44 – 49, като предишните чл. 40 – 41 се заличават, но не е указано каква е съдбата на предишния чл. 42 от договора, а същевременно се създава нов чл. 42 с ново съдържание /последното обаче се отнася и до изрично заличените чл. 40 – 41/.

Впоследствие, стойностите по част А и Б от приложение 2 към този договор са били многократно изменяни за съответните месеци – с допълнителни споразумения от 20.06.2016 г., 23.06.2016 г., 18.07.2016 г., 5.01.2017 г., 16.01.2017 г., 2.02.2017 г., 10.02.2017 г., 14.02.2017 г., 17.03.2017 г. и 21.04.2017 г. С последното споразумение от 21.04.2017 г. е определена за м. април 2017 г. /платима за дейността в предходния месец/ обща стойност на закупените дейности по КП в размер на **228 154 лв.**

Между страните е бил сключен и аналогичен договор № 230477/3.05.2017 г. за оказване на болнична помощ по клинични пътеки, сключен на осн. чл. 59, ал. 1 ЗЗО и в съответствие с Националния рамков договор за медицинските дейности за 2017 г. Договорът е в сила от **1.04.2017 г.** – § 2. Предвидено е, че възложителят закупува от изпълнителя дейности в рамките на обемите и стойностите, определени в приложение № 2 – чл. 34 и чл. 35. Според чл. 37, ал. 1 изпълнителят може да отчита с финансово-отчетни документи дейности на стойност, надвишаваща определената месечна стойност за първите два месеца на отчетните периоди с до 3 % спрямо определените стойности за съответния месец, като според ал. 2 изпълнителят компенсира в рамките на 3-месечните периоди превишението по ал. 1 в рамките на общия размер на определената тримесечна стойност. В чл. 35 – чл. 41 е уреден редът за заплащане на дейност, надхвърляща стойностите по приложение № 2. Според чл. 39, ал. 2 при извършени и отчетени от изпълнителя случаи на стойност, надвишаваща определената месечна стойност в приложение № 2 към договора, изпълнителят подава в сроковете за отчитане по чл. 31, ал. 10, писмено заявление до възложителя за увеличаване на месечната стойност за тези случаи, като при извършени и отчетени от изпълнителя случаи, извън случаите на спешна диагностика и лечение на пациенти, изпълнителят посочва причините за допускане извършването на такива хоспитализации. Според чл. 39, ал. 3 след изпращане на месечното известие по чл. 31, ал. 10 и анализ на отчетите на всички изпълнители на БМП, възложителят има право да вземе решение за закупуване на дейности, заявени по реда на ал. 2 от всички изпълнители на БМП, в рамките на неусвоените стойности по реда на ал. 1 за всички изпълнители, при следните критерии: 1) при наличие на един или няколко изпълнители, отчетели и заявили дейност за спешна диагностика и лечение на пациенти над месечната си стойност, с неусвоената стойност за месеца се закупуват дейности пропорционално на стойността на отчетените случаи над месечната стойност за всички изпълнители, отчетели спешни случаи над утвърдените им месечни стойности, като при преразпределение на неусвоената стойност се определят стойности за закупуване на цели случаи, не може да се закупува процент от случай; 2) когато след прилагане на критерия по т. 1, останат неусвоени стойности от общата месечна стойност по договорите на възложителя за БМП, същите могат да се използват за закупуване на дейност за планови случаи, аналогично на реда по т. 1. Съгласно чл. 39, ал. 6 в случаите по ал. 2, когато след извършените промени по ал. 3 се установят извършени дейности на стойност, надвишаваща определената месечна стойност в приложение № 2 към договора, възложителят извършва проверка на цялата месечна отчетена дейност на изпълнителя. Съгласно ал. 7 след проверката по ал. 6 възложителят изготвя доклад до управителя на НЗОК за резултатите от извършените проверки, с мотивирано искане за корекции на стойностите, който се внася за разглеждане от НС на НЗОК. Според чл. 40, ал. 1 НС на НЗОК утвърждава корекции по стойностите на разходите за БМП на РЗОК в съответствие с параметрите на средствата по бюджета на НЗОК за здравноосигурителни плащания за БМП на национално ниво. Според чл. 40, ал. 2 при достигане или надвишаване на средствата на НЗОК за здравноосигурителни плащания за БМП на национално ниво и след верификация на дейностите, надвишаващи месечните стойности на

изпълнителя на БМП, дейностите не се отчитат за заплащане, като при осигурена възможност на средства през следващите месеци в рамките на средствата на НЗОК за здравноосигурителни плащания за БМП на национално ниво, НС взема решение за извършване на корекция на месечните стойности и закупуване на потвърдените дейности, частично или напълно. Според чл. 40, ал. 3 стойността на заплащането по ал. 2 се отразява в приложение № 2 към договора в месеца, в който е заплатена. Според чл. 41, ал. 1 редът по чл. 4, ал. 2 не се прилага в случай на недостиг на бюджетни средства на НЗОК за здравноосигурителни плащания за БМП и взето решение на НС за извършване на частично плащане и/или за отлагане на плащанията: 1) за отчетените от изпълнителя дейности от приложение № 1 към Правилата, за които не са констатирани основания за отхвърляне от плащане по чл. 31, ал. 12, и 2) по чл. 40, ал. 2.

Договорът от 3.05.2017 г. е бил изменен с допълнителни споразумения от 19.06.2017 г., 19.07.2017 г., 28.06.2017 г., 18.08.2017 г., 15.09.2017 г., 16.10.2017 г., 29.11.2017 г., 14.12.2017 г., 18.12.2017 г., 17.01.2018 г., 29.01.2018 г., 15.02.2018 г., 20.02.2018 г. и 15.03.2018 г. Със същите са утвърдени изменения в приложение № 2, като общата стойност за м. 05.2017 г. е определена на **226 612 лв.**, за м. 06.2017 г. – **238 832 лв.**, а за м. 10.2017 г. – **231 567 лв.** Със споразумението от 20.02.2018 г. са внесени и съдържателни изменения в договора. Предвидена е отмяната на горесцитираните чл. 40, ал. 2 и 3. Според новосъздадения чл. 39а, ал. 1 в случаите, когато след заплащане на отчетената месечна дейност се установи недостигане от изпълнителя на определените месечни стойности по чл. 36а, ал. 1, т. 2 в приложение № 2, в приложението се отразяват стойностите на заплатената за месеца дейност, а с разликата между определената и заплатената месечна стойност се увеличава месечната стойност за следващ месец по приложение № 2, в рамките на периодите по чл. 34, ал. 4. Според чл. 39а, ал. 2 възложителят може да внесе мотивирано предложение до НС на НЗОК за коригиране на определените стойности в приложение № 2, на основание получено от изпълнителя мотивирано предложение, водещо до промяна на определените стойности в края на периода по чл. 34, ал. 4, при наличие на неусвоени средства на ниво РЗОК.

Между страните е бил сключен и аналогичен договор № 230477/25.05.2018 г. за оказване на болнична помощ по клинични пътеки, сключен на осн. чл. 59, ал. 1 ЗЗО и в съответствие с Националния рамков договор за медицинските дейности за 2018 г., който договор влиза в сила от **1.04.2018 г.** Договорът е с идентично съдържание като предходния от 2017 г. с измененията. Приложение № 2 към него е било впоследствие изменено с допълнителни споразумения от 24.07.2018 г., 9.08.2018 г., 12.09.2018 г., 10.10.2018 г., 14.11.2018 г., 19.02.2019 г., 14.03.2019 г., 18.04.2019 г., 15.05.2019 г., 13.06.2019 г. Със същите са утвърдени изменения в приложение № 2, като общата стойност за м. 05.2018 г. е определена на 240 134 лв., за м. 06.2018 г. – 252 017 лв., за м. 07.2018 г. – 259 781 лв., за м. 08.2018 г. – 269 544 лв., за м. 09.2018 г. – 263 214 лв., за м. 10.2018 г. – 261 827 лв., за м. 11.2018 г. – 250 534 лв., м. 02.2019 г. – 321 086 лв., м. 03.2019 г. – 289 518 лв., м. 04.2019 г. – 280 166 лв. и за м. 05.2019 г. – 281 265 лв. По съществени съдържателни изменения са извършени със споразумението от 19.02.2019 г. Създаден е чл. 41а, според който възложителят не заплаща за оказана болнична медицинска помощ от лечебни заведения в нарушение на посочените в техните договори обеми и стойности.

По делото са представени и множество други писмени доказателства /спецификации по КП, фактури, счетоводни справки и др./. Същите са обобщени в приетото заключение от 22.05.2020 г. на съдебносчетоводна експертиза, извършена от вещото лице Е. Й. – М.. Експертизата е установила, че претендираните от ищеца и заплатени от ответника суми за исковия период са

следните:

№	Месец	Отчетено по спецификации по КП – лв.	Признато от НЗОК – лв.	Заплатено от НЗОК – лв.	Прихванати суми за наложени санкции по ЗЗО и неоснователно получени суми – лв.	Незаплатена разлика за надлимитна дейност – лв.
1.	03.2017	207 803	173 660	173 660		34 143
2.	05.2017	193 855	180 923	180 723	200	12 923
3.	06.2017	188 875	184 780	184 780		4 095
4.	10.2017	191 309	188 843	188 843		2 466
5.	04.2018	235 479	194 880	121 975,72	72 904,28	40 599
6.	05.2018	261 186	202 496	202 296	200	58 690
7.	06.2018	259 382	210 697	210 697		48 685
8.	07.2018	258 456	220 441	220 441		38 015
9.	08.2018	243 029	209 714	208 714	1 000	33 315
10.	09.2018	227 745	213 794	213 194	600	13 351
11.	10.2018	269 041	262 160	258 288	3 872	6 881
12.	11.2018	262 514	259 049	257 849	1 200	3 465
13.	02.2019	256 389	236 579	236 249	330	19 810
14.	03.2019	258 355	223 075	222 675	400	35 280
15.	04.2019	277 706	225 201	223 801	1 400	52 505
16.	05.2019	253 200	224 860	223 930	930	28 340
ОБЩО:		3 844 324	3 411 152	3 228 115,72	83 036,28	432 563

Вещото лице е установило, че за посочените суми за надлимитната дейност са издадени от ищеца следните фактури: **1)** фактура № 9000000004/10.04.2017 г. за м. 03.2017 г.; **2)** фактура № 9000000005/9.06.2017 г. за м. 05.2017 г.; **3)** фактура № 9000000006/10.07.2017 г. за м. 06.2017 г.; **4)** фактура № *****/10.11.2017 г. за м. 10.2017 г.; **5)** фактура № 9000000008/25.05.2018 г. за м. 04.2018 г.; **6)** фактура № 9000000009/12.06.2018 г. за м. 05.2018 г.; **7)** фактура № 9000000010/12.07.2018 г. за м. 06.2018 г.; **8)** фактура № 9000000011/9.08.2018 г. за м. 07.2018 г.; **9)** фактура № *****/14.09.2018 г. за м. 08.2018 г.; **10)** фактура № 9000000013/10.10.2018 г. за м. 09.2018 г.; **11)** фактура № 9000000014/7.11.2018 г. за м. 10.2018 г.; **12)** фактура № 9000000015/6.12.2018 г. за м. 11.2018 г.; **13)** фактура № 9000000016/11.03.2019 г. за м. 02.2019 г.; **14)** фактура № 9000000017/15.04.2019 г. за м. 03.2019 г.; **15)** фактура № 9000000018/8.05.2019 г. за

м. 04.2019 г.; и 16) фактура № 9000000019/10.06.2019 г. за м. 05.2019 г. Установено е, че тези фактури са отразени в счетоводството на ищеца, но не и в счетоводната система на ответника НЗОК.

Вещото лице и изчислило и размерите на претендираната законна лихва за исковите периоди върху процесните главници, както следва:

№	Главница – лв.	Период	Лихва – лв.
1.	34 143	1.08.2017 – 1.07.2019 г.	6 638,91
2.	12 923	1.08.2017 – 1.07.2019 г.	2 514,55
3.	4 095	1.11.2017 – 1.07.2019 г.	691,61
4.	2 466	1.02.2018 – 1.07.2019 г.	586,96
5.	40 599	1.08.2018 – 1.07.2019 г.	3 777,97
6.	58 690	1.08.2018 – 1.07.2019 г.	5 461,42
7.	48 685	1.11.2018 – 1.07.2019 г.	3 286,23
8.	38 015	1.11.2018 – 1.07.2019 г.	2 566,01
9.	33 315	1.11.2018 – 1.07.2019 г.	2 248,75
10.	13 351	1.02.2019 – 1.07.2019 г.	560
11.	6 881	1.02.2019 – 1.07.2019 г.	288,62
12.	3 465	1.02.2019 – 1.07.2019 г.	145,34
13.	19 810	2.05.2019 – 1.07.2019 г.	335,67
		ОБЩО	29 102,04

на основание чл. 86 ЗЗД сумата 18670,01 лв.– законна лихва върху възнаграждение за оказана болнична медицинска помощ над договорения лимит за периода април-ноември 2018 година и февруари-май 2019 г. по договор 230477/25.05.2018 г.

Представени са и правила за условията и реда за прилагане на чл. 4, ал. 1 – 3 от ЗБНЗОК за 2017 г., приети с решение № РД-НС-04-29/27.03.2017 г. на НС на НЗОК, изм. и доп. с решения № РД-НС-04-77/20.06.2017 г.; правила за условията и реда за прилагане на чл. 4, ал. 1 – 3 от ЗБНЗОК за 2018 г., приети с решение № РД-НС-04-6/26.01.2018 г. на НС на НЗОК, изм. и доп. с решения № РД-НС-04-33/14.05.2018 г. и № РД-НС-04-50/27.07.2018 г.; правила за условията и реда за прилагане на чл. 4, ал. 1 – 3 от ЗБНЗОК за 2019 г., приети с решение № РД-НС-04-7/4.02.2019 г. на НС на НЗОК, изм. и доп. с решения № РД-НС-04-12/15.02.2019 г. и № РД-НС-04-17/11.03.2019 г.

При така установената фактическа обстановка съдът намира от правна страна следното:

Жалбите са подадени в срока по чл. 259, ал. 1 ГПК и са допустими.

- **По предмета и допустимостта на обжалваното решение**

След частичното прекратяване на производството с определение от 2.12.2020 г. предмет на настоящото дело са останали предявени от ищеца „МБАЛ – Ботевград“ ЕООД срещу ответника НЗОК осъдителни иски за присъждане на парични суми **на договорно основание**, претендирани като дължими по три договори, сключени на осн. чл. 59 ЗЗО: **1)** по договор за оказване на болнична помощ по клинични пътеки № 230477/24.02.2015 г. – за сумата **34 143 лв.** за м. 03.2017 г.; **2)** по договор за оказване на болнична помощ по клинични пътеки № 230477/3.05.2017 г. – за общата сума **19 493 лв.**, от които 12 932 лв. за м. 05.2017 г., 4 095 лв. за м. 06.2017 г. и 2 466 лв. за м. 10.2017 г.; **и 3)** по договор за оказване на болнична помощ по клинични пътеки № 230477/25.05.2018 г. – за общата сума **378 936 лв.**, от които 40 599 лв. за м. 04.2018 г., 58 690 лв. за м. 05.2018 г., 48 685 лв. за м. 06.2018 г., 38 015 лв. за м. 07.2018 г., 33 315 лв. за м. 08.2018 г., 13 351 лв. за м. 09.2018 г., 6 881 лв. за м. 10.2018 г., 3465 лв. за м. 11.2018 г., 19 810 лв. за м. 02.2019 г., 35 280 лв. 03.2019 г., 52 505 лв. за м. 04.2019 г. и 28 340 лв. за м. 05.2019 г. Доколкото сумите са дължими по три различни договора, то исковите за главниците са също три.

Исковите са подсъдни на общите съдилища на осн. § 149, ал. 4 ЗИДАПК (ДВ, бр. 77/18.09.2018 г.), доколкото процесните договори са сключени преди 1.01.2019 г., от когато е в сила чл. 45а ЗЗО, с който подобни договори са обявени за административни, а споровете по тях – за подсъдни на административните съдилища.

С обжалваното решение СГС е уважил исковите за главница за общата сума 399 641 лв. – за претенциите за периода април – ноември 2018 година и февруари – май 2019 г., а исковите за лихва до датата на исковата молба – за общата сума 18 670,01 лв. Останалите иски са отхвърлени.

Съобразно правомощията си по чл. 269 ГПК въззивният съд служебно констатира, че първоинстанционното решение е частично недопустимо, поради следното:

Предявените от ищеца иски за главници за периода април – ноември 2018 година и февруари – май 2019 г. са за суми в общ размер на 378 936 лв. С първоинстанционното решение от 20.04.2021 г. обаче тези иски са уважени за сумата 399 641 лв., което е с 20 705 лв. в повече от поисканото от ищеца. Следва да се подчертае, че с последващото решение от 23.07.2021 г. по чл. 247 ГПК не е извършена корекция на тази присъдена главница, а е коригирана друга сума от диспозитива на първоначалното решение – на ред 11 сумата 318 796 лв. се поправя на сумата 318 793 лв., което касае частта от главницата, върху която се начислява законна лихва за периода 2.07.2019 г. – 30.07.2019 г. Следователно, свръхпетитум исковите за главница са уважени за сумата 399 641 лв., вместо за действително предявеният размер от 378 936 лв. При това положение като постановено в нарушение за диспозитивното начало за разликата над 378 936 лв. решението се явява недопустимо и подлежи на обезсилване.

Същевременно, решението подлежи на обезсилване и **в частта** относно претенциите за главници за 2017 г. и лихвите върху тях, които са били отхвърлени от СГС, но висящността на спора е пренесена пред въззивната инстанция с подадената от ищеца въззивна жалба. По тези претенции страните са десезирали съда със сключената пред въззивната инстанция и одобрена съдебна спогодба от 8.11.2021 г.

В останалата си част относно претенциите за 2018 г. и 2019 г. обжалваното решение е допустимо и следва да се прецени неговата правилност.

- **По правилността на обжалваното решение**

А) По исковете по чл. 79, ал. 1 ЗЗД във вр. с чл. 59, ал. 1 ЗЗО относно 2018 г. и 2019 г.

Фактите по делото са безспорни и те са: **1)** между страните са били сключен договор № 230477/25.05.2018 г. за оказване на болнична помощ по клинични пътеки, сключени на осн. чл. 59, ал. 1 ЗЗО и в съответствие с Националния рамков договор за медицинските дейности за 2018 г., с които ответникът НЗОК е възложил, а ищецът се е задължил да оказва на здравноосигурени лица /ЗОЛ/, на здравнонеосигурени лица по § 2, ал. 1 от Законите за бюджета на НЗОК за 2018 г. (за акушерска помощ по чл. 82, ал. 1, т. 2 Закона за здравето) и на лицата по § 8, ал. 1 от ЗБНЗОК за 2017 г. и лицата по § 9, ал. 1 ЗБНЗОК за 2018 г. болнична медицинска помощ /БМП/ по клинични пътеки /КП/ от приложение № 5 към член единствен на Наредба № 40/24.11.2004 г. за определяне на основния пакет от здравни дейности, гарантиран от бюджета на НЗОК, от приложение № 9 към Наредба № 2/2016 г. и приложение № 9 към Наредба № 3/2018 г.; **2)** от своя страна възложителят се задължил да заплаща извършената дейност съобразно условията на договорите в срок до 30-то число на месеца, следващ отчетния, при посочени в договорите цени на отделните клинични пътеки; **3)** в договорите са установени ограничения на стойностите и обемите на дейността, за която възложителят заплаща на изпълнителя, установени в приложение № 2; **4)** предвидено е, че тези стойности може да се коригират на тримесечие с допълнително споразумение, а при отказ на изпълнителя – от възложителя по установен административен ред; **5)** предвидено е, че надлимитната дейност може да се заплати при наличие на решение на НС на НЗОК, взето в рамките на параметрите по ЗБНЗОК, и след отразяване на увеличената стойност в приложение № 2 чрез сключване на допълнително споразумение; **6)** впоследствие стойностите по приложение № 2 са били многократно изменяни със сключени допълнителни споразумения; и **7)** за процесния период ищецът е извършил надлимитна дейност по договорите на исковата стойност в общ размер на 378 936 лв., а именно: за м. 04.2018 г. – 40 599 лв., за м. 05.2018 г. – 58 690 лв., за м. 06.2018 г. – 48 685 лв., за м. 07.2018 г. – 38 015 лв., за м. 08.2018 г. – 33 315 лв., за м. 09.2018 г. – 13 351 лв., за м. 10.2018 г. – 6 881 лв., за м. 11.2018 г. – 3 465 лв., за м. 02.2019 г. – 19 810 лв., за м. 04.2019 г. – 52 505 лв. и за м. 05.2019 г. – 28 340 лв.,

Спорните въпроси са правни и основно са свързани с това: **1)** дали са допустими предвидените в договора месечни ограничения на стойността и обема на дейността, които ответникът е закупил и до който размер се е задължил да заплаща на ищеца, и **2)** дали ответникът дължи на ищеца заплащане на исковата сума **на договорно основание**. По тези въпроси въззивният съд намира следното:

Основната теза на ищеца е, че клаузите от процесния договор от 25.05.2018 г., които ограничават стойността, а от там и обема на дейността, финансирана от възложителя НЗОК, противоречат на закона, а именно – чл. 52 от Конституцията, чл. 5, чл. 35, чл. 45, чл. 47 и чл. 59 и др. от ЗЗО, тъй като накърнявали правото на достъп на здравноосигурените лица /ЗОЛ/ до медицинска помощ, като поставяли оказването на медицинска помощ на здравноосигурените лица /ЗОЛ/ в зависимост от обстоятелството дали нуждата от такава е възникнала в рамките на определените от НЗОК стойностни лимити. Настоящият въззивен състав не споделя това становище, като по редица други аналогични спорове е изразил ясна и категорична позиция по този правен въпрос^[1], която е следната:

(1) На първо място, ищецът не е легитимиран да се позовава на твърдени нарушения на чужди

права – тези на ЗОЛ /чл. 26, ал. 2 ГПК/. Той може да защитава само собствените си права. Собствените му права не са нарушени по никакъв начин чрез процесните договорни клаузи. Същите постановяват единствено, че възложителят НЗОК ще закупи от ищеца определено количество медицински дейности на обща стойност, установена в приложение № 2 към договора, които, ако са реално извършени, възложителят ще заплати на изпълнителя. Нищо повече. В договорните отношения важи принципът за автономия на волята – задължения се поемат само със съгласието на задължилия се. Никой не може да бъде принуден правновалидно чрез договор да се задължи за нещо, което не желае. Чрез процесния договор възложителят е изявил воля да закупи определен обем престации от изпълнителя. Твърдението, че той бил длъжен да закупи по-голям или въобще неограничен обем, противоречи на този основен принцип, тъй като би довело до натрапване на нещо нежелано от него. След като за тези отношения между страните законодателството е установило договорното начало, то следва да се спазват основните принципи на това договорно начало, част от които е и това, че волята на страните е определяща дали и за какво да се задължат */pacta sunt servanda/*.

(2) На второ място, клаузите, посочени от ищеца не са единствените, които са относими към обема на закупуваната от възложителя дейност и сами по себе си те не лимитират този обем. Такова лимитиране е резултат от съвкупното прилагане и на други клаузи от договора – на чл. 19, установяващ уговорените цени на клиничните пътеки, както и самото приложение № 2, съдържащо глобалните стойности по месечни периоди. Ищецът обаче не твърди нищожност на тези клаузи. Целеният от него резултат – повече ЗОЛ да могат да се ползват от предоставените от него медицински услуги – успешно би могъл да се постигне и чрез намаляване на цените на КП, в който случай общите стойности по приложение № 2 ще обхванат повече на брой реални клинични случаи спрямо повече пациенти. Известна е и световната практика лечебните заведения да предоставят услуги и *pro bono*, като израз на хуманизъм и социална отговорност. Евентуалният контрааргумент, че цените на КП се определят на централно ниво с НРД или заместващото го решение по чл. 54, ал. 9 ЗОЗ и на тях страните по индивидуалния договор не могат да влияят, важи с пълна сила и спрямо определените в приложение № 2 стойности – те също се определят на централно ниво със съответния годишен Закон за бюджета на НЗОК и приети въз основа на него задължителни актове на органите на НЗОК, с които този бюджет се разпределя между РЗОК и впоследствие към изпълнителите.

Невярно е и твърдението на ищеца, че по договора той дължал извършване на дейности спрямо ЗОЛ в неограничен обем, срещу което обаче престацията на възложителя била стойностно ограничена. Това твърдението ще бъде анализирано по-долу.

(3) На трето място, принципно несподелима е основната теза на ищеца – за недопустимост на уговарянето в индивидуалния договор на ограничения в обема и стойността на медицинските услуги, които лечебното заведение предоставя на ЗОЛ. За да се разбере целта на подобни ограничения е необходимо да се анализира здравноосигурителното законодателство, в контекста на което е сключен и процесният договор.

Според чл. 52, ал. 1 КРБ гражданите имат право на здравно осигуряване, гарантиращо им достъпна медицинска помощ, и на безплатно ползване на медицинско обслужване при условия и по ред, определени със закон, а според ал. 2 здравеопазването се финансира от държавния бюджет, от работодателите, от лични и колективни осигурителни вноски и от други източници при условия и по ред, определени със закон. Посочените конституционни разпоредби не са самоизпълняващи

се – тяхното прилагане е опосредено от друга законова уредба. Тя се съдържа в Закона за здравното осигуряване и в множество други нормативни актове от здравното законодателство.

Правото на здравно осигуряване е от категорията на социалните права, които могат да бъдат реализирани само ако държавата предприеме необходимите и очаквани мерки и създаде условия и гаранции за това, като преценката за пътищата на реализация на социалните права е в компетентността на Народното събрание – да създаде правила и ред за осъществяването на тези права[2]. Както всяко социално право, а това следва и от чл. 52, ал. 2 КРБ, и правото по чл. 52, ал. 1 КРБ може да бъде реализирано само в рамките на наличните материални и финансови ресурси на държавата, като еманация на обществото, живеещо на нейната територия. Обществото /държавата/ може да осигури само такива и толкова социални и здравни услуги, колкото позволяват финансовите му възможности. Ресурсите са ограничени, а обществените нужди са многобройни и принципно незадоволими в пълна степен. Дисбалансът между желания и възможности е присъщ за всеки човек, а и за държавата като цяло. Обществото чрез съответните държавни институции определя каква част от създадения от него брутен вътрешен продукт следва да се задели за определена дейност и как целесъобразно да се разпредели. Това неизбежно предопределя ограничения и върху вида, обхвата и количеството услуги, които обществото /държавата/ може да осигури като престации на лицата, имащи право да ги ползват. По тази причина лимитирани са напр. размерите на минималната[3] и максимална пенсия за ОСВ[4], на минималния и максимален размер на обезщетението за безработица[5], на обезщетението за отглеждане на дете до 2-годишна възраст[6], и в крайна сметка – на всички осигурителни, социални и други престации, предоставяни от държавата на нейните граждани.

Не по-различно е положението и със здравните услуги, чрез които се реализира правото на достъп до медицинска помощ по чл. 52, ал. 1 КРБ. Тези услуги не са безплатни – те се заплащат на изпълнителите на медицинската помощ. За това заплащане обаче обществото може да отдели ограничен ресурс, поради което и обхватът и количеството на услугите, които държавата може да осигури, са принципно ограничени в рамките на този ресурс. Общественият ресурс ежегодно се определя и разпределя по глобални пера чрез годишния Закон за бюджета на НЗОК. Обхватът и количеството медицински услуги, които държавата закупува чрез така лимитирания ресурс, впоследствие се определя чрез съответния Национален рамков договор или заместващото го решение по чл. 54, ал. 9 ЗОЗ на НС на НЗОК. Така според чл. 55, ал. 2, т. 3а ЗЗО (ДВ, бр. 48/2015 г.) в НРД се определят **обемите, цените** и методиките за остойностяване и закупуване на видовете медицинска помощ по чл. 45 ЗЗО, а според чл. 55а, ал. 1 ЗЗО НЗОК планира, договаря **и закупува** за здравноосигурените лица медицинска помощ **в рамките на обемите, договорени в НРД** и в съответствие с бюджета на НЗОК за съответната година. Съобразно § 1, т. 10 от ДР на ЗЗО „обемът на медицинска помощ“ е **количеството** медицински дейности, услуги и стоки, до които осигурените лица имат достъп при определени условия, регламентирани в НРД и в договорите за доброволно здравно осигуряване. Следователно, чрез лимитирането на обема на медицинската помощ по същество се лимитира нейното количество – не само като вид медицински услуги, но и като конкретно закупено количество от всеки вид услуга. По тази причина във всички досега сключвани НРД или решения по чл. 54, ал. 9 ЗОЗ обемът на закупуваната медицинска помощ е описван както чрез отделните видове медицински процедури /клинични пътеки, клинични процедури и амбулаторни процедури/, така и чрез конкретните бройки от всеки вид процедура, която се закупува. Така напр. през процесния период е действал НРД за 2018 г., с които е предвидено закупуване на национално ниво на определен брой дейностите в болнична помощ по

клиничните пътеки, които са предмет и на процесните индивидуални договори с ищеца.

В правомощията на НС на НЗОК е да разпредели впоследствие така определения на национално ниво обем и стойност на медицинската помощ между всяка РЗОК, както и да разпредели по месеци и по изпълнители този обем болнична медицинска помощ, по предложение на директорите на РЗОК в съответствие с бюджета на НЗОК за съответната година – чл. 15, ал. 1, т. 5а и т. 5б ЗЗО (в действащата през исковия период редакция от ДВ, бр. 98/2015 г., бр. 98/2016 г. и бр. 101/2017 г.).

В същия смисъл са и чл. 4, ал. 1 от ЗБНЗОК за 2018 г. (ДВ, бр. 101/2017 г.) и чл. 4, ал. 1 от ЗБНЗОК за 2019 г. (ДВ, бр. 102/2018 г.). Следва да се посочи, че за първи път подобни стойностни ограничения са били предвидени в чл. 4 и чл. 5 от ЗБНЗОК за 2007 г. /и във всеки последващ годишен ЗБНЗОК/, като тяхната конституционносъобразност е потвърдена с решение № 2/22.02.2007 г. по к.д. № 12/2006 г. (ДВ, бр. 20/6.03.2007 г.). В същото е разяснено, че не съществува колизия между това лимитиране на дейността и конституционното право по чл. 52, ал. 1 КРБ, с конкретизирано съдържание в чл. 4 ЗЗО, предвиждащ свободен достъп на осигурените лица до медицинска помощ чрез *определен* по вид, обхват и обем пакет от здравни помощи, както и избор на изпълнител, договорил се с касата. Изяснено е, че граматическото тълкуване на текста на чл. 4 ЗЗО води до извода, че обхватът и обемът на здравните услуги трябва да бъдат *определени*, което сочи на определена мяра, т.е. те *не са* неограничени.

В рамките на така отредения за всяка РЗОК годишен обем и стойност съответният директор на РЗОК извършва помесечно разпределение на разходите, както и **закупува** чрез сключените индивидуални договори по чл. 59, ал. 1 ЗЗО от изпълнителите на болнична медицинска помощ здравни дейности **в рамките на този обем** – чл. 20, ал. 1, т. 6 ЗЗО, както и чл. 4, ал. 1, т. 2 от ЗБНЗОК за 2018 г. и чл. 4, ал. 1, т. 2 от ЗБНЗОК за 2019 г.

В обобщение: Действащият здравноосигурителен модел, чрез който се реализира и конституционното право по чл. 52, ал. 1 КРБ, е базиран на разпределението по нива на ограничения ресурс, който обществото може да отдели за този вид социални услуги: **1)** на национално ниво – чрез глобалното определяне на стойността на този ресурс с ежегодния ЗБНЗОК и разпределянето му за различните видове и обеми медицински дейности чрез НРД или решението по чл. 54, ал. 9 ЗЗО, **2)** на ниво РЗОК – чрез последващото разпределение с решение на НС на НЗОК между всички РЗОК на конкретни стойности и обеми медицински дейности в рамките на националното ниво, и **3)** на ниво конкретен изпълнител – чрез възлагането с всеки индивидуален договор на част от отредените за съответната РЗОК стойности и обеми медицинска дейност. Дали този модел е добър и удачен е въпрос на законодателна целесъобразност, проверката на която е извън правомощията на съда.

В рамките на този модел се реализира и правото на гражданите на достъпна медицинска помощ – така чл. 4, ал. 3 ЗЗО и чл. 81 от Закона за здравето и издадената въз основа на него Наредба за осъществяване правото на достъп до медицинска помощ (ДВ, бр. 45/2.06.2006 г., изм. и доп.). Следва да се има предвид, че извън обхвата на задължителното здравно осигуряване държавата финансира и редица други медицински услуги, изброени в чл. 82 ЗЗ, част от които и медицинската помощ при спешни състояния. Извън спешната медицинска дейност, правото на достъп до *болнична медицинска помощ* се осъществява по реда на т.нар. **планов прием** по чл. 22 и сл. от Наредбата. Лимитирането на обема и стойността на медицинската дейност в индивидуалните договори с изпълнителите не противоречи на това право на достъп, а напротив – осигурява го за всички ЗОЛ съобразно ограничения държавен ресурс, което изисква неговото целесъобразно

разпределение между изпълнителите в цялата страна, така че да стигне за максимален брой нуждаещи се в рамките на цялата бюджетна година, а не само за част от тях или за част от годината. Следователно, лимитирането на дейностите е средство, чрез което правото на достъп до медицинска помощ се гарантира за всеки ЗОЛ в обема, който обществото /държавата/ може да си го позволи на съответния етап от икономическото си развитие.

Процесните договори по чл. 59, ал. 1 ЗЗО изцяло се вменят в тази философия на действащия към момента на сключването им здравноосигурителен модел. С него е предвидено, че НЗОК закупува от ищеца дейности по КП до конкретна месечна стойност, с което лимитира и обема на същите /макар и не по конкретна КП, а общо за уговорените/, в рамките на който обем ишецът следва да извършва болничен прием на пациенти. Несподелима е тезата на ищеца, че по този начин се ограничавало правото на достъп на ЗОЛ до медицинска помощ, тъй като: **1)** правото на достъп не е равнозначно с правото на свободен избор на изпълнител по чл. 4 ЗЗО, второто от които не е от конституционен ранг, а същевременно условията и редът за упражняването и на двете права се уреждат от наредбата по чл. 81, ал. 3 ЗЗ и от НРД съгласно чл. 4, ал. 3 ЗЗО; **2)** правото на достъп на ЗОЛ се разглежда в национален план, а не само спрямо конкретен изпълнител на медицинска помощ – ако е изчерпан лимитът спрямо даден изпълнител, достъпът може да се реализира чрез насочване към друг изпълнител, предлагащ същите здравни услуги; **3)** правото на ЗОЛ да избере конкретен изпълнител не означава, че приемът следва да се извърши веднага – той следва да се извърши тогава, когато изпълнителят има фактическа възможност да предостави услугите, както и когато се вменя в рамките на закупения от НЗОК месечен обем дейности. Както правото на достъп до медицинска помощ не може да се приеме за нарушено, ако самият болничен капацитет на изпълнителя е запълнен и поради това не може да приеме конкретен пациент, така и това право не може да се приеме за нарушено при изчерпан месечен лимит дейност, покрит от НЗОК. И в двата случая ЗОЛ, ако държи да се лекува при конкретния изпълнител, следва да бъде прието по реда на плановия прием чрез планирането му за период, когато това е възможно – това е редът за упражняване и на двете права, предвиден в наредбата по чл. 81, ал. 3 ЗЗ и НРД.

Ето защо процесните клаузи от договора от 25.05.2018 г., както и свързаните с тях, са напълно в съответствие с приложимата нормативна уредба, поради което не са нищожни като противоречащи на закона. На същото основание те не са нищожни и като противоречащи на добрите нрави – релевантността на подобен порок на договора е изключена, ако самото договорно съдържание е стриктно обусловено от нормативна уредба в същия смисъл.

На настоящия съдебен състав е известно, че по обсъдения глобален въпрос съществуват и други становища в съдебната практика, вкл. и на ВКС^[7]. В част от същата противоречиво се признава валидността на клаузите за установените лимити на обемите медицинска дейност по приложение № 2, но същевременно се отрича валидността на другите клаузи – че възложителят не дължи заплащане на обемите по приложение № 2, което е *non sens* и води до обезсмисляне на първия извод. Във втората ѝ част тази практика не се споделя от настоящия състав по изложените по-горе съображения. От друга страна, както изрично е посочено в тази практика, тя касае тълкуването на уредбата по ЗЗО към м. 04.2015 г. от преди изменението с ДВ, бр. 48/27.06.2015 г., докато за настоящия казус са приложими разпоредбите след това изменение, действали през исковия период. В този смисъл приложими за настоящия казус са и новоприетите разпоредби на чл. 55, ал. 2, т. 3а ЗЗО /установяваща като задължително съдържание на НРД на **обемите**, цените и методиките за остойностяване и закупуване на видовете медицинска помощ/, както и на чл. 55а ЗЗО, предвиждащ, че НЗОК договаря и закупува за здравноосигурените лица медицинска помощ в

рамките на обемите, договорени в НРД и в съответствие с бюджета на НЗОК за съответната година. Приложима за част от исковия период /този от 2019 г./ е и **изричното предвидената в чл. 55а, ал. 2 ЗЗО забрана за НЗОК да не заплаща** за оказана от лечебните заведения медицинска и дентална помощ **в нарушение** на посочените в техните договори по чл. 59, ал. 1 **обем и стойности**. Тези разпоредби са изцяло приложими за настоящия казус, за разлика от казусите, които са били предмет на посочената съдебна практика.

(4) Горното обуславя неоснователност и на осъдителните икове за сумите за надлимитна дейност, претендирана на договорно основание.

В допълнение следва да се посочи и, че евентуалната нищожност на въпросните клаузи би довела до нищожност на целите договори, което от своя страна ще означава, че въз основа на тях ищецът не би могъл да претендира каквито и да било договорни плащания от ответника – доколкото искът е предявен на договорно основание, а не на извъндоговорно. До тази последица ще се стигне съобразно чл. 26, ал. 4 ЗЗД, предвиждаща, че нищожността на отделни части не влече нищожност на договора, когато те са заместени по право от повелителни правила на закона или когато може да се предположи, че сделката би била сключена и без недействителните ѝ части. По-аргумент от обратното – ако тези условия не са налице, то нищожността на отделни части от договора, води до нищожност на целия договор. В случая процесните клаузи са особено съществени, тъй като предопределят основната философия на договорите – че възложителят закупува от изпълнителя медицински дейности **в определени обеми**. Дори и хипотетично не би могло да се предположи, че възложителят би бил съгласен да закупува дейности в неограничен обем – подобна неограниченост и неограничаемост на престацията не е характерна за договорното право. Поради това не би могло да се предположи, че договорът би бил сключен от НЗОК без въпросните клаузи. От друга страна, неприложимо в случая е заместването по право на тези клаузи от повелителни правила на закона, доколкото последните предвиждат същото – че НЗОК закупува медицинска помощ в рамките на определени обеми, съобразно НРД и своя бюджет, а не в неограничени обеми /чл. 55а ЗЗО в действащата през процесния период редакция/. Ето защо нищожността на тези клаузи би довела до нищожност на договорите в тяхната цялост, което пък ще изключи всяка възможност за ищеца да претендира от ответника плащания на основание тези договори, какъвто всъщност е предметът на исковите.

(5) От съдържанието на процесните договори, изменени с допълнителни споразумения, е видно, че: 1) възложителят НЗОК дължи на изпълнителя плащане само на закупения с конкретния договор конкретен обем медицинска дейност, определен в приложение № 2 към договора, и 2) по-голям обем дейност може да бъде закупен *само чрез надлежно изменение на договора* с допълнително споразумение в частта за приложение № 2, което се предхожда от административна процедура, чиято цел е да гарантира, че този по-голям обем е в рамките на приетия годишен бюджет на НЗОК и неговото разпределение между съответните РЗОК. Не е спорно, че такава процедура не е финализирана със съответното изменение на договорите в частта относно приложение № 2, в което да бъде включена и процесната надлимитна дейност. Аргумент, че заплащане на надлимитната дейност се дължи само след сключено между страните допълнително споразумение, са и самите действия на страните по сключване на двете частични съдебни спогодби в настоящия процес – и двете спогодби представляват договори, с които страните уговарят допълнително закупуване на допълнителни обеми медицински дейности за 2015 – 2017 г.

При това положение процесната надлимитна дейност за 2018г. и 2019 г. е останала незакупена

от възложителя НЗОК, тя е извън предмета на процесните договори, поради което и в полза на ищеца не се е породило договорно вземане за нейната цена. Извън предмета на настоящото дело е дали надлимитната стойност може да се претендира на друго /извъндоговорно/ основание.

Ето защо процесните вземания за главници са недължими от ответника на договорно основание, поради което и исковите по чл. 79, ал. 1 ЗЗД са изцяло неоснователни.

Б) По исковите по чл. 86, ал. 1 ЗЗД

Предвид неоснователността на исковите за главници, неоснователни се явяват и акцесорните искиви претенции за заплащане на законната мораторна лихва върху всяка главница за процесните периоди.

С оглед на изложеното обжалваното решение в частта, с която исковите са уважени, следва да се отмени, а исковите да се отхвърлят. Решението следва да се отмени и в частта, с която на ищеца са присъдени разноси за първата инстанция. В останалата част решението следва да се потвърди.

В заключение и с оглед на изложеното обжалваното решение следва: 1) да се обезсили в частта, с която са отхвърлени исковите за главници за 2017 г. и лихвите върху тях, поради сключената на въззивната инстанция спогодба; 2) да се обезсили в частта, с която са уважени исковите за главница за разликата над присъдените 378 936 лв., 3) да се отмени в частта, с която се уважени осъдителните искове по чл. 79, ал. 1 и чл. 86, ал. 1 ЗЗД, които да се отхвърлят, и 4) да се отмени в частта, с която на ищеца са присъдени разноси в размер на 27 332,59 лв.

• По разностите за производството

При този изход на спора право на присъждане на разноси има само ответника на осн. чл. 78, ал. 3 ГПК. Такива са доказани в размер на 8 366,22 лв. – за заплатената държавна такса по въззивната жалба. Ответникът изрично е заявил, че не претендира юрисконсултско възнаграждение, поради което такова не следва да се присъжда.

Така мотивиран Софийският апелативен съд,

[1] решение № 204/20.01.2020 г. по т.д. № 5056/2019 г., решение № 205/20.01.2020 г. по т.д. № 5614/2019 г., решение № 1466/28.09.2020 г. по т.д. № 2146/2020 г. на САС и др.

[2] така решение № 2/4.04.2006 г. по к.д. № 9/2005 г. на КС, решение № 10/13.09.2012 г. по к.д. № 15/2011 г. на КС и др.

[3] чл. 10 от ЗБДОО за 2021 г. (ДВ, бр. 107/18.12.2020 г.)

[4] § 6 от ПЗР на КСО.

[5] чл. 11 ЗБДОО за 2021 г.

[6] чл. 12 ЗБДОО за 2021 г.

[7] вж. решение № 169/16.02.2021 г. по т.д. № 1916/2019 г. на ВКС, II т.о.

РЕШИ:

ОБЕЗСИЛВА решението от 20.04.2021 г., поправено с решение от 23.07.2021 г., по т. д. № 1237/2019 г. на Софийския градски съд, VI-13 състав, **в частта**, с която ответникът Национална здравноосигурителна каса е осъден да заплати на ищеца „Многопрофилна болница за активна лечение – Ботевград“ ЕООД на осн. чл. 79, ал. 1 от ЗЗД сумата над 378 936 лв. до присъдените 399 641 лв., представляваща възнаграждение за оказана болнична медицинска помощ по клинични пътеки над договорения лимит за периода април – ноември 2018 г. и февруари – май 2019 г. по договор № 230477/25.05.2018 г.

ОБЕЗСИЛВА на осн. чл. 234 ГПК решението от 20.04.2021 г., поправено с решение от 23.07.2021 г., по т. д. № 1237/2019 г. на Софийския градски съд, VI-13 състав, **в частта**, с която са отхвърлени предявените от „Многопрофилна болница за активна лечение – Ботевград“ ЕООД срещу Национална здравноосигурителна каса искове за заплащане на извършена медицинска дейност за **2017 г.** и за лихвите за забава върху тези суми, както следва: **1) за сумата 34 143 лв.** за м. 03.2017 г., дължима по договор за оказване на болнична медицинска помощ по клинични пътеки № 230477/24.02.2015 г., ведно със законната лихва върху нея от подаване на исквата молба /1.07.2019 г./ до окончателното изплащане, **както и сумата 6 638,91 лв.** – законната лихва за периода от 1.08.2017 г. до 1.07.2019 г.; **2) за сумата 12 932 лв.** за м. 05.2017 г., дължима по договор за оказване на болнична медицинска помощ по клинични пътеки № 230477/3.05.2017 г., ведно със законната лихва върху нея от подаване на исквата молба /1.07.2019 г./ до окончателното изплащане, **както и сумата 2 514,55 лв.** – законната лихва за периода от 1.08.2017 г. до 1.07.2019 г.; **3) за сумата 4 095 лв.** за м. 06.2017 г., дължима по договор за оказване на болнична медицинска помощ по клинични пътеки № 230477/3.05.2017 г., ведно със законната лихва върху нея от подаване на исквата молба /1.07.2019 г./ до окончателното изплащане, **както и сумата 691,61 лв.** – законната лихва за периода от 1.11.2017 г. до 1.07.2019 г.; и **4) за сумата 2 466 лв.** за м. 10.2017 г., дължима по договор за оказване на болнична медицинска помощ по клинични пътеки № 230477/3.05.2017 г., ведно със законната лихва върху нея от подаване на исквата молба /1.07.2019 г./ до окончателното изплащане, **както и сумата 586,96 лв.** – законната лихва за периода от 1.02.2018 г. до 1.07.2019 г.,

ОТМЕНЯ решението от 20.04.2021 г., поправено с решение от 23.07.2021 г., по т. д. № 1237/2019 г. на Софийския градски съд, VI-13 състав, **в частта**, с която Националната здравноосигурителна каса е осъдена да заплати на „Многопрофилна болница за активна лечение – Ботевград“ ЕООД на осн. чл. 79, ал. 1 ЗЗД във вр. с чл. 59, ал. 1 ЗЗО: **1) на осн. чл. 79, ал. 1 ЗЗД във вр. с чл. 45, ал. 1, т. 3 ЗЗО сумата 378 936 лв.**, представляваща възнаграждение за оказана болнична медицинска помощ по клинични пътеки над договорения лимит за периода април – ноември 2018 г. и февруари – май 2019 г. по договор № 230477/25.05.2018 г., ведно със законната лихва от 31.07.2019 г. до окончателното изплащане и върху сумата 318 793 лв. за периода 2.07.2019 г. – 30.07.2019 г.; **2) на осн. чл. 86, ал. 1 ЗЗД сумата 18 670,01 лв.**, представляваща законната лихва върху същата главница; и **3) на осн. чл. 78, ал. 1 ГПК сумата 27 332,59 лв.** – разноски за производството пред СГС, вместо което постановява:

ОТХВЪРЛЯ предявените от „Многопрофилна болница за активна лечение – Ботевград“ ЕООД с ЕИК – 000770022, със седалище и адрес на управление – гр. Ботевград, ул. „Божко Божилов“ № 1, срещу Националната здравноосигурителна каса с адрес – гр. София, ул. „Кричим“ № 1: **1) икове по чл. 79, ал. 1 ЗЗД във вр. с чл. 45, ал. 1, т. 3 ЗЗО сумата 378 936 лв.**, представляваща възнаграждение за оказана болнична медицинска помощ по клинични пътеки над договорения лимит за периода април – ноември 2018 г. и февруари – май 2019 г. по договор №

230477/25.05.2018 г., ведно със законната лихва от 31.07.2019 г. до окончателното изплащане и върху сумата 318 793 лв. за периода 2.07.2019 г. – 30.07.2019 г.; **2) на осн. чл. 86, ал. 1 ЗЗД сумата 18 670,01 лв.,** представляваща законната лихва върху същата главница.

ОСЪЖДА „Многопрофилна болница за активна лечение – Ботевград“ ЕООД с ЕИК – 000770022, със седалище и адрес на управление – гр. Ботевград, ул. „Божко Божилов“ № 1, да заплати на Националната здравноосигурителна каса с адрес – гр. София, ул. „Кричим“ № 1, осн. чл. 78, ал. 3 от ГПК сумата 8 366,22 лв. – съдебни разноски за производството пред САС.

ОСТАВЯ БЕЗ УВАЖЕНИЕ искането на „Многопрофилна болница за активна лечение – Ботевград“ ЕООД за присъждане на разноски за въззивното производство.

Решението подлежи на обжалване пред Върховния касационен съд при условията на чл. 280 ГПК в 1-месечен срок от връчването му на страните.

Председател: _____

Членове:

1. _____

2. _____