

# РЕШЕНИЕ

№ 149

гр. София, 09.03.2022 г.

## В ИМЕТО НА НАРОДА

**АПЕЛАТИВЕН СЪД - СОФИЯ, 9-ТИ ТЪРГОВСКИ**, в публично заседание на трети ноември през две хиляди двадесет и първа година в следния състав:

Председател: Светла Станимирова

Членове: Рени Ковачка  
Васил Василев

при участието на секретаря Мария Ив. Крайнова  
като разгледа докладваното от Васил Василев Въззивно търговско дело № 20211001000582 по описа за 2021 година

Производството е по чл.267 и сл. от ГПК.

Делото е образувано по въззивна жалба от Национална здравноосигурителна каса,представявана от проф. д-р П. С. в качеството му на управител,адрес: ул. "Кричим" № 1, гр. София против Решение № 900472/31.03.2021 г. по т.д. № 5/2020 г. на Окръжен съд – Благоевград,с което касата е осъдена да заплати на „МБАЛ ПУЛС” АД, ЕИК 200110954, със седалище и адрес на управление: гр. Благоевград, ул."Славянска" № 62. представлявано от изпълнителния директор Д-р Д. И. дължимата по фактура №200001559/12.04.17г и спецификацията към нея, сума от 54 357лв, представляваща извършена болнична помощ по клинични пътеки на 70 здравноосигурени лица през март 2017г по договор №010633/27.02.15г, изм. с ДС№35/27.05.16г и ДС№55/16.02.17г, ведно със законната лихва, считано от датата на предявяване на исковата молба – 13.01.20г, до окончателното ѝ изплащане,сумата 14 902,89лв, представляваща мораторна лихва върху горната главница за периода 01.05.17г - 12.01.20г. и 6 370лв, представляващи направени по делото разноски.Поддържа се,че обжалваното решение е незаконосъобразно, поради следното:Съдът неправилно е приел, че НЗОК

следва да заплати претендиралиите от ищеца суми. Според чл.52, ал.1 от Конституцията на РБ 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 330 и в множество други нормативни актове от здравното законодателство. Заплащането на дейност, която надвишава стойността за съответния месец, посочена в Приложение № 2 към индивидуалния договор с изпълнителя на медицинска помощ, би било в противоречие и с разпоредбата на чл.119 от Закона за публичните финанси. Според него, не се допуска извършването на разходи или поемането на задължения, които влошават салдото по консолидираната фискална програма, освен в случаите, когато по предложение на Министерския съвет, Народното събрание е приело съответни изменения и допълнения в закона за държавния бюджет и/или в закона за бюджета на държавното обществено осигуряване, и/или в закона за бюджета на НЗОК за съответната година. Решаващият състав при постановяване на решението е пренебрегнал принципа на договорното начало, уреждащо отношенията между страните и е присъдил на ищеца сума, която не е договорно определена от страните, а напротив същата е над договорно определената стойност за процесния месец. Съгласно договорните клаузи на процесния договор, Възложителят заплаща отчетената дейност в рамките на утвърдените стойности, посочени в Приложение 2, неразделна част от подписания между страните договор. Безспорно се установи в първоинстанционното производство, че РЗОК - Благоевград своевременно е уведомила изпълнителя за извършените от него дейности, които надвишават определената стойност за процесния месец, за което самият изпълнител може да направи справка, чрез съответната електронна система - Персонализирана информационна система /ПИС/. Целта на съобщаването е да уведоми лечебното заведение, че изработеното над договорно определената стойност остава за сметка на лечебното заведение. Отчитането на тази дейност, не презюмира задължение за заплащане на същата. По процесния договор изпълнителят е извършил

дейност, която надвишава определената стойност за процесния месец /т.нар. надлимитна/, заплащането на която не се дължи от Възложителя. В конкретният случай трябва да се има предвид, че НЗОК заплаща единствено договорената и реално извършена медицинска дейност, които предпоставки следва да са налице кумулативно. Ако определена медицинска дейност реално е извършена от изпълнителя на медицинска помощ, както е в случая и не е спорно, но същата е извън договорената, което също не е спорно, т.е. извън предмета и предвижданията на индивидуалния договор между НЗОК и този изпълнител на медицинска помощ, плащане не се дължи. Да се приеме, че плащане е дължимо за всяка дейност, осъществена от изпълнителя на медицинска помощ, би означавало да се признае правото на този изпълнител по всяко време /едностранно/ да променя /в смисъл да разширява/ предмета на договора си с НЗОК, като не се съобразява с ограниченията, заложиени в същия, и с които страните са се съгласили изначално при подписването на договора. Затова всеки изпълнител на медицинска помощ е длъжен да се съобразява със съдържанието на своя договор с НЗОК. Излизането извън неговите рамки е допустимо само по един начин - чрез допълнително договаряне. Едностранното изменение /допълване/ на договора, каквато в случая е тезата на лечебното заведение - ищец, е недопустимо /арг. чл.59б, ал.5 ЗЗО/, В този смисъл, следва да се приеме, че излизането извън количествените рамки по договора, може да бъде счетено на практика, като извършване на дейност от изпълнителя, за която страните не са се договаряли. Като претендира възнаграждение за обем на изпълнени дейности над стойността, определена в Приложение № 2 към договора, ищецът сам признава, че поведението му не е съответно на договора. Задължения над размера посочен в Приложение № 2, възложителят - НЗОК не е поемал, а извън тях договорно основание за ангажиране на отговорността му за неизпълнение няма. Въпрос на финансова дисциплина и на правилно планиране на дейността на лечебното заведение е рационалното разпределяне на полагащите му се бюджетни средства. Ищеца няма правомощия да се разпорежда със средства от бюджета на НЗОК, които не са му определени със сключения договор. Ищецът не е единственото лечебно заведение, с което НЗОК има сключени договори за оказване на болнична медицинска помощ. В тази връзка, несъстоятелно е приетото от съда, че НЗОК дължи плащане на всички дейности, извършени от едно лечебно заведение. Лечебните заведения

в частност ищецът, са юридически лица, по смисъла на ТЗ и като такива разполагат със собствен бюджет и средства. В чл.96 от Закон за лечебните заведения /ЗЛЗ/ са посочени, източниците на финансиране на лечебните заведения и НЗОК е само един от тях. В чл.97 от ЗЛЗ са посочени източниците, от които се формират приходите на лечебното заведение и договорите за оказана медицинска помощ са само един от тях. Ако се приеме, че 100% от дейността на лечебното заведение следва да бъде финансирана от НЗОК, включително със средства от финансовия ѝ резерв, изпадаме в парадоксалната ситуация НЗОК - юридическо лице на бюджетна издръжка, да е задължено да финансира 100% от дейността на всички лечебни заведения в страната, т.е, НЗОК да заплаща нелимитирана, неограничена сума на всички лечебни заведения, многократно надвишаваща определения ѝ бюджет. Обществените отношения, свързани със здравното осигуряване и ползването на медицинска помощ са предмет на регулиране от ЗЗО, разпоредбата на чл.2 от който, дефинира задължителното здравно осигуряване като дейност по управление и разходване на средствата от задължителни здравноосигурителни вноски за закупуване на здравни дейности, което се осъществява от НЗОК. Задължителното здравно осигуряване предоставя пакет от здравни дейности, гарантиран от бюджета на НЗОК, което означава, че на този държавен орган е възложено да закупува от изпълнителите на медицинска помощ пакет здравни дейности, определени по вид, обем, цена и качество. Съгласно чл.55а от ЗЗО НЗОК планира, договаря и закупува за здравноосигурените лица медицинска помощ по чл.55, ал.2, т.2 от ЗЗО /описаните в чл.45 от ЗЗО видове медицинска помощ, които според алинея 2 се определят като пакет, гарантиран от бюджета на НЗОК/ в рамките на обемите, договорени в националните рамкови договори и в съответствие с бюджета на НЗОК за съответната година. НЗОК е създадена като специализиран орган, за което разполага със самостоятелен бюджет, който се формира и изразходва по точно определен начин в /чл.6, чл.22 - 32 от ЗЗО/. Бюджетът на НЗОК е основен финансов план за набиране и разходване на паричните средства на задължителното здравно осигуряване и е отделен от държавния бюджет. Годишната стойност на разходите за видовете медицинска помощ, изплащана от НЗОК, са неразделна част от бюджета на НЗОК за съответната година - чл.22 от ЗЗО. Бюджетът, като финансов план предполага и изисква строга бюджетна дисциплина. Затова чл.24, т.1 от ЗЗО

гласи: средствата на НЗОК се разходват за заплащане на медицинска помощ, договорена с НРД и с договорите с изпълнителите. Това правило несъмнено има императивен характер и според него се заплаща не всяка медицинска помощ, а само договорената, т. е. тази, която е предвидена с бюджета като финансов план. Нормата на чл.4, ал.1 от Закона за бюджета на НЗОК /ЗБНЗОК/ за 2017 г. /приложим за спорното правоотношение/ предвижда в рамките на предвидените със закона стойности Надзорния съвет /НС/ на НЗОК да утвърди за всяка РЗОК годишна обща стойност на разходите за здравноосигурителни плащания, разпределена по месеци, а РЗОК да разпределят утвърдените стойности на разходите по тази алинея по изпълнителите на болнична медицинска помощ по месеци. Изпълнението на дейностите се наблюдава, анализира и контролира ежемесечно и на тримесечие. Изпълнението на закона е възложено на органите на управление на НЗОК, а на Надзорния съвет е предоставена компетентност да приема съответните правила за прилагане на ЗБНЗОК за 2017 година. Изрично в чл.4, ал.1, т.2, б. "б." от ЗБНЗОК за 2017 г. е регламентирано директорите на РЗОК да закупуват от изпълнителите на болнична медицинска помощ здравни дейности от пакета по чл.2, ал. 1 от ЗЗО в рамките на обемите и стойностите на разпределените им годишни бюджети. Видно от посочената разпоредба, законодателят е установил задължителни стойности за дейностите за болнична медицинска помощ за всеки изпълнител на болнична помощ /т. е., за всяко лечебно заведение, сключило договор с НЗОК за оказване на болнична медицинска помощ/. В нормативен акт с ранг на закон е предвидено закупуването на здравни дейности да се осъществява в рамките на разпределения на РЗОК за съответния период разходи, т.е. заплащането на стойността на извършена медицинска дейност не е неограничено, а нарочно регулирано - в рамките на административно разпределени обеми. Това ограничаване не нарушава правото на здравноосигурените лица на достъп до медицински услуги, а тъкмо обратното - осигурява и обезпечава това право, като регулира законово държавното финансиране на здравеопазването по начин, че заплащането му да се осъществява регулярно в рамките на бюджетната година. Това е така, защото като всяка бюджетно обезпечена функция и закупуването на здравни дейности по смисъла на ЗЗО налага необходимост от планиране и контрол за ефикасно и ефективно използване на средствата, които не са неограничени. От тази гледна точка финансовият план

/бюджет/ и предписаните от закона правила за изпълнението му са предпоставка за регулярното извършване на финансови плащания срещу предоставените на здравноосигурени лица медицински услуги.

Закупуването на неограничени по обем здравни услуги /надлимитни такива/ с ограничени и предварително рамкирани /бюджетни/ средства е икономически неосъществимо и затова нормативната уредба предвижда правила за изпълнение на разходната част на бюджета на НЗОК. В този смисъл установените правила в сключения между страните договор за заплащане на извършената болнична помощ в рамките на суми, за които изпълнителят-ищец е дал изричното си съгласие да бъдат в определените в приложение № 2 обеми, не са нищожни, тъй като не противоречат на повелителни правни норми, както се твърди в исковата молба, а са израз на съобразяването на страните с такива именно норми. Самият ЗЗО в чл.58 - чл.62 очертава предметните рамки на индивидуалния договор, сключван между НЗОК, представлявана от РЗОК и съответния изпълнител на медицинска помощ, който при всички положения следва да е в съответствие с НРД и със самия ЗЗО. Предвиденият ред за регламентиране финансирането на конституционното прогламираното социално право на достъпно здравеопазване изключва пълната свободата на договаряне, като сключеният между страните договор за оказване на болнична помощ по КП следва да се тълкува в контекста на нормативно утвърдените финансови отношения между тях. След като договорът е съобразен с бюджета на НЗОК и с неговите принципи на финансиране, отчитане и заплащане на дейностите, то той не би могло да се яви противозаконен. Бюджетът на НЗОК се установява със закон и спазването му е гаранция за валидност на договорните клаузи, а не основание за тяхната нищожност. Сключеният между НЗОК и „МБАЛ Пулс“ АД договор за оказване на болнична помощ по КП, на който се основават исквете, не само не противоречи на закона, а тъкмо обратното същият е в изпълнение на законовите изисквания, включително относно определянето на годишна и месечни стойности на медицинските дейности, посочени в Приложение № 2, представляващо неразделна част от договора. Поддържа се, че претенцията за заплащане на медицинска дейност, чиято стойност надвишава определената в Приложение № 2 към договора се явява неоснователна, а решението на Окръжен съд - Благоевград, постановено в обратния смисъл, неправилно поради неправилно приложение на материалния закон. Поради

това се иска обжалваното решение да бъде отменено и вместо него бъде постановено решение, с което предявените искове бъдат охвърлени. Претендират се направените по делото разноски.

От страна на ответника по жалбата „МБАЛ ПУЛС” АД, ЕИК 200110954, със седалище и адрес на управление: гр. Благоевград, ул. "Славянска" № 62. представлявано от изпълнителния директор д-р Д. И. е постъпил отговор, с който се оспорва подадената жалба. Поддържа се, че по делото са представени многобройни писмени доказателства, които разгледани както поотделно, така и в съвкупност, не установяват противоречиви факти и обстоятелства, а точно обратното: че по силата на Договор №010633/27.02.2015г., изменен с Допълнителни споразумения №35/27.05.2016г. и №55/16.02.2017г. между страните е налице облигационно отношение по възлагане изпълнението на медицински дейности срещу заплащане; че медицинските дейности предмет на иска са извършени от ищеца по дело и съобразно договореното са отчетени и приети в своята цялост и съвкупност от ответника, като по отношение на тях не са констатирани непълноти и нарушения, което се установява в хода на няколко проверки, извършени през 2017г. и 2020г.; че същите са престирани на здравноосигурени лица и по КП, включени в предмета на договора и част от пакета здравни дейности, гарантирани от бюджета на НЗОК, за които страните са договорили единични стойности; че в 64 от процесиите 70 случая болничната помощ е оказана в условията на спешност. Фактическите твърдения на ищеца не се оспорват от ответника, като от доказателствата по делото се установява, че за процесиите случаи, въпреки надлежното им отчитане и приемане от ответника, плащане липсва. Неоснователно е твърдението на жалбоподателя за неправилност на постановения съдебен акт по отношение на извода за дължимо плащане от страна на ответника за оказаната болнична медицинска помощ на процесиите 70 здравноосигурени лица. Видно от мотивите на постановеното решение, съдът правилно е приел, че с оглед вменените на ищеца задължения по договора, действащата нормативна уредба и законовогарантираните права на осигурените лица, липсва правна възможност лечебното заведение да откаже предоставянето на медицинска помощ на здравноосигурените лица на каквото и да е основание, в т.ч. и поради изчерпване на определените средства от лимитирания бюджет. В договора не е предвидена възможност след изчерпване на тези средства болницата да прекрати извършването на

дейностите, за които е сключила договор. Отказът на НЗОК да заплати за извършените дейности по клинични пътеки със средства, заложи в бюджета на Касата, не е нормативно установен. Напротив, анализирайки нормите на Закона за здравното осигуряване /чл.4, чл.5, чл.35, чл.55/, съдът стига до извод, че уговорените от НЗОК в процесния договор лимити на заплащане противоречат на залегналите в чл.5 от 330 принципи на гарантирани от закона здравни дейности на осигурените лица и свободен достъп на здравноосигурените лица до медицинска помощ при свободен избор на изпълнител. След като процесиите дейности са осъществени от ищеца в изпълнение на поетите от него договорни задължения и по отношение на правоимащи здравноосигурени лица, то същият се явява изправна страна по договора и следва да бъде възмезден за извършената престация именно на договорно основание, поради което е неоснователни са твърденията на въззивника, че процесиите дейности попадат извън предмета на договора. Между страните по облигационното правоотношение не е договорен лимит на медицинската дейност осъществявана от ищеца, поради което не може да се приеме, че е налице лимит на финансовата отговорност на ответника за заплащане на същата тази възложена дейност. Обратното разбиране би довело до ограничаване на правата на здравноосигурените лица, гарантирани от КРБ, 330 и 33 за свободен, равен достъп до здравни грижи в рамките на пакета гарантиран от НЗОК, включително и по отношение избора на медицинско заведение, където да се осъществи необходимата им медицинска помощ.

Поради това се иска обжалваното решение да бъде потвърдено като бъдат присъдени направените по делото разноски

Софийският апелативен съд, като взе предвид подадената въззивна жалба, съдържащите се в същата оплаквания, съобразявайки събраните по делото доказателства намира следното от фактическа и правна страна:

Въззивната жалба е подадена в срока по [чл. 259, ал. 1 от ГПК](#) от жалбоподателя, у когото е налице правен интерес от обжалването, срещу подлежащ на оспорване съдебен акт, поради което е допустима и следва да бъдат разгледана по същество.

Първоинстанционното производство е образувано по искова молба от „МБАЛ ПУЛС“ АД, ЕИК 200110954 против Национална



здравноосигурителна каса, със седалище и адрес на управление в гр.София.Поддържа се, че по силата на сключен на 27.02.15г с ответника договор за оказване на болнична помощ по клинични пътеки, болницата се е задължила да оказва медицинска помощ при подробно описаните условия.Твърди се, че през март 2017г болницата е оказала болнична медицинска помощ на 70 здравно осигурени лица, като лечението им е проведено по клинични пътеки,включени в предмета на договора и част от основния пакет от здравни дейности, гарантиран от бюджета на НЗОК, също подробно посочени.За извършените дейности ищеца е издал фактура №200000/12.04.17г и спецификация към същата на стойност 54 357лв, които заедно със всички изискуеми първични медицински и финансови документи във връзка с проведеното лечение на горните пациенти са предоставени на ответника.Плащане според договореностите е следвало да се извърши до 30.04.17г. но такова не било извършено и до момента на подаване на исковата молба.След тази дата НЗОК е изпаднала в забава и до предявяване на исковата молба дължи сумата от 14 904,07лв.Поради това иска осъждането на ответника да заплати сумата от 54 357лв, представляваща извършена през месец март 2017г болнична помощ по клинични пътеки по договора, ведно със законната лихва,считано от датата на предявяване на иска до окончателното ѝ изплащане, както сумата от 14 904,07лв, представляваща обезщетение за забавено плащане на главницата за периода 01.05.17г – 12.01.20г.

В отговора ответника оспорва исковете като неоснователни. Не се оспорва сключването на описания от ищеца договор,но се поддържа, че липсва правно основание за заплащане на исковите суми през процесния период.Поддържа се,че сочената от ищеца фактура не е приета от ответника, не е подписана от техен представител и не е осчетоводена.Поддържа се, че разпределението на полагащите се на ищеца бюджетни средства е въпрос на финансова дисциплина и правилно планиране на дейността на лечебното заведение.НЗОК ежеседмично е уведомявала болницата за достигнатото изпълнение на съответните месечни стойности, което е било достатъчен сигнал, че при възприетия темп на прием преди края на месеца ще надхвърли 100%.Поради това намира, че не дължи плащане както на главницата, така и на лихвата за забава, развивайки подробни съображения, основани на договора с неговите изменения, нормативната база и установените

практики.Претендират се направените по делото разноски.

За да постанови обжалваното решение БлОС приел за установено следното от фактическа страна:С договор №010633/27.02.15г за оказване на болнична помощ по клинични пътеки НЗОК възложила на ищцовото дружество на осн.чл.59, ал.1 ЗЗО и в съответствие с националния рамков договор за медицинска дейност, оказването на подробно описаните категории лица, в т.ч. и здравноосигурени лица, болнична медицинска помощ по клинични пътеки от приложение №5 към член единствен от Наредба №40/24.11.04г за определяне на основания пакет от здравни дейности, гарантирани от бюджета на НЗОК, при подробно уговорените условия.Не е спорно по делото, че за месец март 2017г ищцовото АД е оказало болнична медицинска помощ по договорените клинични пътеки на 70 здравноосигурени лица с непрекъснати здравноосигурителни права.

По фактура №1559/12.04.17г извършените медицински дейности са остойностени 54 357лв.По делото е назначена въвебно-счетоводната експертиза,съгласно заключението,на която клиничните пътеки и техните цени по фактурата и спецификацията отговарят на уговорените с договора.Същите са извършени на 70 здравноосигурени лица,включени са в ежедневните електронни отчети на дружеството към НЗОК и са успешно приети и обработени от касата, наред с останалите медицински дейности за март 2017г.По делото не са ангажирани доказателства,че сумата от 54 357лв не е заплатена от ответника.Съгласно заключението цените по отделните клинични пътеки съответстват на посочените в Решение №РД-НС-04-7-1/11.01.17г на НС на НЗОК, обн. в ДВ,бр.8/24.01.17г и актуалният ценоразпис на ищцовото АД.От въпросните 70 пациенти, 6 са приети планово и дължимите за тях суми възлизат на 4 074лв, а останалите 64 са приети по спешност, като стойността за тях е 50 283лв.Установени са също пациенти, изписани през март 2017г на едни дати, но включени в отчетите за други дни от същият месец или в следващия, както и приемането на пациенти по една КП и изписани по друга.Съгласно заключението мораторната лихва върху исковата сума от 54 357лв за периода 01.05.17г – 12.01.20г. на 14 902,89лв.

За да уважи иска и да постанови обжалваното решение съдът е приел от правна страна,че уважаването на иска за реално изпълнение по арг. на чл.79, ал.1 ЗЗД,вр. с чл.59, ал.1 ЗЗО се обуславя от наличието на следните

предпоставки: съществуването на облигационно отношение, неизпълнение на задълженията по него и реалното изпълнение все още да е възможно. По делото е установено, че между страните са налице облигационни отношения във връзка с представения договор №010633/27.02.15г за оказване на болнична помощ по клинични пътеки, сключен на осн.чл.59, ал.1 ЗЗО и в съответствие с националния рамков договор за медицинска дейност. От представените по делото доказателства се установява реалното извършване от ищцовото дружество през март 2017г на описаните медицински дейности на въпросните 70 здварноосигурени лица, съгласно изискванията на договора. Пова обстоятелство се установява от констатациите на вещото лице и представените писмени доказателства, досежно документирането на дейностите и тяхното отчитане. Спора по делото е дали възложителя дължи на изпълнителя плащане на реално извършените и отчетени дейности съгласно сключения договор когато стойността им е над нормативно и договорно определените и надхвърля ищцовата бюджетна рамка.

Съдът е приел, че сключеният между страните договор отговаря на изискванията на чл.55, ал.2, т.1 ЗЗО и е сключен за осъществяването на дейността по оказване на медицинска помощ в съответствие с гарантирания пакет по чл.45 от ЗЗО. Съгласно нормативната уредба държавата закриля здравето на гражданите, като дължи финансовото му обезпечаване, гарантиращо на всички български граждани равен достъп до медицинска помощ и безплатно ползване на медицинско обслужване, при условия и ред, определени със закон. Провеждането на държавната политика в здравето осигуряване и свързаните с него обществени отношения по арг. на чл.6, ал.1 ЗЗО са възложени на НЗОК. Оттук и отговорността на ответната страна да обезпечи финансов ресурс, гарантиращ на здварноосигурените лица своевременен достъп до здравеопазване и пакета медицински дейности, които в случая са избрали да получат от ищцовото АД. Уговорените в процесния договор лимити на заплащаните от НЗОК дейности, противоречи на залегналите в чл.5 ЗЗО принципи: пакет от здравни дейности, гарантиран от бюджета на НЗОК и свободен избор от осигурените на изпълнители на медицинска помощ. Отделно води до ограничаване и на гарантирания с чл.4 ЗЗО свободен достъп на осигурените лица до медицинска помощ. Съдът е приел, че това е така, тъй като изчерпването на договорения лимит практически изключва възможността болничното заведение да предостави

търсената медицинска помощ на избраните го здравноосигурени лица, която иначе е договорно задължено да предоставя. Аналогично е положението и с предвидената в чл.22 от Наредбата за осъществяване правото на достъп до медицинска помощ листа на чакащите за всяка клиника и/или отделение, в която се включват всички подлежащи на хоспитализация, без спешните. В определени хипотези такова поведение е равносилно на виновно неизпълнение на договорно задължение, водещо до ангажиране отговорността ѝ, което страната може да избегне само и единствено като предостави исканата от здравноосигурените лица медицинска услуга.

Съдът е приел, че за ищцовото дружество е липсвало правна възможност да откаже предоставянето медицинска помощ на въпросните 70 лица през март 2017г, заради изчерпаните средства от лимитирания бюджет. Превिшаването на разпределеният лимит не може да се квалифицира като виновно поведение, а ищеца като неизправна страна по договор. Обсъждането на клаузите досежно задълженията на изпълнителя, по отделно и във връзка с останалите законово разписаните му функции, задължаващи го да организира непрекъсната 24-часова лечебна дейност, без възможност за прекратяване или ограничаване на приема, както и да търси заплащане, респ. доплащане от здравноосигурените лица, допълнително индицира изправността на ищцовото АД. Оттук и несъстоятелността на изложените в тази връзка доводи на ответната страна. Поради това и съдът е уважил предявените искове.

Съдът е приел, че се явяват нищожни по см. на чл.26, ал.1, пр.1 ЗЗД клаузите в договора, които не позволяват на изпълнителя да отчита дейности, лекарствени продукти или медицински изделия на стойности, надвишаващи тези за съответния месец в Приложение №2 и оправомощават възложителя да не ги плаща на изпълнителя, понеже противоречат на действалите по това време императивни правни норми – чл.4, ал.1, чл.55, ал.3, т.т.2,5 и 6, чл.35, т.1 ЗЗО (редакцията определи изм. с ДВ, бр.48/27.06.15г), вр. с чл.26, ал.2 и чл.25 ЗЗО. Същевременно клаузата, предвиждаща плащане само на извършената и отчетена дейност, която е в рамките на стойностите от Приложение №2 не е нищожна по см. на чл.26, ал.1, пр.1 ЗЗД, тъй като не противоречи на императивни законови разпоредби от ЗЗО и съответства на чл.4, ал.1, т.2 ЗБНЗОК за 2015г и чл.29, ал.1 Н. за 2015г. Тя обаче не обуславя неоснователност на исквата претенция, щом медицинските дейности и

вложени медицински изделия са в обхвата на гарантирания от бюджета на ответника основен пакет здравни дейности (вж.Р№152/02.02.21г по т.д. №385/20г, II ГО;Р№169/16.02.21г по т.д.№1916/19г, II ГО; Опр. №176/17.03.21г по т.д.№685/20г; Опр.№94/26.02.21г по т.д.№626/20г на ТК на ВКС и др.).

Софийският апелативен съд счита,че обжалваното решение е правилно и законосъобразно,поради което следва да бъде потвърдено. Атакуваното решение е валидно и допустимо, поради което съдът е обвързан от направените от жалбоподателя оплаквания в жалбата.

Съгласно чл.29, ал.1 Националния рамков договор, действащ за периода до месец април на 2017г. изпълнителите на медицинска помощ имат право да получат в срок и в пълен размер заплащане за извършените дейности при условията и по реда на сключения между страните договор. Съгласно договорите между страните Националната здравноосигурителна каса заплаща ежемесечно договорената, извършената и отчетената дейност от ищеца - изпълнител от обхвата на пакета от здравни дейности, за които са сключени договорите. Страните не спорят, а от представените писмени доказателства се установяват следните факти: съществуване на правоотношение, възникнало от процесния договор; извършена и отчетена по реда, предвиден в договора от ищеца медицинска дейност, която надхвърля стойностите, дефинирани в приложение № 2 към договорите; извършване на отчетената медицинска дейност така, както е заявена пред РЗОК, размерът на цените за медицинските услуги и липсата на плащане при изпълнени предпоставки за надлежно отчитане и заявяване от изпълнителя. За тези факти са представени и писмени доказателства.

Спорен по делото е въпросът дължи ли се такова заплащане от възложителя, с оглед въведеното от него в предмета на спора възражение, че дейностите са извършени извън нормативно и договорно определените месечни лимити и липсва договорно и нормативно предвидена възможност за тяхното заплащане.

Не се спори и видно от процесния договор, страните са се съгласили, че задължението на Национална здравноосигурителна каса да заплаща

осъществената от ищеца медицинска дейност, е определено на месечна база, конкретизирана по клинични пътеки в приложение № 2 към договора. Следователно в случай, че извършването на медицинска болнична помощ от ищеца надхвърли уговорените стойности, за ответника не възниква задължение за заплащането на тази дейност по обичайния, предвиден в договора ред, а именно - при подаване на и въз основа единствено на месечните отчети. За извършената и отчетена извънлимитна медицинска дейност законодателството и договорът между страните предвижда друг ред за заплащане – с решение на НС на НЗОК. Годишната обща стойност на разходите за болнична медицинска помощ за 2017 г. се определя по правила, регламентирани в чл.4 от ЗБНЗОК за 2017 г., съгласно който в рамките на стойностите по чл. 1, ал. 2 Националната здравноосигурителна каса определя за всяка районна здравноосигурителна каса годишна обща стойност на разходите, разпределена по месеци, а районните здравноосигурителни каси определят стойността за дейностите по тази алинея към договорите с изпълнителите на болнична медицинска помощ, разпределени по месеци. Тези стойности се утвърждават от Надзорния съвет на НЗОК - чл. 4, ал.1, т.1, б. "а" ЗБНЗОК 2017 г. Законът за бюджета на Националната здравноосигурителна каса за 2017 г. е предвидил и възможност определените първоначално стойности на разходите да бъдат коригирани – чл.4, ал.1, т.1, б. "б" от Закона за бюджета на Националната здравноосигурителна каса за 2017 г. Задължението на ответника по чл.40, ал.3 от процесния договор за заплащане на извършената над определените в договора лимити медицинска дейност е свързано и кореспондира с възможността за коригиране на първоначално определените стойности по договора съобразно Закона за бюджета на Националната здравноосигурителна каса за 2017 г. Следователно по договорите между страните съществува задължение на ответника да заплати и извършената надлимитна дейност като реда за това е вземане на решение от страна на НС на НЗОК, каквато възможност НС има по чл.4, ал.1, т.1, б. "б" от Закона за бюджета на Националната здравноосигурителна каса за 2017 г. Процесният договор ограничава заплащането на осъществена над предвидения в него лимит медицинска дейност що се касае до заплащането ѝ само и единствено въз основа на отчетните документи. За тази осъществена над лимита по договора медицинска дейност /в т.ч. медицински изделия и лекарствени средства/ е предвидено също, че се заплаща, но по друг ред – с

решение на Надзорния съвет на НЗОК. Следователно договорът между страните не ограничава заплащането на извършената медицинска дейност над определените в него лимити, а свързва това с друг ред за заплащането ѝ като ограничение в това отношение е единствено това да е в съответствие с разпоредбите и в рамките на параметрите по ЗБНОК за 2017 г. В приетите Правила за условията и реда за прилагане на чл. 4, ал. 1-3 от Закона за бюджета на Националната здравноосигурителна каса за 2017 г., в чл.16 и чл.17 е предвиден редът, по който се заплащат извършените дейности. Както беше посочено, с договора не се ограничава възможността за заплащане на оказаната медицинска помощ на здравно-осигурени лица, а се предвиждат два отделни механизма за това заплащане – такъв за договорените обеми дейности по приложение 2 към договорите и отделен за извършените дейности над определените с приложение 2 лимити. В договора между страните е уговорено, че ищецът е длъжен да осигурява договорената болнична медицинска помощ на здравно осигурените лица /чл.1, чл.5, т.1/; да спазва правата на здравноосигурените лица и на пациента, регламентирани в ЗЗО и ЗЗ и да осигурява условия, които гарантират спазването на тези права /чл.5, т.14 и т.15/. В чл. 5 от ЗЗО са уредени основните принципи на задължителното здравно осигуряване, между които: отговорност на осигурените за собственото им здраве; равнопоставеност на осигурените при ползването на медицинска помощ и свободен избор от осигурените на изпълнители на медицинска помощ. В чл. 35 от ЗЗО е регламентирано, че задължително осигурените имат право да получават медицинска помощ в обхвата на основния пакет от здравни дейности, гарантиран от бюджета на НЗОК и да избират лекар от лечебно заведение за първична медицинска помощ, сключило договор с РЗОК. Законът дава право на здравноосигурените лица срещу задължителното им участие при набиране на здравните вноски да получат медицинска помощ като изберат болничното заведение и лекуващия лекар. За да осигури това право на здравноосигурените лица НЗОК е длъжна да осигури бюджет, като заплати разходите за лечението на това лице в която болница то е избрало да се лекува. Клаузите на договорите между страните, лимитиращи задължението на НЗОК да заплаща само фактури, чиято месечна стойност не надвишава утвърдения болничен бюджет са в противоречие и изискванията на ЗЗО и предвидените в него права на здравноосигурените лица. Настоящият съдебен състав съобразява и формираната практика на

Върховния касационен съд по въпросите във връзка със задължението на НЗОК за заплащане на медицинска дейност и вложени медицински изделия, надхвърлящи стойностите по Приложение № 2 към индивидуален договор за оказване на болнична помощ, и валидността на клаузата в такъв договор, ограничаваща дължимите плащания до определените в посоченото приложение стойности. С решение № 169 от 16.02.2021 г. по т. д. № 1916/2019 г. на ВКС, II т. о., постановено по реда на чл. 290 ГПК. В него е прието, че уговорената в сключения между НЗОК и изпълнител на медицинска помощ индивидуален договор за оказване на болнична помощ клауза, съгласно която на изпълнителя се заплаща извършената и отчетена дейност по клинични пътеки, само ако е в рамките на стойностите по Приложение № 2, не е нищожна на основание чл. 26, ал. 1, предл. 1 ЗЗД. Посочената договорна клауза обаче няма за последица отхвърляне за плащане на медицинската дейност и вложените медицински изделия, когато са в обхвата на гарантирания от бюджета на НЗОК основен пакет здравни дейности. В решението е подчертано, че здравноосигурените лица не са страна по Националния рамков договор за медицинските дейности, нито по договора за приемане на обеми и цени на медицинската помощ по чл. 55, ал. 2, т. 2 ЗЗО. Те имат право на свободен достъп до медицинска помощ чрез определен по вид, обхват и обем пакет от здравни дейности, както и свободен избор на изпълнител, сключил договор с РЗОК /чл. 4, ал. 1 и чл. 35, т. 1 ЗЗО/, а НЗОК е длъжна да заплаща всички здравни дейности в обхвата на този пакет /чл. 45, ал. 1 ЗЗО/ на съответния изпълнител, предоставил медицинската помощ на здравноосигуреното лице. В случай, че общата стойност на извършените от всички изпълнители дейности не надхвърля бюджета на НЗОК за съответната година, включително резерва, предвиден в него, липсва основание да се откаже плащане на надлимитната дейност за съответния месец на конкретния изпълнител. 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 разпределените на изпълнителите лимитирани бюджети. Предвидените в договорите между РЗОК и изпълнителите стойности на медицинските дейности са прогнозни и не изключват заплащането на престиранияте от лечебното заведение медицински дейности по чл. 45 ЗЗО при превишаване на месечния лимит.



Съгласно решението 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 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. В цитираното решение е прието, че уговорените в индивидуалния договор за оказване на болнична помощ договор между РЗОК и изпълнител на медицинска помощ клаузи, съгласно които не се разрешава на изпълнителя да отчита с финансово-отчетни документи дейности, лекарствени продукти или медицински изделия на стойности, надвишаващи стойностите за съответния месец в Приложение № 2, и се дава право на възложителя да не извършва плащане на изпълнителя, когато сумите по фактурите и спецификациите надвишават стойностите за съответния месец в приложение № 2, са нищожни на основание чл. 26, ал. 1, предл. 1 ЗЗД като противоречащи на императивни правни норми – чл. 4, ал. 1, чл. 55, ал. 3, т. 2 и чл. 35, т. 1 ЗЗО във връзка с чл. 26, ал. 2 и чл. 25 ЗЗО. НЗОК не може да откаже заплащането на осъществената медицинска помощ и вложените медицински изделия за процесния период от ищеца, независимо от обстоятелството, че са извън посочените в Приложение № 2 лимити и тези изводи съответстват на дадените с цитираното решение на ВКС разрешения. Аналогични на изложените от въззивния съд съображения са развити и в постановеното, макар и по друг правен въпрос, решение № 152 от 2.02.2021 г. по т. д. № 385/2020 г. на ВКС, II т. о.

С оглед на горното обжалваното решение следва да бъде потвърдено.

Предвид решението по спора и на основание чл. 78, ал. 3 във връзка с чл. 273 от ГПК жалбоподателят следва да бъде осъден да заплати на ответника по жалбата направените по делото разноски за адвокатско възнаграждение в размер на 3 200 лв.

Водим от горното Софийският апелативен съд

## **РЕШИ:**

Потвърждава Решение № 900472/31.03.2021 г. по т.д. № 5/2020 г. на  
Окръжен съд – Благоевград.

Осъжда Национална здравноосигурителна каса,представявана от проф.  
д-р П. С. в качеството му на управител,адрес: ул. “Кричим” № 1, гр. София и  
ЕИК 200110954 да заплати на „МБАЛ ПУЛС” АД, ЕИК 200110954, със  
седалище и адрес на управление: гр. Благоевград, ул."Славянска" № 62.  
представявано от изпълнителния директор д-р Д. И. направените по делото  
разноски за адвокатско възнаграждение в размер на 3 200лв.

Решението може да бъде обжалвано с касационна жалба при условията по  
чл.280,ал.1 от ГПК пред ВКС в едномесечен срок от връчването на препис на  
страните.

**Председател:** \_\_\_\_\_

**Членове:**

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

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