

# РЕШЕНИЕ

№ 67

гр. Пловдив, 07.02.2022 г.

## В ИМЕТО НА НАРОДА

**АПЕЛАТИВЕН СЪД – ПЛОВДИВ, 2-РИ ТЪРГОВСКИ СЪСТАВ**, в  
публично заседание на трети декември през две хиляди двадесет и първа  
година в следния състав:

Председател: Нестор Сп. Спасов

Членове: Емилия Ат. Брусева  
Радка Д. Чолакова

при участието на секретаря Катя Н. Митева  
като разгледа докладваното от Нестор Сп. Спасов Въззивно търговско дело  
№ 20215001000725 по описа за 2021 година

Производство по чл.258 и сл. от ГПК.

Повод за започването му е изходяща от Н.з.к., гр.С., ул. „К.“ №\*  
въззивна жалба против постановеното по т. дело № 175/2020 г. на С. окръжен  
съд решение в частта, с която Н.з.к., гр.С., ул. „К.“ №\* е осъдена да заплати на  
МБАЛ „Т.“ ЕООД, ЕИК \*\*\*\*\*, гр. С.З., бул. „Св. П.Е.“ №\*\* следното:

1. общата сума от 125 535 лв., ведно със законната лихва от датата на  
подаване на исковата молба в съда на 07.07. 2020г., до окончателното ѝ  
заплащане, която сума представлява стойността на извършена от МБАЛ „Т.“  
ЕООД през месец март 2017 г. болнична помощ по клинични пътеки по  
Договор №\*\*\*\*\*/24.02.2015 г. и последващи допълнителни споразумения  
към него за оказване на болнична помощ по КП, стойността на вложени за  
лечението на здравноосигурени пациенти медицински изделия подлежащи на  
заплащане извън стойността на КП и стойността на изпълнени, но  
незаплатени амбулаторни процедури по договор за извършване на  
амбулаторни процедури №\*\*\*\*\*/27.05.2016 г. и равняваща се на сбора от  
следните суми:

- 117 862 лв., представляващи стойността на оказана болнична помощ на 139 пациенти - български граждани с непрекъснати здравноосигурителни права в деня на хоспитализацията им, като е била проведена диагностика и лечение на тези пациенти по клинични пътеки, които са включени в предмета на договора, както следва: КП с № 17, 19.1, 20, 25, 26, 29, 32, 33, 48, 50, 56, 68, 69, 71, 73, 74, 76, 78.1, 79, 113.2, 123, 124, 127, 130, 133, 134, 137, 138, 139, 140, 145, 147, 159, 160, 162, 163, 171, 175, 179, 182, 184, 185, 187, 194, 217, 220, 222, 227, 229 и 265,

- 6 753 лв. за незаплатените дейности по амбулаторни процедури и за амбулаторна процедура „предсрочно изпълнение на дейности по КП“, от които 4 изпълнени, но незаплатени Апр. № 99 за предсрочно изпълнена клинична пътека № 17 общо на стойност 3000 лв. и 3 753 лв. за изпълнение на амбулаторни процедури № 18,19, 21 и 22 за лечението на 15 здравноосигурени лица,

- 920 лв. за вложени при лечението на 1 здравноосигурен пациент през м. март 2017 медицински изделия по КП/АПр с № 26, стойността на които се заплаща от Н. извън цената на клиничната пътека,

2. 32 011,42 лв. обезщетение за забава по чл. 86 ЗЗД върху главницата от 125 535 лв., за периода от 01.01.2018 г. до 06.07. 2020 г.

3. 6301,85 лв. разноски по делото за държавна такса съразмерно с уважената част от исковете.

В жалбата се излагат подробни съображения за неправилност и незаконосъобразност на първоинстанционния съдебен акт, иска се отмяната му и постановяване на решение отхвърлящо исковете.

Въззиваемата страна изразява становище за неоснователност на жалбата.

Съдът, като се запозна с акта предмет на обжалване и събраните доказателства намери за установено следното:

На 08.07.2020 г. в С. окръжен съд е постъпила изходяща от МБАЛ „Т.“ ЕООД, ЕИК \*\*\*\*\*, гр. С.З. искова молба против Н.зк..

В обстоятелствената част на същата се сочи, че на 24. 02. 2015 г., между МБАЛ „Т.“ ЕООД, в качеството му на Изпълнител и Н., представлявана от директора на РЗОК, гр. С.З., в качеството на Възложител били сключени

Договор №\*\*\*\*\*/24.02.2015 г. за оказване на болнична помощ по клинични пътеки и Договор №\*\*\*\*\*/24.02.2015 г. за оказване на болнична медицинска помощ по клинични процедури по НРД 2015 г.

По силата на първия договор болницата се задължила да оказва на здравноосигурени и други категории лица, посочени в чл.1 ал.1 от същия, болнична медицинска помощ (БМП) по клинични пътеки (КП) от приложение № 5 към член единствен на Наредба №40/24.11. 2004г. за определяне на основния пакет от здравни дейности, гарантиран от бюджета на Н.. Действието на договора с оглед на факта, че за 2016 г. не било постигнато споразумение за Национален рамков договор било продължено за 2016 г. с допълнително споразумение №\*\*\*\*\*/27.05.2016 г. съгласно Решение № РД-НС-04-24-1 от 29. 03. 2016 г. на НС на Н. взето на основание чл. 54, ал. 9 и чл. 59а, ап. 6 от ЗЗО.

На 27.05.2016 г., между „МБАЛ Т.” ЕООД, в качеството му на Изпълнител и Н. в качеството на Възложител бил сключен и договор за извършване на амбулаторни процедури №\*\*\*\*\*/. С него ИЗПЪЛНИТЕЛЯТ се задължил да оказва на здравноосигурени лица и на лицата по пар. 8, ал. 1 от ЗБН. за 2016 г медицински дейности по Приложение № 7 към чл. 1 от Наредба № 2 от 2016 за определяне на основния пакет дейности, гарантиран от Н. и посочени в приложение № 12 „Амбулаторни процедури по решението“.

С оглед на горното е посочено, че през месец март 2017 г., болницата оказала болнична медицинска помощ на здравноосигурени български граждани. Във връзка с дейността от ищеца били издадени фактури, като незаплатена към настоящия момент била сумата от 125 535 лв. представляваща сбор от дължимите, но неразплатени възнаграждения за извършена дейност по клинични пътеки /КП/ и амбулаторни процедури и за вложени медицински изделия.

Направена е разбивка на сумите, от които е образувана тази обща сума от 125 535 лв.

В тази връзка на първо място се сочи, че за месец март 2017 г., при приложим НРД 2015 г. и при действие на Допълнително споразумение №\*\*\*\*\*/27.05.2016 г. била оказана болнична помощ на 139 пациенти - български граждани с непрекъснати здравноосигурителни права в деня на

хоспитализацията им. Във връзка със същата била проведена диагностика и лечение на тези пациенти по клинични пътеки, които са включени в предмета на договора, както следва: КП с № 17, 19.1, 20, 25, 26, 29, 32, 33, 48, 50, 56, 68, 69, 71, 73, 74, 76, 78.1, 79, 113.2, 123, 124, 127, 130, 133, 134, 137, 138, 139, 140, 145, 147, 159, 160, 162, 163, 171, 175, 179, 182, 184, 185, 187, 194, 217, 220, 222, 227, 229 и 265. След постъпването им в болницата пациентите са включени в ежедневно подаваните електронни отчети, приети като успешно обработени в електронната система на Н.. Неизплатената във връзка с така оказаната болнична помощ сума била в размер на 117 862 лв.

На второ място се споменава и за липса на плащане на дейности по амбулаторни процедури и на амбулаторна процедура „предсрочно изпълнение на дейности по КП“. Общо неизплатената сума е определена на 6 753 лв. и е уточнено, че включва сумата от 3000 лв. стойността на 4 изпълнени, но незаплатени Апр. № 99 за предсрочно изпълнена клинична пътека № 17 и 3 753 лв. за изпълнение на амбулаторни процедури № 18,19, 21 и 22 за лечението на 15 здравноосигурени лица.

На трето място е посочено, че при лечението на пациенти през м. март 2017 били вложени медицински изделия, стойността на които се заплаща от Н. извън цената на клиничната пътека. Касало се за лечението на 1 здравноосигурен пациент по КП/АПр с № 26 медицински изделия, за които Н. следвало да заплати 920 лв.

Във връзка с горните твърдения се споменава, че всички изискуеми първични медицински и финансово-отчетни документи /Направления за хоспитализация, спецификации за извършена дейност по КП и АПр/ били представени в РЗОК. На тази база е направен и извод, че Н. дължи плащане на болницата на основание сключения между страните договор.

Посочено е, че съгласно договорите и приложимия НРД плащането следвало да стане до 30-то число на месеца, следващ отчетния. По тази причина е направен и извод, че Н. дължи и обезщетение за забавено плащане от деня, следващ падежа до датата на подаване на исковата молба в размер на законната лихва върху неплатената главница от 125 535 лв. или сумата от 40 450 лв.

С оглед на така изложеното е отправено искане за осъждане на ответната Н. да заплати сумата от 125 355 лв. и сумата от 40 450 лв. като

обезщетение за забавено плащане на главното вземане.

Наред с това от страна на ищеца е посочено, че ако главната искова претенция за сумата от 125 535 лв. бъде отхвърлен, то следва да се разгледа евентуалната такава за същата.

По този повод е споменато, че извършената болнична помощ е за заболявания, заплащането на които се гарантира от бюджета на Н. и същата е длъжна да извърши плащане. С отказът да заплати стойността ѝ, ответникът се обогатил за сметка на обедняването на ищеца, изпълнил дейността и извършил разходи за осъществяването ѝ. Стойността на обогатяването на Н., респ. на обедняването на болницата е със сума равна на разходите за изпълнението на съответните дейности. Посочено е, че същите са нормативно определени с приетото от НС на Н., РЕШЕНИЕ № РД-НС-04-24-1 от 29 март 2016 г. и със сключените индивидуални договори с изпълнители на БМП. В случая те били 125 355 лв.

Изложени са и доводи, че с оглед дължимото по закон уведомяване за извършената дейност, ответникът бил уведомен от ищеца за факта на обогатяването, респ. обедняването. В тази връзка се прави и извод, че за времето от 01. 05.2017 г. до завеждане на иска се дължи и обезщетение за забава по 86 от ЗЗД в размер на 40 450 лв.

На тази база е заявено, че при отхвърляне на главните искове следва да се разгледат евентуалните такива и Н. да бъде осъдена да заплати сумите на посочените в тях основания.

В подадения от Н. отговор се изразява становище за неоснователност на исковете.

Посочено е, че ответникът въобще не дължи процесните суми на ищеца.

Във връзка с това становище не е оспорено съществуването на описаните в ИМ договори и факта, че за 2016 г. не е имало сключен НРД и е действал този от 2015 г. Не оспорено и обстоятелството, че същият е приложим за март на 2017 г. Направен е анализ на текстове от КРБ, ЗЗО, ЗБН. и и позоваване на Решение №2 от 22.02. 2007 г. на Конституционния съд по к.дело №12/2006г.

С оглед на същия е направен и извод, че правото на медицинска помощ в рамките на задължителното здравно осигуряване не е неограничено по

предмет, а е лимитирано в рамките на пакета от здравни дейности, гарантирани и закупувани от Н. за всички здравноосигурени лица на територията на страната. Това и постигнатите в процесните договори уговорки дават основание на ответника да твърди, че дължи заплащане за извършените дейности само до предварително определените стойности в Приложение №2 към индивидуалния договор, а в случая процесните били над същите. Споменато е и, че по принцип плащане на надлимитна дейност било възможно с оглед чл.16 и 17 от Правилата приети на основание чл.4, ал.4 от ЗБН. за 2017 г. с Решение №РД-НС-04-173 от 20.12.2016г. на НС на Н., но това изисквало спазване на специална процедура, което в случая не било сторено.

Направено е и възражение за изтекла 3-годишна погасителна давност на вземанията, предявени с исковата молба. В тази връзка е посочено, че дори те да се приемат за дължими падежът на главните такива е 30 число на м. април 2017 г. и до датата на подаване на иска на 08.07.2020 г. е изтекла предвидената в чл. 111, буква В от ЗЗД три годишна давност с оглед периодичния им характер, като в подкрепа на това твърдение е направено и позоваване на ТР № 3/ 2012г. на ОСГК на ВКС с оглед даденото в него определение на понятието „периодични плащания“ .

В ДИМ и отговора на същата всяка от страните е изложила доводи за неоснователност на насрещните защитни възражения.

Така съдът след събиране на поисканите от страните и относими към спора доказателства е постановил и решението предмет на обжалване.

С него след анализ на разпоредбите на Конституцията на РБ, ЗЗО, ЗБН., НРД за 2015 г. и събраните доказателства е формиран извод, че от страна на ищеца са предоставяни услуги на нуждаещи се здравноосигурени лица. Това според СЗОС при условие, че те са в утвърдения с НРД обем и качество е основание да се ангажира отговорността на ответника да закупи оказаната в тази връзка болнична помощ по договорените единични цени независимо от изчерпаната финансова обезпеченост.

По отношение на възражението за изтекла три годишна давност е прието, че главните вземания не са периодични и по отношение на тях е приложим общия 5 годишен давностен срок, а той не бил изтекъл.

Така главният иск е уважен в пълния му размер.

Това от своя страна е дало основание да се приеме, че за забавените плащания се дължи и обезщетение по 86 от ЗЗД , като началният период за начисляване на същото е определен на 01.01.2018 г., когато според Сз ОС станали изискуеми и главните вземания. Този начален момент е довел до заключение и за неоснователност на възражението за погасяване по давност и на акцесорния иск.

Така този иск е бил уважен за сумата от 32 011, 42 лв., а до пълният му размер е бил отхвърлен.

Недоволна от решението в осъдителната му част е останала Н. и го е обжалвала пред ПАС.

В жалбата се говори за неправилност и незаконосъобразност на същото. В нея се преповтарят доводите на Н. направени пред първоинстанционния съд, че съгласно договорните разпоредби отчетената дейност подлежи на плащане в рамките на установените лимити с Приложение № 2 от подписания договор между страните. В случая предмет на претенцията бил извършена надлимитна дейност, която според Н. не подлежи на заплащане. В подкрепа на това си становище жалбоподателят отново, както и пред Сз ОС е анализирал разпоредби на КРБ, , ЗЗО, НРД. Посочил е също, че водещи за отношенията с Н. са индивидуалните договори сключени с касата, които според разпоредбите на чл. 20а от ЗЗД имали силата на закон. Излагат се и доводи, че правото на здравно осигуряване може да бъде гарантирано и реализирано само в рамките на наличните материални и финансови ресурси на държавата за съответния период, с оглед на факта, че средствата бюджета на Н. за даден период не били неограничени.

Така описаната жалба и разпоредбата на чл. 269 от ГПК изискват съдът да извърши произнасяне за валидността и допустимостта на обжалваното решение служебно, а досежно правилността му с оглед посоченото в жалбата.

По повод на тази преценка ПАС, намира за нужно да посочи, че едно решение е невалидно (нищожно), когато не е постановено от надлежен орган или е постановено от ненадлежен състав, т.е. от лице, което няма качество на съдия или от едноличен вместо троен състав и т.н. Нищожно е и решение, което не е подписано или не е постановено в предвидената от закона писмена форма. Налице е нищожност и в случаите, когато решението е постановено от съда извън пределите на неговата компетентност, т.е. срещу лица

неподчинени на правораздавателната власт на българските съдилища.

В случая, нито една от тези предпоставки не е налице и за нищожност не може да се говори.

Недопустимост, видно от съдържанието на чл. 270, ал.3 от ГПК е налице, когато е извършено произнасяне въпреки липсата на право на иск или има произнасяне по един непредаден иск. Налице е недопустимост и когато спорът е разгледан от некомпетентен съд, т.е. във всички случаи, когато е постановен съдебен акт въпреки липсата на предпоставки за разрешаване на спора по същество.

В случая ищецът търси защита от твърдяно с исковата молба неизпълнение на сключен с ответника договор. Споровете касаещи изпълнението на същия с оглед разпоредбата на § 149, ал.4 от ПЗР на ЗИДАПК, обн. в ДВ бр. 77/2018 г. са подсъдни на гражданските съдилища и се разглеждат по реда на ГПК.

Това съобразено с факта, че СЗОС се е произнесъл по наведените в исковата молба факти и обстоятелства изключва възможността да се говори за недопустимост на иска и на постановения във връзка с него съдебен акт.

Казаното сочи, че въззивният съд съобразно разпоредбите на чл. 271 от ГПК следва да реши спора по същество като потвърди или измени изцяло или отчасти същото. При извършване на тази преценка, той ще е обвързан от посочените в жалбата съображения за неправилността му.

По-горе се посочи, че съдът е сезиран с осъдителна искова претенция за изпълнение на задължение породено от сключен между ищеца и ответника договор.

В тази връзка е нужно да се спомене, че по делото не се оспорва от страните, че в изпълнение на разпоредбата на чл. 59 от ЗЗО между тях са сключени Договор №\*\*\*\*\*/24.02.2015 г. за оказване на болнична помощ по клинични пътеки и Договор за извършване на амбулаторни процедури №\*\*\*\*\*/27.05.2016 г. Не се оспорва и обстоятелството, че през 2016 г. няма постигнато споразумение за Национален рамков договор и действието на договора за болнична помощ от 2015 г. било продължено за 2016 г. с оглед , на което било подписано допълнително споразумение №\*\*\*\*\*/27.05.2016 г. съгласно Решение № РД-НС-04-24-1 от 29. 03. 2016 г. на НС на Н. взето на



основание чл. 54, ал. 9 и чл. 59а, ап. 6 от ЗЗО.

Реално не се спори и по това, че ищецът е предоставил на здравно осигурени лица през м. март на 2017 г. описаните в исковата молба болнична медицинска помощ по клинични пътеки и болнична помощ по амбулаторни процедури включени в основния пакет от здравни дейности гарантиран от бюджета на Н... Реално предмет на спора е каква сума във връзка с предоставената болнична медицинска помощ по клинични пътеки и амбулаторни процедури подлежи на заплащане от Н.. Той е породен от това, че общата им месечна стойност превишава стойността на дейностите в болнична медицинска помощ определена в приложение № 2 от индивидуалния договор за съответния месец.

Във връзка с даването отговор на този въпрос е нужно да се посочи, че съгласно чл. 52 от Конституцията на Република България, 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. Предвидено е, че здравеопазването на гражданите 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.

В тази връзка е нужно да се спомене, че въпросите касаещи здравното осигуряване в държавата и свързаните с него обществени и правни отношения са уредени в Закона за здравното осигуряване.

Съгласно чл. 1, ал. 2 от ЗЗО, здравното осигуряване е дейност по набирането на здравноосигурителни вноски и премии, управлението на набраните средства и тяхното разходване за закупуване на здравни дейности, услуги и заплащане на стоки, предвидени в този закон, в националните рамкови договори (НРД) и в застрахователните договори.

Съгласно чл. 2, ал.1 от ЗЗО, задължителното здравно осигуряване е дейност по управление и разходване на средствата от задължителни здравноосигурителни вноски за закупуване на здравни дейности, което се осъществява от Н.з.к. (Н.) и от нейните териториални поделения - районни здравноосигурителни каси (РЗОК). То според законодателя предоставя основен пакет от здравни дейности, гарантиран от бюджета на Н.. В ал. 3 е предвидено, че Н. закупува от изпълнителите на медицинска помощ здравни

дейности по ал. 1, определени по вид, обем, цена и съответстващи на критерии за качество и достъпност в съответствие с този закон.

Бюджетът на Н. е основен финансов план за набиране и разходване на паричните средства на задължителното здравно осигуряване и е отделен от държавния бюджет. Неразделна част от същия е годишната стойност на разходите за видовете медицинска помощ изплащана от Н..

В чл. 24 от ЗЗО е предвидено за какво следва да се разходват средствата от бюджета на Н., а в чл. 25 изрично е предвидено, че в същият задължително се предвижда резерв, включително и за непредвидени и неотложни разходи. Съгласно чл. 26, ал. 2 от ЗЗО със средствата от резерва се плащат разходи в случай на значителни отклонения от равномерното разходване на средствата за здравноосигурителни плащания.

Съгласно чл. 4 от ЗЗО задължителното здравно осигуряване гарантира свободен достъп на осигурените лица до медицинска помощ чрез определен по вид, обхват и обем пакет от здравни дейности, както и свободен избор на изпълнител, сключил договор с районна здравноосигурителна каса. На тази база в чл. 35 от ЗЗО са определени и правата на задължително осигурените лица, а пакетът от здравни дейности гарантирано от задължителното здравно осигуряване е посочен в чл. 45 от ЗЗО. В чл. 46 от ЗЗО е предвидено, че редът за предоставяне и изискванията към изпълнителите на отделните видове медицинска помощ по чл. 45 ЗЗО се определят в НРД и в договорите между РЗОК и изпълнителите.

Националният рамков договор от своя страна според чл. 4а от ЗЗО е нормативен административен акт, който има действие на територията на цялата страна за определен срок и е задължителен за Н., РЗОК, изпълнителите на медицинска помощ, осигурените лица и осигурителите. Той, видно от чл. 53 от ЗЗО се приема за срок от една година за осъществяване на дейностите, предвидени в този закон, като относно медицинските такива приемането става между Н. и Българският лекарски съюз. Приемането от своя страна следва да стане не по-късно от последния ден на месец февруари, влизат в сила на 1 април на съответната година и следва да е съобразени с бюджета на Н. за същата година /чл. 54 ЗЗО/. Самият договор с оглед чл. 55, ал. 2 от ЗЗО с оглед редакцията ѝ към 2016 г. определя:

1. условията, на които трябва да отговарят изпълнителите на

медицинска помощ, както и реда за сключване на договори с тях,

2. отделните видове медицинска помощ по чл. 45,

3. условията и реда за оказване на помощта по т. 2,

3а. обемите, цените и методиките за остойностяване и закупуване на видовете медицинска помощ по т. 2,

4. критерии за качество и достъпност на помощта по т. 2,

5. документацията и документооборота,

6. задълженията на страните по информационното осигуряване и обмена на информация,

6 /а/. условията и реда за контрол по изпълнението на договорите;

6 /б/. санкции при неизпълнение на договора;

7. други въпроси от значение за здравното осигуряване.

От съпоставката на изложените до тук нормативни разпоредби, следва извод, че претендираните от ищеца субективни права са част от възникналото между ищеца и ответника правоотношение въз основа на разпоредбата на чл. 59 и сл. от ЗЗО, което е обусловено от предвиденото в чл. 52 от КРБ право на гражданите на здравно осигуряване, гарантиращо им достъпна медицинска помощ.

Именно за реализиране на същото са приети и разпоредбите на ЗЗО, където на първо място е дадено определение за задължително здравно осигуряване в чл. 2, а с чл. 4 е предвидено, че същото гарантира на осигурените лица свободен достъп на осигурените лица до медицинска помощ, чрез определен по вид, обхват и обем пакет от здравни дейности, както и свободен избор на изпълнител. Съобразени с така дадената гаранция са и правата на задължително осигуряващите се лица /ЗОЛ/ в чл. 35 от ЗЗО.

За осигуряването на този достъп, а и за гарантиране спазването на правата на ЗОЛ с разпоредбата на чл. 45 от ЗЗО, Н. е задължена да закупува и заплаща определени видове медицинска помощ. Тълкуването на тази разпоредба води до извод, че плащането на предоставената на ЗОЛ помощ от типа описан в чл. 45 от ЗЗО е ЗАДЪЛЖИТЕЛНО, т.е. тази разпоредба има императивен характер. В подкрепа на това е и съдържанието на чл. 46 от ЗЗО. В този законов текст се говори, че редът за предоставяне и изискванията към

изпълнителите на отделните видове медицинска помощ по чл. 45 се определят в НРД и в договорите между РЗОК и изпълнителите и че качеството на оказваната медицинска помощ, заплащана от Н., трябва да отговаря на националните медицински стандарти и правилата за добра медицинска практика. Това за ПАС сочи, че с НРД и индивидуалните договори не може да се ИГНОРИРА задължението за плащане, а единствено на определяне подлежи реда за нейното предоставяне и момента, в който плащането ѝ следва да стане.

Предоставянето на същата видно от изложеното по-горе е обусловено от сключването на НРД за съответната година и от договорите сключени между Н. и изпълнителите на медицинска помощ по чл. 59 от ЗЗО.

НРД, както се спомена има действие за периода 01 април на текущата година 01 април на следващата. В случая се претендира заплащане на дейност за март на 2017 г., което сочи, че по принцип би следвало да се преценява съдържанието на НРД за 2016 г. такъв обаче за 2016 г. по предвидения за това ред в чл. 54 от ЗЗО не е приет. По тази причина с оглед предвидената в чл. 54, ал.8 от ЗЗО възможност за 2016 г. приложение следва да намира НРД за 2015 г. съответно коригиран по реда на чл. 54, ал.9 от ЗЗО при наличие на предпоставките за това.

В чл. 24 от НРД за 2015 г. е посочено, че част от индивидуалните договори е редът, условията и сроковете за заплащане на извършените и отчетените медицински дейности по чл. 55е от ЗЗО. Интересното тук е че с разпоредбата на чл. 55 е от ЗЗО се е определял реда за изработване и приемане на Методиките за остойностяване и за заплащане на медицинската помощ. Тази разпоредба съответно е отменена с ЗИДЗЗО обн. в бр. 48 на ДВ от 27.06.2015 г. и е предвидено с оглед споменатото по-горе съдържание на НРД редът, условията и сроковете за заплащане на извършените и отчетените медицински дейности да се определят с него. В случая такъв не е приет и на основание чл. 54, ал. 9 от ЗЗО, НС на Н. е приел Решение № РД-НС-04-24-1 от 29.03.2016 г., с което реално е определил методика за остойностяване и заплащане на медицинските дейности за периода 01.04.2016-01.04.2017 г.

С изискването за включване на редът, условията и сроковете за заплащане на извършените и отчетените медицински дейности в индивидуалните договори, а и на цените им за ПАС не се създава възможност

да се договори отпадане на задължението за плащане по чл. 45 от ЗЗО, а единствено такива за конкретизация на МОМЕНТА, в който то следва да се извърши от Н..

Тези две изисквания според ПАС са продиктувани от съдържанието на чл. 4 от ЗБН. за 2016 г., респ. 2017 г., изискващо Н. да определя за всяка РЗОК годишна обща стойност на разходите, разпределена по месеци, а самите РЗОК да определят стойността за дейностите по тази алинея към договорите с изпълнителите на болнична медицинска помощ, разпределени по месеци.

От така изложеното и съдържанието на цитираните по-горе разпоредби на ЗЗО следва извод, че е логично предвиденото в чл. 52 от КРБ право да бъде упражнено в рамките на бюджетът на Н. за съответната година при условие, че с предвидените разходи за медицинска помощ в този бюджет следва да са съобразени НРД за годината, договорът определящ обемите и цените на медицинската помощ, а и самите индивидуални договори с изпълнителите на такава. Именно за да се създадат условия за спазване на съответната бюджетна рамка е предвидено и споменатото по-горе изискване на чл. 4 от ЗБН..

Това обаче не значи, че разходването на бюджета за годината в един по-ранен период лишава гражданите от възможността да се възползват от правата си по чл. 52 от КРБ. По тази причина ПАС счита, че по принцип при възникване на такава ситуация за касата възниква ЗАДЪЛЖЕНИЕТО да използва от споменатия по-горе бюджетен резерв. В подкрепа на това е и законодателното предвиждане на чл. 26, ал. 2 от ЗЗО, където се споменава, че със средствата от резерва се плащат разходи в случай на значителни отклонения от равномерното разходване на средствата за здравноосигурителни плащания, т.е. в случая водещото е осигуряване на предвиденото в Конституцията право на гражданите по чл. 52, а не съблюдаване на фискалната дисциплина. В хода на тези разсъждения следва да се посочи, че изискването за посочване на стойността на дейностите в индивидуалните договори не следва при процесния тип правоотношения да се приравнява на обем на ВЪЗЛОЖЕНАТА за съответното лечебно заведение работа. Това за ПАС е така, по простата причина, че съгласно чл. 4 от ЗЗО на ЗОЛ се гарантира не само свободен достъп до медицинска помощ чрез определен по вид, обхват и обем пакет от здравни дейности, но и СВОБОДЕН

ИЗБОР на изпълнител, сключил договор с РЗОК, т.е. не касата, а имащият нужда от ЛЕЧЕНИЕ гражданин има правото да избира съответното лечебно заведение. Гражданинът от своя страна не е страна по споменатите индивидуални договори между Н. и лечебното заведение и по тази причина не може да се говори за възможност да се съобразява със същите и определената в тях месечна стойност. Това е съобразено с правото на свободен избор на ЛЗ и изключва възможността да се говори за константно определяне на СТОЙНОСТА на оказаната от болницата медицинска помощ по чл. 45 от ЗЗО. Това, още веднъж затвърждава казаното и по-горе от ПАС, че така определените стойности са прогнозни и се включват като елемент от договорите за създаване на определена бюджетна дисциплина. Те по изложените причини обаче не следва да се имат предвид при извършване на преценката дали за престираната от страна на лечебното заведение медицинска услуга за дейности по чл. 45 от ЗЗО същото има право на възнаграждение, ако е надвишен лимита по съответното приложение към индивидуалния договор.

В хода на тези разсъждения ПАС, намира за нужно да спомене, че определените с Решение № РД-НС-04-24-1 от 29.03.2016 г. на НС на Н. , обеми, цени и методики за остойностяване и закупуване на видовете медицинска помощ не са и не могат да служат като основание за изводи, че възложената от Н. работа на дадено лечебно заведение е само в границите на сумите посочени в Приложение № 2 към индивидуалните договори.

Това най-вече следва от съдържанието на чл. 221, ал.9-18 от Решението на НС на Н. от 2016 г. и чл. 39 от доп. споразумение към индивидуалния договор. Съобразена с тези уговорки е и разпоредбата на чл. 16 от Правилата за условията и реда за прилагане на чл. 4, ал. 1, ал. 2 и ал. 3 от Закона за бюджета на Н.з.к. за 2017 г. действали за периода 01.12.2016-31.03.2017 г.

От анализа на горните текстове на Решение № РД-НС-04-24-1 от 29.03.2016 г. е видно, че при извършване на дейности надвишаващи определената месечна стойност, изпълнителят на БМП има право да подаде в сроковете за отчитане писмено заявление до директора на РЗОК за увеличаване на месечната стойност. В тези хипотези РЗОК дължи извършване на проверка, след който при установено спазване на изискванията предвидени в ЗЗО и НРД директорът на РЗОК има право да вземе решение за закупуване

на тези дейности. То се извършва на база налични средства в РЗОК, а ако такива липсват това става след извършване на проверка на всички изпълнители на БМП в региона с неусвоените от тях стойности на месечна база. При невъзможност да се извърши закупуване по този начин директорът на РЗОК е длъжен да изготви доклад до управителя на Н. за резултатите от извършените проверки и да отправи мотивирано искане за корекции за съответната РЗОК на стойностите на разходите на обща годишна база за здравноосигурителни плащания за заплащане на изпълнителите на БМП.

В тези случаи на база акт на НС на Н. се извършва закупуване в рамките на бюджета за 2017 г.

По настоящето дело видно от събраните доказателства, а и становището на ответника не подлежи на спор, че дейностите, за които се претендира плащане от страна на ищеца са от категорията описани в чл. 45 от ЗЗО и намиращия приложение за 2016 г. НРД за 2015 г. За тези медицински дейности видно от представения от Н. протокол № Р- 522 от 38.09.2020 г. е извършена проверка и е направен извод, че са спазени изискванията на ЗЗО и Решение № РД-НС-04-24-1 от 29.03.2016 г. за отчитането им. По отношение на тях за ПАС е без значение, че лечебното заведение не се е съобразило с чл. 22 от Наредбата за осъществяване правото на достъп до медицинска помощ и е престирало съответните медицински услуги. За ПАС, това неспазване не може да игнорира факта на извършването им и възникване на задължението за тяхното заплащане от страна на Н. с оглед текста на чл.45 от ЗЗО. То обаче логично следва да се извърши при наличие на съответните парични средства. Това за ПАС ще е възможно по простата причина, че заплащането на съответната надлимитна медицинска дейност не съставлява разходване на средства, за които няма бюджетно предвиждане. В действителност, плащането за същата е дължимо за периода на действие на НРД, защото би станало факт или в един по- късен момент, ако пациентът се включи в листата на чакащите или за съответния период на 2017 г. ако пациентът е избрал да се лекува в друго здравно заведение , което не е превишило лимита си.

В случая данни за липса на средства при доказателствена тежест на ответника по делото не са представени, което налага извод, че отказът за закупуване е неоснователен.

Това за ПАС прави главната искова претенция основателна и същата следва да се уважи в пълния ѝ размер.

По отношение претенцията по чл. 86 от ЗЗД следва да се има предвид, че разходите касаещи лечения по клинични пътеки от процесния тип не свързани със спешност за ПАС подлежат на заплащане едва след покриване на плащанията за предоставената болнична помощ включена в съответните приложения № 2 към договорите и тази за спешната диагностика и лечение. Това по принцип е възможно в края на бюджетната година, когато ще е може да се извърши окончателна преценка за кои ЛЗ е налице преразход на бюджета, за кои той не е разходван в пълния му размер и е или не е налице излишък.

Това води до извод, че дължимите суми са станали изискуеми от 01.01.2018 г., т.е. обезщетение за забава се дължи от тази дата до датата на завеждане на иска.

В случая ПАС намира за нужно да вземе отношение и по наведените доводи за погасяване на вземания по давност независимо от факта, че формално доводи за неправилност на решението на СЗ ОС относно тези му изводи липсват в жалбата.

Възраженията за изтекла погасителна давност се свързват с това, че давностният срок по отношение на главните и акцесорните вземания е тригодишен.

По отношение на главните вземания той би бил три годишен ако те са периодични по характер. За ПАС обаче те не са такива. Това е така по простата причина, че същото не съдържат характеристиките посочени в ТР 3/2012 г. на ОСГТК на ВКС- повтарящи се задължения за предаване на пари или други заместими вещи, имащи единен правопораждащ факт, чиито падеж настъпва през предварително определени интервали от време, а размерите на плащанията са изначално определени или определяеми без да е необходимо периодите да са равни и плащанията да са еднакви. В случая липса единният правопораждащ факт по простата причина, че задължението за плащане от страна на Н. на стойността на извършената БМП предполага лечение на здравно осигурено лице, а не се извършва единствено на основание сключения договор между касата и болничното заведение. Реално при плащанията от този тип касата не действа от свое име, а в изпълнение на



гарантираното и споменато по-горе право на всяко здравно осигурено лице на безплатно ползване на медицинско обслужване при условия и по ред, определени със закон. Това води до извод, че в случая приложима е общата 5 годишна давност, а тя не е изтекла.

Не са погасени по давност и вземанията по 86 от ЗЗД с оглед на факта, че от 01.01.2018 г. до датата на предявяване на иска три години не са изтекли.

Това води до извод, че главните иски претенции следва да се уважат изцяло, а тази по 86 от ЗЗД за периода 01.01.2018 г. до датата на предявяване на иска.

В този смисъл е и решението на Сз ОС и следва да се потвърди, а на въззивамета страна се присъди юрисконсултско възнаграждение в размер на 300 лв. определено съобразно Наредбата за заплащането на правната помощ

Водим от това съдът

## **РЕШИ:**

**ПОТВЪРЖДАВА** постановеното по т. дело № 175/2020 г. на С. окръжен съд решение в частта, с която Н.з.к., гр.С., ул. „К.“ №\* е осъдена да заплати на да заплати на МБАЛ „Т.“ ЕООД, ЕИК \*\*\*\*\*, гр. С.З., бул. „Св. П.Е.“ №\*\* следното:

1. общата сума от 125 535 лв., ведно със законната лихва от датата на подаване на исковата молба в съда на 07.07. 2020г., до окончателното ѝ заплащане, която сума представлява стойността на извършена от МБАЛ „Т.“ ЕООД през месец март 2017 г. болнична помощ по клинични пътеки по Договор №\*\*\*\*\*/24.02.2015 г. и последващи допълнителни споразумения към него за оказване на болнична помощ по КП, стойността на вложени за лечението на здравноосигурени пациенти медицински изделия подлежащи на заплащане извън стойността на КП и стойността на изпълнени, но незаплатени амбулаторни процедури по договор за извършване на амбулаторни процедури №\*\*\*\*\*/27.05.2016 г. и равняваща се на сбора от следните суми:

- 117 862 лв., представляващи стойността на оказана болнична помощ на 139 пациенти - български граждани с непрекъснати здравноосигурителни права в деня на хоспитализацията им, като е била проведена диагностика и

лечение на тези пациенти по клинични пътеки, които са включени в предмета на договора, както следва: КП с № 17, 19.1, 20, 25, 26, 29, 32, 33, 48, 50, 56, 68, 69, 71, 73, 74, 76, 78.1, 79, 113.2, 123, 124, 127, 130, 133, 134, 137, 138, 139, 140, 145, 147, 159, 160, 162, 163, 171, 175, 179, 182, 184, 185, 187, 194, 217, 220, 222, 227, 229 и 265,

- 6 753 лв. за незаплатените дейности по амбулаторни процедури и за амбулаторна процедура „предсрочно изпълнение на дейности по КП“, от които 4 изпълнени, но незаплатени Апр. № 99 за предсрочно изпълнена клинична пътека № 17 общо на стойност 3000 лв. и 3 753 лв. за изпълнение на амбулаторни процедури № 18,19, 21 и 22 за лечението на 15 здравноосигурени лица,

- 920 лв. за вложени при лечението на 1 здравноосигурен пациент през м. март 2017 медицински изделия по КП/АПр с № 26, стойността на които се заплаща от Н. извън цената на клиничната пътека,

2. 32 011,42 лв. обезщетение за забава по чл. 86 ЗЗД върху главницата от 125 535 лв., за периода от 01.01.2018 г. до 06.07. 2020 г.

3. 6301,85 лв. разноси по делото за държавна такса съразмерно с уважената част от исковете.

**ОСЪЖДА** Н.з.к., гр.С., ул. „К.“ №\* да заплати на МБАЛ „Т.“ ЕООД, ЕИК \*\*\*\*\*, гр. С.З., бул. „Св. П.Е.“ № 84 юрисконсултско възнаграждение за производството пред ПАС в размер от 300 лв.

Решението може да се обжалва в 1 месечен срок от получаване на съобщението за изготвянето му пред ВКС.

**Председател:** \_\_\_\_\_

**Членове:**

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

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