

РЕШЕНИЕ

Номер 1466

28.09.2020 г.

Град София

В ИМЕТО НА НАРОДА

Апелативен съд - София

11-ти търговски

На 14.09.2020 година в публично заседание в следния състав:

Председател: Бистра Николова

Членове: Тодор Тодоров
Милен Василев

Секретар: Росица Й. Вьонг

като разгледа докладваното от Милен Василев Въззивно търговско дело № 20201001002146 по описа за 2020 година

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

Образувано е по въззивна жалба от 11.06.2020 г. на ответника Национална здравноосигурителна каса срещу решението от 7.05.2020 г. по т. д. № 2306/2019 г. на Софийския градски съд, VI-23 състав, с което ответникът е осъден да заплати на ищеца „Многопрофилна болница за активно лечение „Лозенец“ ЕАД:

на осн. чл. 79, ал. 1 ЗЗД сумата 41 482 лв., представляваща неплатена стойност на предоставена болнична помощ през месец март 2016 г. по договор № 22-2502/23.02.2015 г. за оказване на болнична помощ по клинични пътеки, заедно със законната лихва за забава от 5.11.2019г. до окончателното плащане на сумата, **а на основание чл. 86, ал. 1 от ЗЗД сумата 12 042,27 лв.,** представляваща законната лихва за забава за периода 15.12.2016 г. – 25.10.2019 г.;

на осн. чл. 78, ал. 1 ГПК сумата 4 300,97 лв. – съдебни разноски.

В жалбата се твърди, че вътрешнопротиворечиво СГС е приел едновременно валидност и нищожност на клаузите от процесния договор, въвеждащи месечни лимити относно стойностите на финансираната от НЗОК медицинска дейност на ищеца. Сочи се, че определянето на лимити е в съответствие със съответния годишен Закон за бюджета на НЗОК, както и с решение № 2/22.02.2007 г. по к.д. № 12/2006 г. на КС. 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. Поддържа се, че неправилно съдът е приел, че процесният договор бил такъв в полза на трето лице по смисъла на чл. 22 ЗЗД, като същият имал релативно действие между страните, а клаузите му имали силата на закон за тях

съгласно чл. 20а, ал. 1 ЗЗД, вкл. и в частта относно определения за закупуване обем медицински дейности на изпълнителя. 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.

Предвид изложеното жалбоподателят моли въззивния съд да отмени обжалваното решение и да отхвърли предявените иски, както и да му присъди направените разноски по делото.

Въззиваемият „МБАЛ „Лозенец“ ЕАД – ищец по исковите – чрез процесуалния си представител оспорват жалбата като неоснователна и моли съда да я остави без уважение, а обжалваното с нея решение – в сила, като правилно и законосъобразно. Претендира разноски.

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 и възраженията на въззиваемия, намира за установено следното:

Първоинстанционният съд е бил сезиран от Университетска болница „Лозенец“, преобразувана от 10.01.2020 г. в „Многопрофилна болница за активно лечение „Лозенец“ ЕАД, с искова молба от 5.11.2019 г., уточнена с молба от 14.09.2020 г., с която срещу Националната здравноосигурителна каса са били предявени обективно съединени: **1) иск по чл. 79, ал. 1 ЗЗД във вр. с чл. 59, ал. 1 ЗЗО за заплащане на сумата 41 482 лв.**, представляваща цена на извършена и отчетена, но незаплатена болнична медицинска помощ през м. март 2016 г. по договор за оказване на болнична медицинска помощ по клинични пътеки № 22-2502/23.02.2015 г., заедно със законната лихва от подаване на исковата молба до изплащането, и **2) иск по чл. 86, ал. 1 ЗЗД за заплащане на сумата 12 042,27 лв.** – законната лихва за забава за периода 15.12.2016 г. – 25.10.2019 г. В исковата молба се твърди, че ищецът е регистрирано лечебно заведение, което било в договорни отношения с НЗОК по посочения договор, изменен с допълнителни споразумения. Твърди се, че през м. март 2016 г. в изпълнение на договора ищецът предоставил на пациенти болнична помощ по клинични пътеки, която надлежно отчел. В отговор ответникът, чрез директора на Столичната ЗОК, изпратил месечно известие, получено на 8.04.2016 г., в което неоснователно отхвърлил част от искането за плащане в общ размер на 41 482 лв., за която сума 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 договора. Твърди се, че в договора 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, а едва с допълнителните споразумения било изменено приложение № 2, с което били въведени лимитите. Твърди се и, че с решение № РД-НС-04-11/17.01.2017 г. на Надзорния съвет на НЗОК било постановено изплащането на т.нар. надлимитна дейност, отчетена в периода м. април 2016 г. – м. ноември 2016 г., но то не обхващало дейността за м. март 2016 г. 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. В уточняваща молба от 14.09.2020 г. във връзка с разпореждане от

5.08.2020 г. на въззивния съд ищецът е посочил, че приложимата стойност на лимита по процесния договор за м. март 2016 г. е 619 285 лв., като ищецът е претендирал сума за извършена дейност за този месец по клинични пътеки в размер на 624 668 лв., а ответникът му е заплатил само сумата 583 186 лв., като предмет на иска е неплатената разлика от 41 482 лв.

По делото е представен договор № 22-2502/23.02.2015 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 Университетска болница „Лозенец“ 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 през 2014 г., и 2) от 23.02.2015 г. – за КП № 184.1, № 187 и № 188, за които изпълнителят не е имал договор с НЗОК за 2014 г. 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 и настоящия договор; 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 денонощия 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 23.02.2015 г. е бил изменен с допълнителни споразумения от 5.03.2015 г., 25.03.2015 г., 7.04.2015 г., 5.05.2015 г., 21.05.2015 г., 27.05.2015 г., 22.06.2015 г., 17.07.2015 г., 21.08.2015 г., 23.09.2015 г., 21.10.2015 г., 20.11.2015 г., 14.12.2015 г., 23.12.2015 г., 26.01.2016 г., 26.02.2016 г. и 22.03.2016 г. Със същите са утвърдени изменения в приложение № 2, като определената за м. март 2016 г. обща стойност е била както следва: 572 220 лв. – по споразуменията от 23.12.2015 г. и 26.01.2016 г., 764 609 лв. – по споразумението от 26.02.2016 г. и **619 285 лв.** – по споразумението от 22.03.2016 г.

Видно от представените и от двете страни месечни справки за извършената от ищеца дейност по КП за м. 03.2016 г. ответникът е заплатил на ищеца извършена дейност на обща стойност **583 186 лв.**, за което е издадена фактура № 20791/13.04.2016 г. /л. 215 от делото на СГС/. В същата е посочено, че се издава за „заплащане на извършена болнична медицинска дейност за м. март 2016 г. по договор № 22-2502/23.02.2015 г., допълнително споразумение от 22.03.2016 г. и спецификация“. Според приложените към отговора на исковата молба счетоводни справки /л. 212 – 213 от делото на СГС/ не е заплатена дейност по **39 бр. КП** на стойност **41 482 лв.** по планов прием за пациенти, изписани в периода 29.03 – 31.03.2016 г.

Във въззивната инстанция и във връзка с разпореждане от 5.08.2020 г. ответникът е представил собствена счетоводна справка от 1.09.2020 г. /л. 32 от делото на САС/, според която общата претендирана от ищеца сума за м. 03.2016 г. е **725 105,58 лв.**, включваща: 1) **625 692 лв.** по клинични пътеки, от които НЗОК е заплатила **583 186 лв.** и е отхвърлила **42 506 лв.**, 2) 98 413,58 лв. – за импланти, които НЗОК е заплатила, и 3) 1 000 лв. – за лечение на чужди граждани, които НЗОК е заплатила.

С писмо с изх. № 29-02-16/7.04.2016 г. /л. 108 от делото на СГС/ директорът на СЗОК е уведомил УБ „Лозенец“, че с решение № РС-НС-04-25/4.04.2016 г. на НС на НЗОК са утвърдени за лечебните заведения, които са изпълнители на БМП по договор с НЗОК към 31.03.2016 г., месечни стойности за дейността през м. април 2016 г., която за ищеца се определя на 499 380 лв.

С писмо с изх. № 1736/15.12.2016 г. на директора на УБ „Лозенец“ до управителя на НЗОК /л. 158 от делото на СГС/ е поискано във връзка с приключване на бюджетната година потвърждение относно трансфера от НЗОК /чрез СЗОК/, който ще бъде извършен през м. 12.2016 г. във връзка с изпълнението на договори с ищеца, измежду които и по процесния договор № 22-2502/23.02.2015 г. Към писмото е приложена счетоводна справка, в която са описани неплатени фактури, издадени в периода 14.11.2016 г. – 9.12.2016 г., за суми в общ размер на 650 925,84 лв., от съдържанието на която справка не може да се направи извод, че включва исковата сума от 41 482 лв.

С решение № 693/21.11.2019 г. на Министерския съвет, е постановено преобразуване на лечебното заведение, създадено по реда на чл. 5, ал. 1 ЗЛЗ с наименование „Болница „Лозенец“ в лечебно заведение – еднолично АД, с наименование „Многопрофилна болница за активно лечение „Лозенец“ ЕАД, при условията на пълно правоприемство. Учреденото търговско дружество е вписано в ТР на **10.01.2020 г.** с ЕИК – ***.

Други доказателства не са ангажирани.

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

Жалбата е подадена в срока по чл. 259, ал. 1 ГПК и е допустима. Разгледана по същество е **частично основателна.**

1. По иска по чл. 79, ал. 1 ЗЗД във вр. с чл. 59, ал. 1 ЗЗО

Предмет на делото са предявени от ищеца „МБАЛ Лозенец“ ЕАД срещу ответника НЗОК осъдителни искове за присъждане на парични суми *на договорно основание*, претендирани като дължими по договора, сключени на осн. чл. 59 ЗЗО – договор 22-2502/23.02.2015 г., изменени с множество анекси, за извършена от ищеца дейност по оказване на болнична помощ по клинични пътеки през м. 03.2016 г.

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.

Фактите по делото са безспорни и те са: **1)** между страните е бил сключен договор № 22-2482/23.02.2015 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 ответникът НЗОК е възложил, а праводателят на ищеца УБ „Лозенец“ 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.; **2)** от своя страна възложителят се задължил да заплаща извършената дейност съобразно условията на договора в срок до 30-то число на месеца, следващ

отчетния /чл. 35/, при посочени в чл. 19 цени на отделните клинични пътеки; **3)** в договора са установени ограничения на стойностите и обемите на дейността, за която възложителят заплаща на изпълнителя, установени в приложение № 2 – чл. 32, ал. 13, т. 6, чл. 40; **4)** предвидено е, че тези стойности може да се коригират на тримесечие с допълнително споразумение, а при отказ на изпълнителя – от възложителя по реда на Правилата по чл. 4, ал. 4 ЗБНЗОК за 2015 г. – чл. 41; **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 – чл. 42, ал. 4 – 6; **6)** впоследствие стойностите по приложение № 2 са били многократно изменяни със сключени допълнителни споразумения от 5.03.2015 г., 25.03.2015 г., 7.04.2015 г., 5.05.2015 г., 21.05.2015 г., 27.05.2015 г., 22.06.2015 г., 17.07.2015 г., 21.08.2015 г., 23.09.2015 г., 21.10.2015 г., 20.11.2015 г., 14.12.2015 г., 23.12.2015 г., 26.01.2016 г., 26.02.2016 г. и 22.03.2016 г.; **7)** със споразумението от 22.03.2016 г. лимитът за м. 03.2016 г. е установен на **619 285 лв.**; **8)** за процесния период /1.03.2016 г. – 31.03.2016 г./ ответникът е заплатил на изпълнителя сумата **583 186 лв.** за извършена дейност по клинични пътеки, а не му е заплатил дейност по 39 КП на исковата стойност в общ размер на **41 482 лв.** /конкретно описани в счетоводна справка на л. 212 – 213 от делото на СГС/.

Претенцията на ищеца е именно за тази незаплатена сума от 41 482 лв., за която твърди, че е за надлимитна дейност. От горните данни обаче е видно, че няма как цялата сума да е за надлимитна дейност, след като лимитът за м. 03.2016 г. е бил 619 285 лв. и той не е бил достигнат със заплатената от ответника сума 583 186 лв. Това противоречие в твърденията е било констатирано от въззивния съд с разпореждане от 5.08.2020 г., в изпълнение на което страните са направили допълнителни уточнения на фактическите си твърдения в съдебното заседание на 14.09.2020 г. Според уточненията на ищеца общата претендирана от него сума за извършена дейност по процесния договор по КП е в размер на 624 668 лв., което се разминава незначително с уточненията на ответника и представената от него счетоводна справка, според която тази претенция е била в по-голям размер – 625 692 лв., а неплатеното също е в по-голям размер на 42 506 лв. Останалите посочени в счетоводната справка на ответника претендирани от ищеца и реално заплатени от ответника суми /98 413,58 лв. за импланти и 1 000 лв. за лечение на чужди граждани/ са ирелевантни към достигането на месечния лимит за КП, тъй като не се включват в този лимит. Според изричните клаузи на процесния договор /чл. 18, ал. 1 след изменението със споразумението от 7.04.2015 г./, както и самото приложение № 2, изменено със споразумението от 22.03.2016 г., той установява отделни месечни лимити за дейностите по КП /619 285 лв. за м. 03.2016 г./ и за стойността на медицинските изделия в БМП /81 836 лв. за същия месец/. Имплантите, описани в представената счетоводна справка от 1.09.2020 г., са именно такива медицински изделия, поради което в тази справка те ясно са отграничени от сумите за дейност по КП. По тази причина месечният лимит за КП може да бъде усвояван единствено за КП, а не за импланти, а също и за лечение на чужди граждани /което се покрива по друг ред/. При това положение със заплатената от ответника сума от 583 186 лв. не е бил достигнат месечния лимит от 619 285 лв. за КП, а следователно – част от претендираната по настоящото дело незаплатена сума за дейност по 39 бр. дейности по КП всъщност е в границите на месечния лимит. Следователно, от общо претендираната от ищеца сума от 41 482 лв. в границите на лимита е сумата **36 099 лв.**, а извън тези граници е сумата **5 383 лв.** При положение, че е безспорно извършването на дейността от ищеца, то сумата 36 099 лв. се явява дължима от ответника на общо основание по договора, като вменяваща се в месечния лимит за м. 03.2016 г. Ето защо за тази сума искът е основателен. Искът

за останалата надлимитна сума от 5 383 лв. е неоснователен, поради следното:

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 23.02.2015 г., които ограничават стойността, а от там и обема на дейността, финансирана от възложителя НЗОК, противоречат на добрите нрави и 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 правни спорове е изразил ясна и категорична позиция по този правен въпрос^[1], която е следната:

- 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 /т.е. предмета и обхвата на договора/.
- На второ място, клаузите на чл. 32, ал. 13, т. 6 и чл. 40 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, а така също и клаузите на чл. 33 и чл. 41. Ищецът обаче не претендира 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.

- 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 заделени 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. в процесния период /м. 03.2016 г. са действали НРД за 2015 г. и свързания с него договор № РД-НС-01-2/29.12.2014 г. за приемане на обеми и цени на медицинската помощ за 2015 г. между НЗОК и БЛС (ДВ, бр. 5/20.01.2015 г.), с вторият от който е предвидено закупуване на национално ниво за 2015 г. на определен брой дейностите в болнична помощ по клинични пътеки /т. 4/, като за КП с код 1 „Исхемичен мозъчен инсулт без тромбоза при лица над 18 г.“ /една от покритите с процесния индивидуален договор/ – общо **45 585 бр.** на стойност 620 лв. всяка.

В правомощията на НС на НЗОК е да разпредели впоследствие така определения на национално ниво обем и стойност на медицинската помощ между всяка РЗОК – чл. 15, ал. 1, т. 5а ЗЗО (в действащата през исковия период редакция от ДВ, бр. 98/2015 г. и бр. 98/2016 г.). В същия смисъл е и чл. 4, ал. 1, т. 1 от ЗБНЗОК за 2016 г. (ДВ, бр. 98/2015 г.) и чл. 4, ал. 1, т. 1 от ЗБНЗОК за 2017 г. (ДВ, бр. 98/2016 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 (в действащата през част от процесния период редакция от ДВ, бр. 98/2015 г.), както и чл. 4, ал. 1, т. 2 ЗБНЗОК за 2015 г. и чл. 4, ал. 1, т. 2 ЗБНЗОК за 2016 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.

Процесният договор по чл. 59, ал. 1 ЗЗО изцяло се вмести в тази философия на действащия към момента на сключването му 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 ищецът 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 вмести в рамките на закупения от НЗОК месечен обем дейности. Несъмнено 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. На същата плоскост стоят нещата и 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 на чл. чл. 32, ал. 13, т. 6 и чл. 40 от договора от 23.02.2015 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.

- Горното обуславя неоснователност и на осъдителния иск за сумата за надлимитна дейност в размер на 5 383 лв., претендирана на договорно основание.

В допълнение следва да се посочи и, че евентуалната нищожност на въпросните клаузи би довела до нищожност на целия договор, което от своя страна ще означава, че въз основа на него 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 договора – 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 договора в неговата цялост, което пък ще изключи всяка възможност за ищеца да претендира от ответника плащания на основание този договор, какъвто е предметът на иска.

- От съдържанието на процесния договор, изменен с допълнителното споразумение от 7.04.2015 г., 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* в частта за приложение № 2, което се предхожда от административна процедура /чл. 40 от споразумението от 7.04.2015 г./, 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 договора в частта относно приложение № 2, в което да бъде включена и процесната надлимитна дейност.

При това положение процесната надлимитна дейност е останала незакупена от възложителя НЗОК, тя е извън предмета на договора, поради което и в полза на ищеца не се е породило договорно вземане за нейната цена. Както бе посочено – извън предмета на настоящото дело е дали надлимитната стойност може да се претендира на друго /извъндоговорно/ основание.

Ето защо част от процесното вземане за главница до размера от 36 099 лв. е дължима от ответника на договорно основание, а останалата претенция за сумата 5 383 лв. е недължима.

1. По иска по чл. 86, ал. 1 ЗЗД

Ищецът претендира законна лихва върху главницата за периода за периода 15.12.2016 г. – 25.10.2019 г.

Според чл. 86, ал. 1 ЗЗД при неизпълнение на парично задължение длъжникът дължи обезщетение в размер на законната лихва **от деня на забавата**. Денят на забавата се определя съобразно правилата на чл. 84 ЗЗД. Съгласно тези правила при срочно задължение длъжникът изпада в забава *ipso jure* след изтичането на срока, а ако задължението е без срок за изпълнение – от деня, в който бъде поканен от кредитора. Процесното договорно задължение е срочно – падежът му е 30-то число на месеца, следващ отчетния /чл. 35 от договора/. Следователно, за процесното вземане за м. 03.2016 г. ответникът е изпаднал в забава от **1.05.2016 г.**, от когато дължи и законната лихва за забава. Ищецът обаче претендира лихва от по-късна дата /15.12.2016 г./, което е допустимо с оглед диспозитивното начало. Изчислена с помощта на компютърна програма тази лихва за исковия период върху главницата от 36 099 лв. възлиза на **10 478,75 лв.**, до който размер искът е основателен. Разликата до пълния предявен размер от 12 042,27 лв. искът следва да се отхвърли.

Предвид гореизложеното обжалваното решение следва да се отмени в частта, с която: 1) е уважен искът за главницата за разликата над 36 099 лв. до пълния предявен размера от 41 482 лв., който да се отхвърли, 2) е уважен искът по чл. 86, ал. 1 ЗЗД за разликата над 10 478,75 лв. до присъдените 12 042,27 лв., който да се отхвърли, 3) ответникът е осъден да заплати на ищеца сумата разноси за разликата над 3 742,78 лв. – съразмерно на уважените икове. В останалата част решението следва да се потвърди.

По разноските за производството

При този изход на спора право на присъждане на разноси имат и двете страни.

На осн. чл. 78, ал. 1 ГПК на ищеца следва да се присъдят съразмерно на уважените икове

своевременно поисканите разноси за въззивното производство в размер на 1 879,67 лв. – за заплатеното адвокатско възнаграждение за въззивната инстанция по фактура № 70/10.09.2020 г. Неоснователно е възражението на ищеца за прекомерност на уговореното адвокатско възнаграждение в размер на 2 160 лв. с ДДС – същото е дори в по-нисък размер от този по чл. 7, ал. 2, т. 4 от Наредба № 1/2004 г. за минималните размери на адвокатските възнаграждения, който минимум съобразно материалния интерес по делото възлиза на 2 135,73 лв. без ДДС.

На осн. осн. чл. 78, ал. 3 ГПК на ответника следва да се присъдят своевременно поисканите разноси съразмерно на отхвърлените искове в общ размер на 486,74 лв., от които: 1) 231,01 лв. – за заплатеното адвокатско възнаграждение за първата инстанция по договор за правна защита и съдействие от 23.12.2019 г., 2) 138,93 лв. – за заплатената държавна такса по въззивната жалба, и 3) 116,80 лв. – за заплатеното адвокатско възнаграждение за въззивната инстанция по договор за правна защита и съдействие от 21.07.2020 г.

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. 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 2020 г. (ДВ, бр. 99/17.12.2019 г.)

[4] § 6 от ПЗР на КСО.

[5] чл. 11 ЗБДОО за 2020 г.

[6] чл. 12 ЗБДОО за 2020 г.

РЕШИ:

ОТМЕНЯ решението от 7.05.2020 г. по т. д. № 2306/2019 г. на Софийския градски съд, VI-23 състав, **в частта**, с която ответникът Национална здравноосигурителна каса е осъден да заплати на ищеца „Многопрофилна болница за активно лечение „Лозенец“ ЕАД на осн. чл. 79, ал. 1 ЗЗД сумата над 36 099 лв. до присъдените 41 482 лв., на осн. чл. 86, ал. 1 ЗЗД сумата над 10 478,75 лв. до присъдените 12 042,27 лв., както и съдебни разноси за разликата над 3 742,78 лв., вместо което постановява:

ОТХВЪРЛЯ предявените от „Многопрофилна болница за активно лечение „Лозенец“ ЕАД с ЕИК – ***, със седалище и адрес на управление – гр. ***, ул. „****“ № 1, срещу Национална здравноосигурителна каса с адрес – гр. ***, ул. „****“ № 1, **иск по чл. 79, ал. 1 ЗЗД във вр. с чл. 59, ал. 1 ЗЗО за заплащане на сумата над 36 099 лв. до 41 482 лв.**, представляваща цена на извършена и отчетена, но незаплатена болнична медицинска помощ през м. март 2016 г. по договор за оказване на болнична медицинска помощ по клинични пътеки № 22-2502/23.02.2015 г., и **иск по чл. 86, ал. 1 ЗЗД за заплащане на сумата над 10 478,75 лв. до 12 042,27 лв.** – законната

лихва за забава за периода 15.12.2016 г. – 25.10.2019 г.

ПОТВЪРЖДАВА решението от 7.05.2020 г. по т. д. № 2306/2019 г. на Софийския градски съд, VI-23 състав, в останалата му част.

ОСЪЖДА Национална здравноосигурителна каса с адрес – гр. ***, ул. „***“ № 1, да заплати на „Многопрофилна болница за активно лечение „Лозенец“ ЕАД с ЕИК – ***, със седалище и адрес на управление – гр. ***, ул. „***“ № 1, на осн. чл. 78, ал. 3 от ГПК сумата **1 879,67 лв.** – съдебни разноски за производството пред САС.

ОСЪЖДА „Многопрофилна болница за активно лечение „Лозенец“ ЕАД с ЕИК – ***, със седалище и адрес на управление – гр. ***, ул. „***“ № 1, да заплати на Националната здравноосигурителна каса с адрес – гр. ***, ул. „***“ № 1, осн. чл. 78, ал. 3 от ГПК сумата **486,74 лв.** – съдебни разноски за производството пред СГС и САС.

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. _____