

# РЕШЕНИЕ

№ 793

гр. София, 13.12.2022 г.

## В ИМЕТО НА НАРОДА

**АПЕЛАТИВЕН СЪД - СОФИЯ, 5-ТИ ТЪРГОВСКИ**, в публично заседание на двадесет и втори ноември през две хиляди двадесет и втора година в следния състав:

Председател: Величка Борилова

Членове: Николай Ст. Метанов  
Зорница Гладилова

при участието на секретаря Теодора Т. Ставрева  
като разгледа докладваното от Величка Борилова Въззивно търговско дело  
№ 20221001000829 по описа за 2022 година

взе предвид следното:

Въззивното производство по реда на чл.258 и сл. ГПК е образувано по жалба на Управителя на НЗОК П. С., чрез гл.юрисконсулт И. М. насочена против Решение № 260481/20.07.2022 г., постановено по т.д. № 291/2021 г. по описа на СГС, ТО, с което първоинстанционния съд е уважил предявените при условието на обективно кумулативно съединяване осъдителни искове с правно основание чл.79, ал.1 ЗЗД, във в.р. чл. 59 ЗЗО и чл.45, ал.1 ЗЗО и по чл.86, ал.1 ЗЗД от «Многопрофилна болница за активно лечение «Национална кардиологична болница»ЕАД /МБАЛ«НКБ»ЕАД/, ЕИК 121663601 за осъждане на Националната здравно осигурителна каса /НЗОК/ да му заплати сумата от общо 48 144 лв. главници, представляваща незаплатена стойност на извършената болнична медицинска дейност на здравноосигурени пациенти по силата на договор за оказване на болнична помощ по клинични пътеки № 2473/22.05.2018 г., сключен с НЗОК, като възложител и МБАЛ«НКБ»ЕАД, като изпълнител, за м.декември 2019 г., сумата от 4 717,41 лв., представляваща законна лихва върху главницата от 48 144 лв. за периода 01.03.2020 г. – 16.02.2021 г., сумата от 200 лв. – главници, представляваща неплатена стойност на извършени амбулаторни процедури по договор № 22-69696/22.05.2018 г., сключен с НЗОК, като възложител и МБАЛ«НКБ»ЕАД, като изпълнител, за м.декември 2019 г. и сумата от 19,61 лв., представляваща законна лихва върху претендираната главница за периода 01.03.2020 г. – 16.02.2021 г., ведно със законната лихва върху всяка от главниците, считано от 16.02.2021 г. до окончателното им изплащане.

Със същото решение е бил отхвърлен предявеният иск с правно основание чл.86, ал.1 ЗЗД за заплащане на законна лихва върху главницата от 200 лв. за горницата над 19,61 лв. до претендирания такъв от 20,04 лв., като в тази му част следва да се приеме, че решението не е обжалвано и е влязло в законна сила.

С оглед оплакванията във въззивната жалба и независимо от поддържаното от въззивника, че обжалва първоинстанционното решение в неговата цялост, въззивната

инстанция в решаващият състав приема, че първоинстанционното решение се обжалва от НЗОК само в частите му, с които предявените от въззиваемия-ищец против въззивника осъдителни искове са били уважени.

В частта, с която част от предявените акцесорни искове са отхвърлени, първоинстанционното решение има позитивен по отношение на въззивника характер, поради което и за същия не е налице правен интерес от обжалването му, т.к. крайният резултат за обжалващия е благоприятен.

Няма спор в доктрината и съдебната практика, че правен интерес от обжалване съществува само тогава, когато постановеният с решението правен резултат е неизгоден за страната.

В случая в отхвърлителната му част постановеното първоинстанционно решение е неизгодно за ищеца-въззиваем и негов е правният интерес да го обжалва. След като не е сторил това и за въззивника-ответник не е налице правен интерес от обжалването му, в тези му части решението се е стабилизирало, влязло е в сила и не е предмет на въззивна проверка.

С това уточнение относно предмета на въззивното производство следва да се посочи, че във въззивната жалба се правят оплаквания за постановяване на обжалваното решение в уважителната му част в нарушение на материалния закон и съдопроизводствените правила, както и за необоснованост.

Поддържа се, че СГС е интерпретирал едностранно и превратно приобщените по делото доказателства и неправилно приел от фактическа страна, че въззивникът е отказал да заплати, съобразно установеното в нормативната уредба и договорите остойностяването на надлимитните дейности за процесния период, надвишаващи договорените стойности между страните по договорите.

Твърди се, че с отчитането на надлимитните дейности за НЗОК не възниква насрещно задължение да заплати същите, защото те представляват медицински дейности, извън уговорения между страните обем.

Като не е оспорил договорната обвързаност между страните въззивникът поддържа, че императивно условие за заплащане на отчетените медицински дейности е стойностите по отчетно-финансовите документи да не надвишават размера на определените месечни стойности по приложение № 2 към договорите. Поддържа и че НЗОК и БЛС са договорили стойности за закупуване на основния здравен пакет в рамките на бюджета на касата и това са обемите, гарантирани от бюджета на НЗОК, който бюджет не може да заплаща произволен брой медицински дейности. Съответно – договорните клаузи, ограничаващи плащанията за медицински дейности до стойностите, определени в Приложение № 2 към договорите, не нарушават правата на пациентите, в качеството им на здравно осигурени лица.

Оспорва правния извод на съдът, че обвързващите страните по делото договори имат характера на договори за изпълнение и такива в полза на трето лице, като излага и съображения, че дори такава квалификация да се отнесе към тях, то те не са чисто облигационни по смисъла на ЗЗД, а особен вид договори, имащи самостоятелен правен статут, т.к. създадените между страните отношения са между държавен орган, натоварен с властнически правомощия и лечебно заведение. Договорите били резултат от смесен фактически състав, включващ административно-правни и гражданско правни елементи, вкл. решение на НС на НЗОК по отношение плащането на медицинските дейности, надвишаващи стойностите по Приложение № 2 към договора. Възникналите правоотношения били публично-правни, поради което и правилата на ЗЗД могат да намерят приложение, но не пряко, а акцесорно.

Като твърди, че процесните договори са сключени в съответствие с нормативните изисквания, се оспорва изводът на първоинстанционния съд, че претендираните суми се дължат, защото лечебното заведение е изпълнило задълженията си за предостави уговорената болнична медицинска помощ за ЗОЛ, описана в договорите. Поддържа, че в договорите такова задължение, извън стойностите по приложение № 2, не е налице, вкл. съществува изрична клауза, че изпълнителите не могат да фактурират дейности,

надвишаващи цитираните месечни стойности.

Оспорва се и другия решаващи извод на СГС – че уговорените в индивидуалните договори клаузи, предвиждащи ограничения за плащане на извършената от изпълнителя дейност, са нищожни, поради противоречие със закона и във връзка с това се твърди, че обема на медицинската помощ е договорен между НЗОК и БЛС и НРД, а правата по чл.2, ал.1, чл.5, т.5 и чл.4, ал.2 ЗЗО са от категорията универсални социални права, което по необходимост налагало държавна намеса, респ. – налагало създаването на финансов механизъм за разпределение на ограничените бюджетни средства за медицински дейности между отделните изпълнители на болнична медицинска помощ по договори с НЗОК. Такъв механизъм именно били правилата по чл.3 и чл.4 от ЗБНЗОК за 2019 г.

Съобразно същият възложителят по процесните договори имал право, но не и задължение да вземе решение относно закупуване на заявени „надлимитни дейности“ в рамките на възстановени неоснователно получени суми или неусвоени стойности за всички изпълнители на болнична медицинска помощ, при уредени в договора ред и критерии за изпълнение на клиничните пътеки.

Освен това в самия ЗБНЗОК била предвидена възможност за заплащане стойността на извършената медицинска дейност, но не ограничено, а нарочно регулирано – в рамките на административно определени обеми.

От друга страна въззиваемият, като лечебно заведение, в качеството си на изпълнител по договора, не бил ограничен и можел да използва и други източници на финансиране, извън средствата, предвидени за изразходване от НЗОК.

По подробно изложени съображения в подкрепа на тези твърдения се поддържа, че претендираните от въззиваемия суми не се дължат.

На отделно основание се твърди, че същите са недължими и защото в случая медицинските дейности не били отчетени по надлежния ред и в нормативните срокове, по арг. от чл.357, ал.12 от НРД за МД за 2018 г.

Предвид изложеното се иска отмяна на обжалваното решение и по съществото на спора отхвърляне на предявените иски.

В отговора по въззивната жалба насрещната страна е оспорила развитите в нея доводи и е навела подробни такива в подкрепа твърдението ѝ за правилност на обжалвания съдебен акт.

Софийският апелативен съд, търговско отделение, пети състав, като съобрази данните по първоинстанционното дело, приема следното:

СГС е бил сезиран с предявени при условието на обективно кумулативно съединяване иски с правно основание съответно чл.79, ал.1 ЗЗД, във вр. чл. 59 ЗЗО, чл.45, ал.1 ЗЗО и чл.86, ал.1 ЗЗД от МБАЛ „Национална кардиологична болница“ ЕАД против Национална здравноосигурителна каса /НЗОК/.

Твърдяло се е в обстоятелствената част на исковата молба, че страните са били обвързани от две облигационни правоотношения, основани съответно на Договор № 22-2473/22.05.2018 г. за оказване на болнична помощ по клинични пътеки, изменян през 2019 г. с общо 22 допълнителни споразумения /подробно посочени/, както и от Договор № 22-6969/22.05.2018 г. за извършване на амбулаторни процедури, също допълван през 2019 г. с общо 17 допълнителни споразумения.

По отношение на първия договор се твърди, че клаузата на чл. 19, ал. 1, т. 1 и т. 2 задължавала НЗОК да закупува и заплаща на болницата извършената и отчетена медицинска помощ по клинични пътеки, както и вложените при изпълнението им медицински изделия по списък. Отделно според чл. 40 от договора Надзорният съвет /НС/ на НЗОК утвърждава корекции по стойностите на разходите за болнична медицинска помощ на РЗОК. Тези стойности били оформени като Приложение № 2 към договора и болницата не можела да отчита с финансово-отчетни документи дейности/лекарствени продукти/медицински изделия на стойност, надвишаваща стойностите за съответния месец в Приложение № 2. С подписаното допълнително споразумение от 12.12.2019 г. били намалени стойностите, заплащани за този месец на 2 060 065 лв. Намаляването не било договорено между страните,

а „разпоредено“ от НЗОК. Ищецът посочил в справката спецификации за извършената, фактурирана и оставаща надлимитна дейност сумата в размер на 48 144 лв, като дейност по клинични пътеки за м.декември 2019 г. НЗОК отказала да заплати посочената сума, като дала указание на ищеца, да не я фактурира за м.декември 2019 г., т.к. надхвърляла стойността по Приложение № 2 към договора.

Въпреки многократните опити на болницата да получи горепосочената сума ответникът отказал да я заплати, като по този начин не заплатила вложения труд по отношение на 26 броя пациенти, за които били налице подробни данни. Т.к. НЗОК не приема ръчно изготвени фактури, а само утвърдени в системата и нямало друг начин, по който ищецът да фактурира и предаде фактура за посочената сума за м.декември 2019 г., тя останала неплатена.

По отношение на втория от договорите - № 22-6969/22.05.2018 г. за извършване на амбулаторни процедури, също се твърди ,че е сключен между страните по делото, а в последствие анексиран последователно с няколко допълнителни споразумения, общо 16 на брой.

За същия в началото на м. януари 2020 г. болницата получила файл с месечните стойности по амбулаторни процедури, които не следва да фактурира за м. декември 2019 г., защото надхвърляли стойностите по Приложение № 2 към договора. Общата сума на същите възлизала в размер на 200 лева, с основание - амбулаторните процедури на 4-ма пациенти. Последната също останала неплатена от страна на ответника, а същата и не можела да бъде фактурирана, пак по причина, че електронната система на НЗОК приемала по електронен път само утвърдените в нея стойности.

С твърдение, че е изпълнил цялата медицинска дейност по лечението на здравноосигурените лица по клинични процедури за м. декември 2019 г., вкл. че същата е надлежно отчетена в ежедневно подадените електронни отчети към НЗОК в системата по реда на сключените договори, ищецът претендира плащане на тази сума, като дължима по втория от договорите. Съобразно клаузите му следвало следва да бъде платена до 30-то число на месеца, следващ отчетния, но това не било сторено от ответника.

Поискано е от съда да постанови решение, с което да осъди ответника да заплати на ищеца сумата от 48 144 лева, представляваща незаплатена стойност на извършена болнична медицинска дейност на здравноосигурени пациенти по силата на сключения между страните договор за оказване на болнична помощ по клинични пътеки № 22-2473/22.05.2018 г. за месец декември 2019 г., и общата сума от 4 717,41 лева, представляваща законна лихва върху претендираната главница за периода от 01.03.2020 г. до 16.02.2021 г., както и сумата в общ размер на 200 лева - главници, представляваща неплатената стойност на извършени и отчетени амбулаторни процедури на здравноосигурени пациенти по силата на сключения между страните договор за извършване на амбулаторни процедури № 22-6969/22.05.2018 г. за месец декември 2019 г., и сумата от 20,04 лева, представляваща законната лихва върху претендираната главница за периода от 01.03.2020 г. до 16.02.2021 г., както и законната лихва върху всяка от главниците от датата на подаване на исковата молба (16.02.2021 г.) до окончателното изплащане на сумите.

В допълнителната искова молба ищецът е въвел и твърдение за нищожност на клаузите от обвързващите страните договори, предвиждащи ограничения за заплащането на извършена „надлимитна дейност“, поради противоречието им със закона - чл. 52 от Конституцията на Република България, чл. 5 и чл. 35 от ЗЗО - основание чл. 26, ал. 1, т. 1 от ЗЗД.

Във връзка с него поддържа, че за бюджета на НЗОК е без значение дали дейностите на съответното здравноосигурено лице ще бъдат заплатени на една или друга болница или лекар, като осъществената такава винаги следва да бъде заплатена в изпълнения обем, включително надлимитните дейности.

В отговора по исковата молба ответникът е оспорил предявените искове по основание и размер.

Не е оспорил фактическите твърдения на ищеца относно договорната обвързаност на страните по двата посочени в исковата молба договора, вкл. допълнителните споразумения

към тях.

Не е оспорил и фактическото твърдение, че ищецът е изпълнил медицинската дейност по лечението на здравно осигурените лице по клинични пътеки за 2019 г., съобразно изложеното в исковата молба.

Оспорил е обаче задължението си за заплащане на тези дейности с твърдения, че тя не е била договорена, вкл. не отговаря на определения в Приложение № 2 към двата договора стойности. Последните, съобразно допълнително сключените споразумения между страните и към двата договора били многократно увеличавани, като с последното изменение на договорните връзки от 12.12.2019 г. били намалени. Поддържа, че е приложимо правилото на чл. 4, ал. 1, т. 1, б. "а" и т. 2, б. "б" от ЗБНЗОК за 2019 г., съобразно което дейностите се заплащат до определения обем, вкл. това на чл. 41а от договорите, според които възложителят не заплаща за оказана болнична медицинска помощ от лечебните заведения в нарушение на посочените в техните договори обеми и стойности.

Поддържа се, че договорите са разписали правила в случай на достигане на съответните месечни стойности, водещи до липса на капацитет за изпълнение на болнична медицинска помощ за хоспитализации, с изкл. случаите на спешна диагностика и лечение, като съобразно същите лечебното заведение може да подаде до РЗОК писмено заявление за увеличение на размера на месечната стойност за случаите на спешна диагностика и лечение по КП, КПр или АПр за сметка на до 5% от утвърдената стойност за следващия месец в приложение № 2 от индивидуалния договор за периода м. февруари – м. декември 2019 г.

Освен това в случая липсвало решение на Надзорния свет за изплащане на надлимитни дейности за претендиращия период, а ищеца не можел да се позовава на дължимост на суми по надлимитни дейности, произтичаща от протокол № РД-18-804-1/14.08.2020 г., нито на приети от системата отчети, т.к. чрез същата по електронен път на изпълнителя месечно се изпраща известие за Твърди, че по-голям обем дейност може да бъде закупен само чрез изменение на договора в частта по Приложение № 2, което се предхожда от съответната административна процедура.

Развил е правни съображения относно характера на обвързващите страните договори, според които същите не можело да се определят като договори в полза на трети лица по чл. 22 ЗЗД, а договорните клаузи, ограничаващи плащанията за медицинска дейност като стойности, определени в Приложение № 2 към договорите, не нарушава правата на пациентите.

Оспорил е твърдяната нищожност на клаузите от процесните договори, поради противоречието им със закона и позовавайки се на изрични негови разпоредби поддържа, че установения от тях ред за плащане на т.нар. „надлимитни дейности“ е с нарочно решение на НС на НЗОК. Навел е, че договорните клаузи, определящи лимитите, не са в противоречие със ЗЗО, т.к. са уговорени в изпълнение на друг равен по степен нормативен акт – ЗБНЗОК за 2019 г. и ЗБНЗОК (отм.). В случая НЗОК е действала в изпълнение на ЗБНЗОК за 2019 г., стриктно следвайки уговореното в договорите и допълнителните споразумения между страните, а отказът за плащане на надлимитните дейности е законосъобразен. Противното сочело на нарушение на чл.119 от Закона за публичните финанси.

Освен по съображенията, касаещи главните икове, акцесорните такива са оспорени с аргумент за недължимост и на отделно основание, а именно, че началният момент на претенцията за лихва не може да бъде 01.03.2020 г., тъй като плащането на т.нар. „надлимитна дейност“ е по друг ред и извън договорените отношения между страните.

Софийският апелативен съд, в изпълнение на правомощията си по чл.269 ГПК, след като извърши служебна проверка за валидност и допустимост на атакуваното решение и прецени доводите на страните във връзка със събраните по делото доказателства, съобразявайки основанията за неправилност, посочени във въззивната жалба, приема следното:

Действията по обжалване на първоинстанционния акт са процесуално допустими – предприети са в срок, срещу съдебен акт, който подлежи на въззивно обжалване от активно процесуално легитимирана страна, имаща правен интерес от това – въззивникът, ответник в

първоинстанционното производство, е останал недоволен от атакуваното решение в уважителната му част.

В последната обжалваното решение се явява валидно и допустимо, като постановено от надлежен съдебен състав, в рамките на правораздавателната му власт /арг. от § 149, ал.4 ПЗР на ЗИДАПК, предвид че обвързващото страните правоотношение е заварено по отношение на последващите изменения в АПК/, по редовно предявени иски, в съответната писмена форма и е подписано.

При преценка на оплакванията за неговата неправилност решаващият състав съобрази следното от фактическа и правна страна:

Страните не са спорили по релевантните за предмета на производството факти, безсъмнено установен и от анализа на ангажираните пред първоинстанционния съд писмени доказателства, са били обвързани от две облигационни правоотношения, основани съответно на договор № 22-2473/22.05.2018 г. за оказване на болнична помощ по клинични пътеки и № 22-6969/22-05-2018 г. за извършване на амбулаторни процедури.

Не се спори и се установява, че и двата договора са били допълвани многократно впоследствие, като всяко едно от допълнителните споразумения е приобщено като доказателство по делото.

По тези договори въззивникът има качеството на възложител, а МБАЛ“НКБ“ЕАД, в качеството му на лечебно заведение за осъществяване на лечебна дейност и за болнична помощ, по смисъла на Закона за лечебните заведения /ЗЛЗ/, на изпълнител.

Според предмета им с първия от тях /чл. 1, ал. 1 от договора/ изпълнителят се е задължил да оказва на здравоосигурените лица медицинска помощ по клинични пътеки от приложение № 9 към чл. 1 от Наредба № 3/2018 г. за определяне пакета от здравни дейности, гарантиран от бюджета на НЗОК и посочени съответно в приложение № 17а “Клинични пътеки” на Национален рамков договор (НРД) за медицинските дейности за 2018 г., които са изброени в договора, а според ал.2 на с.чл. възложителят се е задължил да заплаща дейностите по ал. 1, съгласно глава деветнадесета, раздел VI, VIII и IX от НРД за медицинските дейности за 2018 г.

С втория от договорите страните, съответно отново като възложител и изпълнител са се съгласили изпълнителят да оказва на ЗОЛ и на лицата по § 9, ал.1 ЗБНЗОК за 2018 г. медицински дейности по приложение № 7 към чл.1 от Наредба № 3/2018 г. за определяне на пакета от здравни дейности, гарантирани от бюджета на НЗОК и посочени в приложение № 18а „Амбулаторни процедури“ по НРД за медицинските дейности за 2018 г., срещу задължението на възложителя да закупува и заплаща тези дейности.

Всеки един от договорите съдържа и Приложение № 2 - именовано “Стойности и обеми на дейностите в БМП и стойности на медицинските изделия в БМП и лекарствените продукти за лечение на злокачествени заболявания в условията на БМП” към договора, в което са определени стойностите на медицинските услуги за периода м. май – м. декември 2018 г.

Страните не спорят, че са постигнали съглашение помежду си именно по съдържанието на клаузите на приобщените в хода на производството два основни договора и допълнителните споразумения към тях, като спора помежду им се свежда до правното тълкуване на част от тези клаузи.

Няма спор и по факта, установено от приобщените справки за надлимитна дейност за периода 01.12.2019 г. – 31.12.2019 г. за Дейност – Клинични пътеки и за Дейност – Амбулаторни процедури, като за последните /за извършената медицинска дейност и амбулаторни процедури за процесния период по тези пътеки/ ищецът е изготвил и съответните счетоводни документи.

Горният факт се потвърждава и от данните от Протокол № РД-18-804-1/14.08.2020 г. от извършена проверка на за медицински дейности, както и протокол № РД-18-1010-1/25.09.2020 г. на Столична Здравно осигурителна каса.

В хода на производството пред първоинстанционния съд е била изслушана съдебно-медицинска експертиза, която е дала основно и допълнително заключение, неоспорени от

страните.

Същата е докладвала, че при извършената проверка на медицинската документация е установено извършването на медицинска дейност по диагностика, процедури и лечение, съгласно стандартите за добра медицинска практика от страна на изпълнителя по договорите, но счетоводната система на ВЗОК не позволява за „надлимитна сума“ да бъде въведена електронна фактура, като съществува система за проверка, задължаваща изпълнителния директор на НС на ВЗОК да извърши проверка в такъв случай.

Докладвала е и че ВЗОК не е заплатила клиничните пътеки и амбулаторни процедури, описани от изпълнителя по договорите в съответните таблици - № 1 и № 21, вкл. по основание и размер с аргумент, че се касае за „надлимитна дейност“.

При безсъмнената установеност на гореизложените релевантни за предмета на производството факти, по единствено спорните между страните правни изводи, налагащи се от при тълкуването на обвързващите ги договори и допълнителни споразумения към тях, решаващият състав приема следното:

По въпросите относно представлява ли нарушаване на правата на ЗОЛ, свързани със свободен избор на лечебно заведение и с достъпа до медицински услуги, закрепен в чл.52 от Конституцията на РБългария, чл.5, чл.45 - чл.47 ЗЗО, чл.86 Закона за здравето и чл.2, ал.4, чл.19, б.„б“ от Наредбата за осъществяване на правото на достъп до медицинска помощ определянето на лимити от страна на ВЗОК за заплащането на извършените медицински дейности от лечебните заведения за болнична медицинска помощ, вкл. - противоречат ли на императивни правни норми клаузите на сключените между настоящите страни договори по реда на чл.59, ал.1 ЗЗО, установяващи в Приложение № 2 към тях лимити на заплащането на извършените дейности и вложени медицински изделия, е налице трайна и последователна практика на касационната инстанция, обективизирана в Решение № 152 от 2.02.2021 г. на ВКС по т. д. № 385/2020 г., II т. о., ТК, Решение № 169/16.02.2021 г. по т.д. № 1916/2019 г. на ВКС, II т.о., Решение № 141 от 21.09.2021 г. на ВКС по т. д. № 2586/2019 г., I т. о., ТК Решение № 154 от 4.03.2021 г. на ВКС по т. д. № 2530/2019 г., II т. о., ТК и др.

Макар по арг. от чл.290, ал.3 ГПК тази практика да няма характера на задължителна такава, решаващият състав изцяло споделя и се присъединява към възприетото с нея разбиране, съобразно което здравно осигурените 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, вкл. и че уговорените клаузи в индивидуалния договор за оказване на болнична помощ договор между ВЗОК и изпълнител на медицински дейности /вкл. болнична помощ и амбулаторни процедури/, съгласно които не се разрешава на изпълнителя да отчита с финансови-отчетни документи дейности, лекарствени продукти или медицински изделия на стойности, надвишаващи стойностите за съответния месец в Приложение № 2, 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, 5 и 6 ЗЗО /редакция преди изм. с ДВ, бр. 48 от 27.06.2015 г. / и чл. 35, т. 1 /редакция преди изм. с ДВ, бр. 48 от 27.06.2015 г. / във връзка с чл. 26, ал. 2 и чл. 25 ЗЗО.

Поради пълното споделяне от настоящия състав на така направените изводи, които са възприети и в обжалваното решение, последното се явява постановено при правилно приложение на материалния закон и обосновано.

Правнонесъстоятелно е оплакването във въззивната жалба, че договорните клаузи, ограничаващи плащанията на медицинските дейности до стойностите, определени в Приложение № 2 към договорите, не нарушават правата на пациентите, в качеството им на ЗОЛ, а само лимитират обема на количеството на медицинската помощ от всеки вид услуга, което е гарантирано от бюджета на ВЗОК.

Това оплакване не държи сметка, че при конституционно и законово закрепените гаранции на правото на свободен достъп на ЗОЛ до медицинска помощ, както и на свободен

избор на изпълнител, сключил договор с районна здравноосигурителна каса, създаването на финансов механизъм за разпределение на ограничените бюджетни средства за медицински дейности между отделните изпълнители на болнична медицинска помощ по договори с НЗОК от ЗБНЗОК не следва в никакъв случай да засяга /в смисъл - ограничава/ тези права така, както се поддържа от въззивника, защото последното би било в противоречие с чл.4, ал.2 ЗЗО, от една страна.

От друга - в конкретния казус въззивникът-ответник не е твърдял, нито е ангажирал доказателства в хода на процеса, предоставените от въззиваемата болница медицински услуги на пациентите, заплащането на които се претендира, да надхвърля обема и количеството медицински услуги, които Държавата определя и предоставя по вид, обхват и обем за ЗОЛ - т.е. извън обхвата по чл.45 ЗЗО.

След като всяко едно от посочените в съответните таблици-справки здравно осигурено лице е потърсило, респ. - получило медицинска помощ при въззиваемата болница, вкл. - тази помощ се включва в пакета болнична медицинска дейност /амбулаторна дейност/, осъществявани от въззиваемия, то отказът от заплащане на същата, основан на лимитиране на обема на количеството медицинска помощ, заплащан от бюджета на НЗОК, предполага извод за нарушаване правата както на ЗОЛ, така и на изпълнителя по договорите за предоставяне на медицински услуги. Това е така, защото нормата на чл.55, ал.3, т.2 ЗЗО установява забрана НРД да установяват изисквания за условия, възпрепятстващи свободния избор от осигурения на изпълнители на медицинска помощ, сключили договор с РЗОК, а във вр. с нея чл.55а ЗЗО установява, че НЗОК планира, договаря и закупува за здравноосигурените лица медицинска помощ по чл. 55, ал. 2, т. 2 в рамките на обемите, договорени в националните рамкови договори и в съответствие с бюджета на НЗОК за съответната година.

Ако се сподели разбирането на въззивника това би означавало, че на всяко ЗОЛ, което е потърсило медицинска помощ, попадаща в обхвата по чл.45 ЗЗО при изпълнител на медицински услуги, след изчерпване на определените му лимити от бюджета на НЗОК, такава помощ автоматично следва да бъде отказана.

Последното обаче би било в противоречие с изложеното по-горе досежно правото на свободен достъп и свободен избор на всяко ЗОЛ на изпълнител на медицински услуги, поради което и решаващият състав изцяло споделя разбирането, изразено в цитираните актове на касационната инстанция, че НЗОК има всички предоставени от закона възможности да планира, организира и пренасочва предоставения й финансов ресурс в рамките на бюджета на НЗОК, така че да изпълни законово вменените задължения за гарантиране свободен достъп на ЗОЛ до качествена болнична помощ, при спазване гарантираните им от закона права на свободен избор от лицето, от което да я получи, вкл. чрез използване на дадените й от специалните закон - ЗЗО и ЗБНЗОК механизми /, чл.23, ал.2 ЗЗО, даващ възможност при недостиг на средства НЗОК да може ползва краткосрочни безлихвени заеми от държавния бюджет; чл. 25 и чл. 26 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; чл.115, ал.1 от Закона за публичните финанси/.

По изложените съображения въззивната инстанция приема за неоснователни възраженията на НЗОК, формулирани във въззивната жалба, като намира, че в случая липсват основания същата да откаже изпълни задължението си за плащане на надлимитните дейности, изпълнени от въззиваемата болница до приключване на финансовата година, в която са извършени - в случая 31.12.2019 г.

Като допълнителен аргумент в подкрепа на изложеното следва да са посочи също, че вкл. и според заключението на неоспорената съдебно-медицинска експертиза както в София, така и в страната са малко болниците, които са в състояние да извършат предоставената от въззиваемата болница медицински услуги - същата е специализирана кардиологична болница.

Следователно - в случая правата на пациентите да получат качествена, навременна и адекватна медицинска помощ, съобразно специализацията на въззиваемия, на отделно и

самостоятелно основание са ограничени от налагането на лимити за заплащането на тази помощ и с оглед спецификата на предоставената от него такава, поради което и отказът тя да бъде заплатена, вкл. и когато е предоставена извън определените лимити от бюджета на НЗОК, засягат необосновано в равна степен както правата на получаващия, така и правата на предоставящия специфичната медицинска помощ.

Ето защо и в частта му, с която предявените главни искове за заплащане на процесните суми на заявеното правно основание са уважени в пълния им размер, обжалваното решение се явява правилно и следва да се потвърди.

То е такова и в частта му, с която са уважени и предявените акцесорни искове, предвид че в казуси като процесния - когато се касае за предоставена медицинска помощ в обхвата на основния пакет здравни дейности, но в превишение на предвидените в индивидуалния договор месечни лимити, приложение намират правилата, уреждаща бюджетното финансиране и контрол на медицинската дейност в съответния годишен бюджетен закон. Затова НЗОК дължи изпълнение на задължението си за заплащане на претендираните суми до приключване на финансовата година, в която са извършени съответните разходи - в случая 31.12.2019 г., след която дата изпада в забава и дължи обезщетение по чл. 86, ал. 1 ЗЗД.

В случая претендираната мораторна лихва е за период, следващ 01.01.2020 г. - от 01.03.2020 г. до датата на предявяване на исковата молба, поради което и същата се дължи в определения от първоинстанционния съд размер.

По разноските.

Съобразно изходът от спора пред настоящата инстанция въззивникът следва да заплати на въззиваемата страна сторените от нея разноски във въззивното производство, претендирани, съобразно представения списък по чл.80 ГПК и доказателствата към него единствено за платено адвокатско възнаграждение на процесуалния му представител в размер на 7 287,87 лв.

При съобразяване на възражението за прекомерност на насрещната страна по отношение на неговия размер решаващият състав приема, че посоченото възнаграждение се явява прекомерно, с оглед фактическата и правна сложност на спора и обстоятелството, че извършените пред настоящата инстанция съдопроизводствени действия от страна на процесуалния представител на въззиваемия извън участието в единственото открито с.з., е подаване на отговор по въззивната жалба.

Ето защо и счита, че претендираното такова следва да се определи в минималния предвиден от чл.7, ал.2, т.4 е т.2 от Наредба № 4/2009 г. размер, а именно 2 234 лв.

Мотивиран от изложеното, Софийският апелативен съд, търговско отделение, пети състав,

## **РЕШИ:**

ПОТВЪРЖДАВА Решение № 260481/20.07.2022 г., постановено по т.д. № 291/2021 г. по описа на СГС, ТО.

ОСЪЖДА Национална здравноосигурителна каса, ЕИК 121858220 да заплати на Многопрофилна болница за активон лечение «Национална кардиологична болница»ЕАД, ЕИК 121663601 сумата от 2 234 лв. разноски по делото пред въззивната инстанция за платено адвокатско възнаграждение на процесуалния му представител.

Решението подлежи на обжалване с касационна жалба в едномесечен срок от връчването му на страните при наличие на предпоставките по чл.280, ал.1 и ал.2 ГПК.

**Председател:** \_\_\_\_\_

**Членове:**

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

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