

# РЕШЕНИЕ

№ 426

гр. София , 08.07.2021 г.

## В ИМЕТО НА НАРОДА

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

Председател:	Бистра Николова
Членове:	Тодор Тодоров
	Милен Василев

като разглежда докладваното от Милен Василев Въззивно търговско дело № 20211001000541 по описа за 2021 година

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

Образувано е по въззивна жалба от 13.04.2021 г. на ответника Национална здравноосигурителна каса срещу решението от 9.03.2021 г. по т. д. № 982/2020 г. на Софийския градски съд, VI-10 състав, с което ответникът е осъден да заплати на ищеца „Многопрофилна болница за продължително лечение и рехабилитация – Сердика“ ЕООД:

- **на осн. чл. 79, ал. 1 ЗЗД във вр. с чл. 59 ЗЗО** следните суми, представляващи стойността на осъществена медицинска дейност, вложени медицински изделия и извършени амбулаторни прегледи над стойностите, посочени в приложение 2 за съответния месец по договор за оказване на болнична помощ по клинични пътеки № 22-5148/03.05.2017 г., договор за оказване на болнична помощ по клинични пътеки № 22-5148/22.05.2018 г., допълнителни споразумения към договор за оказване на болнична помощ по клинични пътеки № 22-5148/22.05.2018 г.: 1) за м. 03.2017 г. – **9 240 лв.**; 2) за м. 12.2017 г. – **660 лв.**; 3) за м. 05.2018 г. – **990 лв.**; 4) за м. 06.2018 г. – **5 280 лв.**; 5) за м. 07.2018 г. – **660 лв.** и 6) за м. 12.2019 г. – **6 396 лв.**, заедно със законната лихва върху тези суми за периода от 29.05.2020 г. до окончателното заплащане на сумите;
- **на основание чл. 86, ал. 1 от ЗЗД:** 1) сумата **2887,51 лв.** – законната лихва за забава за периода 1.05.2017 г. – 29.05.2020 г. върху вземането за м. 03.2017 г.; 2) сумата **660 лв.** – законната лихва за забава за периода 1.02.2018 г. – 29.05.2020 г. върху вземането за м.

12.2017 г.; 3) **сумата 192,23 лв.** – законната лихва за забава за периода 1.07.2017 г. – 29.05.2020 г. върху вземането за м. 05.2018 г.; 4) **сумата 979,73 лв.** – законната лихва за забава за периода 1.08.2018 г. – 29.05.2020 г. върху вземането за м. 06.2018 г.; 5) **сумата 116,79 лв.** – законната лихва за забава за периода 1.09.2018 г. – 29.05.2020 г. върху вземането за м. 07.2018 г.; 6) **сумата 211,42 лв.** – законната лихва за забава за периода 1.02.2020 г. – 29.05.2020 г. върху вземането за м. 12.2019 г.

- **на осн. чл. 78, ал. 1 ГПК** за съдебни разноси сумата 1 110,77 лв. – за държавната такса и 1 663,81 лв. – за адвокатско възнаграждение.

В жалбата се твърди, че неправилно СГС е приел, че процесните суми са дължими на основание сключения между страните договор, въпреки че излизат извън параметрите за уговорения и закупен от НЗОК обем медицински услуги. Сочи се, че определянето на лимити е в съответствие със съответния годишен Закон за бюджета на НЗОК, 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 противоположна привилегия на определено лечебно заведение за сметка на останалите лечебни заведения, за които е определен лимитиран ресурс за всеки един изпълнител на болнична помощ. Твърди се, че в договора и в приложимите нормативни актове бил установен ред за заплащане на надлимитната дейност, който минавал през неговото изменение, който ред в случая не бил спазен. Твърди се и, че заплащането на надлимитната дейност би било в противоречие и с разпоредбата на чл. 119 от Закона за публичните финанси. Твърди се, че условията за заплащане на надлимитната дейност били установени в договорите и съответните нормативни актове и актове на НЗОК, но нито процедурата по тях била проведена, нито били настъпили условията за плащане, поради което задълженията не са изискуеми.

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

Въззиваемият „Многопрофилна болница за продължително лечение и рехабилитация – Сердика“ ЕООД – ищец по исковете – 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 разноси.

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 „Многопрофилна болница за продължително лечение и рехабилитация – Сердика“ ЕООД с искова молба от 1.06.2020 г., подадена по пощата на 29.05.2020 г., с която срещу Националната здравноосигурителна каса са били предявени обективно съединени иски по чл. 79, ал. 1 ЗЗД във вр. с чл. 59, ал. 1 ЗЗО и чл. 86, ал. 1 ЗЗД за заплащане на следните суми:

- 1) **сумата 12 818 лв.**, представляваща цена на извършена и отчетена, но незаплатена болнична

медицинска помощ по договор за оказване на болнична медицинска помощ по клинични пътеки № 22-5148/23.02.2015 г. за м. 04.2015 г., ведно със законната лихва от подаване на исковата молба до окончателното изплащане, **както и сумата 6 500,07 лв.** – законната лихва за периода от 1.06.2015 г. до 29.05.2020 г.;

**2) сумата 17 386 лв.**, представляваща цената на извършена и отчетена, но незаплатена болнична медицинска помощ по договор за оказване на болнична медицинска помощ по клинични пътеки № 22-5148/23.02.2015 г. за м. 05.2015 г., ведно със законната лихва върху нея от подаване на исковата молба до окончателното изплащане, **както и сумата 8 671,52 лв.** – законната лихва за периода от 1.07.2015 г. до 29.05.2020 г.;

**3) сумата 18 936 лв.**, представляваща цената на извършена и отчетена, но незаплатена болнична медицинска помощ по договор за оказване на болнична медицинска помощ по клинични пътеки № 22-5148/23.02.2015 г. за м. 06.2015 г., ведно със законната лихва върху нея от подаване на исковата молба до окончателното изплащане, **както и сумата 9 281,21 лв.** – законната лихва за периода от 1.08.2015 г. до 29.05.2020 г.;

**4) сумата 17 360 лв.**, представляваща цената на извършена и отчетена, но незаплатена болнична медицинска помощ по договор за оказване на болнична медицинска помощ по клинични пътеки № 22-5148/23.02.2015 г. за м. 07.2015 г., ведно със законната лихва върху нея от подаване на исковата молба до окончателното изплащане, **както и сумата 8 358,96 лв.** – законната лихва за периода от 1.09.2015 г. до 29.05.2020 г.;

**5) сумата 13 834 лв.**, представляваща цената на извършена и отчетена, но незаплатена болнична медицинска помощ по договор за оказване на болнична медицинска помощ по клинични пътеки № 22-5148/23.02.2015 г. за м. 08.2015 г., ведно със законната лихва върху нея от подаване на исковата молба до окончателното изплащане, **както и сумата 6 545,64 лв.** – законната лихва за периода от 1.10.2015 г. до 29.05.2020 г.;

**6) сумата 14 112 лв.**, представляваща цената на извършена и отчетена, но незаплатена болнична медицинска помощ по договор за оказване на болнична медицинска помощ по клинични пътеки № 22-5148/23.02.2015 г. за м. 09.2015 г., ведно със законната лихва върху нея от подаване на исковата молба до окончателното изплащане, **както и сумата 6 555,43 лв.** – законната лихва за периода от 1.11.2015 г. до 29.05.2020 г.;

**7) сумата 14 316 лв.**, представляваща цената на извършена и отчетена, но незаплатена болнична медицинска помощ по договор за оказване на болнична медицинска помощ по клинични пътеки № 22-5148/23.02.2015 г. за м. 10.2015 г., ведно със законната лихва върху нея от подаване на исковата молба до окончателното изплащане, **както и сумата 6 530,67 лв.** – законната лихва за периода от 1.12.2015 г. до 29.05.2020 г.;

**8) сумата 26 348 лв.**, представляваща цената на извършена и отчетена, но незаплатена болнична медицинска помощ по договор за оказване на болнична медицинска помощ по клинични пътеки № 22-5148/23.02.2015 г. за м. 11.2015 г., ведно със законната лихва върху нея от подаване на исковата молба до окончателното изплащане, **както и сумата 11 792,08 лв.** – законната лихва за периода от 1.01.2016 г. до 29.05.2020 г.;

**9) сумата 15 002 лв.**, представляваща цената на извършена и отчетена, но незаплатена болнична медицинска помощ по договор за оказване на болнична медицинска помощ по клинични пътеки № 22-5148/23.02.2015 г. за м. 12.2015 г., ведно със законната лихва върху нея от подаване на исковата молба до окончателното изплащане, **както и сумата 6 584,85 лв.** – законната лихва за периода от 1.02.2016 г. до 29.05.2020 г.;

**10) сумата 6 574 лв.**, представляваща цената на извършена и отчетена, но незаплатена болнична медицинска помощ по договор за оказване на болнична медицинска помощ по клинични пътеки № 22-5148/23.02.2015 г. за м. 01.2016 г., ведно със законната лихва върху нея от подаване на исковата молба до окончателното изплащане, **както и сумата 2 832,52 лв.** – законната лихва за периода от 1.03.2016 г. до 29.05.2020 г.;

**11) сумата 12 870 лв.**, представляваща цената на извършена и отчетена, но незаплатена болнична медицинска помощ по договор за оказване на болнична медицинска помощ по клинични пътеки № 22-5148/23.02.2015 г. за м. 12.2016 г., ведно със законната лихва върху нея от подаване на исковата молба до окончателното изплащане, **както и сумата 4 340,06 лв.** – законната лихва за периода от 1.02.2017 г. до 29.05.2020 г.;

**12) сумата 4 620 лв.**, представляваща цената на извършена и отчетена, но незаплатена болнична медицинска помощ по договор за оказване на болнична медицинска помощ по клинични пътеки № 22-5148/23.02.2015 г. за м. 02.2017 г., ведно със законната лихва върху нея от подаване на исковата молба до окончателното изплащане, **както и сумата 1 482,24 лв.** – законната лихва за периода от 1.04.2017 г. до 29.05.2020 г.;

**13) сумата 9 240 лв.**, представляваща цената на извършена и отчетена, но незаплатена болнична медицинска помощ по договор за оказване на болнична медицинска помощ по клинични пътеки № 22-5148/23.02.2015 г. за м. 03.2017 г., ведно със законната лихва върху нея от подаване на исковата молба до окончателното изплащане, **както и сумата 2 887,51 лв.** – законната лихва за периода от 1.05.2017 г. до 29.05.2020 г.;

**14) сумата 660 лв.**, представляваща цената на извършена и отчетена, но незаплатена болнична медицинска помощ по договор за оказване на болнична медицинска помощ по клинични пътеки № 22-5148/3.05.2017 г. за м. 12.2017 г., ведно със законната лихва върху нея от подаване на исковата молба до окончателното изплащане, **както и сумата 155,65 лв.** – законната лихва за периода от 1.02.2018 г. до 29.05.2020 г.;

**15) сумата 990 лв.**, представляваща цената на извършена и отчетена, но незаплатена болнична медицинска помощ по договор за оказване на болнична медицинска помощ по клинични пътеки № 22-5148/22.05.2018 г. за м. 05.2018 г., ведно със законната лихва върху нея от подаване на исковата молба до окончателното изплащане, **както и сумата 192,23 лв.** – законната лихва за периода от 1.07.2018 г. до 29.05.2020 г.;

**16) сумата 5 280 лв.**, представляваща цената на извършена и отчетена, но незаплатена болнична медицинска помощ по договор за оказване на болнична медицинска помощ по клинични пътеки № 22-5148/22.05.2018 г. за м. 06.2018 г., ведно със законната лихва върху нея от подаване на исковата молба до окончателното изплащане, **както и сумата 979,73 лв.** – законната лихва за периода от

1.08.2018 г. до 29.05.2020 г.;

**17) сумата 660 лв.**, представляваща цената на извършена и отчетена, но незаплатена болнична медицинска помощ по договор за оказване на болнична медицинска помощ по клинични пътеки № 22-5148/22.05.2018 г. за м. 07.2018 г., ведно със законната лихва върху нея от подаване на исковата молба до окончателното изплащане, **както и сумата 116,79 лв.** – законната лихва за периода от 1.09.2018 г. до 29.05.2020 г.;

**18) сумата 6 396 лв.**, представляваща цената на извършена и отчетена, но незаплатена болнична медицинска помощ по договор за оказване на болнична медицинска помощ по клинични пътеки № 22-5148/22.05.2018 г. за м. 12.2019 г., ведно със законната лихва върху нея от подаване на исковата молба до окончателното изплащане, **както и сумата 211,42 лв.** – законната лихва за периода от 1.02.2020 г. до 29.05.2020 г.;

**19) сумата 14 742 лв.**, представляваща цената на извършена и отчетена, но незаплатена болнична медицинска помощ по договор за оказване на болнична медицинска помощ по клинични пътеки № 22-5148/25.02.2020 г. за м. 01.2020 г., ведно със законната лихва върху нея от подаване на исковата молба до окончателното изплащане, **както и сумата 368,55 лв.** – законната лихва за периода от 1.03.2020 г. до 29.05.2020 г.;

**20) сумата 2 828 лв.**, представляваща цената на извършена и отчетена, но незаплатена болнична медицинска помощ по договор за оказване на болнична медицинска помощ по клинични пътеки № 22-5148/25.02.2020 г. за м. 02.2020 г., ведно със законната лихва върху нея от подаване на исковата молба до окончателното изплащане, **както и сумата 46,35 лв.** – законната лихва за периода от 1.04.2020 г. до 29.05.2020 г.;

**21) сумата 15 764 лв.**, представляваща цената на извършена и отчетена, но незаплатена болнична медицинска помощ по договор за оказване на болнична медицинска помощ по клинични пътеки № 22-5148/25.02.2020 г. за м. 03.2020 г., ведно със законната лихва върху нея от подаване на исковата молба до окончателното изплащане, **както и сумата 126,99 лв.** – законната лихва за периода от 1.05.2020 г. до 29.05.2020 г.

В исковата молба се твърди, че ищецът е регистрирано лечебно заведение, което било в договорни отношения с НЗОК по няколко договора – договори за оказване на болнична помощ по клинични пътеки № 22-5148/23.02.2015 г., № 22-5148/3.05.2017 г. и № 22-5148/22.05.2018 г., договор за оказване на болнична помощ и извършване на амбулаторни процедура № 22-5148/22.02.2020 г., изменени и с допълнителни споразумения. Твърди се, че през посочените месечни периоди в изпълнение на договорите ищецът предоставил на пациенти болнична помощ по клинични пътеки, която надлежно отчетел пред ответника. В отговор ответникът, чрез директора на Столичната ЗОК, изпратил месечни известия, в които неоснователно отхвърлил част от исканията за плащане, за които суми забавата в плащането настъпвала след изтичането на 30 дни след отчетния месец. Основанието за отхвърляне било, че са надвишени стойностните лимити за заплащане, определени в приложение № 2 към договорите, т.е. че дейността е надлимитна. Твърди се, че в договорите не била предвидена възможност след изчерпване на лимитите лечебното заведение да прекрати извършването на договорените дейности, от което следвало, че всяка извършена дейност следвало да бъде заплатена, Твърди се, че договорните клаузи, които

предвиждали подобни лимити, били нищожни, като противоречащи на добрите нрави и на закона, а именно – чл. 52 от Конституцията, чл. 5, чл. 35 и др. от ЗЗО, тъй като поставяли оказването на медицинска помощ на здравноосигурените лица в зависимост от обстоятелството дали нуждата от такава е възникнала в рамките на определените от НЗОК стойностни лимити.

С определение от 14.10.2020 г. производството е прекратено и изпратено по подсъдност на Административен съд София град **в частта** относно сумата от 33 334 лв., представляваща стойността на незаплатена медицинска дейност по договор 22-5148/25.02.2020 г. за периода м. 01 – м. 03.2020 г., и за сумата от 541,89 лева – лихва за забава върху посочената сума е прекратено и делото е изпратено по компетентност на АССГ.

С определение от 18.12.2020 г. поради отказ от исковите в резултат на сключена спогодба между страните, е прекратено производството по делото **в частта** относно исковите за заплащане на извършена медицинска дейност и за лихвата за забава върху тези суми, както следва: за сумата от 150 112 лева за периода 1.04.2015 г. – 31.12.2015 г.; за сумата от 19 444 лева – за периода 1.01.2016 г. – 31.12.2016 г.; за сумата от 64 320,36 лв. – лихва за забава за периода 1.06.2015 г. – 29.05.2020 г. върху сумата от 150 112 лв.; за сумата от 7 172,58 лв. – лихва за забава за периода 1.03.2016 г. – 29.05.2020 г. върху сумата от 19 444 лв. Сумите се претендират на основание договор № 22-5148/23.02.2015 г. и допълнителните споразумения към него.

С определение от 16.02.2021 г. производството по делото е прекратено поради отказ от исковите **в частта** относно сумата от 4 620 лв. – за дейност за месец 02.2017 г. и за сумата от 1 482,24 лева – лихва за забава върху тази сума за периода до 29.05.2020 г. Сумите с претендират на основание договор № 22-5148/23.02.2015 г. и допълнителните споразумения към него.

По делото е представен договор № 22-5148/23.02.2015 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 кодове 236, 237, 238, 239, 241 и 244. 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 от 1.01.2015 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 здравноосигурените 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 б) **извършената и отчетена дейност по КП е в рамките на стойностите, посочени в приложение № 2 към договора.** Според чл. 32, ал. 1 изпълнителят ежедневно отчита по електронен път в утвърдени от НЗОК формати оказаната за денонощие дейност, включена в предмета на договора, която според ал. 11 се обработва в информационната система на НЗОК, а след окончателната обработка за календарен месец в срок до 16:00 ч. на петия работен ден, следващ отчетния месец, РЗОК изпраща по електронен път на изпълнителя месечно известие, съдържащо: 1) потвърдената за заплащане дейност, лекарствени продукти и/или медицински изделия, заплащани от НЗОК извън стойността по КП; 2) отхвърлената от заплащане дейност, лекарствени продукти и/или медицински изделия, заплащани от НЗОК извън стойността на КП, и съответните основания за отхвърляне. Основанията за отхвърляне са уредени в чл. 32, ал. 13, измежду които и това *по т. 6 – за дейност, надвишаваща стойностите по чл. 42.* Съгласно чл. 42, ал. 1 стойността на финансово-отчетните документи по чл. 28 и чл. 52, ал. 1 не следва да надвишава размера на определените дейности на изпълнителя по реда на чл. 4 от ЗБНЗОК за 2015 г., посочени в приложение № 2. Според чл. 42, ал. 4 отхвърлената

от заплащане медицинска дейност, медицински изделия, лекарствени продукти, на основание чл. 32, ал. 13, т. 6, посочена в месечното известие по чл. 32, ал. 11, т. 2, се заплаща от възложителя с решение на Надзорния съвет на НЗОК, което следва да е в съответствие с разпоредбите и в рамките на параметрите по ЗБНЗОК за 2015 г. /чл. 42, ал. 5/. Според чл. 33, ал. 4 когато при започване на даден отчетен период за същия няма определени стойности по чл. 42, всички отчетени в ежедневните електронни отчети случаи се определят /маркират/ като „надвишаващи стойността по чл. 42“. В чл. 33, ал. 5 е предвидено, че когато в рамките на даден отчетен период стойностите по чл. 42 бъдат увеличени, за допълнителния ресурс изпълнителят може да представи финансово-отчетни документи по реда на чл. 28 и чл. 52, ал. 1 за случаи, които са отхвърлени само на основание чл. 32, ал. 13, т. 6, като РЗОК валидира отчетената за заплащане дейност в електронната система на НЗОК. Според чл. 40, ал. 2 възложителят заплаща на изпълнителя за извършена и отчетена дейност, в рамките на стойностите, определени по реда на Правилата по чл. 4, ал. 4 ЗБНЗОК за 2015 г. и посочени в приложение № 2 към договора. Предвидено е и, че изпълнителят не може да отчита с финансово-отчетни документи дейности на стойност надвишаваща утвърдената по приложение № 2 за съответния месец /чл. 40, ал. 3/, а когато за определено тримесечие изпълнителят е представил отчетни документи на стойност по-ниска от съответната стойност за месеца в приложение № 2, не може с размера на разликата между стойността в приложение № 2 и отчетената стойност да увеличава стойностите за следващите тримесечия /ал. 4/. Според чл. 41, ал. 1 корекция на стойностите, определени по реда на Правилата и посочените в приложение № 2 за изпълнителя, се извършва на тримесечие, за което страните се задължават да подписват допълнителни споразумения, а в случай на отказ на изпълнителя да подпише РЗОК го уведомява писмено за коригираните стойности за тримесечие и не заплаща отчетената дейност над коригираните стойности /ал. 2/. Според чл. 35 плащанията на изпълнителя се извършват чрез РЗОК до 30-то число на месеца, следващ отчетния, с изключение на плащанията, за които е предвиден друг срок в чл. 31, ал. 3 и 4. Според чл. 3, ал. 2 в случай, че възложителят не заплати на изпълнителя извършената и отчетена дейност по КП в сроковете, определени в Методика за заплащане и настоящия договор, възложителят дължи на изпълнителя законна лихва за забава за просроченото време. Представено е 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“.

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., 14.12.2015 г., 23.06.2016 г., 6.07.2016 г. Със същите са утвърдени изменения в приложение № 2. По-съществени съдържателни изменения са включени в споразумението от 7.04.2015 г. Според променения чл. 33, ал. 8 при достигане на съответните месечни стойности, водещи до липса на капацитет на изпълнителя за хоспитализация, с изключение на случаите на спешна диагностика и лечение, същият формира листа на чакащите съгласно чл. 22 от Наредбата за осъществяване на правото на достъп до медицинска помощ. Предвидено е, че за случаите на спешна диагностика и лечение изпълнителят може да подаде към възложителя писмено заявление за увеличение на размера на месечната стойност на разходите за дейностите в БМП в приложения № 2 към договорите на изпълнителя за сметка на: 1) стойностите в приложение № 2 към договорите на изпълнителя за следващите месеци от тримесечието, в размер до 5 % от стойността за съответното тримесечие, или 2) до 5 % от стойностите за следващото тримесечие, като тази възможност не се допуска през четвъртото тримесечие. Според чл. 33, ал. 9 при увеличение размера на стойността на разходите за дейностите в БМП промените в

приложение № 2 по ал. 8 се договарят между изпълнителя и възложителя в срока за представяне на отчетите за заплащане на дейностите за съответния месец. Според чл. 33, ал. 10 по изключение, при особено тежки и спешни случаи по медицински показатели, както и случаи, свързани с форсмажорни обстоятелства, изпълнителят информира незабавно възложителя с писмо, в което излага мотиви за заплащане; случаите се внасят чрез управителя на НЗОК за разглеждане от Надзорния съвет на НЗОК и от Управителния съвет на БЛС, като решение за заплащането им се взема при наличие на бюджетни средства.

Между страните е бил сключен и аналогичен договор № 22- 5148/3.05.2017 г. за оказване на болнична помощ по клинични пътеки, сключен на осн. чл. 59, ал. 1 ЗЗО и в съответствие с Националния рамков договор за медицинските дейности за 2017 г., за следните клинични пътеки с кодове: 257, 260, 261, 262, 263, 265, 999, който договор влиза в сила от **1.04.2017 г.** Предвидено е, че възложителят закупува от изпълнителя дейности в рамките на обемите и стойностите, определени в приложение № 2 – чл. 34 и чл. 35. Според чл. 37, ал. 1 изпълнителят може да отчита с финансово-отчетни документи дейности на стойност, надвишаваща определената месечна стойност за първите два месеца на отчетните периоди с до 3 % спрямо определените стойности за съответния месец, като според ал. 2 изпълнителят компенсира в рамките на 3-месечните периоди превишението по ал. 1 в рамките на общия размер на определената тримесечна стойност. В чл. 35 – чл. 41 е уреден редът за заплащане на дейност, надхвърляща стойностите по приложение № 2. Според чл. 39, ал. 2 при извършени и отчетени от изпълнителя случаи на стойност, надвишаваща определената месечна стойност в приложение № 2 към договора, изпълнителят подава в сроковете за отчитане по чл. 31, ал. 10, писмено заявление до възложителя за увеличаване на месечната стойност за тези случаи, като при извършени и отчетени от изпълнителя случаи, извън случаите на спешна диагностика и лечение на пациенти, изпълнителят посочва причините за допускане извършването на такива хоспитализации. Според чл. 39, ал. 3 след изпращане на месечното известие по чл. 31, ал. 10 и анализ на отчетите на всички изпълнители на БМП, възложителят има право да вземе решение за закупуване на дейности, заявени по реда на ал. 2 от всички изпълнители на БМП, в рамките на неусвоените стойности по реда на ал. 1 за всички изпълнители, при следните критерии: 1) при наличие на един или няколко изпълнители, отчетели и заявили дейност за спешна диагностика и лечение на пациенти над месечната си стойност, с неусвоената стойност за месеца се закупуват дейности пропорционално на стойността на отчетените случаи над месечната стойност за всички изпълнители, отчетели спешни случаи над утвърдените им месечни стойности, като при преразпределение на неусвоената стойност се определят стойности за закупуване на цели случаи, не може да се закупува процент от случай; 2) когато след прилагане на критерия по т. 1, останат неусвоени стойности от общата месечна стойност по договорите на възложителя за БМП, същите могат да се използват за закупуване на дейност за планови случаи, аналогично на реда по т. 1. Съгласно чл. 39, ал. 6 в случаите по ал. 2, когато след извършените промени по ал. 3 се установят извършени дейности на стойност, надвишаваща определената месечна стойност в приложение № 2 към договора, възложителят извършва проверка на цялата месечна отчетена дейност на изпълнителя. Съгласно ал. 7 след проверката по ал. 6 възложителят изготвя доклад до управителя на НЗОК за резултатите от извършените проверки, с мотивирано искане за корекции на стойностите, който се внася за разглеждане от НС на НЗОК. Според чл. 40, ал. 1 НС на НЗОК утвърждава корекции по стойностите на разходите за БМП на РЗОК в съответствие с параметрите на средствата по бюджета на НЗОК за здравноосигурителни плащания за БМП на национално ниво. Според чл. 40, ал. 2 при достигане или надвишаване на средствата на НЗОК за

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

Договорът от 3.05.2017 г. е бил изменен с допълнителни споразумения от 6.06.2017 г., 24.07.2017 г., 23.08.2017 г., 25.10.2017 г., 23.11.2017 г., 29.11.2017 г., 14.12.2017 г., 20.12.2017 г., 19.02.2018 г., 20.03.2018 г. и 23.04.2018 г., Със същите са утвърдени изменения в приложение № 2. С друго споразумение от 19.02.2018 г. са внесени и съдържателни изменения в договора. Предвидена е отмяната на горесцитираните чл. 40, ал. 2 и 3. Според новосъздадения чл. 39а, ал. 2 в случаите, когато след заплащане на отчетената месечна дейност се установи недостигане от изпълнителя на определените месечни стойности по чл. 36а, ал. 1, т. 2 в приложение № 2, в приложението се отразяват стойностите на заплатената за месеца дейност, а с разликата между определената и заплатената месечна стойност се увеличава месечната стойност за следващ месец по приложение № 2, в рамките на периодите по чл. 34, ал. 4. Според чл. 39а, ал. 2 възложителят може да внесе мотивирано предложение до НС на НЗОК за коригиране на определените стойности в приложение № 2, на основание получено от изпълнителя мотивирано предложение, водещо до промяна на определените стойности в края на периода по чл. 34, ал. 4, при наличие на неусвоени средства на ниво РЗОК.

Между страните е бил сключен и аналогичен договор № 22- 5148/22.05.2018 г. за оказване на болнична помощ по клинични пътеки, сключен на осн. чл. 59, ал. 1 ЗЗО и в съответствие с Националния рамков договор за медицинските дейности за 2018 г., за следните клинични пътеки с кодове: 257, 260, 261, 262, 263, 265, 999, който договор влиза в сила от **1.04.2018 г.** Договорът е с идентично съдържание като предходния от 2017 г. с измененията. Приложение № 2 към него е било впоследствие изменено с допълнителни споразумения от 31.05.2018 г., 24.07.2018 г., 25.09.2018 г., 22.10.2018 г., 22.11.2018 г., 14.12.2018 г., 19.12.2018 г., 23.04.2019 г., 28.05.2019 г., 25.06.2019 г., 25.07.2019 г., 30.09.2019 г., 30.10.2019 г., 26.11.2019 г., 12.12.2019 г. и 20.12.2019 г.

Видно от представените и от двете страни месечни справки за извършената от ищеца дейност по КП за процесните месечни периоди, както и дебитни известия:

1) за м. 03.2017 г. ответникът не е заплатил на ищеца извършена надлимитна дейност по **28 бр. КП** на обща стойност **9 240 лв.**;

2) за м. 12.2017 г. ответникът не е заплатил на ищеца извършена надлимитна дейност по **2 бр. КП** на обща стойност **660 лв.**;

3) за м. 05.2018 г. ответникът не е заплатил на ищеца извършена надлимитна дейност по **3 бр. КП** на обща стойност **990 лв.**;

4) за м. 06.2018 г. ответникът не е заплатил на ищеца извършена надлимитна дейност по **16 бр. КП** на обща стойност **5 280 лв.**;

5) за м. 07.2018 г. ответникът не е заплатил на ищеца извършена надлимитна дейност по **2 бр. КП** на обща стойност **660 лв.**;

6) за м. 12.2019 г. ответникът не е заплатил на ищеца извършена надлимитна дейност по **18 бр. КП** на обща стойност **6 396 лв.**

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 **основателна**.

• **По исковете по чл. 79, ал. 1 ЗЗД във вр. с чл. 59, ал. 1 ЗЗО**

След частичното прекратяване на производството с определения от 14.10.2020 г., 18.12.2020 г. и 16.02.2021 г. предмет на настоящото дело са останали предявени от ищеца „Многопрофилна болница за продължително лечение и рехабилитация – Сердика“ ЕООД срещу ответника НЗОК осъдителни искове за присъждане на парични суми **на договорно основание**, претендирани като дължими по три договори, сключени на осн. чл. 59 ЗЗО: **1)** по договор за оказване на болнична помощ по клинични пътеки № 22-5148/23.02.2015 г. – за сумата **9 240 лв.** за м. 03.2017 г.; **2)** по договор за оказване на болнична помощ по клинични пътеки № 22-5148/3.05.2017 г. – за сумата **660 лв.** за м. 12.2017 г., **и 3)** по договор за оказване на болнична помощ по клинични пътеки № 22-5148/22.05.2018 г. – за общата сума **13 326 лв.**, от които 990 лв. за м. 05.2018 г., 5 280 лв. за м. 06.2018 г., 660 лв. за м. 07.2018 г. и 6396 лв. за м. 12.2019 г. Доколкото сумите са дължими по три различни договора, то исковете за главниците са също три.

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

Фактите по делото са безспорни и те са: **1)** между страните са били сключени договори № 22-5148/23.02.2015 г., № 22-5148/3.05.2017 г. и № 22-5148/22.05.2018 г. за оказване на болнична помощ по клинични пътеки, сключени на осн. чл. 59, ал. 1 ЗЗО и в съответствие с Националните рамкови договори за медицинските дейности за 2015 г., 2017 г. и 2018 г., с които ответникът НЗОК е възложил, а ищецът се е задължил да оказва на здравноосигурени лица /ЗОЛ/, на здравнонеосигурени лица по § 2, ал. 1 от Законите за бюджета на НЗОК за 2015 г., 2017 г. и 2018 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., лицата по § 8, ал. 1 от ЗБНЗОК за 2017 г. и лицата по § 9, ал. 1 ЗБНЗОК за 2018 г. болнична медицинска помощ /БМП/ по клинични пътеки /КП/ от приложение № 5 към член единствен на Наредба № 40/24.11.2004 г. за определяне на основния пакет от здравни дейности, гарантиран от бюджета на НЗОК, със съдържание посочено в приложение № 16 от НРД за МД за 2015 г., от приложение № 9 към Наредба № 2/2016 г. и приложение № 9 към Наредба № 3/2018 г.; **2)** от своя страна възложителят се задължил да заплаща извършената дейност съобразно условията на договора в срок до 30-то число на месеца, следващ отчетния, при посочени в договорите 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; **4)** предвидено е, че тези стойности може да се коригират на тримесечие с допълнително споразумение, а при отказ на изпълнителя – от възложителя по установен административен ред; **5)** предвидено е, че надлимитната дейност може да се заплати при наличие на решение на НС на НЗОК, взето в рамките на параметрите по ЗБНЗОК, и след отразяване на увеличената стойност в приложение № 2; **6)** впоследствие стойностите по приложение № 2 са били многократно изменяни със сключени допълнителни споразумения **7)** за процесния период ищецът е извършил надлимитна дейност по договора на исковата стойност в общ размер на 23 226 лв., а именно: за м. 03.2017 г. – 9 240 лв., за м. 12.2017 г. – 660 лв., за м. 05.2018 г. – 990 лв., за м. 06.2018 г. – 5 280 лв., за м. 07.2018 г. – 660 лв., за м. 12.2019 г. – 6396 лв.

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

Основната теза на ищеца е, че клаузите от процесните договори от 23.02.2015 г., 3.05.2017 г. и 22.05.2018 г., които ограничават стойността, а от там и обема на дейността, финансирана от възложителя НЗОК, противоречат на закона, а именно – чл. 52 от Конституцията, чл. 5, чл. 35, чл. 45, чл. 47 и чл. 59 и др. от ЗЗО, тъй като накърнявали правото на достъп на здравноосигурените лица /ЗОЛ/ до медицинска помощ, като поставяли оказването на медицинска помощ на здравноосигурените лица /ЗОЛ/ в зависимост от обстоятелството дали нуждата от такава е възникнала в рамките на определените от НЗОК стойностни лимити. Настоящият въззивен състав не споделя това становище, като по редица други аналогични спорове е изразил ясна и категорична позиция по този правен въпрос<sup>[1]</sup>, 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 */pacta sunt servanda/*.

- На второ място, клаузите, посочени от ищеца не са единствените, които са относими към обема на закупуваната от възложителя дейност и сами по себе си те не лимитират този обем. Такова лимитиране е резултат от съвкупното прилагане и на други клаузи от договорите – на чл. 19 /чл. 20 в договора от 3.05.2017 г./, установяващ уговорените цени на клиничните пътеки, както и самото приложение № 2, съдържащо глобалните стойности по месечни периоди. Ищецът обаче не твърди нищожност на тези клаузи. Целеният от него резултат – повече ЗОЛ да могат да се ползват от предоставените от него медицински услуги – успешно би могъл да се постигне и чрез намаляване на цените на КП, в който случай общите стойности по приложение № 2 ще обхванат повече на брой реални клинични случаи спрямо повече пациенти. Известна е и световната практика лечебните заведения да предоставят услуги и *pro bono*, като израз на хуманизъм и социална отговорност. Евентуалният контрааргумент, че цените на КП се определят на централно ниво с НРД или заместващото го решение по чл. 54, ал. 9 ЗОЗ и на тях страните по индивидуалния договор не могат да влияят, важи с пълна сила и спрямо определените в приложение № 2 стойности – те също се определят на централно ниво със съответния годишен Закон за бюджета на НЗОК и приети въз основа на него задължителни актове на органите на НЗОК, с които този бюджет се разпределя между РЗОК и впоследствие към изпълнителите.

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

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

Според чл. 52, ал. 1 КРБ гражданите имат право на здравно осигуряване, гарантиращо им достъпна медицинска помощ, и на безплатно ползване на медицинско обслужване при условия и по ред, определени със закон, а според ал. 2 здравеопазването се финансира от държавния бюджет, от работодателите, от лични и колективни осигурителни вноски и от други източници при условия и по ред, определени със закон. Посочените конституционни разпоредби не са самоизпълняващи се – тяхното прилагане е опосредено от друга законова уредба. Тя се съдържа в Закона за здравното осигуряване и в множество други нормативни актове от здравното законодателство.

Правото на здравно осигуряване е от категорията на социалните права, които могат да бъдат реализирани само ако държавата предприеме необходимите и очаквани мерки и създаде условия и

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

Не по-различно е положението и със здравните услуги, чрез които се реализира правото на достъп до медицинска помощ по чл. 52, ал. 1 КРБ. Тези услуги не са безплатни – те се заплащат на изпълнителите на медицинската помощ. За това заплащане обаче обществото може да отдели ограничен ресурс, поради което и обхватът и количеството на услугите, които държавата може да осигури, са принципно ограничени в рамките на този ресурс. Общественият ресурс ежегодно се определя и разпределя по глобални пера чрез годишния Закон за бюджета на НЗОК. Обхватът и количеството медицински услуги, които държавата закупува чрез така лимитирания ресурс, впоследствие се определя чрез съответния Национален рамков договор или заместващото го решение по чл. 54, ал. 9 ЗОЗ на НС на НЗОК. Така според чл. 55, ал. 2, т. 3а ЗЗО (ДВ, бр. 48/2015 г.) в НРД се определят *обемите, цените* и методиките за остойностяване и закупуване на видовете медицинска помощ по чл. 45 ЗЗО, а според чл. 55а, ал. 1 ЗЗО НЗОК планира, договаря *и закупува* за здравноосигурените лица медицинска помощ **в рамките на обемите, договорени в НРД** и в съответствие с бюджета на НЗОК за съответната година. Съобразно § 1, т. 10 от ДР на ЗЗО „обемът на медицинска помощ“ е **количеството** медицински дейности, услуги и стоки, до които осигурените лица имат достъп при определени условия, регламентирани в НРД и в договорите за доброволно здравно осигуряване. Следователно, чрез лимитирането на обема на медицинската помощ по същество се лимитира нейното количество – не само като вид медицински услуги, но и като конкретно закупено количество от всеки вид услуга. По тази причина във всички досега сключвани НРД или решения по чл. 54, ал. 9 ЗОЗ обемът на закупуваната медицинска помощ е описван както чрез отделните видове медицински процедури /клинични пътеки, клинични процедури и амбулаторни процедури/, така и чрез конкретните бройки от всеки вид процедура, която се закупува. Така напр. през част от процесния период са действали НРД за 2017 г. и НРД за 2018 г., с които е предвидено закупуване на национално ниво на определен брой дейностите в болнична помощ по клинични пътеки, като за КП с код 257 „Физикална терапия, рехабилитация и специализирани грижи при пресиращо /хронично/ вегетативно състояние“ /една от покритите с процесните индивидуални договори/ – за 2017 г. общо **33 бр.** на стойност 100 лв. всяка, а за 2018 г. общо **53 бр.** на стойност 100 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, както и да разпредели по месеци и по изпълнители този обем болнична медицинска помощ, по предложение на директорите на РЗОК в съответствие с бюджета на НЗОК за съответната година – чл. 15, ал. 1, т. 5а и т. 5б ЗЗО (в действащата през исковия период редакция от ДВ, бр. 98/2015 г., бр. 98/2016 г. и бр. 101/2017 г.).

В същия смисъл е и чл. 4, ал. 1 от ЗБНЗОК за 2017 г. (ДВ, бр. 98/2016 г.), чл. 4, ал. 1 от ЗБНЗОК за 2018 г. (ДВ, бр. 101/2017 г.) и чл. 4, ал. 1 от ЗБНЗОК за 2019 г. (ДВ, бр. 102/2018 г.). Следва да се посочи, че за първи път подобни стойностни ограничения са били предвидени в чл. 4 и чл. 5 от ЗБНЗОК за 2007 г. /и във всеки последващ годишен ЗБНЗОК/, като тяхната конституционособразност е потвърдена с решение № 2/22.02.2007 г. по к.д. № 12/2006 г. (ДВ, бр. 20/6.03.2007 г.). В същото е разяснено, че не съществува колизия между това лимитиране на дейността и конституционното право по чл. 52, ал. 1 КРБ, с конкретизирано съдържание в чл. 4 ЗЗО, предвиждащ свободен достъп на осигурените лица до медицинска помощ чрез **определен** по вид, обхват и обем пакет от здравни помощи, както и избор на изпълнител, договорил се с касата. Изяснено е, че граматическото тълкуване на текста на чл. 4 ЗЗО води до извода, че обхватът и обемът на здравните услуги трябва да бъдат **определени**, което сочи на определена мяра, т.е. те **не са** неограничени.

В рамките на така отредения за всяка РЗОК годишен обем и стойност съответният директор на РЗОК извършва помесечно разпределение на разходите, както и **закупува** чрез сключените индивидуални договори по чл. 59, ал. 1 ЗЗО от изпълнителите на болнична медицинска помощ здравни дейности **в рамките на този обем** – чл. 20, ал. 1, т. 6 ЗЗО, както и чл. 4, ал. 1, т. 2 от ЗБНЗОК за 2017 г., чл. 4, ал. 1, т. 2 от ЗБНЗОК за 2018 г. и чл. 4, ал. 1, т. 2 от ЗБНЗОК за 2019 г.

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

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

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

Процесните договори по чл. 59, ал. 1 ЗЗО изцяло се вменят в тази философия на действащия към момента на сключването им здравноосигурителен модел. С него е предвидено, че НЗОК закупува от ищеца дейности по КП до конкретна месечна стойност, с което лимитира и обема на същите /макар и не по конкретна КП, а общо за уговорените/, в рамките на който обем 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 вменя в рамките на закупения от НЗОК месечен обем дейности. Както правото на достъп до медицинска помощ не може да се приеме за нарушено, ако самият болничен капацитет на изпълнителя е запълнен и поради това не може да приеме конкретен пациент, така и това право не може да се приеме за нарушено при изчерпан месечен лимит дейност, покрит от НЗОК. И в двата случая ЗОЛ, ако държи да се лекува при конкретния изпълнител, следва да бъде прието по реда на плановия прием чрез планирането му за период, когато това е възможно – това е редът за упражняване и на двете права, предвиден в наредбата по чл. 81, ал. 3 ЗЗ и НРД.

Ето защо процесните клаузи от договорите от 23.02.2015 г., 3.05.2017 г. и 22.05.2018 г., както и свързаните с тях, са напълно в съответствие с приложимата нормативна уредба, поради което не са нищожни като противоречащи на закона. На същото основание те не са нищожни и като противоречащи на добрите нрави – релевантността на подобен порок на договора е изключена, ако самото договорно съдържание е стриктно обусловено от нормативна уредба в същия смисъл.

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

2, т. 3а ЗЗО /установяваща като задължително съдържание на НРД на **обемите**, цените и методиките за остойностяване и закупуване на видовете медицинска помощ/, както и на чл. 55а ЗЗО, предвиждащ, че НЗОК договаря и закупува за здравноосигурените лица медицинска помощ **в рамките на обемите**, договорени в НРД и в съответствие с бюджета на НЗОК за съответната година, както и изричното предвидената в ал. 2 забрана за НЗОК **да не заплаща** за оказана от лечебните заведения медицинска и дентална помощ **в нарушение** на посочените в техните договори по чл. 59, ал. 1 **обем** и стойности. Тези разпоредби са изцяло приложими за настоящия казус, за разлика от казусите, които са били предмет на посочената съдебна практика.

- Горното обуславя неоснователност и на осъдителните иски за сумите за надлимитна дейност, претендирана на договорно основание.

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

- От съдържанието на процесните договори, изменени с допълнителни споразумения, е видно, че: 1) възложителят НЗОК дължи на изпълнителя плащане само на закупения с конкретния договор конкретен обем медицинска дейност, определен в приложение № 2 към договора, и 2) по-голям обем дейност може да бъде закупен *само чрез надлежно изменение на договора* в частта за приложение № 2, което се предхожда от административна процедура, чиято цел е да гарантира, че този по-голям обем е в рамките на приетия годишен бюджет на НЗОК и неговото разпределение между съответните РЗОК. Не е спорно, че такава процедура не е финализирана със съответното изменение на договорите в частта относно приложение № 2, в което да бъде включена и процесната надлимитна дейност.

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

- **По исковете по чл. 86, ал. 1 ЗЗД**

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

С оглед на изложеното обжалваното решение следва да се отмени, а исковете да се отхвърлят.

- **По разноските за производството**

При този изход на спора право на присъждане на разноси има само ответника на осн. чл. 78, ал. 3 ГПК. Такива са доказани в общ размер на 1005,39 лв., от които: 1) 450 лв. – юрисконсултско възнаграждение за първата инстанция по чл. 78, ал. 8 ГПК във вр. с чл. 25, ал. 2 от Наредбата за заплащането на правната помощ, и 2) 555,39 лв. – за заплатената държавна такса по въззивната жалба. За разликата от първата инстанция, във въззивната инстанция ответникът изрично е заявил, че не претендира юрисконсултско възнаграждение за тази инстанция.

Настоящото въззивно решение не подлежи на касационно обжалване, доколкото цената на отделните искове е под стойността по чл. 280, ал. 3, т. 1 ГПК при отчитане на търговския характер на процесните договори за ищеца – търговско дружество, които безспорно касаят основния му предмет на търговска дейност.

Така мотивиран Софийският апелативен съд,

---

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

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

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

[4] § 6 от ПЗР на КСО.

[5] чл. 11 ЗБДОО за 2021 г.

[6] чл. 12 ЗБДОО за 2021 г.

## РЕШИ:

**ОТМЕНЯ** изцяло решението от 9.03.2021 г. по т. д. № 982/2020 г. на Софийския градски съд, VI-10, вместо което постановява:

**ОТХВЪРЛЯ** предявените от „Многопрофилна болница за продължително лечение и рехабилитация – Сердика“ ЕООД“ с ЕИК – 2028814252, със седалище и адрес на управление – гр. София, ул. „Княз Дондуков – Корсаков“ № 115А, ет. 3, ап. 18, срещу Национална здравноосигурителна каса с адрес – гр. София, ул. „Кричим“ № 1, **искове по чл. 79, ал. 1 от ЗЗД във вр. с чл. 59, ал. 1 от ЗЗО за заплащане на:** 1) сумата **9 240 лв.**, дължима по договор за оказване на болнична помощ по клинични пътеки № 22-5148/23.02.2015 г. за извършена и отчетена, но незаплатена болнична медицинска помощ през м. 03.2017 г.; 2) сумата **660 лв.**, дължима по договор за оказване на болнична помощ по клинични пътеки № 22-5148/3.05.2017 г. за извършена и отчетена, но незаплатена болнична медицинска помощ през м. 12.2017 г., 3) сумата **13 326 лв.**, дължима по договор за оказване на болнична помощ по клинични пътеки № 22-5148/22.05.2018 г. за извършена и отчетена, но незаплатена болнична медицинска помощ, от които 990 лв. за м. 05.2018 г., 5 280 лв. за м. 06.2018 г., 660 лв. за м. 07.2018 г. и 6396 лв. за м. 12.2019 г., и 4) законната лихва върху тези суми за периода от 29.05.2020 г. до окончателното заплащане на сумите.

**ОТХВЪРЛЯ** предявените от „Многопрофилна болница за продължително лечение и рехабилитация – Сердика“ ЕООД“ с ЕИК – 2028814252, със седалище и адрес на управление – гр. София, ул. „Княз Дондуков – Корсаков“ № 115А, ет. 3, ап. 18, срещу Национална здравноосигурителна каса с адрес – гр. София, ул. „Кричим“ № 1, **искове по чл. 86, ал. 1 от ЗЗД за заплащане на:** 1) сумата **2 887,51 лв.** – законната лихва за забава за периода 1.05.2017 г. – 29.05.2020 г. върху вземането за м. 03.2017 г.; 2) сумата **660 лв.** – законната лихва за забава за периода 1.02.2018 г. – 29.05.2020 г. върху вземането за м. 12.2017 г.; 3) сумата **192,23 лв.** – законната лихва за забава за периода 1.07.2017 г. – 29.05.2020 г. върху вземането за м. 05.2018 г.; 4) сумата **979,73 лв.** – законната лихва за забава за периода 1.08.2018 г. – 29.05.2020 г. върху вземането за м. 06.2018 г.; 5) сумата **116,79 лв.** – законната лихва за забава за периода 1.09.2018 г. – 29.05.2020 г. върху вземането за м. 07.2018 г.; 6) сумата **211,42 лв.** – законната лихва за забава за периода 1.02.2020 г. – 29.05.2020 г. върху вземането за м. 12.2019 г.

**ОСЪЖДА** „Многопрофилна болница за продължително лечение и рехабилитация – Сердика“ ЕООД“ с ЕИК – 2028814252, със седалище и адрес на управление – гр. София, ул. „Княз Дондуков – Корсаков“ № 115А, ет. 3, ап. 18, да заплати на Националната здравноосигурителна каса с адрес – гр. София, ул. „Кричим“ № 1, **осн. чл. 78, ал. 3 от ГПК сумата 1 005,39 лв.** – съдебни разноски за производството пред СГС и САС.

Председател: \_\_\_\_\_

Членове:

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

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