

РЕШЕНИЕ

№ 392

гр. Пловдив, 17.12.2025 г.

В ИМЕТО НА НАРОДА

АПЕЛАТИВЕН СЪД – ПЛОВДИВ, 1-ВИ ТЪРГОВСКИ СЪСТАВ, в
публично заседание на трети декември през две хиляди двадесет и пета година
в следния състав:

Председател: Надежда Ив. Желязкова
Каличкова

Членове: Славейка Ат. Костадинова
Красимира Д. Ванчева

при участието на секретаря Цветелина Юр. Диминова
като разглежда докладваното от Славейка Ат. Костадинова Въззивно търговско
дело № 20255001000510 по описа за 2025 година

За да се произнесе, взе предвид следното:

Производството е въззивно – по чл. 258 и следващите от ГПК.

С решение № 295 от 25.06.2025 година, постановено по т. дело № 51/2025 година по описа на Окръжен съд – Пловдив, е осъдена Националната здравноосигурителна каса, ЕИК 121858220, със седалище и адрес на управление гр.София, ул. „Кричим“ № 1, със съдебен адрес РЗОК - Пловдив, гр.Пловдив, ул. „Христо Чернопеев“ № 14, да заплати на „Многопрофилна болница за активно лечение Парк Хоспитал“ ЕООД, със седалище и адрес на управление с. Браниполе, обл. Пловдив, местност „Герена“ № 20 Г, ЕИК 202628753, чрез адвокат С. М., съдебен адрес град П.” № 1, следните суми: сумата 25 610 лв., представляваща стойността на оказана, но незаплатена медицинска помощ по клинични пътеки на здравноосигурени лица за месец август 2019 г., по силата на сключения между страните Договор № 164277 от 01.06.2018г. за оказване на болнична медицинска помощ по клинични пътеки; сумата от 9 304.22лв., представляваща обезщетение за забавено плащане на

главницата от 25 610лв. за периода от 24.12.2021г. до 20.12.2024г., ведно със законна лихва върху главницата от датата на сезиране на съда на 23.12.2024г. до изплащането ѝ, като са отхвърлени исковете за главница за разликата над уважения размер от 25 610 лв. до предявения от 25 850лв. и за обезщетение за забава за разликата над уважения размер от 9 304.22лв. до предявения от 9 391.41лв.

Със същото решение е осъдена Националната здравноосигурителна каса, ЕИК 121858220, да заплати на „Многопрофилна болница за активно лечение Парк Хоспитал“ ЕООД, ЕИК 202628753, сумата от 5 812лв., представляваща стойност на извършени, но незаплатени амбулаторни процедури на здравноосигурени лица за месец август 2019г., по силата на сключен между страните Договор № 164758 от 01.06.2018г. за извършване на амбулаторни процедури, сумата от 2 111.52лв., представляваща обезщетение за забавено плащане на главницата от 5 812лв. в размер на законната лихва върху същата от 24.12.2021г. до 20.12.2024г., както и законна лихва върху главницата от сезиране на съда на 23.12.2024г. до изплащането ѝ.

Осъдена е Националната здравноосигурителна каса, ЕИК 121858220, да заплати на „Многопрофилна болница за активно лечение Парк Хоспитал“ ЕООД, ЕИК 202628753, направените в първоинстанционното производство разноси в размера 6 263.33лв.

Така постановеното решение е обжалвано в осъдителните му части с въззивна жалба от ответника в първоинстанционното производство Национална здравноосигурителна каса, чрез процесуалния представител юрисконсулт В. И.. Оплакванията са за материална и процесуална незаконосъобразност и необоснованост на решението. Твърди се, че решението не съдържа точни, ясни и убедителни мотиви и че съдът не е навлязъл в спецификата и в конкретиката на спора, не е обсъдил доводите на жалбоподателя, изложени в писмените му бележки.

В жалбата е изразено несъгласие с изводите на първоинстанционния съд, че НЗОК следва да заплати на ищеца претендираните с исковата молба суми за извършена медицинска дейност над определените стойности по индивидуалния договор. Развити са подробни съображения, че съгласно действащата към процесния период нормативната уредба, липсва правно основание за заплащане от НЗОК на дейността, надхвърляща лимитите в

Приложение № 2, неразделна част от подписаните между страните договори. Поддържа се, че НЗОК има задължение за плащане при кумулативното наличие на двете предпоставки - договорена и реално извършена медицинска дейност. Твърди се, че всеки изпълнител на медицинска помощ, какъвто е и ищецът, е длъжен да се съобразява със съдържанието на сключения договор с НЗОК и че излизането от неговите рамки е допустимо само по един начин - чрез допълнително договаряне по реда и при условията, предвидени в специалните закони. Едностранното изменение на договора от страна на лечебното заведение било недопустимо по аргумент на чл. 59б, ал. 5 от ЗЗО. Жалбоподателят излага доводи, че задължителното здравно осигуряване предоставя пакет от здравни дейности, гарантирани от бюджета на НЗОК и че заплащането на стойността на извършена медицинска дейност не е неограничено, а нарочно регулирано в рамките на административно разпределени обеми, като това лимитиране не нарушава правото на здравноосигурените лица на достъп до медицински услуги, а тъкмо обратното - осигурява и обезпечава това право, като регулира законово държавното финансиране на здравеопазването по начин, че заплащането му да се осъществява регулярно в рамките на бюджетната година. Жалбоподателят сочи също, че закупуването на неограничени по обем здравни услуги /надлимитни /, с ограничени и предварително рамкирани бюджетни средства е икономически неосъществимо и затова нормативната уредба предвижда правила за изпълнение на разходната част на бюджета на НЗОК. Поддържа, че установените правила в сключения между страните договор за плащане на извършената болнична помощ в рамките обемите, посочени в Приложение № 2 не са нищожни, тъй като не противоречат на повелителни правни норми, както се твърди в исковата молба и е възприето от първоинстанционния съд, а са израз на съобразяването на страните с такива именно норми.

Законът не бил предвидил възможността чрез едностранни актове на НЗОК да се изменя сключен по реда на чл. 59, ал.1 от ЗЗО договор с изпълнител, а това можело да стане само по взаимно съгласие на страните, изразено във формата за действителност по чл. 59, ал. 3 от ЗЗО – писмена. До изменението договорът обвързвал страните според съдържанието, с което е сключен, включително според приложение № 2, неразделна част от него, което също можело да се изменя само по взаимно съгласие, с волеизявление на директора на съответната РЗОК съгласно чл. 20, ал.1, т.4,5 и 6 и чл. 59, ал.

1 от ЗЗО. Решенията на НС на НЗОК не можели да се приемат като волеизявления за сключване, респ. изменение на договорите. Безспорно било, че такива допълнителни споразумения не са сключвани между страните.

Искането е да се отмени първоинстанционното решение в осъдителните му части и да се постанови ново по същество, с което да се отхвърлят предявените иски и да се присъдят на жалбоподателя направените по делото разноси, включително юрисконсултско възнаграждение в максимален размер.

Срещу въззивната жалба е подаден писмен отговор от „Многопрофилна болница за активно лечение Парк Хоспитал“ ЕООД, чрез процесуалния представител адвокат С. М., с изразено становище за нейната неоснователност. Изложени са подробни съображения за неоснователност на оплакванията на жалбоподателя. Искането е да се потвърди първоинстанционното решение и да се присъдят на ответника по въззивната жалба направените разноси във въззивното производство.

Страните не са направили нови доказателствени искания пред въззивната инстанция.

Съдът, като прецени събраните по делото доказателства и доводите на страните, намира следното:

Въззивната жалба е процесуално допустима, подадена е в срока по чл. 259 от ГПК от лице, имащо правен интерес да обжалва, а именно от ответника срещу първоинстанционното решение в осъдителните му части.

Първоинстанционното решение е валидно и допустимо в обжалваните части.

Производството по т. дело № 51/2025 година по описа на Окръжен съд – Пловдив е образувано по искова молба, подадена от „Многопрофилна болница за активно лечение Парк Хоспитал“ ЕООД срещу Националната здравноосигурителна каса. Предявени са главни и акцесорни осъдителни иски. Първият главен иск е за сумата от 25 850 лева, представляваща незаплатена стойност на оказана болнична помощ по клинични пътеки по договор № 164277 от 01.06.2018 година през месец август 2019 година / предметът на въззивното производство е ограничен до уважения размер от 25610 лева/, а вторият – за сумата от 5812 лева – неплатена стойност на

амбулаторни процедури, извършени през месец август 2019 година, съгласно сключен между страните договор № 164758 от 01.06.2018 година. Акцесорните претенции са за сумата от 9391,41 лева дължима законна лихва върху главницата от 25850 лева за периода от 24.12.2021 година до 20.12.2024 година. / уважена до размера на 9304,22 лева/ и за сума в размер на 2111,52 лева – дължима законна лихва върху главницата от 5812 лева за периода от 24.12.2021 година до 20.12.2024 година. Претендирана е и законната лихва върху главниците от датата на исковата молба – 23.12.2024 година до окончателното им изплащане, както и направените по делото разноски.

Твърди се, че през исковия период – месец август 2019 година, ищецът е оказвал болнична медицинска помощ по клинични пътеки въз основа на сключен с ответника НЗОК договор № 164277 от 01.06.2018 г. за извършване на болнична медицинска помощ по клинични пътеки, изменен с допълнително споразумение № 23 от 20.02.2019 година, в сила от 01.01.2019 година.

Ищецът осъществявал и амбулаторни процедури на основание сключен между страните договор № 164758 от 01.06.2018 г. за извършване на амбулаторни процедури, допълнен и изменен с допълнително споразумение № 23 от 20.02.2019 година, в сила от 01.01.2019 година. Договорите, съгласно чл. 59, ал. 1 от ЗЗО, били сключени с директора на РЗОК – Пловдив. Задължението на ответника като възложител по двата договора било да заплаща извършената и отчетена болнична медицинска помощ съгласно чл. 1, ал. 2 и чл. 3, ал. 3 от договорите, а ищецът като изпълнител имал право да получава договореното заплащане при условията, сроковете и реда, определени в НРД за МД за 2018 година и индивидуалните договори, съгласно чл. 4, ал. 1 от договорите.

В исковата молба се твърди, че ответникът не е изпълнил изцяло задължението си да заплати извършената и отчетена болнична медицинска помощ, оказана през м. август 2019 година, като исковите суми за извършени дейности по двата договора - болнична дейност по клинични пътеки и амбулаторни процедури са останали незаплатени.

Ищецът поддържа нищожност поради противоречие със закона на клаузите от договора, които ограничават закупуването и заплащането на извършената и отчетена дейност само до размера на стойностите по приложение № 2 към договорите и не дават право на изпълнителя да отчита

дейности, надвишаващи тези стойности. Става дума за клаузите на чл. 34, ал. 1, чл. 38, ал. 1 и ал. 7 и чл. 42, ал. 3 от договор № 164277 от 01.06.2018 г. за оказване на болнична помощ по КП и на чл. 38, ал. 1, чл. 42, ал. 1 и ал. 7 и чл. 46, ал. 3 от договор № 164758 от 01.06.2018 г. за извършване на амбулаторни процедури. Възражението за нищожност е на основание чл. 26, ал. 1, пр. 1 от ЗЗД, поради противоречие на посочените клаузи на императивни правни норми – чл. 4, ал. 1 от ЗЗО, чл. 55, ал. 3, т. 2 от ЗЗО, чл. 35, т. 1 във връзка с чл. 26, ал. 2 от ЗЗО и чл. 25 от ЗЗО. Позовал се и на съдебна практика, според която няма основание за отказ за заплащане на надлимитна медицинска дейност, ако тя е в обхвата на гарантирания от бюджета на НЗОК основен пакет здравни дейности. Посочено е, че разпоредбата на чл. 55а, ал. 2 от ЗЗО, предвиждаща, че НЗОК не заплаща за оказаната медицинска помощ в нарушение на стойностите и обемите в договорите по чл. 59, ал. 1 от ЗЗО, е обявена за противоконституционна с решение на КС и не следва да се прилага.

Ищецът твърди, че до момента на подаване на исковата молба ответникът не му е заплатил исковите суми. Изразява становище, че заплащането до 25-то число на месеца, следващ отчетния, съгласно чл. 46 от договор № 164277 от 01.06.2018 година и чл. 50 от договор № 164758 от 01.06.2018 година не се прилага за надлимитната дейност. Счита, че при липса на изрична нормативна уредба надлимитната дейност следва да бъде заплатена в рамките на съответната финансова година, в случая до края на 2019 година, чрез използване на различни механизми за осигуряване на здравноосигурителни плащания за медицинска помощ извън предвидените в индивидуалните договори лимити, След изтичането на годината – от 01.01.2020 година, ответникът бил в забава, поради което е претендирана законна лихва върху главниците за период три години преди завеждане на исковата молба, т.е. от 24.12.2021 година.

Ответникът НЗОК оспорва предявените искове по основание и размер, поддържайки, че надлимитните дейности не следва да се заплащат и обсъждайки разпоредите на Закона за бюджета на НЗОК, ЗЗО и НРД, както и чл. 52, ал. 1 от Конституцията, които според него подкрепяли това становище. Позовал се е на разпоредбата на чл. 55а, ал. 2 от ЗЗО, поддържайки, че тя е действала до отмяната ѝ с решение № 6 от 11.04.2024 година на Конституционния съд по конституционно дело 15/2023 година, което

породило действие след постановяването си. Позовал се е и на изтекла погасителна давност за вземането за надлимитната дейност за месец август 2019 година, срокът за заплащане на която според него бил този по чл. 46 от договора. Оспорва акцесорните претенции за законна лихва върху главниците за периода от 24.12.2021 година до 20.12.2024 година. Изразява становище, че заплащането на надлимитната дейност става с бюджет, който се осигурява след изтичане срока на договора и при наличие на средства, след извършен анализ от НЗОК на национално ниво на постъпилите доклади от регионалните каси във връзка с подадените до тях искания за плащане на надлимитната дейност. За този анализ, както и за вземането на решение от НС на НЗОК за изплащане на надлимитната дейност не бил предвиден срок в закона, поради което ответникът не бил в забава до момента на предявяване на иска.

Цитирал е решение № 2 от 22.02.2007 година по конституционно дело № 12 от 2006 година на КС на Република България в подкрепа на становището си, че не се дължи заплащане на стойностите, надхвърлящи заложените в Приложение № 2 към договорите.

Със събраните в първоинстанционното производство доказателства са установени следните факти, имащи отношение към спора между страните:

Дружеството - ищец е лечебно заведение за болнична помощ, регистрирано по Търговския закон и по Закона за лечебните заведения в регистъра на МЗ и осъществява лечебна дейност.

По делото са представени сключени между ищеца „Многопрофилна болница за активно лечение Парк Хоспитал“ ЕООД от една страна като изпълнител и НЗОК, чрез Директора на РЗОК – Пловдив, от друга като възложител два договора - договор № 164277 от 01.06.2018 г. за извършване на болнична медицинска помощ по клинични пътеки и договор № 164758 от 01.06.2018 г. за извършване на амбулаторни процедури. Договорите са сключени на основание чл.59, ал.1 от Закона за здравното осигуряване /ЗЗО/ и в съответствие с Националния рамков договор за медицинските дейности между НЗОК и БЛС за 2018 г. / обн. в ДВ,бр.28 от 29.03.2018 г.,в сила от 01.04.2018 г./.

Съгласно чл.1,ал.1 от договор № 164277/01.06.2018 г. , изпълнителят се е задължил да оказва на посочените здравно осигурени лица болнична

медицинска помощ по уточнени с договора клинични пътеки от приложение № 9 към член 1 от Наредба № 3 от 2018 г. за определяне на пакета здравни дейности, гарантиран от бюджета на НЗОК и изброени съответно в приложение №17а „Клинични пътеки“ на НРД за медицинските дейности за 2018 г.. С втория договор № 164758 от 01.06.2018 г. за извършване на амбулаторни процедури ищецът като изпълнител се е задължил да оказва на здравноосигурени лица и на лицата по §9,ал.1 от ЗБНЗОК за 2018 г., медицински дейности по приложение № 7 към чл.1 от Наредба № 3 от 2018 г. за определяне на пакета от здравни дейности, гарантиран от бюджета на НЗОК и посочени в приложение №18а „Амбулаторни процедури“ на НРД за медицински дейности за 2018 г.

С клаузите на чл.3,ал.1,т.3 и от двата договора, възложителят НЗОК се е задължил да заплаща определените съгласно НРД за медицински дейности за 2018 г. цени на извършената и отчетена болнична медицинска помощ. В чл.46 от първия договор и чл.50 от втория договор е предвидено, че плащанията на изпълнителя се извършват чрез РЗОК до 25-то число на месеца, следващ отчетния, с изключение на изрично описани в договорите плащания, за които са предвидени други срокове, сред които не се твърди и не е установено да попадат процесните. Цените на клиничните пътеки съгласно НРД за медицинските дейности за 2018 година са посочени в чл.20 от първия договор и в чл.27 от втория договор. В чл.32,ал.1 от договор № 164277/01.06.2018 година и в чл.36,ал.1 от договор № 164758 от същата дата е уговорено, че възложителят заплаща на изпълнителя договорената и извършена дейност по клинични пътеки, съответно - амбулаторни процедури, след представянето на описаните отчетни документи. Двата договора са сключени за срока на действие на НРД за медицинските дейности за 2018 година и са в сила до приемането на нов или при промяна на действащия НРД, съгласно чл.62 от договора за извършване на болнична помощ по клинични пътеки и чл.66 от договора за извършване на амбулаторни процедури.

От приетата по делото и неоспорена от страните съдебносчетоводна експертиза се установява, че за месец август 2019 година „МБАЛ Парк Хоспитал“ ЕООД е отчетло като извършена дейност по процесните договори сума в размер на 216930 лева, включваща 192410 лева за болнична медицинска помощ и 24520 лева за амбулаторни процедури. Одобрени за плащане от НЗОК са 166800 лева за болнична медицинска помощ по издадена

фактура № 1563 от 05.09.2019 година, като тази сума е изплатена на 24.09.2019 година. Незаплатената разлика е в размер на 25610 лева. За амбулаторните процедури одобрени за плащане са 18468 лева по три броя фактури, издадени на 05.09.2019 година, като по тях е извършено реално плащане на 24.09.2019 година. Неплатената разлика е 6052 лева / при искова претенция 5812 лева/. За разликата от общо 31662 лева / 25610 лева и 6052 лева/ вещото лице е отразило, че няма издадени фактури и няма извършено плащане от НЗОК. Отчетената като извършена от ищеца и незаплатена от ответника медицинска дейност за месец август 2019 година е конкретизирана по клинични пътеки, брой случаи и цена в изготвени от вещото лице таблици, като заключението му е, че стойностите съответстват на тези, определени в процесните договори / чл. 20 от договор 164277 от 01.06.2018 година и чл. 27 от договор № 164758/ и допълнително споразумение № 23 от 20.02.2019 година.

Сред предвидените в чл. 25 от договор 164277 от 01.06.2018 година и чл. 30 от договор № 164758 условия за заплащане на извършената медицинска дейност на изпълнителя е отчетената клинична пътека, респ. амбулаторна процедура, да е включена в предмета на договора. Безспорно е между страните, че тези дейности са отчетени в действащата информационна система на ответника като извършени, по предвидения в договорите начин и ред и в предвидените срокове. Безспорно е също, че заплатените дейности са в рамките на стойностите за месец август 2019 година, посочени в приложение № 2 към процесните договори и допълнителните споразумения към тях, представени като доказателство по делото, респ. че тези, на които е отказано заплащане, са надвишаващи стойностите в Приложение 2.

Със сключените между страните договори, по-конкретно с клаузите на чл.34,ал.1, чл.38, ал.1 и ал.7 и чл.42,ал.3 от договор №164277/01.06.2018 г. за оказване на болнична помощ по КП и чл.38,ал.1,чл.42,ал.1 и ал.7 и чл.46,ал.3 от договор № 164758/01.06.2018 г. за извършване на амбулаторни процедури, са въведени ограничения, според които изпълнителят отчита с финансово-отчетни документи дейности по клинични пътеки, съответно амбулаторни процедури на стойност в рамките или под равнището на договорената месечната стойност за този вид дейност, като не може да предявява за закупуване от възложителя дейности и медицински изделия, отхвърлени от

заплащане поради надвишаване на стойностите за съответния месец в приложение № 2.

Основните спорни въпроси между страните, които са предмет на въззивното производство, с оглед изложените във въззивната жалба оплаквания, са свързани с това има ли и не НЗОК основание да определя лимити, до които да заплаща извършената от изпълнителите по договорите дейност, подлежи ли на заплащане т.нар. „надлимитна дейност“, респ. дали Приложение № 2 определя границите на отговорност на НЗОК относно заплащане стойността на извършени дейности за болнична помощ по клинични пътеки и амбулаторни процедури, предмет на сключените между страните договори.

Становището на въззивния съд по спорните въпроси е следното:

Двата процесни договора за оказване на болнична помощ по клинични пътеки и за извършване на амбулаторни процедури, са със специален предмет в сферата на обществените отношения, свързани с опазване здравето на гражданите и със здравното осигуряване като дейност по набирането на здравноосигурителни вноски и премии, управлението на набраните средства и тяхното разходване за закупуване на здравни дейности, услуги и заплащане на стоки.

Съгласно чл. 52 от Конституцията на Република България гражданите имат право на здравно осигуряване, гарантиращо им достъпна медицинска помощ и безплатно ползване на медицинско обслужване при условия и по ред, определени със закон, като 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.

Въпросите, касаещи здравното осигуряване в държавата и свързаните с него обществени и правни отношения, са уредени в Закона за здравното осигуряване. Съгласно чл. 1, ал. 2 от ЗЗО, здравното осигуряване е дейност по набирането на здравноосигурителни вноски и премии, управлението на набраните средства и тяхното разходване за закупуване на здравни дейности, услуги и заплащане на стоки, предвидени в този закон, в националните рамкови договори (НРД) и в застрахователните договори. Според разпоредбата на чл. 2, ал.1 от ЗЗО, задължителното здравно осигуряване е дейност по управление и разходване на средствата от задължителни

здравноосигурителни вноски за закупуване на здравни дейности, което се осъществява от Националната здравноосигурителна каса /НЗОК/ и от нейните териториални поделения - районни здравноосигурителни каси /РЗОК/. В закона е предвидено, че здравното осигуряване предоставя основен пакет от здравни дейности, гарантиран от бюджета на НЗОК. В ал. 3 на чл. 2 от ЗЗО е посочено, че НЗОК закупува от изпълнителите на медицинска помощ здравни дейности по ал. 1, определени по вид, обем, цена и съответстващи на критерии за качество и достъпност в съответствие с този закон.

Бюджетът на НЗОК е основен финансов план за набиране и разходване на паричните средства на задължителното здравно осигуряване и е отделен от държавния бюджет. Неразделна част от същия е годишната стойност на разходите за видовете медицинска помощ, изплащана от НЗОК. В чл. 24 от ЗЗО е посочено за какво се разходват средствата от бюджета на НЗОК, като на първо място в т. 1 на чл. 24, ал. 1 от ЗЗД е закупуването на медицинска помощ, посочена в чл. 45, договорена с НРД и с договорите с изпълнителите. В чл. 25 от ЗЗО изрично е предвидено, че в бюджета на НЗОК задължително се предвижда резерв, включително и за непредвидени и неотложни разходи. Съгласно чл. 26, ал. 2 от ЗЗО със средствата от резерва се плащат разходи в случай на значителни отклонения от равномерното разходване на средствата за здравноосигурителни плащания.

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

Националният рамков договор, съгласно чл. 4а от ЗЗО, е нормативен административен акт, който има действие на територията на цялата страна за определен срок и е задължителен за НЗОК, РЗОК, изпълнителите на медицинска помощ, осигурените лица и осигурителите. Той, видно от чл. 53,

ал. 2 от ЗЗО, се приема за срок от една година, а след изменението с ДВ бр. 102/2018 година, в сила от 01.01.2019 година - за срок от три години и подписването му е свързано с осъществяване на дейностите, предвидени в ЗЗО, като относно медицинските дейности подписването му става между НЗОК и Българският лекарски съюз / чл. 53, ал. 1 от ЗЗО/. Съгласно чл. 55, ал. 2 от ЗЗО / преди изменението с ДВ бр. 13/2023 година/ националните рамкови договори съдържат: 1. условията, на които трябва да отговарят изпълнителите на медицинска помощ, както и реда за сключване на договори с тях; 2. отделните видове медицинска помощ по чл. 45; 3. условията и реда за оказване на помощта по т. 2; 3 а. обемите, цените и методиките за осигуряване и закупуване на видовете медицинска помощ по т. 2; 4. критерии за качество и достъпност на помощта по т. 2; 5. документацията и документооборота; 6. задълженията на страните по информационното осигуряване и обмена на информация; 6а. условията и реда за контрол по изпълнението на договорите; 6б. санкции при неизпълнение на договора; 7. други въпроси от значение за здравното осигуряване.

Исковите претенции по настоящото дело са от изпълнител за осъществена дейност по оказване на медицинска помощ на здравноосигурени лица, за която е сключен договор с РЗОК, съгласно чл. 20, ал. 1, т. 4 от ЗЗО.

Осъществената медицинска дейност, за която се претендира заплащане, е обусловена от предвиденото в чл. 52 от КРБ и разпоредбите на ЗЗО право на гражданите на здравно осигуряване, гарантиращо им достъпна медицинска помощ и безплатно ползване на медицинско обслужване при условия и по ред, определени със закон, както и на предвиденото в чл. 4 от ЗЗО право на осигурените лица на свободен достъп до медицинска помощ, чрез определен по вид, обхват и обем пакет от здравни дейности, както и свободен избор на изпълнител. Правата на задължително осигурените лица са гарантирани и от чл. 35 от ЗЗО, сред които е правото да получават медицинска помощ в обхвата на пакета от здравни дейности, гарантиран от бюджета на НЗОК / чл. 35, ал. 1, т. 1 от ЗЗО/. За реализирането на тези права на здравноосигурените лица, с разпоредбата на чл. 45 от ЗЗО е въведено за НЗОК императивно задължение да закупува и заплаща определени видове медицинска помощ, като съгласно чл. 46 от ЗЗО редът за предоставяне и изискванията към изпълнителите на отделните видове медицинска помощ по чл. 45 се определят в НРД и в договорите между РЗОК и изпълнителите, а качеството на оказваната

медицинска помощ, заплащана от НЗОК, трябва да отговаря на националните медицински стандарти и правилата за добра медицинска практика.

Тази законова уредба сочи, че с НРД и индивидуалните договори не може да се игнорира задължението за плащане. Вярно е, че предоставянето на медицинската помощ е обусловено от сключването на НРД за съответната година и от индивидуалните договори, сключени между НЗОК и изпълнителите на медицинска помощ по чл. 59 от ЗЗО, като с тях се уреждат съгласно чл. 25, ал. 2 от НРД за 2018 г. редът, условията и сроковете за заплащане на извършените и отчетени медицински дейности, установени в НРД. С договорите обаче не може да се договори отпадане на задължението за плащане по чл. 45 от ЗЗО, а само се конкретизират начинът и моментът, в който то следва да се извърши от НЗОК.

Част от индивидуалните договори, съгласно чл. 25, ал. 3 от НРД, са обемите и цените на медицински дейности. Това е продиктувано от съдържанието на чл. 4 от приложимия в случая ЗБНЗОК за 2019 г., изискващо НЗОК да определя за всяка РЗОК годишна обща стойност на разходите за здравноосигурителни плащания, разпределена по месеци, а самите РЗОК да определят стойността за дейностите по тази алинея към договорите с изпълнителите на болнична медицинска помощ, разпределени по месеци. От така изложеното и от съдържанието на цитираните по-горе разпоредби на ЗЗО следва извод, че е логично предвиденото в чл. 52 от КРБ право да бъде упражнено в рамките на бюджетът на НЗОК за съответната година при условие, че с предвидените разходи за медицинска помощ в този бюджет следва да е съобразен НРД за годината, определящ обемите и цените на медицинската помощ, както и индивидуалните договори с изпълнителите.

Именно с цел създаване на условия за спазване на съответната бюджетна рамка е предвидено и изискването на чл. 4 от ЗБНЗОК. Това обаче не означава, че изразходването на бюджета за годината в един по ранен период лишава гражданите от конституционно закрепеното им право в чл. 52 от КРБ. В чл. 26, ал. 2 от ЗЗО изрично е предвидена възможност със средствата от резерва да се плащат разходи в случай на значителни отклонения от равномерното разходване на средствата за здравноосигурителни плащания, което осигурява възможност на гражданите да реализират своето конституционно право, което е с приоритет пред съблюдаването на финансова дисциплина.

В този смисъл посочените в Приложение № 2 към индивидуалните договори стойности на дейностите не следва да бъдат възприемани като лимит на възложената за съответното лечебно заведение работа, над който не се дължи плащане на извършените от изпълнителите медицински дейности на здравноосигурени лица. Това е така, доколкото чл. 4 от ЗЗО гарантира на здравноосигурените лица не само свободен достъп до медицинска помощ чрез определен по вид, обхват и обем пакет от здравни дейности, но и свободен избор на изпълнител, сключил договор с РЗОК. За гражданите, чиито права са закрепени в Конституцията и в ЗЗО, са неприложими клаузите на индивидуални договори между НЗОК и лечебните заведения, тъй като те не са страни по тях и не са ограничени от посочените в тях стойности. Тези стойности следва да бъдат възприемани само като прогнозни, включени в договорите с цел създаване на определена бюджетна дисциплина, но не представляващи основание за отказ да се заплати на лечебното заведение възнаграждението за осъществена медицинска дейност, попадаща в обхвата на чл. 45 от ЗЗО, когато е надвишен лимитът по Приложение № 2 към индивидуалния договор.

Аргумент в подкрепа на извода, че възложената от НЗОК работа на лечебното заведение не е само в рамките, очертани в Приложение № 2 към индивидуалния договор, са и клаузите на чл. 358 от Националния рамков договор за медицинските дейности за 2018 година, предвиждащи възможност Директорът на РЗОК да внесе предложение до НС на НЗОК за коригиране на определените стойности в приложение № 2 по договорите с изпълнителите на БМП, на основание получено от конкретен изпълнител на БМП мотивирано предложение, водещо до промяна на определените стойности по чл. 356, ал. 4, т. 2 и чл. 356а в края на период по чл. 356, ал. 1 и чл. 356а, ал. 1, при наличие на неусвоени средства на ниво РЗОК, като предложенията се внасят с доклад за всеки отделен изпълнител на БМП, включващ: 1. конкретните обстоятелства, довели до необходимост от промяна; 2. резултата от текущите проверки на РЗОК при констатирана тенденция на нарастване на разходите на ниво лечебно заведение, отделение/клиника. В чл. 358, ал. 2 от НРД за 2018 година е посочено, че Надзорният съвет 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. Тези клаузи от НРД 2018 година са възпроизведени и в индивидуалните договори с изпълнителите, в частност в чл. 39 от договор № 164277 и чл. 43 от договор 164758, сключени между ищеца и РЗОК – Пловдив. От анализа на цитираните договорни клаузи и законови разпоредби е видно, че е предвидена възможност за корекции по стойностите на разходите на РЗОК и на изпълнителите на болнична помощ в съответствие с параметрите на национално ниво на изпълнението на здравноосигурителните плащания по чл. 4, ал. 1 от ЗБНЗОК за 2019 година.

Що се отнася до Решение №2/22.02.2007г. по конст.д. №12/2006г., следва да се посочи на първо място, че същото е постановено по искане за установяване противоконституционност на чл.4 и чл.5 от ЗБНЗОК за 2007г., което е отхвърлено. По принцип законът за бюджета на касата има едногодишно действие и е отражение на икономическото състояние на държавата за определен период. Следва да се посочи и че решението на КС не съдържа извод за забрана за закупуване/заплащане на надлимитна медицинска дейност. Напротив – прието е, че разпоредбите на ЗБНЗОК за 2007г., тълкувани и в контекста на ЗЗО, не отричат посочените в чл.52 ал.1 от Конституцията основни принципи на здравното осигуряване.

Въз основа на чл. 55а, ал. 2 от ЗЗО, според който Националната здравноосигурителна каса не заплаща за оказана от лечебните заведения медицинска и дентална помощ в нарушение на посочените в техните договори по [чл. 59, ал. 1](#) обеми и стойности, не може да се отрече правото на ищеца да получи стойността на изпълнените медицински дейности и амбулаторни процедури. Тази разпоредба е обнародвана в ДВ, бр. 102 от 2018 г., в сила от 1.01.2019 г. и е обявена за противоконституционна с Решение № 6 от 11.04.2024 г. по к. д. № 15/2023 г. на Конституционния съд. След обявяването и за противоконституционна, тя не намира приложение, включително в отношенията между страните по настоящото дело.

Решението на Конституционния съд е в подкрепа на изложените по-горе изводи от съда. С него е прието, че чрез правилото на [чл. 55а, ал. 2 ЗЗО](#), установяващо забрана за плащане на дейности над предвидените по договора с конкретния изпълнител на медицинска помощ, лечебните заведения се задължават да изпълняват своите договорни задължения към НЗОК, респ.

здравноосигурените лица да упражняват своите осигурителни права към нея, по такъв начин, че прогнозните финансови разчети за необходимите разходи, направени от НЗОК по райони и оттам по лечебни заведения, във всички случаи да се оказват точни и да не се налага дори минимална преразпределителна дейност. По този начин на здравноосигурените лица е вменена една допълнителна и нетипична задача - да се съобразяват и да допринасят за стриктното спазване на иначе прогнозните финансови разчети на НЗОК, като правят избора на лечебно заведение не с оглед своите здравни и житейски потребности, а така, че да е адекватен задължително на динамиката, с която различните лечебни заведения на територията на цялата страна и по отделните райони на РЗОК изпълняват договорените обеми и стойности за медицинска помощ. Посочено е, че досегашната практика на Конституционния съд, свързана с упражняване правата на здравноосигурените лица при запазване на финансовата стабилност и бюджетните ограничения, не дава основание за други изводи, различни от изложените. Според решението на Конституционния съд, правилото на [чл. 55а, ал. 2 ЗЗО](#), което обявява за правно недопустимо да се заплати за вече получена от здравноосигурено лице медицинска помощ, само по себе си не допринася за постигането на преследваната цел – ресурсът на НЗОК да бъде достатъчен за нуждаещите се здравноосигурени лица за цялата календарна година. Разходът за лечението на едно конкретно лице, според КС, е с еднаква тежест от гледна точка на общата разходна част на бюджета на НЗОК, без значение дали то е било лекувано в лечебното заведение с „нарушени“ обеми и стойности по договор по [чл. 59, ал. 1 ЗЗО](#), или е трябвало да получи медицинска помощ от друг изпълнител на болнична медицинска помощ с „разполагаем обем“.

По изложените съображения съдът приема, че ответникът дължи плащане на реално осъществените надлимитни дейности, тъй като в сключените между страните договори, а и в действащите нормативни актове, няма предвидена възможност след изчерпване на предварително определените стойности, лечебното заведение да прекрати извършването на възложените му дейности или извършените от него дейности, надвишаващи поставените лимити, да остават за сметка на лечебното заведение. Ищецът като изпълнител на медицинска помощ е длъжен да оказва такава на здравноосигурените лица своевременно и съобразно техните нужди, а не само когато не е изчерпал

бюджета си.

При установените по делото обстоятелства, че ищецът е извършил реално през м. август 2019 г. медицински дейности по клинични пътеки и амбулаторни процедури, чиято стойност съвпада с присъдените с първоинстанционното решение суми, същото следва да бъде потвърдено в обжалваните части.

Основателна е и акцесорната претенция по чл. 86 от ЗЗД за заплащане на лихви за забава в размер на законната лихва върху главниците за период от три години преди завеждане на исковата молба, а именно от 24.12.2021 година до 20.12.2024 година включително, в изчислените от вещото лице размери, присъдени от първоинстанционния съд, които не са оспорени от ответника.

Касае се за претенции за заплащане на извършена през месец август 2019 година дейност, като цялата процедура по вземане на решение за такова плащане следва да приключи в рамките на съответната бюджетна година. Дори да се приеме, че за надлимитната дейност не са приложими клаузите на договора, предвиждащи извършената дейност да се заплаща до 25-то число на месеца, следващ отчетния, крайният срок за такова плащане е приключването на съответната бюджетна година на национално ниво, в случая края на 2019 година, поради което лихви за забава във всички случаи се дължат от посочения от ищеца начален момент – 24.12.2021 година. По тези съображения съдът намира, че следва да потвърди първоинстанционното решение и в частта, с която са уважени предявените акцесорни искове за лихви за забава.

С оглед изхода на спора пред въззивната инстанция жалбоподателят НЗОК следва да бъде осъден да заплати на "Многопрофилна болница за активно лечение Парк Хоспитал" ЕООД направените разноски за въззивното производство в размер на 4530 лева заплатено адвокатско възнаграждение.

По изложените съображения Пловдивският апелативен съд

РЕШИ:

ПОТВЪРЖДАВА решение № 295 от 25.06.2025 година, постановено по

т. дело № 51/2025 година по описа на Окръжен съд – Пловдив, **В ОБЖАЛВАНИТЕ ЧАСТИ, С КОИТО** е осъдена Националната здравноосигурителна каса, ЕИК 121858220, със седалище и адрес на управление гр.София, ул. „Кричим“ № 1,сътс съдебен адрес РЗОК - Пловдив, гр.Пловдив, ул. „Христо Чернопеев“ № 14, да заплати на „Многопрофилна болница за активно лечение Парк Хоспитал“ ЕООД, със седалище и адрес на управление с. Браниполе, обл. Пловдив, местност „Герена” № 20 Г, ЕИК 202628753, чрез адвокат С. М., съдебен адрес град П.” № 1, следните суми:

-сумата 25 610 лв., представляваща стойността на оказана, но незаплатена медицинска помощ по клинични пътеки на здравноосигурени лица за месец август 2019 г. по силата на сключения между страните Договор № 164277 от 01.06.2018г. за оказване на болнична медицинска помощ по клинични пътеки;

-сумата от 9 304.22лв., представляваща обезщетение за забавено плащане на главницата от 25 610лв., в размер на законната лихва върху същата за периода от 24.12.2021г. до 20.12.2024г.,

- сумата от 5 812лв., представляваща стойност на извършени, но незаплатени амбулаторни процедури на здравноосигурени лица за месец август 2019г. по силата на сключения между страните Договор № 164758 от 01.06.2018г. за извършване на амбулаторни процедури;

- сумата от 2 111.52лв., представляваща обезщетение за забавено плащане на главницата от 5 812лв. в размер на законната лихва върху същата от 24.12.2021г. до 20.12.2024г.;

- законна лихва върху главниците в размер на 25 610 лв. и на 5 812 лв. от сезиране на съда на 23.12.2024г. до окончателното им изплащане.

- направените в първоинстанционното производство разноси в размера 6 263.33лв.

ОСЪЖДА Национална здравноосигурителна каса, със седалище и адрес на управление гр. София, ул. „Кричим“ № 1, ЕИК 121858220, да заплати на „Многопрофилна болница за активно лечение Парк Хоспитал“ ЕООД, със седалище и адрес на управление с. Браниполе, обл. Пловдив, местност „Герена” № 20 Г, ЕИК 202628753, чрез адвокат С. Ф. М., съдебен адрес град П.” № 1, направените разноси във въззивното производство в

размер на 4530 лева заплатено адвокатско възнаграждение.

Решението подлежи на обжалване с касационна жалба пред ВКС в едномесечен срок от връчването му на страните.

Председател: _____

Членове:

1. _____

2. _____