

РЕШЕНИЕ

№ 322

гр. Пловдив, 19.10.2022 г.

В ИМЕТО НА НАРОДА

ОКРЪЖЕН СЪД – ПЛОВДИВ, XVII СЪСТАВ, в публично заседание на двадесет и девети септември през две хиляди двадесет и втора година в следния състав:

Председател: Таня Б. Георгиева

при участието на секретаря Ваня Б. Казакова
като разгледа докладваното от Таня Б. Георгиева Търговско дело № 20225300900148 по описа за 2022 година

Обективно съединени искиове с правна квалификация чл. 79, ал.1, пр. 1 от ЗЗД във вр. чл. 59, ал.1 ЗЗО и чл. 86 ЗЗД.

Ищецът „Многопрофилна болница за активно лечение ПАРК ХОСПИТАЛ” ЕООД, седалище и адрес на управление: с. Браниполе, обл. Пловдив, местност „Герена” № 20 Г, ЕИК 202628753, чрез адвокат С. Ф. М. съдебен адрес: ***, моли да се осъди Национална Здравноосигурителна каса /НЗОК/, БУЛСТАТ 121858220, съдебен адрес: град Пловдив, ул. Христо Чернопеев 14 /РЗОК/, да му заплати сумата 109 041 лв., представляваща неплатената сума за болничната медицинска помощ, оказана през месец *май* 2018 г., по клинични пътеки и амбулаторни процедури, съгласно сключените между страните по делото договор № 164277 от 01.06.2018 г. за оказване на болнична помощ по КП и договор № 164758 от 01.06.2018 г. за извършване на амбулаторни процедури, която е над утвърдената стойност на разходите за м. май 2018г. (с месец на извършване на плащанията юни) по Приложение № 2 - неразделна част от процесния договор № 164277 от 01.06.2018г.; законната лихва върху главницата, считано от 11.03.2019г. до 10.03.2022г., в размер на 33 199,58 лв., както и законната лихва върху неплатената главница, считано

от завеждане на делото до окончателното ѝ изплащане

Ищецът твърди, че е лечебно заведение за болнична помощ, регистрирано по реда на ТЗ и на ЗЛЗ с рег. № 1626211048 по регистъра на МЗ и осъществява лечебна дейност. Ответното юридическо лице осъществявало дейностите по задължително здравно осигуряване съгласно ЗЗО. Регионална структура на НЗОК била Районната здравно-осигурителна каса със седалище в гр. Пловдив, една от основните функции на която била да сключва чрез своя директор индивидуални договори с изпълнителите на медицинска помощ на съответната територия, както и да осъществява плащанията по тях. Твърди се, че между ищеца, от една страна, и ответника, чрез директора на РЗОКПловдив, е сключен договор № 164277 / 01.06.2018 г., в сила от 01.04.2018 год. за оказване на болнична помощ по клинични пътеки, както и договор № 164758/01.06.2018 год., в сила от 01.04.2018 год., за извършване на амбулаторни процедури. Ответникът, като възложител по посочените два договора, имал задължение да заплаща извършената и отчетена болнична медицинска помощ до 25-то число на месеца, следващ отчетния. До момента на подаването на исковата молба ответникът не е изпълнил изцяло задължението си да заплати извършената и отчетена болнична медицинска помощ, оказана през м. май 2018 год., като не е заплатил сумата 109 041 лв., представляваща дължима сума за извършена болнична помощ по клинични пътеки и за амбулаторни процедури през м. 05.2018 год. по процесните два договора. Исковата сума представлявала стойността на извършената през м. 05.2018 год. болнична дейност по клинични пътеки и амбулаторни процедури, която е над утвърдената стойност на разходите за посочения месец на 2018 год. по приложение № 2, неразделна част от договорите. Според чл. 36, ал. 2 от този договор и чл. 40, ал. 2 от договор № 164758 месечните стойности за дейностите за болнична медицинска помощ се определят като обща стойност по всички сключени договори с възложителя. Направено е уточнение, че след приключването на м. 05.2018 год. ищцовото дружество не е издало фактура за сумата, тъй като договорните разпоредби позволявали на изпълнителя да отчита с финансово-отчетни документи дейности на стойност в рамките или под равнището на месечната стойност за този вид договор. С писмо от 12.06.2018 год. ищецът поискал от директора на РЗОК – Пловдив да бъде извършена актуализация на стойността на разходите за БМП и да бъде увеличен размерът на месечните стойности, тъй като за

първото полугодие на 2018 год. се наблюдавала тенденция за изчерпване на определения от НЗОК ресурс още през първата половина на месеца поради увеличения брой пациенти, които са хоспитализирани в спешен порядък. Това искане било оставено без уважение, с позоваване на принципа за спазване на финансова дисциплина. С писмо от 10.07.2018 год. ищецът отново поискал коригиране на месечните стойности при прилагане на чл. 14 от Правилата, предвид трайната тенденция от края на 2017 год. на изразходване на утвърдените стойности още през първата половина на съответния месец. С писмо от 01.08.2018 год. на директора на РЗОК било отговорено, че разпоредбата на чл. 14 от Правилата е неприложима, тъй като няма неусвоени суми.

Ищецът счита за нищожни поради противоречие със закона договорните разпоредби, които позволяват на изпълнителя да отчита дейности на стойност само в рамките или под равнището на месечната стойност за този вид дейност и които не дават право на изпълнителя да предявява за закупуване от възложителя на дейности, отхвърлени за заплащане поради надвишаване на стойностите за съответния месец. Аргументира подробно становището си за противоречие на тези норми с разпоредби на Конституцията, на ЗЗО, ЗЗдр. Такива били разпоредбите на чл. 34, ал. 1, чл. 38, ал. 1 и ал. 7 и чл. 42, ал. 3 от договор № 164277/01.06.2018 год. за оказване на болнична помощ по клинични пътеки и чл. 38, ал. 1, чл. 42, ал. 1 и 7 и чл. 46, ал. 3 от договор № 164758/01.06.2018 год. за извършване на амбулаторни процедури. Ищецът аргументира становището си, че ответникът дължи заплащане на ищеца на извършената и отчетена дейност и над стойностите по приложение № 2, щом оказаната болнична помощ е от пакета от здравни дейности, гарантирани по закон /чл. 45, ал. 2 ЗЗО/ от бюджета на НЗОК.

Въз основа на изложеното са предявени осъдителните иски.

В срока по чл. 367, ал.1 ГПК ответникът е депозирал отговор на исковата молба, с който я оспорва. Направил е възражение за неподведомственост и неподсъдност на спора пред сезирания съд. Ответникът възразява срещу допустимостта на иска, но на практика излага съображения срещу неговата основателност. Не оспорва сключването на процесните договори и предмета на същите. Счита, че е изправна страна по тези

договори, тъй като извършената от изпълнителя дейност в рамките на лимитите, определени по договорите и допълнителните споразумения по тях, е изцяло заплатена от НЗОК. Възражава се, че ищецът претендира заплащане на дейности, надвишаващи стойността на лимитите, посочени в Приложение № 2 към договорите, т.е. извън предвижданията на индивидуалните договори. С полагането на подписа си в договора и Приложение № 2 ищецът се е съгласил с така определените лимити за извършваната от него медицинска дейност. Доколкото не е предвидена възможност за това в договора, такова плащане на надлимитни дейности не се дължи; не може да се търси изпълнение на недоговорено, респ. не може да се иска плащане на договорно основание без договорът да го предвижда. Нормативно предвидената процедура за заплащане на извършените и отчетени от изпълнителите стойности на предоставена болнична помощ, надвишаващи определените месечни стойности по приложение № 2, като се подаде писмено заявление, представлявало правна възможност, но не и задължение за НЗОК/РЗОК да вземе решение да закупи посочените дейности. Това решение било обвързано от наличието на неусвоени стойности. Недопустимо било да се приеме, че НЗОК дължи 100% от извършените от всяко лечебно заведение дейности. Лечебните заведения са юридически лица по ТЗ и разполагат със собствен бюджет и средства, имат автономия сами да се управляват, а финансирането на определени техни дейности чрез НЗОК ставало само в рамките на конкретно определени лимити. Лимитирането на обема и стойността на медицинската дейност в индивидуалните договори не противоречало на правото на достъп на ЗОЛ до медицинска помощ, а било способ за осигуряване на достъп на всички ЗОЛ съобразно ограничения държавен ресурс, което изисква в по-голяма степен неговото целесъобразно разпределение между изпълнителите, така че да стигне за максимален брой нуждаещи се. Изложени са и аргументи, с които се оспорва претенцията за законна лихва – писмена покана по см. на чл. 84, ал. 2 ЗЗД била отправена едва с подаването на исковата молба. По изложените съображения счита исковите за неоснователни и моли същите да бъдат отхвърлени. Претендират се сторените по делото разноски.

В срока по чл. 372 ГПК е постъпила допълнителна искова молба. С нея ищецът възражава срещу доводите в отговора. Счита, че възраженията срещу допустимостта съставляват по същността си становище по същество на спора.

Оспорва се твърдението, че главната претенция попада извън предмета и предвижданията на индивидуалния договор. Предметът на процесните договори бил определен в чл. 1 от тях и там били посочени по кои клинични пътеки и амбулаторни процедури ищецът е длъжен да оказва помощ, а в чл. 19 било посочено, че възложителят закупува и заплаща на изпълнителя договорената в чл. 1 ал. 1, извършена и отчетена от изпълнителя помощ. Поддържат се и се доразвиват доводите за противоречие на клаузи на договора с императивни правни норми. Акцентираща се върху обстоятелството, че ищецът предявява иск да му се заплати само стойността на болничната медицинска помощ, оказана на здравноосигурените лица в обхвата на пакета от здравни дейности, гарантирани от бюджета на НЗОК, тъй като ответникът извършва по закон заплащането на тази болнична дейност в полза на ЗОЛ. Позовава се на формираната съдебна практика, според която ЗОЛ имат свободен избор на изпълнител и те не бива да бъдат поставяни в положение на неравнопоставеност при третирането им в зависимост от това дали са потърсили медицинска помощ преди или след изчерпването на лимитите. Моли исковите претенции да бъдат уважени изцяло.

В отговора на допълнителната искова молба ответникът поддържа и доразвива вече изложените доводи и възражения.

Съдът, като прецени събраните по делото доказателства поотделно и в тяхната съвкупност и взе предвид становищата, доводите и възраженията на страните, намери за установено следното:

Безспорно е по делото, а и е документално установено, че ищецът е лечебно заведение за болнична помощ, което е регистрирано по Търговския закон и по Закона за лечебните заведения с регистрационен № 1626211048 от регистъра в МЗ и осъществява лечебна дейност. В това си качество е сключил с ответната НЗОК индивидуален договор № 164277 от 01.06.2018г., в сила от 01.04.2018 г., за оказване на болнична помощ по клинични пътеки със срок на действие за 2018г., както и индивидуален договор № 164758 от 01.06.2018 г. за извършване на амбулаторни процедури. Задълженията на ищеца са да оказва на здравноосигурени лица, на лицата по § 9, ал.1 от ЗБНЗОК за 2018г. медицинска помощ по клинични пътеки от приложение № 9 към член първи на Наредба № 3 от 2018г. за определяне на пакета от здравни дейности, гарантирани от бюджета на НЗОК със съдържание, посочено съответно в

приложение № 17а и чл.1 от договора, срещу насрещното задължение на възложителя „Националната здравноосигурителна каса“ да заплаща извършените дейности, съгласно уговореното в чл.3, т.3 от договора.

С договор № 164758/01.06.2018 год., в сила от 01.04.2018 год., за извършване на амбулаторни процедури, ищецът се задължил да оказва и посочените в приложение № 18а „Амбулаторни процедури“ на НРД за медицинските дейности за 2018 г., посочени в чл.1, ал.1 от процесния договор.

Не се спори, че ответникът не е заплати извършената и отчетена болнична медицинска помощ (БМП), оказана през м. май 2018г. по двата договора, което неизпълнение е обосновано с недължимост с оглед наведеното възражение, че дейностите са извършени извън нормативно и договорно определените месечни лимити.

За отговор на повдигнатия спор и конкретно основателно ли е възражението на ответника и освобождава ли го от отговорност за изпълнение следва да се посочи, че съгласно чл. 52 от Конституцията на Република България, гражданите имат право на здравно осигуряване, гарантиращо им достъпна медицинска помощ, както и на безплатно ползване на медицинско обслужване при условия и по ред, определени със закон. В ал. 2 на същата разпоредба е предвидено, че здравеопазването на гражданите се финансира от държавния бюджет, от работодателите, от лични и колективни осигурителни вноски и от други източници при условия и по ред, определени със закон. Законът, който урежда отношенията във връзка със здравното осигуряване в държавата е Законът за здравното осигуряване при отчитане правилата, на който закон следва да се уреждат и отношенията между страните по настоящия спор.

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 заплащане на здравни дейности, услуги и стоки, предвидени в този закон, в националните рамкови договори (НРД) и в застрахователните договори.

Разпоредбата на чл. 46 ЗЗО предвижда, 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.

Според чл. 4а 33О Националният рамков договор 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, като следва да се посочи, че в Националния рамков договор за медицинските дейности между Националната здравноосигурителна каса и Българския лекарски съюз не е предвидено ограничение /лимити/ в стойностите на предоставените от изпълнителите на медицински помощи здравни услуги.

Разпоредбата на чл. 4, ал.1 от 33О сочи, че 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, а ал.2 на същата разпоредба определя правото на избор като валидно за цялата територия на страната и забранява ограничаването му по географски или други административни основания. В чл. 35 от 33О са определени правата на задължително осигурените лица, а пакетът от здравни дейности, гарантиран от задължителното здравно осигуряване е посочен в чл. 45 от 33О. В чл. 46 от 33О е предвидено, че редът за предоставяне и изискванията към изпълнителите на отделните видове медицинска помощ по чл. 45 се определят в Националния рамков договор (НРД) и в договорите между РЗОК и изпълнителите.

Съгласно разпоредбата на чл. 55д от 33О обемите и цените на медицинската помощ, предвидена в НРД не са част от същия, а са предмет на самостоятелно ежегодно договаряне, като се определят в съответствие с бюджета на НЗОК за съответната година и следва да бъдат приети в срок до 14 дни от обнародването на закона за бюджета на НЗОК за следващата календарна година, които съгласно чл. 55д, ал. 8 от 33О се обнародват в ДВ и са задължителни за НЗОК, РЗОК и за изпълнителите на медицинска помощ.

Изложеното до тук налага извод за това, че претендираните от ищеца субективни права като част от възникналото между страните правоотношение на основание на чл. 59 и сл. от 33О, което пряко обслужва интересите на трети лица, ползващи се от здравни услуги, са обусловени от предвиденото в чл. 52 от Конституцията на РБ право на гражданите на здравно осигуряване, гарантиращо им достъпна медицинска помощ, осъществяване на която

гаранция е разписано и в Закона за здравното осигуряване - чл. 2, чл. 4 и чл. 35 от ЗЗО.

Именно с цел осигуряването на този достъп, а и за гарантиране спазването на правата на ЗЗЛ е предвидена разпоредбата на чл. 45 от ЗЗО, съгласно която НЗОК е *задължена* да заплаща определени видове медицинска помощ. Коментираната разпоредба има императивен характер, който се потвърждава и от следваща разпоредбата на чл. 46 от ЗЗО, която сочи, че с НРД и индивидуалните договори не може да се игнорира задължението за плащане, а единствено на определяне подлежи реда за нейното предоставяне и момента, в който това следва да стане.

Видно от изложеното, предоставянето на гарантирания пакет здравни дейности на лицата, осигуряващи се задължително, е обусловено от сключването на НРД за съответната година и от договорите, сключени между НЗОК и изпълнителите на медицинска помощ по чл. 59 от ЗЗО. Част от индивидуалните договори, съгласно чл. 24 от НРД са цените на медицинските дейности, установени по реда на чл. 55д ЗЗО, както и приложения за стойност на медицинските дейности за болнична медицинска помощ, за медицински изделия, прилагани в болничната медицинска помощ, и/или за лекарствена терапия при злокачествени заболявания.

Тези две изисквания според съда са продиктувани от съдържанието на чл. 4 от ЗБНЗОК за 2018 г., изискващо НЗОК да определя за всяка районна здравноосигурителна каса годишна обща стойност на разходите, разпределена по месеци, а самите РЗОК да определят стойността за дейностите към договорите с изпълнителите на болнична медицинска помощ, разпределени по месеци. Следва да се има предвид, че ЗБНЗОК за 2018г. изрично овластява Надзорния съвет на НЗОК да използва преизпълнението в приходната част на бюджета от здравноосигурителни вноски и неданъчни приходи за допълнителни здравноосигурителни плащания над утвърдените разходи – вж. § 1 от ПЗР на ЗБНЗОК. Казаното означава, че нито финансовият план, нито ЗЗО предписват бюджетна рамка като предел на отговорността на държавата при обезпечаване на покрития от НЗОК пакет от услуги.

Изложеното до тук, съобразено със съдържанието на цитираните по - горе разпоредби на ЗЗО налага извод, че предвиденото в чл. 52 от КРБ право може 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 са съобразени НРД за годината, договорът определящ обемите и цените на медицинската помощ, а и самите индивидуални договори с изпълнителите на такава. Именно за да се създадат условия за спазване на съответната бюджетна рамка е предвидено и споменатото по - горе изискване на чл. 4 от ЗБНЗОК. Това обаче не означава, че разходването на бюджета за годината в един по-ранен период лишава гражданите да се възползват от правата си по чл. 52 от КРБ, нито освобождава държавата от отговорност спрямо изпълнителя, осъществил обещаната от нея и финансово обезпечена чрез бюджета на НЗОК медицинска помощ. Бюджетът очертава обещаните средства, без обаче да лимитира отговорността на НЗОК, в който смисъл и следва да се коментира правилото на чл.4, ал.3 от ЗБНЗОК за 2018г., което ангажира органите на управление на НЗОК периодично да анализират и при необходимост да коригират разпределените суми в рамките на предвидените с бюджета средства за НЗОК при предварително утвърдени правила – чл.4, ал.4 ЗБНЗОК, вкл. и с използване на бюджетния резерв. В подкрепа на изложеното е и разпоредбата на чл. 26, ал. 2 от ЗЗО, съгласно която със средствата от резерва се плащат разходи в случай на значителни отклонения от равномерното разходване на средствата за здравноосигурителни плащания, т.е. водещото е осигуряване на предвиденото в Конституцията право на гражданите по чл. 52, а не съблюдаване на фискалната дисциплина.

Предвид изложеното по-горе, съдът приема за основателни възраженията на ищеца за това, че разпоредбите на чл.34, ал.1, чл.38, ал.1 и ал.7 и чл.42, ал.3 от Договор № 164277 и чл.38, ал.1, чл.42, ал.1 и ал.7 и чл.46, ал.3 от Договор № 164758 , които задължават възложителя да заплаща само извършената и отчетена от изпълнителя дейност в рамките на стойностите, посочени в приложение № 2 и не дават право на изпълнителя да се отчита за дейности на стойност, надвишаваща стойността за съответния месец в Приложение № 2 към договора са нищожни като противоречащи на чл. 35 от ЗЗО, чл. 55, ал.3, т.2 и т.5 и т.6 ЗЗО, на основание чл. 26, ал.1 пр.1 от ЗЗД и като такива не произвеждат действие. Осъществената болнична помощ, следва да бъде заплатена в изпълнения обем, тъй като за оказването на болнична помощ по клинични пътеки няма уговорени лимити. Противното би означавало възлагане на финансова тежест за предвиден в закона пакет от медицинска помощ върху частно правен субект – лечебното заведение, което

е в пряко противоречие с гарантираната цел на ЗЗО, както и с основните разпоредби на сключения между страните договор.

Следва да се има предвид и факта, че в договора не е предвидена възможност, след изчерпване на предварително определените стойности, лечебното заведение да прекрати извършването на определените по договора дейности. Напротив, в същия изрично е въведено изискване, ищецът в качеството му на изпълнител, постоянно да осигурява договорената болнична медицинска помощ на здравно осигурени лица – вж. чл. 5 от договора – т.т. 1 и 2. Изрично в чл.5, т.8 е предвидено задължение за изпълнителя да разполага по всяко време с медицински специалисти, в т.9 - да осигурява непрекъснато 24 - часово изпълнение на лечебната дейност. С посочените уговорени основни задължения на ищеца по договорите НЗОК му е възложила изпълнението на дейностите, предмет на договора без да е поставено условие за изпълнението им - ограничение на приема на здравно осигурени лица съобразно лимита на договорените средства. Дори напротив, в чл. 5, т.10 изрично е посочено, че изпълнителя не следва да изисква заплащане или доплащане от здравно осигурени лица за дейност, предмет на настоящия договор, от което следва извода, че всяка извършена дейност, описана в договора, следва да бъде заплатена от възложителя.

Коментираното до тук е изцяло съобразено с конституционно гарантираните права на здравно осигуряване, достъпна медицинска помощ и безплатно ползване на медицинско обслужване при свободен избор, осигуряващи опазването на здравето на гражданите като състояние на пълно физическо, психическо и социално благополучие, като в конкретния случай, дружеството ищец при провеждане на леченията е изхождало именно от този принцип в съответствие с критериите за добра медицинска практика – чл.46, ал.3 ЗЗ.

Изложеното налага да се приеме, че извършените над определения лимит дейности са по повод на изпълнение задълженията на изпълнителя по договора, за които същия следва да бъде възмезден, а наведеното възражение от ответника за това, че не дължи плащане, тъй като извършеното е над установения лимит е в категорично противоречие с целите и предмета на сключения между страните договор.

След като се установи съществуване на вземането по предявения иск

следва да се разгледа възражението на ответника за изтекла погасителна давност. Най –напред ще се посочи, че в случая приложим е общият петгодишен давностен срок по чл.110 ЗЗД. Съображенията са, процесното вземане не притежава правната характеристика на периодично плащане, тъй като няма повтарящ се характер, поради което не е погасено с изтичане на кратката погасителна давност по чл. 111, б. "в" ЗЗД. Извършената от изпълнителя надлимитна дейност има случаен характер, тъй като с процесния индивидуален договор между страните не е уговорено изрично задължение на изпълнителя да осъществява такава през определен период от време, нито е поето повтарящо се задължение за плащането ѝ от страна на възложителя. След като е изцяло обусловено от здравноосигурените пациенти, явяващи се трети за сключения индивидуален договор лица, които чрез избора си на ответното болнично заведение са упражнили гарантираното им от Закона за здравното осигуряване право на свободен достъп до медицинска помощ и на свободен избор на изпълнител, сключил договор с районна здравноосигурителна каса, вземането за надлимитна дейност няма сумарните белези, които в своето единство, според разясненията в задължителното за съдилищата в страната Тълкувателно решение № 3 от 18.05.2012 г., по т. д. № 3/2011 г. на ОСГТК на ВКС характеризират "периодичните плащания". В т.см.е и задължителната съдебна практика, обективирана в Решение № 152 от 2.02.2021 г. на ВКС по т. д. № 385/2020 г., II т. о.

По въпроса кога настъпва изискуемостта на задължението на НЗОК за заплащане на надлимитна дейност е формирана практика на ВКС, обективирана по реда на чл. 290 ГПК в Решение № 141 от 21.09.2021 г. по т. д. № 2586/2019 г., ВКС, I т. о., с което е прието, че изпълнение на задължението за плащане на надлимитните дейности НЗОК дължи до приключване на финансовата година, в която са извършени, т. е. до 31. 12. на съответната година. Следователно процесните вземания са изискуеми от 01.01.2019 г., като към датата на подаване на исковата молба- 14.03.2022 г. погасителната давност по чл.110 ЗЗД не е изтекла и искът не е погасен по одавност.

Основателна е и акцесорната претенция за заплащане на обезщетение за забава върху главницата. След изтичане на календарната 2018 г., т.е. от 01.01.2019 г., НЗОК изпада в забава и дължи на изпълнителите на медицинска помощ като титуляри на вземанията обезщетение по чл. 86 от ЗЗД.

За периода от 11.03.2019 г. до 10.03.2022 г., за който се претендира обезщетението, размерът му съдът определи при условията на чл. 162 ГПК и с помощта на електронното приложение на calculator.bg и констатира, че същото е в размер на сумата от 33199,58 лв., за която ответника ще се осъди.

При този изход на спора и на основание чл. 78, ал.1 ГПК на ищеца се дължат направените от него разноси, които съдът констатира да са в размер на 10064,63 лв., представляващи внесена държавна такса и платено възнаграждение за адвокат, съобразно приложения списък по чл.80 ГПК .

Мотивиран от изложеното, съдът

РЕШИ:

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, седалище и адрес на управление: с. Браниполе, обл. Пловдив, местност „Герена” № 20 Г, ЕИК 202628753, чрез адвокат С. Ф. М. съдебен адрес: ***, сумата 109 041 лв., представляваща неплатената сума за болничната медицинска помощ, оказана през месец *май* 2018 г., по клинични пътеки и амбулаторни процедури, съгласно сключените между страните по делото договор № 164277 от 01.06.2018 г. за оказване на болнична помощ по КП и договор № 164758 от 01.06.2018 г. за извършване на амбулаторни процедури, която е над утвърдената стойност на разходите за м. май 2018г. по Приложение № 2 - неразделна част от процесния договор № 164277 от 01.06.2018г., сумата от 33 199,58 лв. обезщетение за забава в размер на законната лихва върху главницата, считано от 11.03.2019г. до 10.03.2022г., ведно със законната лихва върху неплатената главница, считано от завеждане на делото- 14.03.2022 г. до окончателното ѝ изплащане, както и сумата от 10064,63 лв., представляващи направени разноси по внесена държавна такса и платено възнаграждение за адвокат.

Решението подлежи на обжалване пред Апелативен съд Пловдив в двуседмичен срок от връчването му на страните.

Съдия при Окръжен съд – Пловдив: _____