

РЕШЕНИЕ

№ 370

гр. Пловдив, 14.11.2022 г.

В ИМЕТО НА НАРОДА

ОКРЪЖЕН СЪД – ПЛОВДИВ, XI СЪСТАВ, в публично заседание на двадесет и седми октомври през две хиляди двадесет и втора година в следния състав:

Председател: Миглена Ил. Площакова

при участието на секретаря Ваня Б. Казакова
като разгледа докладваното от Миглена Ил. Площакова Търговско дело № 20225300900146 по описа за 2022 година

Производството по делото е образувано по искова молба, подадена на 11.03.2022 год. от МБАЛ „Парк хоспитал“ ЕООД против Националната здравноосигурителна каса, с която е предявен осъдителен иск за присъждане на парична сума, дължима на договорно основание, ведно с обезщетение за забавеното ѝ плащане.

Исковата молба се основава на следните *фактически обстоятелства*:

Ищецът „МБАЛ Парк хоспитал“ ЕООД 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 РЗОК-Пловдив, 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. ноември 2018 год.**, като не е заплатил сумата 54557 лв., представляваща дължима сума за извършена болнична помощ по клинични пътеки и за амбулаторни процедури през м. 11.2018 год. по процесните два договора.

Исковата сума представлявала стойността на извършената през м. 11.2018 год. болнична дейност по клинични пътеки и амбулаторни процедури, която е *над утвърдената стойност* на разходите за м. 11.2018 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. 11.2018 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 болнична медицинска помощ 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 увеличени брой пациенти, които са хоспитализирани в спешен порядък. Това искане било оставено без уважение, с позоваване на принципа за спазване на финансова дисциплина. Подобни искания били отправени и с последващи писма от 10.07.2018 год., 09.10.2018 год., 19.11.2018 год., но същите не били уважени.

След приключването на м. 11.2018 год., с писмо от 13.12.2018 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 14.12.2018 год. на директора на РЗОК било отговорено, че разпоредбата на чл. 14 от Правилата е неприложима при отчитането на дейността за м. 11.2018 год.

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 е формулиран *петитум* ответникът да бъде осъден да заплати на ищеца:

- **сумата 54 557 лева**, представляваща стойност на оказана през месец **ноември 2018 година**, но незаплатена болнична медицинска помощ по клинични пътеки и амбулаторни процедури, съгласно сключените между страните по делото договор № 164277/01.06.2018 год. за оказване на болнична помощ по клинични пътеки и договор № 164758 от 01.06.2018 год. за извършване на амбулаторни процедури, ведно със законна лихва от датата на исковата молба /11.03.2022 год./ до окончателното плащане;

- **сумата 16 610,90 лева** – обезщетение за забава в плащането на посоченото парично задължение в размер на законната лихва за периода от 11.03.2019 г. до 10.03.2022 год.

Сочат се доказателства. Претендират се деловодни разноски.

Въз основа на изложените в исковата молба факти и обстоятелства съдът намира, че е сезиран с обективно съединени икове с правна квалификация чл. 79, ал. 1, пр. 1 от ЗЗД, във вр. чл. 59, ал.1 ЗЗО и чл. 86 ЗЗД.

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, по което съдът вече се е произнесъл с определение, което е влязло в сила.

Ответникът възражава 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 здравноосигурени лица до медицинска помощ, а било способ за осигуряване на достъп на всички здравноосигурени лица 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 възразява 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 здравноосигурени лица. Позицията се на формираната съдебна практика, според която здравноосигурени лица 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.

ОКРЪЖЕН СЪД - ПЛОВДИВ, след като разгледа събраните по делото доказателства

поотделно и в тяхната съвкупност и обсъди доводите и възраженията на страните, приема за установено следното:

С доклада по делото, въз основа на становищата на страните като *безспорни* между са оповестени следните обстоятелства: че ищецът е лечебно заведение за болнична помощ; сключването на описаните в исковата молба два договора от 01.06.2018 год., които са обвързвали страните през процесния период – м. 11.2018 год.; че през м. 11.2018 г. ищецът е извършвал болнична медицинска помощ по клинични пътеки и амбулаторни процедури в изпълнение на задълженията си по договорите; че е извършил дейности, надхвърлящи уговорените лимити в приложение № 2 към договорите; че медицинската помощ в рамките на лимитите, определени в приложение № 2, е заплатена от ответника; че исковата сума е за осъществена надлимитна дейност и не е заплатена от ответника; факта на неполучаването на допълнително финансиране за процесния м. 11.2018 год.

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:

Както се спомена, безспорно е по делото, а и е установено от приетите по делото доказателства, 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 01.06.2018 г., в сила от 01.04.2018 г., за *оказване на болнична помощ* по клинични пътеки със срок на действие за 2018 г., 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 2018 г. 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.

Ответникът, като възложител по договорите, има задължение да заплаща извършената и отчетена болнична медицинска помощ, според чл. 3, ал. 1, т. 3 от договора. Договореният в чл. 46 от договора срок е до 25-то число на месеца, следващ отчетния. Безспорно е обстоятелството, че ответникът не е заплатил извършената и отчетена болнична медицинска помощ, оказана през м. ноември 2018 г. над утвърдената стойност на разходите

за м. ноември 2018 г. по Приложение № 2 към договора. Неизпълнението е обосновано с недължимост с оглед наведеното възражение, че дейностите са извършени извън нормативно и договорно определените месечни лимити. Т.е., спорът по делото е правен, а именно следва ли ответната НЗОК да заплати надлимитната дейност на лечебното заведение за процесния период.

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 ЗЗО 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 ЗЗО 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 ЗЗО са определени правата на задължително осигурените лица, а пакетът от здравни дейности, гарантиран от задължителното здравно осигуряване е посочен 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 Националния рамков договор (НРД) и в договорите между РЗОК и изпълнителите.

Съгласно разпоредбата на чл. 55д от ЗЗО 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 ЗЗО 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 ЗЗО, 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 здравноосигурените лица 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 2018 г. 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 – § 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 поранен 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 ЗОО, чл. 55, ал. 3, т. 2 и т. 5 и т. 6 ЗЗО, на основание чл. 26, ал. 1, пр. 1 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. 1 и т.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 лечението 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. Поради това главният иск следва да бъде уважен изцяло, като в полза на ищеца се присъди претендираната главница.

По въпроса кога настъпва изискуемостта на задължението на НЗОК за заплащане на надлимитна дейност е формирана практика на ВКС, обективизирана по реда на чл. 290 ГПК в Решение № 141 от 21.09.2021 год. 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. Като не е заплатил до края на календарната 2018 год. стойността на надлимитната дейност, ответникът е изпаднал в забава.

Ето защо, основателна се явява 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 ЗЗД.

За исковия период - 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 16 610,90 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 разноски, които съдът констатира да са в размер на 2846,72 лв., представляващи внесена държавна такса, както и сумата 2665 лв. платено в брой възнаграждение за адвокат, или общо 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, със седалище и адрес на управление: с. Браниполе, обл. Пловдив, местност „Герена” № 20 Г, ЕИК 202628753, представлявано от управителя С.Ш.П., **сумата 54 557 лева**, представляваща неплатената сума за болничната медицинска помощ, оказана през месец *ноември 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 клинични пътеки и договор № 164758 от 01.06.2018 г. за извършване на амбулаторни процедури, която е над утвърдената стойност на разходите за м. ноември 2018 г. по Приложение № 2 - неразделна част от договор № 164277 от 01.06.2018 г., ведно със **законната лихва** върху присъдената главница, считано от датата на подаването на исковата молба - 11.03.2022 г. до окончателното плащане; **сумата 16 610,90 лева** *обезщетение за забавеното плащане* на присъдената главница в размер на законната лихва за периода от 11.03.2019 г. до 10.03.2022 г., както и **сумата 5 511,72 лева**, представляващи *разноски* по делото и включваща внесената държавна такса и заплатеното адвокатско възнаграждение.

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

Съдия при Окръжен съд – Пловдив: _____