

РЕШЕНИЕ

№ 402

гр. Пловдив, 02.12.2022 г.

В ИМЕТО НА НАРОДА

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

Председател: Грета Ил. Чакалова

при участието на секретаря Милена Анг. Левашка Августинова като разгледа докладваното от Грета Ил. Чакалова Търговско дело № 20225300900142 по описа за 2022 година

Предявени са обективно съединени иски от „Многопрофилна болница за активно лечение ПАРК ХОСПИТАЛ” ЕООД, ЕИК 202628753, с. Браниполе, обл. Пловдив, местност „Герена” № 20 Г, ЕИК 202628753, чрез процесуалния му представител адв. С. М., със съдебен адрес: **** против Национална Здравноосигурителна каса /НЗОК/, БУЛСТАТ 121858220, със съдебен адрес: **** /РЗОК/ с правна квалификация чл. 79, ал.1, пр. 1 от ЗЗД във вр. чл. 59, ал.1 ЗЗО и чл. 86 ЗЗД.

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. Ответникът осъществява дейностите по задължително здравно осигуряване съгласно ЗЗО. Една от основните функции на РЗОК е 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 г., за оказване на болнична помощ по клинични пътеки, както и Договор № 164758/01.06.2018 г., в сила от 01.04.2018 г., за предоставяне на амбулаторни процедури. Ответникът, като възложител по посочените два договора, се е задължил 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. септември 2018 г., като не е заплатил сумата 38 984 лв, представляваща дължима сума за извършена болнична

помощ по клинични пътеки и за амбулаторни процедури през м. септември 2018 г. по процесните два договора. Исковата сума представлява стойността на извършената през м.09.2018 г. болнична дейност по клинични пътеки и амбулаторни процедури, която е над утвърдената стойност на разходите за м.09.2018 г. по Приложение № 2, неразделна част от Договор 164277/01.06.2018 г. Според чл.36, ал.2 от Договор 164277/01.06.2018 г. и чл.40, ал.2 от Договор № 164758/01.06.2018 г. месечните стойности за дейностите за болнична медицинска помощ се определят като обща стойност по всички сключени договори с възложителя.

Отказът на ответника да заплати стойността на предоставената от ищеца болнична помощ над лимитите по Приложение № 2 към договора е, че не се дължи плащане на надлимитните дейности, тъй като се явяват недоговорени между страните. 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 нормите 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 клинични пътеки и чл.38, ал.1, чл.42, ал.1 и 7 и чл.46, ал.3 от Договор № 164758/01.06.2018 г. за извършване на амбулаторни процедури с разпоредби на Конституцията, на ЗЗО, Закона за здравето. Ищецът застъпва становище, че ответникът дължи заплащане на ищеца на извършената и отчетена дейност и над стойностите по Приложение № 2, ако оказаната болнична помощ е от пакета от здравни дейности, гарантирани от Закона /чл.45, ал.2 ЗЗО/.

Ето защо се иска да се постанови решение, с което да се осъди НЗОК да заплати на ищеца :

-сумата 38 984 лв, представляваща неплатената стойност за оказаната през м.септември 2018 г. болничната медицинска помощ 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. септември 2018 г. по Приложение № 2 - неразделна част от Договор № 164277/01.06.2018г., ведно с обезщетение за забава от подаването на исковата молба до окончателното изплащане;

-сумата 11 869.41 лв, представляваща обезщетение за забава върху главницата от 38 984 лв за периода 11.03.2019г. - 10.03.2022г.

-разноските по делото.

Становището на ответника, депозирано в срока по чл.367 ГПК, е за неоснователност на предявените искове.

Не се оспорва сключването на процесните договори . 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 договорът не предвижда заплащане на извършени услуги извън договорените лимити, плащане на надлимитни дейности не се дължи. Нормативно предвидената процедура за заплащане на извършените и отчетени от изпълнителите стойности на предоставена болнична помощ, надвишаващи определените месечни стойности по Приложение № 2, чрез подаване на писмено заявление, представлява правна възможност, но не и задължение за НЗОК/РЗОК да вземе решение да закупи посочените дейности. Това решение е обвързано от наличието на неусвоени стойности. Недопустимо е 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 се осъществява само в рамките на конкретно определени лимити. Лимитирането на обема и стойността на медицинската дейност в индивидуалните договори не противоречи на правото на достъп на здравно осигурените лица до медицинска помощ, а е способ за осигуряване на достъп на всички здравно осигурени лица до медицински услуги, като ограниченият държавен ресурс изисква в по-голяма степен неговото целесъобразно разпределение между изпълнителите, така че да стигне за максимален брой нуждаещи се.

Оспорва се искът за заплащане на законна лихва, като се заявява, че писмена покана по смисъла на чл. 84, ал. 2 ЗЗД е отправена с подаването на исковата молба. Претендира разноски.

Съдът, като прецени събраните по делото доказателства поотделно и в съвкупност, намира за установено следното от фактическа страна:

Не се спори, че ищецът е лечебно заведение за болнична помощ и през м.09. 2018 г. е извършвал болнична медицинска помощ.

Ответникът, от друга страна, съгласно чл.6, ал.1 ЗЗО е юридическо лице с предмет на дейност осъществяване на задължителното здравно осигуряване.

Установява се, че между ищеца и ответника, представляван от Директора на РЗОК, е сключен Договор № 164277/01.06.2018 г. за оказване на болнична помощ по клинични пътеки и Договор за извършване на амбулаторни процедури 164758/01.06.2018 г., които съобразно §2 от Преходните и заключителни разпоредби на договорите е предвидено, че имат действие от 01.04.2018 г.

Ищецът е изпълнител по договора, като се задължава да оказва на здравноосигурени лица, на здравнонеосигурени лица по § 2, ал.1 ЗБНЗОК за 2018 г. (за

акушерска помощ по чл. 82, ал.1, т.2 33) и на лицата по § 9, ал.1 ЗБНЗОК за 2018 г. медицинска помощ по клинични пътеки, посочени в договора, а ответникът е възложител, като се задължава да заплаща на изпълнителя дейностите, изброени в договора, съгласно Глава XIX, Раздел VI, VIII и IX от НРД за медицинските дейности за 2018 г.

Страните са се спогодили, че:

-изпълнителят има право да получава договореното заплащане за извършената и отчетена дейност по клинични пътеки при условията, в сроковете и по реда, определени в НРД за медицинските дейности за 2018 г. и настоящия договор – чл.4;

-изпълнителят е длъжен да осигури непрекъснато 24-часово изпълнение на лечебната дейност по отношение здравноосигурените лица съгласно условията в НРД за 2018 г., да разполага по всяко време на изпълнението на договора с медицински специалисти и да не изисква заплащане или доплащане от здравноосигурените лица за дейност, предмет на договора -чл.5;

-вложените при изпълнение на клиничната пътека медицински изделия се заплащат извън цената на клиничната пътека - чл.19, ал.2.

Страните са уговорили /чл.25/ условията, при които възложителят заплаща на изпълнителя:

- 1.отчитането на клинична пътека, включена в предмета на договора;
- 2.хоспитализираното лице да е с непрекъснати здравноосигурени права;
- 3.спазени са индикациите за хоспитализация;
- 4.изпълнителят е изпълнил задълженията си да осигури непрекъснатост на болничната помощ и грижи, съобразени с алгоритъма на съответната клинична пътека;
- 5.извършената дейност е отчетена при условията и по реда на НРД за медицински дейности за 2018 г. и настоящия договор.

Страните са уредили / Раздел VI/ условията и сроковете за заплащане на дейностите, в това число подаване на ежедневна информация от изпълнителя по електронен път за оказаната за денонощието дейност, в това число болнична помощ и вложени медицински изделия – в срок до 17,00 ч. на следващия работен ден. Уговорено е, че ежедневната информация се обработва месечно в информационната система на НЗОК, като до седмия работен ден, следващ отчетния месец, РЗОК изпраща по електронен път на изпълнителя месечно известие, съдържащо одобрената и отхвърлена от заплащане дейност, лекарствени продукти и/или медицински изделия, заплащани от НЗОК извън стойността на КП, и съответните основания за отхвърляне – чл.31, ал.10.

Постигнато е и съгласие /чл.31, ал.12, т.1-8/ относно основанията за отхвърляне на заплащане. Според разпоредбата на чл.38, ал.3 от договора потвърдените за заплащане дейности и медицински изделия в месечните известия по чл.31, ал.10 са в рамките на стойностите за съответния месец в Приложение №2 към договора.

Съгласно чл.31, ал.4 от договора в месечните известия възложителят посочва дейностите и медицинските изделия, отхвърлени поради надвишаване на стойностите за съответния месец в Приложение №2 „Стойности и обеми на дейностите в болнична медицинска помощ и стойности на медицинските изделия в БМП и лекарствените продукти за лечение на злокачествени заболявания в условията на БМП“. В договора е уговорено също, че изпълнителят представя финансово-отчетни документи (фактури или дебитни/кредитни известия към тях), в които следва да се включат само одобрените за заплащане дейности и медицински изделия – чл.42, ал.3 и ал.4. В чл.46 от договора е уговорено, че плащанията на изпълнителя се извършват чрез РЗОК до 25-то число на месеца, следващ отчетния, а плащания по отчетни документи за медицински изделия по чл.32, ал.1, т.3 от договора – до 30-то число на втория месец, следващ отчетния.

Съгласно чл.39, ал.3 възложителят може да внесе мотивирано предложение до Надзорния съвет на НЗОК за коригиране на определените стойности в Приложение №2 на основание получено от изпълнителя мотивирано предложение, водещо до промяна на определените стойности в края на периода, при наличие на неусвоени средства на ниво РЗОК.

По делото няма спор по обстоятелството, че ищецът е извършил претендираната за заплащане надлимитна дейност, нейния размер, както и че ответникът не е заплатил извършената от ищеца надлимитна дейност.

При така установената фактическа обстановка Съдът намира от правна страна следното:

Между страните е възникнало правоотношение по договори за извършване на медицинска дейност срещу заплащане, по който бенефициенти са трети здравноосигурени лица. Уговорено е задължение за изпълнителя да осигурява ежедневна 24-часова медицинска помощ по отношение лицата, потърсили такава. Същевременно възложителят се е съгласил да заплаща за дейностите ежемесечно в рамките на предварително определени стойности (наричани от страните лимити). Няма спор между страните, че ищецът за претендирания период е извършил надвишаваща уговорените лимити медицинска дейност по клинични пътеки, включени в основния пакет от здравни дейности, гарантиран от бюджета на НЗОК, че ищецът е отчетел същата дейност, относно за стойността на извършената над уговорения лимит медицинска дейност, посочена в исковата молба за съответния период и за това, че възложителят за същия период е изпращал на изпълнителя месечно известие, с което е отхвърлил посочената дейност от заплащане по причина, че същата е свръх уговорената в договора стойност. Установява се, че ищецът е отправил до ответника мотивирано искане за коригиране на стойността за съответния период, както и, че за периода е извършена проверка относно предоставянето и отчитането на дейността, при която не са констатирани нарушения.

Предмет на спора е каква сума във връзка с предоставената медицинска помощ по клинични пътеки подлежи на заплащане от НЗОК – дали само стойността в рамките на

т.нар. “лимити” или цялата стойност на извършените от лечебното заведение дейности, включени в основния пакет, гарантиран от бюджета на НЗОК.

В тази връзка Съдът намира следното:

Съгласно чл.52, ал.1 и ал.2 от Конституцията на Република България гражданите имат право на здравно осигуряване, гарантиращо им достъпна медицинска помощ и на безплатно ползване на медицинско обслужване при условия и по ред, определени със Закон. 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 за здравното осигуряване /ЗЗО/. С чл.4 ЗЗО се гарантира право на здравноосигурените лица на свободен достъп 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. Според чл.2, ал.1 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). Задължителното здравно осигуряване предоставя пакет от здравни дейности, гарантиран от бюджета на НЗОК. Последният за 2018 г. е приет със Закон за бюджета на НЗОК за 2018 г., където в чл.1, ал.2 е приет общият размер на разходите за дейността по здравно осигуряване. Прието е в чл.4 от същия закон, че в рамките на общата стойност на разходите НЗОК утвърждава за всяка РЗОК годишна обща стойност на разходите за здравноосигурителни плащания, разпределена по месеци, а Директорите на РЗОК закупуват от изпълнителите на болнична медицинска помощ обем здравни дейности от пакета по чл.2, ал.1 ЗЗО (пакет от здравни дейности, гарантиран от бюджета на НЗОК в рамките на стойностите по т.1, б.а ЗЗО). Според чл.4, ал.3 ЗБНЗОК за 2018 г. Надзорният съвет на НЗОК има правомощие да анализира и контролира стойността на разходите ежемесечно и на тримесечие. Съгласно чл.4, ал.5 ЗБНЗОК условията и редът за наблюдение, анализ и контрол по изпълнението на обемите по чл.55а ЗЗО и стойностите се определят в Националния рамков договор за медицинските дейности за 2018 г. Съответно чл.55а ЗЗО в редакцията му към процесния период от време гласи, че НЗОК планира, договаря и закупува за здравноосигурените лица медицинска помощ по чл.55, ал.2, т.2 в рамките на обемите, договорени в националните рамкови договори и в съответствие с бюджета на НЗОК за съответната година. Съгласно чл.4, ал.4 ЗБНЗОК 2018 г. Надзорният съвет приема правила за условията и реда за прилагане на чл.4, като в тази връзка са приети Правила за условията и реда за прилагане на чл.4, ал.1, ал.2 и ал.3 от Закона с няколко последователни решения на НС НЗОК. В чл.14 от Правилата е предвидено, че Директорът на РЗОК може 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 в края на периода по чл.12, ал.2 от Правилата (м.август – м.декември 2018 г.) при наличие на

неувоени средства на ниво РЗОК. Съгласно чл.16 и чл.17 от Правилата Надзорният съвет на НЗОК ежесечно и на тримесечие наблюдава, анализира и контролира изпълнението на здравноосигурителните плащания по чл. 4, ал. 1 от ЗБНЗОК за 2018 г. на база на представените от Директорите от РЗОК доклади по чл. 13, чл. 14 и чл. 15, като утвърждава корекции по стойностите на разходите на РЗОК и на изпълнители на БМП в съответствие с параметрите на национално ниво на изпълнението на здравноосигурителните плащания.

Предвид изложеното Съдът намира, че, за да се гарантира на здравноосигурените лица въведения с Конституцията на РБ и със ЗЗО свободен достъп до болнична медицинска помощ и за да се осигури на всяко осигурено лице т.нар. „основен пакет“ медицински дейности, който да бъде гарантиран от бюджета на НЗОК, плащането на предоставената на гражданите помощ от типа, описан в чл.45 ЗЗО (основния пакет), е задължително, като това плащане следва да се извърши в полза на изпълнителите на болничната помощ за сметка бюджета на НЗОК. На това задължение за плащане съответства задължението на изпълнителите на болнична помощ, въведено с индивидуалните договори, в т.ч. с процесния договор, да оказват такава непрекъснато на всяко здравно осигурено лице, а на неосигурените – при определени със Закон обстоятелства. Както в договора, така и в нормативните актове, цитирани по-горе, са заложили определени обеми на дейностите, подлежащи на заплащане периодично.

Ето защо Съдът счита, че сключените договори не противоречат на Закона и клаузите от същия, въвеждащи т.нар. “лимити“, не са нищожни. Те са уговорени с оглед възможността за прогнозиране и регулярно заплащане на медицинската помощ и вложените медицински изделия в рамките на бюджетната година. (В тази насока Решение №169/16.02.2021 г. на ВКС, II т.о. по т.д.№1916/2019 г.) Последното обаче не означава, че възражението на ответника за това, че същият е длъжен да заплаща само в рамките на лимитите, е основателно. Напротив, в цитираните по-горе актове, така и в индивидуалния договор, е предвидено задължение на възложителя да заплаща и дейностите, надхвърлящи определените обеми, които дейности попадат в рамките по чл.45 ЗЗО. Въведена е процедура за това, включваща искане от изпълнителя, контрол от страна на възложителя, анализ и коригиране на обемите и плащанията с решение на НС на НЗОК. Или, и според Закона, и според договора възложителят е задължен да заплати за тези дейности, но това заплащане е предвидено да стане по друг ред и в по-късен момент, различен от обичайния падеж на месечното задължение, касаещо дейностите в рамките на уговорените обеми. Което е разбираемо, с оглед факта, че цялата дейност по здравно осигуряване и изпълнение на медицинска помощ по отношение осигурените лица е ограничена предварително с определен размер на разходите, въведен със Закона за бюджета на НЗОК. В последния закон, както и в останалите цитирани нормативни актове, е въведен механизъм за коригиране на обемите от дейности, поради което същите подлежат на заплащане, независимо от това дали са в рамките на прогнозните обеми, заложили в договора, или извън тях. В тази насока са и разпоредбите на чл.25 и чл.26 ЗЗО, според които в бюджета на НЗОК задължително се предвижда резерв, включително и за непредвидени и неотложни

разходи, като със средствата от резерва се плащат разходи в случай на значителни отклонения от равномерното разходване на средствата за здравноосигурителни плащания. От посоченото следва извод, че в законодателството е създадена възможност за заплащане на всички дейности, попадащи в обхвата на чл.45 ЗЗО, същите са гарантирани от бюджета на НЗОК и не могат да бъдат за сметка нито на осигурените лица, нито на изпълнителите на болнична помощ. В случай, че общата стойност на извършените от всички изпълнители дейности не надхвърля бюджета на НЗОК за съответната година, включително резерва, предвиден в него, липсва основание да се откаже плащане на надлимитната дейност за съответния месец на конкретния изпълнител /В тази насока Решение №169/16.02.2021 г. на ВКС, II т.о., по т.д.№1916/2019 г. и Решение №152/02.02.2021 г. на ВКС, II т.о., по т.д. №385/2020 г.)

В обобщение следва да се отбележи, че дейностите са извършени от ищеца, респективно медицинските изделия са вложени от него, съответно не са заплатени от ответника при наличие на законовоустановен регламент, при който е възможно тяхното изплащане. След като ищецът е сезирал ответника чрез съответната РЗОК по реда, предвиден в договора и в горните правила, за заплащане на тези дейности, то НС на НЗОК е следвало да вземе решение за коригиране на стойностите за м.09.2018 г. Такова не е взето и допълнителните дейности и изделия не са заплатени на ищеца, поради което предявеният иск за заплащане на сумата 38 984 лв, представляваща стойността на предоставена медицинска помощ по клинични пътеки и амбулаторни процедури, се явява основателен и следва да се уважи.

Що се отнася до акцесорния иск за присъждане на мораторно обезщетение Съдът намира следното:

Нормите, регламентиращи задължението за заплащане на престираната медицинска помощ в пълен обем, не уреждат въпроса в какъв срок се дължи плащането на медицинските дейности, извършени в превишение на индивидуално уговорените лимити. Методиката за остойностяване и за заплащане на медицинската помощ по чл. 55, ал. 2, т. 2 от Закона за здравното осигуряване, приета с ПМС 57/16.03.2015 г., регламентира предпоставките и сроковете за заплащане на медицинската помощ по чл.55, ал.2, т.2 ЗЗО – помощта, която е планирана и договорена със сключения с изпълнителя на медицинска помощ договор. Поради това за предоставената медицинска помощ над обхвата на предвидения в индивидуалния договор лимит е неприложима Методиката, приета с ПМС 57/16.03.2015 г. Неприложима е и разпоредбата на чл.69, ал.1 ЗЗД, по смисъла на която, ако задължението е без срок, кредиторът може да иска изпълнение веднага, тъй като отношенията между НЗОК и изпълнителите на медицинска помощ се уреждат със съответния годишен бюджет на НЗОК. Същевременно според чл.55а ЗЗО НЗОК планира, договаря и закупува за здравноосигурените лица медицинска помощ по чл.55, ал.2, т.2 ЗЗО в рамките на обемите, договорени с националните рамкови договори и в съответствие с параметрите на разходите по бюджета на НЗОК, определени в ЗБНЗОК за съответната година.

Следователно, Законодателят въвежда принципа на ежегодното бюджетно планиране и НЗОК трябва да изплаща разходите за гарантираните на здравноосигурените лица медицински дейности в рамките на годината, в която са извършени, в случая до 31.12.2018 г., което означава, че след изтичането на финансовата година 2018 г. НЗОК изпада в забава и при неплащане на стойността на извършената от изпълнителя медицинска помощ дължи обезщетение по смисъла на чл.86 ЗЗД.

За претендиращия период 11.03.2019 г. до подаването на исковата молба – 10.03.2022 г. обезщетението за забава върху сумата от 38 984 лв, представляваща стойността на предоставената медицинска помощ за м.09.2018 г. е в размер от 11869.41 лв, в който размер следва да се уважи предявеният иск.

Предвид изхода на спора и на основание чл.78, ал.1 ГПК ответникът следва да се осъди да заплати на ищеца направените разноси в размер на 4 089.14 лв.

Ето защо Съдът

РЕШИ:

Осъжда Национална Здравноосигурителна каса /НЗОК/, БУЛСТАТ 121858220, със съдебен адрес: **** /РЗОК/ да заплати на „Многопрофилна болница за активно лечение ПАРК ХОСПИТАЛ” ЕООД, ЕИК 202628753, с. Браниполе, обл. Пловдив, местност „Герена” № 20 Г, ЕИК 202628753, със съдебен адрес: **** :

-сумата 38 984 лв /тридесет и осем хиляди деветстотин осемдесет и четири лева/, представляваща неплатената стойност за оказаната през м.септември 2018 г. болничната медицинска помощ по клинични пътеки и амбулаторни процедури предвид 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 неплатена стойност е над утвърдения размер на разходите за м. септември 2018 г., ведно с обезщетение за забава от подаването на исковата молба – 11.03.2022 г. до окончателното изплащане;

- сумата 11 869.41 лв /единадесет хиляди осемстотин шестдесет и девет лева и 11 ст/, представляваща обезщетение за забава върху главницата от 38 984 лв за периода 11.03.2019г. - 10.03.2022г.;

-сумата 4 089.14 лв /четири хиляди и осемдесет и девет лева и 14 ст/ разноси по делото

Решението може да се обжалва пред Апелативен съд – Пловдив в двуседмичен срок от връчването му на страните

Съдия при Окръжен съд – Пловдив: _____