

РЕШЕНИЕ

№ 188

гр. Пловдив, 22.05.2026 г.

В ИМЕТО НА НАРОДА

АПЕЛАТИВЕН СЪД – ПЛОВДИВ, 1-ВИ ТЪРГОВСКИ СЪСТАВ, в публично заседание на двадесет и втори април през две хиляди двадесет и шеста 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 Красимира Д. Ванчева Въззивно търговско
дело № 20265001000125 по описа за 2026 година

за да се произнесе взе предвид следното:

Производство по чл.258 и сл. от ГПК.

С решение №457 от 20.11.2025 г., постановено по т.д. №31/2025 г. по описа на Окръжен съд-Пловдив, ТО, XVIII-ти състав, е осъдена 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" № 20Г, ЕИК 202628753, на основание чл. 79, ал. 1, пр. „1- во“ ЗЗД, вр. чл. 59, ал. 1 ЗЗО и чл. 86 ЗЗД следните суми: сумата от 75 460 лева- незаплатена стойност на оказаната болнична помощ по клинични пътеки през м. януари 2019г. по сключения между страните Договор № 164277 от 01.06.2018г., допълнен и изменен с Допълнително споразумение с № 23/20.02.2019г., както и мораторната лихва върху главницата в размер от 27 414, 72 лв., дължима за периода 24.12.2021г.- 20.12.2024г.; сумата от 23 670 лева- незаплатена стойност на оказаната болнична помощ по клинични пътеки през м. април 2019г. по сключения между страните Договор № 164277 от 01.06.2018г., допълнен и изменен с Допълнително споразумение с № 23/20.02.2019г., както и мораторната лихва върху главницата в размер от 8 599, 35 лева, дължима за периода 24.12.2021г.- 20.12.2024г.; сумата от 12 208

лева- незаплатена стойност на оказаната болнична помощ във връзка с извършени амбулаторни процедури през м. януари 2019г. по сключения между страните Договор № 164758 от 01.06.2018г., допълнен и изменен с Допълнително споразумение с № 23/20.02.2019г., както и мораторната лихва върху главницата в размер от 4 435, 22 лв., дължима за периода 24.12.2021г.- 20.12.2024г. и сумата от 10 044 лева- незаплатена стойност на оказаната болнична помощ във връзка с извършени амбулаторни процедури през м. април 2019г. по сключения между страните Договор № 164758 от 01.06.2018г., допълнен и изменен с Допълнително споразумение с № 23/20.02.2019г., както и мораторната лихва върху главницата в размер от 3 649, 03 лв., дължима за периода 24.12.2021г.- 20.12.2024г., ведно със законната лихва върху главниците, считано от датата на подаване в съда на исковата молба (27.12.2024г.) до окончателното им погашение, като е отхвърлена претенцията с правно осн. чл. 86, ал. 1 ЗЗД- мораторна лихва за периода 24.12.2021г.- 20.12.2024г. върху главницата от 75 460 лева, за разликата от 27 414, 72 лв. до пълния претендиран размер от 27 414,93 лв. и претенцията с правно осн. чл. 86, ал. 1 ЗЗД - мораторна лихва за периода 24.12.2021г.- 20.12.2024г. върху главницата от 23 670 лева, за разликата от 8 599, 35 лв. до пълния претендиран размер от 8 599, 41 лв.

Също така,с горното решение е осъдена 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, на основание чл. 78, ал.1 ГПК, сума в размер от 20 826, 22 лева, представляваща сторени разноси в рамките на първоинстанционното производство.

Срещу решение №457 от 20.11.2025 г.,постановено по т.д.№31/2025 г. по описа на Окръжен съд-Пловдив,ТО,XVIII-ти състав,е подадена въззивна жалба от ответника в първоинстанционното производство-Национална здравноосигурителна каса,чрез упълномощения гл. юрисконсулт-Р. Л.,с която решението се обжалва изцяло в осъдителната му част.Изложено е становището,че решението е материално и процесуално незаконосъобразно и е необосновано.Поддържа се довода,че решението не съдържа точни,ясни и убедителни мотиви,като от самото него е видно,че съдът не е навлязъл,не само в конкретиката,но и в спецификата на процесния спор.Твърди се,че решаващият състав едностранчиво е кредитирал твърденията и доводите на ищеца и не е обсъдил доводите от писмените бележки,представени от ответника.В жалбата си НЗОК заявява,че поддържа всичките си

доводи, подробно изложени пред ОС-Пловдив, касателно съществуването на спора и твърди, че с игнорирането им от съда е допуснато съществено процесуално нарушение.

Според жалбоподателя, съдът неправилно е приел, че НЗОК следва да заплати претендираните от ищеца суми. В тази връзка поддържа аргумента, че разпоредбите на чл. 52, ал. 1 и ал. 2 от Конституцията на Република България, не са самоизпълняващи се, а тяхното прилагане е опосредено от друга законова уредба, която се съдържа в Закона за здравното осигуряване и в множество други нормативни актове от здравното законодателство. Заявява в посочения контекст, че обхватът и количеството медицински услуги, които държавата закупува чрез лимитирания ресурс, определян и разпределян ежегодно по глобални пера чрез годишния Закон за бюджета на НЗОК, впоследствие се определя чрез съответния Национален рамков договор. Така, както се сочи в жалбата, според чл. 55, ал. 2, т. 3а ЗЗО в НРД се определят обемите, цените и методиките за остойностяване и закупуване на видовете медицинска помощ по чл. 45 ЗЗО, а според чл. 55а, ал. 1 ЗЗО НЗОК планира, договаря и закупува за здравноосигурените лица медицинска помощ в рамките на обемите, договорени с НРД и в съответствие с бюджета на НЗОК за съответната година. Посочва, че съобразно § 1, т. 10 от ДР на ЗЗО "обемът на медицинска помощ" е количеството медицински дейности, услуги и стоки, до които здравноосигурените лица имат достъп при определени условия, регламентирани в НРД и в договорите за доброволно здравно осигуряване. Оттук жалбоподателят извлича извод, че чрез лимитирането на обема на медицинската помощ по същество се лимитира нейното количество не само като вид медицински услуги, но и като конкретно закупено количество от всеки вид услуга.

Освен това, във въззивната жалба е изложен аргумента, че заплащането на надлимитната дейност би било в противоречие и с разпоредбата на чл. 119 от Закона за публичните финанси, която не допуска извършването на разходи или поемането на задължения, които влошават салдото по консолидираната фискална програма, освен случаите, когато по предложение на Министерския съвет Народното събрание е приело съответни изменения и допълнения в закона за държавния бюджет и/или в закона за бюджета на държавното обществено осигуряване, и/или в закона за бюджета на НЗОК за съответната година.

Друго поддържано в жалбата оплакване е, че решаващият състав при постановяване на обжалваното решение е пренебрегнал принципа на договорното начало, уреждащо отношенията между страните и е присъдил на ищеца сума, която не е договорно определена от страните, а напротив – същата е над договорно определения лимит. Посочва се в тази връзка, че излизането извън рамките на договора е допустимо само по един начин – чрез допълнително договаряне, каквото в случая няма и че едностранното изменение /допълване/ на договора е недопустимо по арг. от разп. на чл. 59б, ал. 5 от ЗЗО. В този смисъл, според жалбоподателя, следва да се приеме, че излизането извън количествените рамки на договора, може да бъде счетено на практика, като извършване на дейности от изпълнителя, за които страните не са договаряли.

В жалбата са развити и аргументи за обосноваване тезата на жалбоподателя, че в нормативен акт с ранг на закон е предвидено закупуването на здравни дейности да се осъществява в рамките на разпределения на РЗОК за съответния период разходи, т.е. Заплащането на стойността на извършена медицинска дейност не е неограничено, а нарочно регулирано – в рамките на административно разпределени обеми. Поддържа се още, че закупуването на неограничени по обем здравни услуги /надлимитни такива/ с ограничени и предварително рамкирани /бюджетни средства/ е икономически неосъществимо и затова нормативната уредба предвижда правила за изпълнение разходната част на бюджета на НЗОК. В този смисъл жалбоподателят смята, че установените правила в сключения между страните договор за заплащане на извършената болнична помощ в рамките на суми, за които изпълнителят-ищец е дал изричното си съгласие да бъдат определените в приложение №2 обеми, не са нищожни, тъй като не противоречат на повелителни правни норми, както се твърди в исковата молба и се възприема в решението на съда, а са израз на съобразяването на страните с такива именно норми. Посочва, че самият ЗЗО в чл. 58-чл. 62 очертава предметните рамки на индивидуалния договор, сключван между НЗОК, представлявана от РЗОК и съответния изпълнител на медицинска помощ, който при всички положения следва да е в съответствие с НРД и със самия ЗЗО /чл. 59, ал. 1 ЗЗО/. Счита, че предвиденият ред за регламентиране финансирането на конституционно прокламираното социално право на достъпно здравеопазване изключва

пълната свобода на договаряне,като сключеният между страните договор за оказване на болнична помощ по клинични пътеки следва да се тълкува в контекста на нормативно утвърдените финансови отношения между НЗОК/РЗОК и изпълнителите.Посочва още,че по силата на чл.45 от ЗЗО Националната здравноосигурителна каса дължи да закупи договорената и оказаната медицинска помощ на осигурени лица,но разпоредбата на чл.51 ЗЗО уточнява,че медицинската помощ извън обхвата на чл.45 и договореното в НРД,не се закупува от НЗОК,което още веднъж /поред жалбоподателя/ установява принципа на допустими ограничения при закупуването на медицинска помощ и изключва разбирането /поддържано от въззиваемия/,че НЗОК дължи безусловното ѝ заплащане.

Развити са и доводи за обосноваване на тезата на жалбоподателя,че сключеният по реда на чл.59,ал.1 от ЗЗО договор с изпълнител може да бъде изменен само по взаимно съгласие на страните,изразено в същата форма за действителност по чл.59,ал.3 ЗЗО-писмена и че до такова изменение договорът обвързва страните според съдържанието,с което е сключен.Поддържа се в този контекст,че доколкото приложение №2 е част от съответния договор по чл.59,ал.1 ЗЗО,то и неговото изменение също може да се извърши само по взаимно съгласие на страните,т.е. чрез сключването на анекс или допълнително споразумение към договора,а в случая не е спорно между страните,че такива допълнителни споразумения,изменящи съответните приложения №2,не са били сключени между страните.

В обобщение,въз основа на поддържаните в жалбата аргументи,НЗОК моли да бъде отменено изцяло обжалваното осъдително решение на ОС-Пловдив като неправилно и да се отхвърлят предявените от ищеца искове като неоснователни и недоказани.Моли да ѝ се присъдят съдебните разноски по делото,включително и юрисконсултско възнаграждение в максимален размер.

От въззиваемия „Многопрофилна болница за активно лечение ПАРК ХОСПИТАЛ”ЕООД-с.Браниполе,обл.Пловдив,с ЕИК 202628753,е подаден в законния срок писмен отговор на въззивната жалба,чрез пълномощника на дружеството адв. С. М..В същия отговор е изложено становището,че въззивната жалба е неоснователна и че не са налице твърденията в нея пороци на обжалваното решение,както и че първоинстанционният съд е обсъдил доводите на страните и събраните по делото доказателства и решението е

прецизно мотивирано и основано на практиката на ВКС,като всеки извод на съда е обоснован с анализ на законодателството,на конкретни договорни разпоредби и аргументи за тяхното съответствие със законодателната уредба.Развити са и конкретни съображения за неоснователност на всяко едно от съдържащите се в жалбата оплаквания срещу обжалваното решение.Въз основа на тези съображения е поискано жалбата да се остави без уважение,съответно-да бъде потвърдено обжалваното решение.Поискано е още в полза на дружеството да бъдат присъдени направените във въззивното производство разноски.

От страните не са направени доказателствени искания пред въззивната инстанция.

Пловдивският апелативен съд,като се запозна с акта,предмет на обжалване,както и с наведените в жалбата оплаквания,а също и със събраните по делото доказателства и доводите на страните,намира за установено следното:

Въззивната жалба е процесуално допустима,тъй като отговаря на изискванията на чл.260 и чл.261 от ГПК,подадена е от страна в първоинстанционното производство,имаща правен интерес да обжалва първоинстанционното решение,а и при подаването на жалбата е спазен двуседмичния срок по чл.259,ал.1 от ГПК.Ето защо въззивната жалба,като допустима,подлежи на разглеждане и преценка по същество.

Извършвайки служебно проверка за валидността на обжалваното решение по реда на чл.269 от ГПК,Пловдивският апелативен съд намира,че обжалваното решение е валиден съдебен акт,тъй като е постановено от надлежен съдебен състав,в пределите на правораздавателната власт на съда,в изискуемата писмена форма,решението е подписано,волята на съда е ясно и недвусмислено изразена,като диспозитива на решението кореспондира изцяло с мотивите му.

Извършвайки служебна проверка по реда на чл.269 от ГПК за процесуалната допустимост на обжалваното решение, Пловдивският апелативен съд намира,че решението е процесуално допустимо и в тази връзка-че съдът се е произнесъл по искове,с които е сезиран по конкретното дело и че самите тези искове са допустими.

Съгласно разпоредбата на чл.269 от ГПК,по въпросите относно законосъобразността и правилността на обжалваното решение,въззивният съд е ограничен от изложеното в жалбата.В тази връзка,преценявайки оплакванията в жалбата и събраните по делото доказателства,Пловдивският апелативен съд приема следното:

Осъдителните обективно съединени искове,по които се е произнесъл ОС-Пловдив с обжалваното решение,са предявени от “Многопрофилна болница за активно лечение ПАРК ХОСПИТАЛ”ЕООД-с.Браниполе, обл.Пловдив с ЕИК

202628753 против Национална здравноосигурителна каса със седалище и адрес на управление гр.София,ул."Кричим"№1,ЕИК 121858220,като е поискано ответникът да бъде осъден да заплати на ищеца следните суми:сумата от 75 460 лева- незаплатена стойност на оказаната болнична помощ по клинични пътеки през м. януари 2019г. по сключения между страните Договор № 164277 от 01.06.2018г., допълнен и изменен с Допълнително споразумение с № 23/20.02.2019г., както и мораторната лихва върху главницата в размер от 27 414, 93 лв., дължима за периода 24.12.2021г.- 20.12.2024г.; сумата от 23 670 лева- незаплатена стойност на оказаната болнична помощ по клинични пътеки през м. април 2019г. по сключения между страните Договор № 164277 от 01.06.2018г.,допълнен и изменен с Допълнително споразумение с № 23/20.02.2019г., както и мораторната лихва върху главницата в размер от 8 599, 41 лв., дължима за периода 24.12.2021г.- 20.12.2024г.; сумата от 12 208 лева- незаплатена стойност на оказаната болнична помощ във връзка с извършени амбулаторни процедури през м. януари 2019г. по сключения между страните Договор № 164758 от 01.06.2018г., допълнен и изменен с Допълнително споразумение с № 23/20.02.2019г., както и мораторната лихва върху главницата в размер от 4 435, 22 лв., дължима за периода 24.12.2021г.- 20.12.2024г. и сумата от 10 044 лева- незаплатена стойност на оказаната болнична помощ във връзка с извършени амбулаторни процедури през м. април 2019г. по сключения между страните Договор № 164758 от 01.06.2018г., допълнен и изменен с Допълнително споразумение с № 23/20.02.2019г., както и мораторната лихва върху главницата в размер от 3 649, 03 лв., дължима за периода 24.12.2021г.- 20.12.2024г.

Исковете са с правна квалификация по чл. 79, ал. 1, пр. 1 от ЗЗД, във вр. с чл. 59, ал. 1 ЗЗО и чл. 86 ЗЗД.Част от тези искове,с които се претендира заплащането на неизплатена стойност на извършена през месец януари 2019 г. болнична медицинска дейност по клинични пътеки и амбулаторни процедури по процесните два договора,както и заплащането на обезщетение за забава върху главниците,представляващи претендираните неизплатени стойности за м. януари 2019 г.,са предявени първоначално с подадена пред Административен съд-Пловдив искова молба и въз основа на нея е образувано адм.д.№2894/2024 г. по описа на същия съд.След това,с определение №284 от 09.01.2025 г.,постановено по това административно дело,производството по делото е прекратено и последното е изпратено по подсъдност на Окръжен съд-Пловдив,вследствие на което е образувано т.д.№31/2025 г. по описа на същия окръжен съд.

Останалите искове-за заплащане на дължима и неплатена стойност на извършена през м. април 2019 г. медицинска дейност по клинични пътеки по сключения между страните договор №164277 от 01.06.2018 г. за оказване на БМП по КП,за заплащане на неизплатена стойност на извършени през м. април 2019 г. амбулаторни процедури по сключения между страните договор №164758 от 01.06.2018 г. за извършване на амбулаторни процедури и за заплащане на обезщетение за забава върху главниците,претендирани като неплатена стойност на извършена през м. април 2019 г. болнична медицинска

помощ и извършени през същия месец амбулаторни процедури, са предявени с искова молба, първоначално подадена пред Административен съд-Пловдив, въз основа на която е образувано адм.д. №2893/2024 г. по описа на същия съд. Това дело също е прекратено и изпратено по подсъдност на ОС-Пловдив, след което е образувано т.д. №52/2025 г. по описа на същия окръжен съд. На основание чл.213 от ГПК последното дело е съединено за общо разглеждане към т.д. №31/2025 г. по описа на ОС-Пловдив и именно по последното дело е постановено обжалваното решение, с което първоинстанционният съд е разгледал и се е произнесъл по всички искове, предявени от ищеца с двете му искиви молби.

По същество исковете са основани на следните твърдения:

Твърди се, че ищцовото дружество е лечебно заведение за болнична помощ с регистрационен номер №1626211048 по регистъра в МЗ и осъществява лечебна дейност. Твърди се, че между ищеца като изпълнител на медицинска помощ и ответника НЗОК /представлявана по силата на закона от директора на РЗОК-Пловдив при сключване на процесните договори/ са сключени на 01.06.2018 г. два договора-договор №164277 за оказване на болнична помощ по клинични пътеки и договор №164758 за извършване на амбулаторни процедури, като и двата договора са в сила от 01.04.2018 г. и са със срок-срокът на действие на Националния рамков договор за медицинските дейности за 2018 г. Твърди се, че всеки от двата договора е допълнен и изменен с допълнително споразумение №23 от 20.02.2019 г., в сила от 01.01.2019 г. за срока на действие на НРД за МД за 2018 г. до приемането на нов НРД. През исковия период, т.е. през м. януари и м. април 2019 г., ищецът оказвал болнична медицинска помощ /БМП/ по клинични пътеки на основание договор №164277, съответно-оказвал БМП за извършване на амбулаторни процедури на основание договор №164758, като съгласно договореното между страните-в чл. 36, ал. 2 от първия договор и чл. 40, ал. 2 от втория, месечните стойности за дейностите за болнична медицинска помощ се определяли като обща месечна стойност по всички сключени от изпълнителя договори с възложителя - ответник по делото. Както се твърди, тези месечни стойности се отразявали в част Б на приложение №2, съгласно договореното между страните в подписаните допълнителни споразумения към двата договора. Ищецът твърди, че е извършвал лечебна дейност по договорите в полза на здравноосигурените лица, попадаща в обхвата на уговорените с договорите видове клинични пътеки и амбулаторни процедури, но ответникът не изпълнил изцяло задължението си да заплати извършената и отчетена болнична медицинска помощ, оказана пред месеците януари 2019 г. и април 2019 г. по процесните договори.

Ищецът заявява, че има право да получи исковите суми по следните съображения:

Позовава се на твърдението, че са нищожни поради противоречие със закона договорните разпоредби, които позволяват на изпълнителя да отчита с финансово отчетни документи 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

дейности,отхвърлени от заплащане поради надвишаване на стойностите за съответния месец.Посочва,че това са разпоредбите на чл.34,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 новосъздаденият чл.41а от ДС №23/20.02.2019 г. 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 и на новосъздаденият чл.45а от ДС №23/20.02.2019 г.

Ищецът поддържа във връзка с твърдението за нищожност на клаузи от процесните договори и ДС,че клаузите на договора,които ограничават стойността и обема на финансираната от НЗОК дейност,накърняват правото на достъп на здравноосигурените лица до медицинска помощ и поставят оказването на медицинска помощ на същите лица в зависимост от обстоятелството дали нуждата от нея е възникнала в рамките на определените от НЗОК стойностни лимити.Поддържа,че поради това становището на трайната и последователна съдебна практика е,че тези клаузи са нищожни на основание чл.26,ал.1,предл. 1 ЗЗД като противоречащи на императивни правни норми-чл.4,ал.1 от ЗЗО,чл.55,ал.3,т.2 от ЗЗО,чл.35,т.1 вр. чл.26,ал.2 ЗЗО и чл.25 от ЗЗО.Позовава се и на конкретни актове /решения и определение/ на ВКС в този смисъл.

Ищецът счита, че доколкото разпоредбата на чл. 55а, ал. 2 от ЗЗО, въведена с изменението на закона, обн. в ДВ, бр.102/2018 г., е обявена за противоконституционна с Решение № 6/ 11.04.2024 г.,постановено по к.д. №15/2023 г. на КС, то предвиденото в нея, че НЗОК не следва да заплаща за оказаната от лечебните заведения медицинска помощ извън договорените с лечебните заведения обеми и стойности, не следва да намери приложение.Поддържа още,че определената при сключването на индивидуалните договори/ДС №23/20.02.2019 г. утвърдена годишна стойност на БМП,разпределена по месеци,е прогнозна,а не окончателна и непроменяема.В тази връзка ищецът твърди,че ЗБНЗОК за 2019 г.,НРД за МД за 2018 г.,Законът за публичните финанси и ЗЗО съдържат изрични разпоредби,които определят правния механизъм при необходимост да се коригира разпределението на сумите в рамките на предвидените с бюджета средства и на допълнителните приходи до края на текущата година.Освен това,според ищеца,процесните договори също дават възможност на ответника да заплати надлимитната дейност-с решение на възложителя за закупуване,с внасяне на предложение чрез доклад на управителя на НЗОК,чрез утвърждаване на корекции от Надзорния съвет на НЗОК,като посочва и конкретните договорни клаузи,даващи тази възможност.

На следващо място,ищецът е изложил съображението си,че в случая не

са налице основания за отхвърляне плащането на дължимите суми, уредени изчерпателно и ограничително в чл.352, ал.12 от действащия през исковия период НРД за МД за 2018 г. /отм., ДВ, бр.7 от 24.01.2020 г., в сила от 01.01.2020 г./. Твърди, че е изправна страна по процесните договори, защото е изпълнил задълженията си да окаже медицинска помощ по ред и условия, уговорени между страните и посочени в НРД за МД за 2018 г., както и отчетени по реда на договорите и на НРД. Според ищеца, липсва основание да се откаже плащане на надлимитната дейност за процесните два месеца, тъй като здравноосигурените лица не могат да бъдат лишени от предоставяне на медицинска помощ в рамките на гарантирания от закона пакет болнична медицинска дейност и от свободен избор на изпълнител поради изчерпване на средствата от разпределените на изпълнителя лимитиран бюджет. По-подробни доводи в тази насока ищецът излага в двете си искиви молби /по съединените за общо разглеждане дела/.

Относно акцесорните искиве за заплащане на обезщетение за забава ищецът поддържа, че ответната НЗОК е изпаднала в забава и дължи обезщетение за забавено плащане в размер на законната лихва от деня на забавата. Твърди, че в съответствие с принципа на ежегодност на бюджетното планиране и предвиденото изплащане на дейностите, попадащи в обхвата на гарантирания здравен пакет дейности, в съответната финансова година, НЗОК следва да изпълни задължението си за заплащане на надлимитните дейности до приключване на финансовата година, в която са извършени - в процесния случай до 31.12.2019 г. Поддържа, че за поставянето на ответника в забава не е необходима нарочна покана. В настоящия процес обаче, ищецът претендира мораторна лихва върху главните вземания не от 31.12.2019 г., а от 24.12.2021 г.

Ответната НЗОК е депозирала в законния срок писмени отговори на исковите молби по съединените за общо разглеждане дела, в които отговори са изложени идентични съображения за неоснователност на всеки от предявените от ищеца искиве. Поддържа се от ответника общия довод, че е налице абсолютна пречка за заплащане на надлимитна дейност по смисъла на НРД, договорите и с оглед императивността на разпоредбата на чл.55а, ал.2 от ЗЗО във връзка с факта на гарантирането на плащане в рамките на утвърдения бюджет на НЗОК. Ответникът поддържа още, че макар разпоредбата на чл.55а, ал.2 от ЗЗО да е обявена за противоконституционна с решение №6 от 11.04.2024 г. по конституц. дело №15/2023 г., то същото решение е породило

действие след постановяването му, т.е. след 11.04.2024 г., а процесните договори са сключени преди това и при сключването им ищецът е знаел за наличието на посочената разпоредба, въвеждаща ограничение, но въпреки това е сключил договорите. Наред с това ответникът е направил възражение за изтекла погасителна давност по отношение на претенциите за заплащане на надлимитна дейност за м. януари и м. април 2019 г.

Оспорил е по основание и размер и предявените с исковите молби акцесорни искове за обезщетение за забавено плащане, като се позовава на неприложимост на разпоредбата на чл. 86 от ЗЗД в процесния случай. Изложил е становище по наведените от ищеца твърдения за нищожност на договорни клаузи, като счита, че е недопустимо позоваването на такава нищожност именно от ищеца.

В допълнителните си иски молби, депозирани в срока по чл. 372, ал. 1 от ГПК, ищецът е заявил, че поддържа изложеното от него в първоначалните му иски молби и е изложил допълнителни аргументи за обосноваване на позицията си за основателност на предявените от него иски претенции. Изложил е и аргументи за неоснователност на заявеното от ответника възражение за погасяване по давност на исковите претенции.

От ответника са депозирани писмени отговори на допълнителните иски молби, в които е заявил, че поддържа направените от него възражения и твърдения в отговорите му на двете иски молби. Отново е изложил доводи, че задължението на НЗОК за заплащане за извършената медицинска дейност е ограничено по вид и обем до дейностите, включени в нормативно определения пакет и до уговорените в договорите стойности.

С обжалваното решение първоинстанционният съд е приел за доказани по основание всички предявени иски-главни и акцесорни и е счел за неоснователно заявеното от ответника възражение за погасяване по давност на процесните вземания за главница. По размер съдът е счел, че главните иски за заплащане на неизплатени суми за извършена болнична медицинска помощ по клинични пътеки и БМП за извършване на амбулаторни процедури за м. януари и м. април 2019 г. са изцяло доказани и ги е уважил в пълните им предявени размери, а акцесорните иски за заплащане на обезщетение за забава върху главниците е счел, че следва да бъдат уважени в почти пълен размер, като е постановил отхвърлителна част единствено за сумата от 0,21 лв.

относно обезщетението за забава върху главниците за м. януари 2019 г. и за сумата от 0,06 лв. относно обезщетението за забава върху главниците за м. април 2019 г. В тези отхвърлителни части първоинстанционното решение не е обжалвано, а се атакува от ответника в цялата му осъдителна част.

Въззивният съд счита за правилно обжалваното в осъдителната му част решение на ОС-Пловдив, като съображенията на въззивната инстанция в тази насока са следните:

От фактическа страна е безспорно между страните, че дружеството-ищец е лечебно заведение за болнична помощ, регистрирано като такова по Търговския закон и по Закона за лечебните заведения с регистрационен №1626211048 по регистъра в МЗ. Безспорен е и факта, че ищецът реално осъществява лечебна дейност.

Освен това, не е спорно между страните и сключването на процесните два договора, а именно: 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, които договори са представени в заверени копия и са приети като писмени доказателства по първоинстанционното дело. Те 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. /НРД на МД за 2018 г., обн. в ДВ, бр.28 от 29.03.2018 г., в сила от 01.04.2018 г./, като ответната НЗОК е сключила договорите чрез директора на РЗОК-Пловдив и има качеството на възложител по него, а дружеството-ищец „Многопрофилна болница за активно лечение ПАРК ХОСПИТАЛ“ ЕООД-с. Брани поле, обл. Пловдив с ЕИК 202628753 има качеството на изпълнител по същите договори. Съгласно чл.1, ал.1 от договор №164277/01.06.2018 г. изпълнителят се е задължил да оказва на визираните в клаузата здравно осигурени лица болнична медицинска помощ /БМП/ по клинични пътеки /КП/ от приложение №9 към член 1 от Наредба №3 от 2018 г. за определяне на пакета здравни дейности, гарантиран от бюджета на НЗОК и посочени съответно в приложение №17а „Клинични пътеки“ на НРД за медицинските дейности за 2018 г., като самите тези пътеки са изброени и в посочения чл.1 на договора. С 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 горепосочената Наредба №3/2018 г. и посочени в приложение №18а „Амбулаторни процедури“ на НРД за медицински дейности за 2018 г.,като същите амбулаторни процедури са изброени и в самия договор.Според 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 /БМП/.Съгласно чл.46 от първия договор и чл.50 от втория договор,плащанията на изпълнителя се извършват чрез РЗОК до 25-то число на месеца,следващ отчетния,с изключение на съответно визираните в двете клаузи плащания.Цените на клиничните пътеки са посочени в чл.20 от договор №164277,а тези на амбулаторните процедури съгласно НРД за медицински дейности за 2018 г. са посочени в чл.27 от договор №164758.В чл.32,ал.1 от първия договор и в чл.36,ал.1 от втория договор е уговорено,че възложителят заплаща на изпълнителя договорената и извършена дейност по КП,съответно- по АПр,след представянето на описаните в тези клаузи отчетни документи.Според чл.62 от процесния договор за оказване на болнична помощ по клинични пътеки и чл.66 от договора за извършване на амбулаторни процедури,всеки от договорите се сключва за срока на действие на НРД за медицински дейности за 2018 г. и е в сила до приемането на нов или при промяна на действащия НРД.

От фактическа страна не е спорно между страните,а и се доказва,твърдяното от ищеца обстоятелство,че двата процесни договора са допълнени и изменени със сключени към тях допълнителни споразумения с №23 от 20.02.2019 г.,в сила от 01.01.2019 г.,сключени за срока на действие на НРД за МД за 2018 г. до приемането на нов НРД.Тези допълнителни споразумения също са представени и приети като писмени доказателства по първоинстанционното дело.

Обстоятелствата относно сключването на процесните два договора и цитираните допълнителни споразумения към тях са отделени като безспорни и ненуждаещи се от доказване с изготвения по първоинстанционното дело доклад по чл.374 във вр. с 146 от ГПК,а в откритото съдебно заседание,проведено на 21.10.2025 г. по първоинстанционното дело,страните са заявили,че между тях не съществува спор и относно обема,естеството и стойността на предоставената от ищеца болнична медицинска помощ за м.

януари 2019г. и м. април 2019г. по клинични пътеки и амбулаторни процедури.

На следващо място, по първоинстанционното дело е прието заключение на назначена по делото съдебно-счетоводна експертиза, съдържащо констатациите, че за м. януари 2019г. общо отчетената от ищеца сума за извършена медицинска дейност (по клинични пътеки и амбулаторни процедури) възлиза на 293 056 лв., а одобрената и съответно изплатена от НЗОК сума възлиза на 205 388 лв., като разликата между двете величини е в общ размер от 87 668 лв. и тази сума не е заплатена от НЗОК на ищеца. Тя се формира, както следва: 75 460 лв. за болнична медицинска помощ и 12 208 лв. за амбулаторни процедури, които размери напълно съвпадат с отделните претендирани главници за м. януари 2019 г. Експертът е изчислил и мораторната лихва общо върху двете отделни вземания за главница за м. януари 2019г. (за извършени медиц. дейности по клинични пътеки и амбулаторни процедури), като е отразил, че за периода 24.12.2021г.-20.12.2024г. се дължи обезщетение за забава общо в размер от 31 849, 94 лв.

По отношение на претенциите за главници за м. април 2019г., вещото лице е пояснило в проведеното на 21.10.2025 г. открито съдебно заседание, че размера на дължимата главница възлиза на сума в общ размер от 33 714 лв. (който общ размер напълно съвпада с отделните главници за м. 04.2019г., претендирани от ищеца съобразно уточняваща молба вх. № 21888/17.06.2025г.). В своето заключение, експертът е отразил, че мораторната лихва върху главниците за м. април 2019г. възлиза на сума в общ размер от 12 248, 38 лв.

Както правилно е прието и констатирано в обжалваното решение, в заключението на ССЕ-за е отразено, че ищецът надлежно е отчитал за процесния период извършената медицинска дейност чрез подаване на файлове по електронен път в утвърдените от НЗОК формати и срокове, като и допълнително извършените, претендираните за процесния период надлимитни дейности, също са отчетни в информационната система на НЗОК. Не е установена разлика между общия паричен размер на претендираните суми и регламентираната стойност на клиничните пътеки и амбулаторните процедури. Експертът е дал заключение и че всички включени пациенти в предоставената му „справка КП“ са здравноосигурени лица и вписаните номера на клинични пътеки и амбулаторни процедури попадат в основния

пакет от дейности, гарантиран от бюджета на НЗОК.

Не е имало спор в първата инстанция, а такъв не е налице и пред настоящата инстанция предвид изложените във въззивната жалба оплаквания, и относно сочения от ищеца факт, че ответната НЗОК не му е изплатила претендираните главници за м. януари и м. април 2019 г. и че те съставляват стойности на извършена от ищеца “надлимитна” медиц. дейност за болнична помощ по КП и амбулаторни процедури. Спорът между страните и в първата, и в настоящата инстанция се свежда основно до това дали ищецът има право да получи исковите суми, има ли основание НЗОК да налага лимити при заплащането на извършената от изпълнителя дейност, съответно може ли да откаже да заплати на лечебното заведение-изпълнител по процесните договори, стойността на извършени медицински дейности в полза на здравноосигурени лица, на които е признато право на достъп до медицинска помощ, по съображения, че е надвишен предвиденият в договорите лимит на обема и стойността на закупените за конкретен период дейности. По тези спорни въпроси въззивният съд приема следното:

С клаузите на чл.34, ал.1, чл.38, ал.1 и ал.7 и чл.42, ал.3 от сключения между страните договор №164277/01.06.2018 г. за оказване на болнична помощ по КП, както и в клаузата на чл.41а от допълнително споразумение №23/20.02.2019 г. към този договор, а също и в клаузите на 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, както и в новосъздадената клауза на чл.45а от ДС №23/20.02.2019 г. към последния договор, са въведени ограничения, съгласно които изпълнителят може да отчита с финансово отчетни документи 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 дейности, отхвърлени от заплащане поради надвишаване на стойностите за съответния месец.

В исковите молби по съединените за общо разглеждане дела ищецът се е позовал на нищожност на изброените по-горе договорни клаузи от двата процесни договора на основание чл.26, ал.1, предложение 1 от ЗЗД-като противоречащи на императивни правни норми-чл.4, ал.1 от ЗЗО, чл.55, ал.3, т.2 от ЗЗО, чл.35, т.1 вр. чл.26, ал.2 ЗЗО и чл.25 от ЗЗО. В тази връзка ищецът счита, че изброените договорни клаузи, които ограничават стойността и обема на финансираната от НЗОК дейност, накърняват правото на достъп на здравноосигурените лица до медицинска помощ и поставят оказването на медицинска помощ на здравноосигурените лица в зависимост от обстоятелството дали нуждата от нея е възникнала в рамките на определените от НЗОК стойностни лимити.

Въззивният съд счита за основателен довода на ищеца за нищожност на клаузите,въвеждащи ограничения за заплащането на извършеното от изпълнителя по договорите,тъй като те противоречат на императивни законови разпоредби, регламентиращи болничната медицинска помощ,въз основа на които са сключени договорите.Така с разпоредбата на чл.4,ал.1 ЗЗО се гарантира свобода на здравноосигуреното лице да избере изпълнител на медицинската помощ,от която се нуждае и то към определен момент,за да е помощта своевременна,съгласно чл.81,ал.2,т.1 от ЗЗ.Свеждането на хоспитализациите и другите медицински дейности до предварително определен брой,чиято стойност подлежи на заплащане в рамките на съответния месец,предполага насочването на нуждаещите се от медицинска помощ лица към планов прием с поставянето им в листа на чакащи.Това води до нарушаване правото по чл.4,ал.1 ЗЗО на здравноосигуреното лице,което се поставя в риск да не получи навременна медицинска помощ или го принуждава да се насочи към друг изпълнител на такава.Здравноосигурените лица не могат да бъдат лишени от предоставянето на медицинска помощ за дейности,включени в гарантирания от закона пакет и от свободата на избор на изпълнител.След като е била предоставена медицинската услуга на здравноосигуреното лице от съответния изпълнител,който няма правото да откаже такава,НЗОК дължи заплащането ѝ,както би дължала в случай,че услугата е била предоставена в същия месец от друг изпълнител или в по-късен момент от същия изпълнител.Дори самият закон установява като допустимо превишаването на утвърдените разходи за заплащане на медицинските дейности,като предвижда задължителен резерв за непредвидени и неотложни разходи /чл.25 ЗЗО/ или за случаи на значителни отклонения от равномерното разходване на средствата за здравноосигурителните плащания /чл.26,ал.2 ЗЗО/, оправомощава Надзорния съвет на НЗОК да коригира стойността на разпределения по месеци за съответната РЗОК разходи за здравноосигурителни плащания.Налице е формирана практика на ВКС по реда на чл.290 ГПК,обективизирана в решение №169 от 16.02.2021 г. По т.д.№1916/2019 г. На ВКС,II т.о.,в която се приема,че здравноосигурените лица не са страна по НРД за медицинските дейности,нито по договора за приемане на обеми и цени на медицинската помощ по чл.55,ал.2,т.2 ЗЗО.Те имат право 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 РЗОК /чл.4,ал.1 и чл.35,т.1 ЗЗО/,а НЗОК е длъжна да заплаща всички здравни дейности в обхвата на този пакет /чл.45,ал.1 ЗЗО/ на съответния изпълнител, предоставил медицинската помощ на здравноосигуреното лице.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 този смисъл всички клаузи т процесните договори,които въвеждат лимити за заплащане на оказаната от лечебното заведение болнична помощ на здравноосигурените лица и с които са въведени стойности в рамките,на които да се заплаща на изпълнителя оказаната от него

медицинска помощ, са нищожни на основание чл.26,ал.1,предложение 1 от ЗЗД,като противоречащи на императивни правни норми и затова не произвеждат правно действие.

Допълнителен аргумент в подкрепа на гореизложеното е и обявяването за противоконституционна на разпоредбата на чл.55а,ал.2 ЗЗО /обн. в ДВ,бр.102/2018 г./ с решение №6 от 11.04.2024 г. по конст.д. №15/2023 г. на КС на РБ.С тази норма бе регламентирана нормативна забрана НЗОК да заплаща оказана от лечебните заведения медицинска и дентална помощ над установените в индивидуалните договори по чл.59,ал.1 ЗЗО обеми и стойности,но конституционният съд в мотивите на решението си е изиснил,че същата разпоредба ограничава правото на здравно осигуряване по Конституцията на РБ,защото прилагането ѝ не допринася за достъпността на медицинската или денталната помощ,а точно обратното-прави я по-труднодостъпна.Както е прието в решението,тази разпоредба има пряко отношение към конституционното право на гражданите на здравно осигуряване,като го ограничава и с въведената абсолютна забрана за плащане на надлимитни медицински дейности законодателят автоматично изключва онези случаи,в които надхвърлянето се дължи на обективни причини,така че на здравноосигуреното лице да бъде осигурена необходимата грижа.В този контекст е прието още,че щом като медицинската помощ е престирана на здравноосигуреното лице при спазване на разпоредбите за отчитането ѝ,държавата чрез специализирания публичен орган НЗОК носи отговорност за финансово обезпечаване на удовлетворения интерес в рамките на бюджета на касата.Предвид обявяването на посочената норма за противоконституционна,тя не следва да бъде прилагана и освен това,в процесния казус не може да се говори за едностранно изменение на договорно правоотношение,в нарушение на чл.20а ЗЗД,а за задължение за договорно плащане,произтичащо от облигационната връзка.

Всичко изложено по-горе обосновава крайния извод на съда,че заплащането на извършените от лечебното заведение /в случая от ищеца по делото/ медицински дейности по клинични пътеки,респ. амбулаторни процедури,дори и те да съставляват „надлимитни“ дейности в коментирания по-горе смисъл,се дължи от НЗОК и меродавно за възникване на задължението за заплащане е реалното извършване на работата.С оглед на изложеното и предвид безспорните по делото обстоятелства,че ищецът реално е извършил през м. януари и м. април 2019 г. медицински дейности по клинични пътеки и амбулаторни процедури на претендираните от него стойности,както се доказва по делото и не е спорно между страните,съдът счита,че претендираните суми /за оказана болнична помощ по КП и за извършване на амбулаторни процедури/ са дължими и предявените иски за заплащането им от ответника-възложител по сключените договори,са доказани по основание и в предявените им размери,както правилно е прието и от първоинстанционния съд в обжалваното решение.В това отношение съдът отчита и неоспореното от ответника обстоятелство,че същият не е заплатил претендираните и дължими главници по двата договора в уговорения в същите договори срок.

На следващо място,заявеното от ответника-настоящ жалбоподател възражение за изтекла погасителна давност досежно вземанията за главница,е неоснователно,както правилно е прието и от първоинстанционния съд в обжалваното решение.В това отношение въззивният съд също счита,че в случая е приложим общият петгодишен давностен срок по чл.110 от ЗЗД,тъй като процесните вземания за главница не са периодични плащания-те нямат повтарящ се характер и затова не се погасяват с изтичането на кратката погасителна давност по чл.111,б. "в" от ЗЗД.Моментът,от който започва да тече приложимият давностен срок е момента на настъпване изискуемостта на задължението на НЗОК за заплащане на надлимитната дейност,като и в тази насока въззивният съд споделя изложеното в обжалваното решение становище, съобразено и с формирана по този въпрос съдебна практика на ВКС по реда на чл.290 от ГПК,че изпълнението на задължението за плащане на надлимитните дейности НЗОК дължи до приключването на финансовата година,в която са изпършени,т.е. До 31-ви декември на съответната година.Оттук следва,че процесните вземания за м. януари 2019 г. и м. април 2019 г. Са изискуеми,считано от 01.01.2020 г.,а исковите молби,с които се претендират същите вземания,са подадени /първоначално пред Административен съд-Пловдив/ на датата 27.12.2024 г.Към тази дата приложимият петгодишен давностен срок не е изтекъл,а с факта на подаване на исковите молби пред съда същият срок спира да тече,поради което се налага крайният извод,че процесните вземания за главница не са погасени по давност и възражението на ответника за погасяването им по давност е неоснователно.

На следващо място,доказани по основание и в уважения им от първоинстанционния съд размер,са и акцесорните икове за заплащане на обезщетение за забава върху главниците за исковия период от датата 24.12.2021 г.,посочена от ищеца като начална дата на този период,макар изискуемостта на вземанията да е настъпила в по-ранен момент /01.01.2020 г./,до датата 20.12.2024 г. -отново посочена от ищеца като крайна дата на исковия период относно претенциите му за мораторни лихви,макар исковите молби да са подадени по-късно-на датата 27.12.2024 г.През целия исков период от 24.12.2021 г. до 20.12.2024 г. ответникът е бил в забава относно плащането на процесните главни задължения,произтичащи от сключените между страните два договора и затова дължи лихва за забава,начислена върху същите парични задължение за този период.

В първоинстанционното решение правилно е прието,че размерът на мораторната лихва по чл.86 от ЗЗД се изяснява от приетата по делото съдебно-счетоводна експертиза и подробно е посочил конкретните установени чрез експертното заключение стойности на дължимата лихва за исковия период върху всяка от процесните главници,като в това отношение не се съдържат оплаквания в процесната въззивна жалба.Съответно и въззивният съд приема,че дължимите размери на мораторната лихва върху исковите главници са установените и присъдени такива с първоинстанционното решение.

В обобщение,по изложените по-горе съображения,въззивният съд намира,че процесните обективно съединени икове,които са с правна

квалификация по чл.79,ал.1 от ЗЗД във вр. с чл.59,ал.1 от ЗЗО и чл.86,ал.1 от ЗЗД,са изцяло доказани по своето основание и в размерите,в които са уважени с обжалваното осъдително решение на ОС-Пловдив.Оттук следва и крайния извод,че процесната въззивна жалба е неоснователна,а първоинстанционното решение в цялата му обжалвана осъдителна част,е правилно и като такова следва да се потвърди в тази му част,включително и в частта за разноските,които са присъдени в полза на ищеца съобразно с изхода от спора пред първата инстанция и са определени правилно като размер в съответствие с доказателствата по първоинстанционното дело за извършването им от ищеца.

С оглед изхода от спора пред настоящата инстанция,жалбоподателят следва да бъде осъден да заплати на дружеството-ответник по въззивната жалба,сумата от 7 937,30 евро /15 524 лв./ разноски за въззивната инстанция,представляващи заплатено по банков път адвокатско възнаграждение,уговорено с договора за правна защита и съдействие,представен с отговора на въззивната жалба и заплатено по банков път съгласно приложеното към същия отговор платежно нареждане.

Мотивиран от гореизложеното Пловдивският апелативен съд

РЕШИ:

ПОТВЪРЖДАВА решение №457 от 20.11.2025 г.,постановено по т.д. №31/2025 г. по описа на Окръжен съд-Пловдив,ТО,XVIII-ти състав,с което е осъдена 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" № 20Г, ЕИК 202628753, на основание чл. 79, ал. 1, пр. „1- во“ ЗЗД, вр. чл. 59, ал. 1 ЗЗО и чл. 86 ЗЗД следните суми: сумата от 75 460 лева-незаплатена стойност на оказаната болнична помощ по клинични пътеки през м. януари 2019г. по сключения между страните Договор № 164277 от 01.06.2018г., допълнен и изменен с Допълнително споразумение с № 23/20.02.2019г., както и мораторната лихва върху главницата в размер от 27 414, 72 лв., дължима за периода 24.12.2021г.- 20.12.2024г.; сумата от 23 670 лева- незаплатена стойност на оказаната болнична помощ по клинични пътеки през м. април 2019г. по сключения между страните Договор № 164277 от 01.06.2018г., допълнен и изменен с Допълнително споразумение с № 23/20.02.2019г., както и мораторната лихва върху главницата в размер от 8 599, 35 лева, дължима за периода 24.12.2021г.- 20.12.2024г.; сумата от 12 208 лева- незаплатена стойност на оказаната болнична помощ във връзка с извършени амбулаторни процедури през м. януари 2019г. по сключения между страните Договор № 164758 от 01.06.2018г., допълнен и изменен с Допълнително споразумение с № 23/20.02.2019г., както и мораторната лихва върху главницата в размер от 4 435, 22 лв., дължима за периода 24.12.2021г.- 20.12.2024г. и сумата от 10 044 лева- незаплатена стойност на оказаната

болнична помощ във връзка с извършени амбулаторни процедури през м. април 2019г. по сключения между страните Договор № 164758 от 01.06.2018г., допълнен и изменен с Допълнително споразумение с № 23/20.02.2019г., както и мораторната лихва върху главницата в размер от 3 649, 03 лв., дължима за периода 24.12.2021г.- 20.12.2024г., ведно със законната лихва върху главниците, считано от датата на подаване в съда на исковата молба (27.12.2024г.) до окончателното им погашение,а също и сумата от 20 826, 22 лева, представляваща сторени разноси в рамките на първоинстанционното производство.

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,с ЕИК 202628753,със седалище и адрес на управление с.Браниполе, обл.Пловдив,местност „Герена“№20Г,сумата от 7 937,30 евро /седем хиляди деветстотин тридесет и седем евро и 30 евроцента/,представляваща разноси за адвокатско възнаграждение,направени във въззивното производство по възз.т.д.№125/2026 г. по описа на Апелативен съд-Пловдив.

Решението подлежи на касационно обжалване пред ВКС в едномесечен срок от връчването му на страните.

Председател: _____

Членове:

1. _____

2. _____