

РЕШЕНИЕ

№ 255

гр. Пловдив, 17.06.2026 г.

В ИМЕТО НА НАРОДА

ОКРЪЖЕН СЪД – ПЛОВДИВ, XXIII СЪСТАВ, в публично заседание на дванадесети март през две хиляди двадесет и шеста година в следния състав:

Председател: Грета Чакалова

при участието на секретаря Илияна Куцева Гичева
като разгледа докладваното от Грета Чакалова Търговско дело № 20255300900050 по описа за 2025 година

Предявени са обективно съединени искове от „МБАЛ ПАРК ХОСПИТАЛ“ ЕООД, ЕИК 202628753, с.Браниполе, област Пловдив, чрез процесуалния му представител адв.М. против НАЦИОНАЛНА ЗДРАВНООСИГУРИТЕЛНА КАСА, София, ЕИК 121858220, с правна квалификация чл.79, ал.1 ЗЗД във връзка с чл.59, ал.1 ЗЗО и чл.86 ЗЗД.

Твърди се, че ищецът е лечебно заведение за болнична помощ с регистрационен номер №1626211048 по Регистъра в МЗ и осъществява лечебна дейност.

Между страните по делото на 01.06.2018 г. са сключени Договор №164277 за оказване на болнична помощ по клинични пътеки /допълнен и изменен с Допълнително споразумение № 23/20.02.2019 г., в сила от 01.01.2019 г./ и Договор №164758 за извършване на амбулаторни процедури /допълнен и изменен с Допълнително споразумение № 23/ 20.02.2019 г., в сила от 01.01.2019 г./, като и двата договора са в сила от 01.04.2018 г. със срок на действие това на Националния рамков договор за медицински дейности за 2018 г.

Съгласно договореното между страните – в 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 месечна стойност по всички сключени от изпълнителя договори с ответника. Тези месечни стойности се отразяват в част „Б“ на Приложение №2 съгласно договореното между страните в подписаните допълнителни споразумения към двата договора.

През исковия период – м.юни 2019 г. и м.юли 2019 г. ищецът е оказвал болнична медицинска помощ по клинични пътеки и е извършвал амбулаторни процедури в полза на здравноосигурените лица, попадаща в обхвата на уговорените с договорите видове клинични пътеки и амбулаторни процедури, но ответникът не е изпълнил изцяло задължението си да заплати извършената и отчетена болнична медицинска помощ.

Твърди се нищожност поради противоречие със закона на договорните разпоредби 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.41а от Допълнителното споразумение към него от 20.02.2019 г. и на чл.38, ал.1, чл.42, ал.1 и ал.7 и чл.46, ал.3 от Договор № 164758/01.06.2018 г. и чл.45а от Допълнителното споразумение към него от 20.02.2019 г. Застъпва се становището, че посочените текстове от договорите и допълнителното споразумение позволяват на изпълнителя да отчита с финансовоотчетни документи дейности на стойност само в рамките или под равнището на месечната стойност за този вид дейност, както и че с тези договорни клаузи не се предоставя възможност на изпълнителя да предявява за закупуване от възложителя дейности, отхвърлени като “надлимитни“ за съответния месец. Ищецът счита, че по този начин се накърнява правото на достъп до медицинска помощ и се поставя 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. Ищецът се позовава на съдебна практика, която приема, че дори да не са нищожни, тези договорни клаузи нямат за последица отказ от плащане на медицинската дейност, ако помощта е в обхвата на гарантирания от бюджета на НЗОК основен пакет здравни дейности; изразява позиция, че липсва основание да се откаже плащане на надлимитната дейност за съответния месец на конкретния изпълнител, 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 изпълнителите лимитирани бюджети; че предвидените в договорите между НЗОК и изпълнителите стойности на медицинските дейности са прогнозни и не изключват заплащането на престирания от лечебното заведение медицински дейности по чл.45 ЗЗО при превишаване на месечния лимит.

Ищецът счита, че доколкото разпоредбата на чл.55а, ал. 2 ЗЗО /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.

Посочва се също, че определената при сключване на индивидуалните договори стойност на болничната помощ е прогнозна, а не окончателна, както и че нормативната уредба предвижда правен 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. Твърди се, че по процесните договори ищецът е изпълнил задълженията си да оказва на здравноосигурените лица медицинска помощ по клинични пътеки и да извършва амбулаторни процедури, да спазва правата на пациентите, регламентирани в ЗЗО и ЗЗ, да осигурява непрекъснато 24-часово изпълнение на лечебната дейност и да не изисква заплащане или доплащане от здравноосигурените лица за дейност, предмет на настоящия договор. В тази връзка извършената и отчетена медицинска дейност от предмета на договора, която е част от пакета, гарантиран от бюджета на НЗОК, следва да бъде заплатена от възложителя, защото извършените над определения лимит дейности са в изпълнение на задълженията на изпълнителя по договорите.

По отношение на заявените претенции за обезщетение за забавено плащане заявява, 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 случая до 31.12.2019 г.

Посочва, че за поставянето на ответника в забава не е необходима изрична покана. В настоящия процес обаче, ищецът претендира обезщетение за забава в размера на законната лихва върху главните вземания от 24.12.2021 г.

Иска да се постанови решение, с което да се осъди ответникът да заплати:

- сумата 29 232 лв, представляваща незаплатена стойност на оказаната болнична помощ по клинични пътеки през м. юни 2019г. по Договор № 164277/01.06.2018 г., допълнен и изменен с Допълнително споразумение № 23/20.02.2019 г., ведно с обезщетение за забава в размера на законната лихва, дължима от подаването на исковата молба – 23.12.2024 г. до окончателното изплащане;

- сумата 29 211 лева, представляваща незаплатена стойност на оказаната болнична помощ по клинични пътеки през м. юли 2019 г. по Договор № 164277/01.06.2018 г., допълнен и изменен с Допълнително споразумение № 23/20.02.201 г., ведно с обезщетение за забава в размера на законната лихва, дължима от подаването на исковата молба – 23.12.2024 г. до окончателното изплащане;

- сумата 10 620.11 лв, представляваща обезщетение за забавено плащане върху сумата от 29 232 лв, дължима за 24.12.2021 г.- 20.12.2024 г.;

- сумата от 10 612.48 лв, представляваща обезщетение за забавено плащане върху сумата от 29 211 лв, дължима за 24.12.2021 г. - 20.12.2024 г.;

- разноските по делото.

В срока по чл.367, ал.1 ГПК ответникът Национална здравноосигурителна каса оспорва исковете.

Застъпва становището, че е налице абсолютна пречка за заплащане на надлимитната дейност съобразно разпоредбата на чл.55а, ал.2 ЗЗО, както и че плащането на болничната помощ е гарантирано в рамките на утвърдения бюджет на НЗОК.

Прави възражение за изтекла погасителна давност по отношение на претенциите за заплащане на надлимитна дейност за м. юни и м. юли 2019 г.

Оспорват по основание и по размер и предявените акцесорни искове за обезщетение за забавено плащане за периода 24.12.2021 г. – 20.12.2024 г. Твърди се неприложимост на разпоредбата на чл. 86 от ЗЗД в процесния случай.

Излага се становище във връзка с твърденията на ищеца в исковата молба за нищожност на част от клаузите на процесните договори и допълнителните споразумения към тях.

Иска се предявените искове да бъдат отхвърлени. Претендират се направените в хода на производството разноски.

В срока по чл.372, ал.1 ГПК от ищеца е подадена допълнителна искова молба, с която се поддържа първоначално изразеното становище, оспорват се възраженията на ответника. Посочва се, че между страните е уговорено, че РЗОК изпраща на изпълнителя месечно известие, съдържащо потвърдената за заплащане дейност и отхвърлената от заплащане дейност, както и че ако има болнична дейност, надхвърляща стойността по Приложение № 2 към договора, възложителят изпраща две месечни справки. Твърди се, че ответникът не е изпълнил изцяло задължението си да изпрати на ищеца месечно известие за месец юни 2019 г., касаещо дейността по КП и АПр. За м. юли 2019 г. ответникът е изпратил месечни известия за отхвърлената от заплащане надлимитна дейност с описание на датите на прием и изписване на всеки един от пациентите.

Изложени са аргументи за неоснователност на направеното от ответника възражение, че претенциите са погасени по давност. Посочва се, че ищецът ежедневно отчита по електронен път оказаната през денонощието дейност в информационната система на НЗОК и по този начин ответникът научава към кой момент е извършена съответната надлимитна дейност на деня, следващ извършването ѝ.

В срока по чл.373, ал.1 ГПК ответникът е подал отговор на допълнителната искова молба, с който поддържа направените становища, застъпено в отговора на исковата молба. Излага аргументи, 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.

Предвид доказателствата Съдът намира за установено:

Не се спори, че между страните са сключени Договор №164277/01.06.2018 г. за оказване на болнична медицинска помощ по клинични пътеки и Договор №164758/01.06.2018 г. за извършване на амбулаторна практика, като същите са допълнени и изменени с Допълнителни споразумения № 23/20.02.2019 г.

От приетото по делото заключение на ССЕ, което Съдът възприема като неоспорено от страните, се установява, че:

- за м. юни 2019 г. общо отчетената от ищеца сума за извършена медицинска дейност /по клинични пътеки и амбулаторни процедури/ е на стойност 214 841 лв. Одобрената и съответно изплатена от НЗОК сума е в размер на 185 609 лв. Разликата между двете величини е в размер от 29 232 лв, която сума не е заплатена от НЗОК;

-за м. юли 2019 г. общо отчетената от ищеца сума за извършена медицинска дейност /по клинични пътеки и амбулаторни процедури/ е на стойност 214 492 лв. Одобрената и съответно изплатена от НЗОК сума е в размер на 185 281 лв. Разликата между двете величини е в размер от 29 211 лв, която сума не е заплатена от НЗОК.

При така установеното от фактическа страна Съдът счита от правна страна следното:

Страните са сключили Договор № 164277/01. 06. 2018 г. за оказване на болнична помощ по клинични пътеки, както и Договор № 164758/01.06.2018 г. за извършване на амбулаторни процедури. Неразделна част от посочените договори са Допълнителни споразумения № 23/20.02.2019 г., в сила от 01.01.2019 г.

Задълженията на ищеца по Договор № 164277/01.06.2018 г. и Допълнителното споразумение към него са да оказва на лицата по чл.1 от договора /здравноосигурени лица, здравнонеосигурени лица по § 2, ал.1 ЗБНЗОК, лицата по § 9, ал. 1 ЗБНЗОК за 2018 г., § 8, ал.1 ЗБНЗОК за 2019 г./ медицинска помощ по клинични пътеки от Приложение № 9 към член първи на Наредба № 3/2018 г. за определяне на пакета от здравни дейности, гарантирани от бюджета на НЗОК със съдържание, посочено съответно в Приложение № 17а и чл.1 от договора, а задължение на възложителя Националната здравноосигурителна каса е да заплаща извършените дейности съгласно уговореното в чл.3, т.3 от договора.

С Договор № 164758/01.06.2018 г. за извършване на амбулаторни процедури и Допълнителното споразумение към него ищецът се е задължил да оказва посочените в Приложение № 18а "Амбулаторни процедури" на Националния рамков договор за медицинските дейности за 2018 г. и впоследствие за 2019 г., посочени в чл.1, ал.1 от договора.

Спорът между страните се ограничава до това дали ответникът

дължи заплащане на ищеца на стойността на предоставената болнична медицинска помощ, на реално извършените и отчетени от него на основание договора по чл.59, ал.1 ЗЗО дейности, които са в обхвата на тази помощ, в случаите, в които стойността е над нормативно и договорно определените стойности и надхвърля определената за съответното болнично заведение бюджетна рамка.

Основна цел на сключваните между НЗОК и изпълнителите на медицинска помощ /отделни болници/ типови договори по чл.59 ЗЗО е задоволяване на обществения интерес – грижа за здравето и лечението на лицата по чл.1 от договора /здравноосигурени лица, здравнонеосигурени лица по § 2, ал.1 ЗБНЗОК, лицата по § 9, ал. 1 ЗБНЗОК за 2018 г., § 8, ал.1 ЗБНЗОК за 2019 г./. Уговорените в индивидуалните договори с изпълнителя на медицинска помощ клаузи, съгласно които на изпълнителя се заплаща извършената и отчетена дейност по клинични пътеки, която е в рамките на лимитираните в Приложение № 2 към договорите стойности, няма за последица отказ от плащане на медицинската дейност и вложени медицински изделия, стига помощта да е в обхвата на гарантирания от бюджета на НЗОК основен пакет здравни дейности. 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, тъй като лицата по чл.1 от договора /здравноосигурени лица, здравнонеосигурени лица по § 2, ал.1 ЗБНЗОК, лицата по § 9, ал. 1 ЗБНЗОК за 2018 г., § 8, ал.1 ЗБНЗОК за 2019 г./ не могат да бъдат лишени от предоставяне на медицинска помощ в рамките на гарантирания от закона пакет болнична медицинска дейност. Ползващите болнични грижи не трябва да бъдат лишени и от свободен избор на изпълнител поради изчерпване на средствата от разпределените на съответния изпълнител лимитирани бюджети.

Ето защо предвидените в договорите между НЗОК и изпълнителите стойности на медицинските дейности са прогнозни и не изключват заплащането на престираните от лечебното заведение медицински дейности по чл.45 ЗЗО при превишение на месечния лимит.

Въз основа на изложеното Съдът счита, че уговорените в индивидуалния договор за оказване на болнична помощ, сключен между НЗОК и изпълнител на медицинска помощ клаузи, съгласно които не се разрешава на изпълнителя да отчита с финансово-отчетни документи дейности, лекарствени продукти или медицински изделия на стойности, надвишаващи стойностите за съответния месец в Приложение № 2 и се дава право на възложителя да не извършва плащане на изпълнителя, когато сумите по фактурите и спецификациите надвишават стойностите за съответния месец в Приложение № 2, са нищожни на основание чл.26, ал.1, предл. първо ЗЗД като противоречащи на императивни правни норми - чл. 4, ал.1, чл.55, ал.3, т. 2, чл.35, ал.1 т.1 - т.3, чл.25 и чл.26, ал.2 ЗЗО.

Т.е., клаузите на чл.34, ал.1, чл.38, ал.1 и ал.7 и чл. 42, ал.3 от Договор №164277/01.06.2018 г. за оказване на болнична помощ по клинични пътеки и чл.41а от Допълнителното споразумение към него от 20.02.2019 г., и на чл.38, ал.1, чл.42, ал.1 и ал.7 и чл.46, ал.3 от Договор № 164758/01.06.2018 г., и чл. 45а от Допълнителното споразумение към него от 20.02.2019 г. са нищожни на основание чл.26, ал.1, предл. първо ЗЗД – като противоречащи на закона /в тази насока Определение 3210/02.12.2024 г. по т. д. 742/2024 г. на ВКС, II- ро т.о., Решение 50019/26.06.2024 г. по т.д. 938/2019 г. по описа на ВКС, ТК, II ТО, Решение 169/16.02.2021 г. по т.д. 1916/2019 г. по описа на ВКС, ТК, II ТО, Решение 154/04.03.2021 г. по т.д. 2530/2019 г. по описа на ВКС, ТК, II ТО, Решение 47/19.04.2022 г. по т.д. 418/21 г. по описа на ВКС, ТК, I ТО, Решение 36/15.08.2022 г. по т.д. 2521/20 г. по описа на ВКС, ТК, I ТО., постановени по реда на чл.290 ГПК/.

С оглед изложеното на изпълнителя на болнична медицинска помощ се дължи от НЗОК заплащане на стойността на възложената му с договора болнична медицинска помощ по клинични пътеки и амбулаторни процедури, когато дейността е осъществена съобразно предвиденото в договора и в изпълнение на възложеното, включително когато тази дейност надхвърля предварително заложените в Приложение № 2 към договорите лимити.

С отговора на исковата молба ответникът е направил възражение, че разпоредбата на чл.55а, ал.2 ЗЗО /ДВ, бр. 102/ 2018 г., в сила от 01.01.2019 г./, която въвежда ограничение в заплащането на болничната помощ в рамките на уговореното, е обявена за противоконституционна с Решение № 6/11.04.2024 г. по к.д. 15/2023 г. на Конституционния съд на Република България и това поражда действие за напред и не може да се приложи за уредените вече правоотношения.

В тази връзка, а и с оглед на това, че се дължи плащане на пълния обем от предоставени медицински услуги независимо от недействителността на конкретни клаузи от договорите, следва да се отбележи следното:

Основната цел на сключените между НЗОК и болничните заведения договори е гарантирането на достъпна медицинска помощ за гражданите. Лимитирането на бюджета на болничните заведения не отменя тяхното законово задължение да оказват помощ на пациентите и е недопустимо финансовият риск от изчерпване на бюджетите да се прехвърля върху лечебните заведения като частни правни субекти, след като същите са изпълнили реално своите задължения. Освен това в типовите договори не е предвидена клауза, която да позволява на болничните заведения да прекратят приема на пациенти, след като изчерпят договорените лимити. Следователно, дължи се плащане от страна на НЗОК на предоставената болнична помощ в пълен обем, дори ако тя надвишава предварително определените лимити по рамковия договор.

В чл.5, т.10 от договорите изрично се посочва, че изпълнителят не следва да изисква заплащане или доплащане от здравно осигурени лица за

дейност, предмет на процесните договори, което обосновава извода, че всяка извършена дейност, описана в договорите, следва да бъде заплатена от възложителя. Не се спори, че бюджетът на НЗОК е законово регламентиран в съответствие с принципа на финансиране на дейността в областта на болничната медицинска помощ и заплащането ѝ чрез системата на задължителното осигуряване. Здравноосигурените лица обаче не са страна по Националния рамков договор за медицинските дейности, нито по договора за приемане на цени и обеми 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, 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 здравноосигурените лица. 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 заплащане на надлимитната дейност за съответния месец на конкретния изпълнител. Здравноосигурените лица, на които е престирана медицинска помощ над стойностите по Приложение № 2 за съответния месец, биха я получили през същия месец при избор на друг изпълнител на медицинска помощ, ненадхвърлил лимита на хоспитализация, или в по-късен момент през същата година при включването им в листата на чакащите. Във всеки от посочените случаи се дължи плащане от бюджета на НЗОК за предоставената медицинска помощ, доколкото извършените дейности са в обхвата на гарантирания пакет здравни дейности, като НС на НЗОК има възможност да приеме решение за изменение и корекция на определените прогнозни бюджетни средства на съответните РЗОК и изпълнителите на медицинска помощ на основание чл.26, ал.2 ЗЗО.

Изложеното налага извода, че извършените над определения лимит дейности са във връзка с изпълнение задълженията на ищеца по сключените с НЗОК договори и в качеството си на изпълнител следва да бъде възмезден.

Ето защо предявените искове за вземанията за главница по Договор № 164277/01.06.2018 г., допълнен и изменен с Допълнително споразумение с № 23/20.02.2019 г. и Договор № 164758/01.06.2018 г., допълнен и изменен с Допълнително споразумение с № 23/20.02.2019 г., касаещи незаплатена стойност на оказаната болнична помощ по клинични пътеки и извършените амбулаторни процедури през м. юни 2019 г. и м. юли 2019 г., следва да бъдат уважени изцяло.

На основание чл.4 ЗВЕРБ вземанията следва да се присъдят в евро:

-сумата 14 946.08 евро, чиято легова разностойност е 29 232 лв, представляваща незаплатена стойност на оказаната болнична помощ по клинични пътеки през м. юни 2019г. по Договор № 164277/01.06.2018 г., допълнен и изменен с Допълнително споразумение № 23/20.02.2019 г., ведно с обезщетение за забава в размера на законната лихва, дължима от подаването

на исковата молба – 23.12.2024 г. до окончателното изплащане;

-сумата 14 935.35 евро, чиято легова равностойност е 29 211 лева, представляваща незаплатена стойност на оказаната болнична помощ по клинични пътеки през м. юли 2019 г. по Договор № 164277/01.06.2018 г., допълнен и изменен с Допълнително споразумение № 23/20.02.201 г., ведно с обезщетение за забава в размера на законната лихва, дължима от подаването на исковата молба – 23.12.2024 г. до окончателното изплащане;

По възражението на ответника за изтекла погасителна давност по отношение вземанията за главница:

В случая е приложим общият петгодишен давностен срок по чл.110 ЗЗД, доколкото процесните вземания за главница не са периодични, тъй като нямат повтарящ се характер.

Задължението за плащане на надлимитните дейности НЗОК дължи до приключване на финансовата година, в която са извършени, в случая до 31.12.2019 г. При това положение давностният срок започва да тече от 01.01.2020 г. / в тази насока Решение № 47 от 19.04.2022 г. на ВКС по т. д. № 418/2021 г., II т. о., ТК и Решение № 141 от 21. 09. 2021 год. по т. д. № 2586/2019 г., ВКС, I т. о./.

Исковите молби, вземанията по които са предмет на настоящото производство, са подадени първоначално пред Административен съд - Пловдив на 23.12.2024 г., поради което и Съдът приема, че към 23.12.2024 г. вземанията за главница не са погасени по давност, доколкото не е изтекъл петгодишен давностен срок, считано от 01.01.2020 г.

По исковите за заплащане на мораторна лихва: Дължимите по Националния рамков договор плащания за надлимитната дейност са обвързани с бюджетния му едногодишен характер, поради което следва да се изплатят в рамките на бюджетната година, съпадаща с календарната. При липса на такова плащане е налице забава, считано от „01.01.“ на следващата бюджетна година /в тази връзка Решение 50173/16.12.2022 г. на ВКС по т. д. 419/2022 г., I т. о., ТК/. При това разрешение следва, че ответникът дължи плащане на процесните главница вземания за м. юни 2019 г. и м. юли 2019 г. до 31.12.2019 г. и при неизпълнение на задължението да заплати стойността на извършените медицински услуги от 01.01.2020 г. ответникът изпада в забава.

Ищецът претендира заплащане на обезщетение за забава от 24.12.2021 г. /с оглед изтичането на тригодишния давностен срок за вземането за лихвата/, към която дата вземането му е било изискуемо.

За вземането от 29 232 лв за периода 24.12.2021 – 20.12.2024 г. размерът на обезщетението за забава е 10 620.11 лв;

За вземането от 29 211 лв за периода 24.12.2021 – 20.12.2024 г. размерът на обезщетението за забава е 10 612.48 лв.

При това положение исковите следва да се уважат в заявените размери.

На основание чл.4 ЗВЕРБ претендираните суми следва да се присъдят в евро:

-сумата 5429.98 евро, чиято левова равностойност е 10 620.11 лв, представляваща обезщетение за забава върху сумата от 14 946.08 евро /29 232 лв/ за периода 24.12.2021 – 20.12.2024 г.;

-сумата 5 426.07 евро, чиято левова равностойност е 10 612.48 лв , представляваща обезщетение за забава върху сумата от 14 935.35 евро /29 211 лв/ за периода 24.12.2021 – 20.12.2024 г.

По разноските:

На основание чл.78, ал.1 ГПК съобразно изхода на спора на ищеца се дължат направените разноски.

Предвид уважаването на исковите на ищеца се дължат разноски за заплащане на държавна такса и възнаграждение за ССЕ в размер на 3487.02 лв.

От ответника е направено възражение за прекомерност на заплатеното адвокатско възнаграждение.

Съдът счита възражението за основателно.

За съвместно разглеждане са съединени т.д. 50/2025 и т.д. 76/2025 г.; предмет на исковите молби са права на ищеца, произтичащи от Договор №164277 за оказване на болнична помощ по клинични пътеки /допълнен и изменен с Допълнително споразумение № 23/20.02.2019 г., в сила от 01.01.2019 г./ и Договор №164758 за извършване на амбулаторни процедури /допълнен и изменен с Допълнително споразумение № 23/20.02.2019 г., в сила от 01.01.2019 г. , което означава, че фактите и обстоятелствата, както и подходът при организиране на защитата са идентични. Следва да се отбележи, че извършените процесуални действия от пропускуалния представител на ищеца са осъществени в едно производство предвид съединяването на делата за общо разглеждане. Без да омалвожава положениия труд, Съдът счита, че с оглед обема на работата и фактическата и правна сложност на спора, следва да се присъдят на ищеца разноски за заплатено адвокатско възнаграждение в размер на 3838 лв.

На основание чл.4 ЗВЕРБ претендираните от ищеца разноски следва да се присъдят в евро - 3745.22 евро общо.

Предвид изложеното Съдът

РЕШИ:

ОСЪЖДА НАЦИОНАЛНА ЗДРАВНООСИГУРИТЕЛНА КАСА, София, ул. "Кричим" № 1, ЕИК 121858220, да заплати на Многопрофилна болница за активно лечение „ПАРК ХОСПИТАЛ" ЕООД, с. Браниполе, обл. Пловдив, местност "Герена" № 20Г, ЕИК 202628753:

-сумата 14 946.08 евро /четиринадесет хиляди деветстотин четиридесет и шест евро и 8 евроцента/, чиято легова разностойност е 29 232 лв, представляваща незаплатена стойност на оказаната болнична помощ по клинични пътеки през м. юни 2019г. по Договор № 164277/01.06.2018 г., допълнен и изменен с Допълнително споразумение № 23/20.02.2019 г., ведно с обезщетение за забава в размера на законната лихва, дължима от подаването на исковата молба – 23.12.2024 г. до окончателното изплащане;

-сумата 14 935.35 евро /четиринадесет хиляди деветстотин тридесет и пет евро и 35 евроцента/, чиято легова равностойност е 29 211 лева, представляваща незаплатена стойност на оказаната болнична помощ по клинични пътеки през м. юли 2019 г. по Договор № 164277/01.06.2018 г., допълнен и изменен с Допълнително споразумение № 23/20.02.201 г., ведно с обезщетение за забава в размера на законната лихва, дължима от подаването на исковата молба – 23.12.2024 г. до окончателното изплащане;

-сумата 5429.98 евро /пет хиляди четиристотин двадесет и девет евро и 98 евроцента/, чиято легова равностойност е 10 620.11 лв, представляваща обезщетение за забава върху сумата от 14 946.08 евро /29 232 лв/ за периода 24.12.2021 – 20.12.2024 г.;

-сумата 5 426.07 евро /пет хиляди четиристотин двадесет и шест евро и 7 евроцента/, чиято легова равностойност е 10 612.48 лв , представляваща обезщетение за забава върху сумата от 14 935.35 евро /29 211 лв/ за периода 24.12.2021 – 20.12.2024 г.

-сумата 3745.22 евро /три хиляди седемстотин четиридесет и пет евро и 22 евроцента/, представляваща разноските по делото

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

Съдия при Окръжен съд – Пловдив: _____