

# РЕШЕНИЕ

№ 275

гр. , 21.12.2020 г.

## В ИМЕТО НА НАРОДА

**АПЕЛАТИВЕН СЪД – ПЛОВДИВ, 2-РИ ТЪРГОВСКИ СЪСТАВ** в  
публично заседание на единадесети декември, през две хиляди и двадесета  
година в следния състав:

Председател: Нестор С. Спасов  
Членове: Емилия А. Брусева  
Радка Д. Чолакова

Секретар: Катя Н. Митева

като разгледа докладваното от Емилия А. Брусева Въззивно търговско дело  
№ 20205001000526 по описа за 2020 година

Производство по чл.258 и сл. от ГПК.

Постъпила е въззивна жалба от Н.з.к. - гр.С., ул. "К" №1 – чрез нейния  
пълномощник адв. Т.М. против решение №20185/06.07.2020г., постановено по  
т.д. № 82/2019г. по описа на Окръжен съд – Смолян, в частта с която е  
осъдена Н.з.к. - гр.С., ул. "К" №1 да заплати С.б. за р. "Р" ЕООД....., със  
седалище и адрес на управление: гр. Р., ул. "А.Б." No 2 , със съдебен адрес: гр.  
С., бул. "В" №4, ет.3, кантора 6 – чрез адв. В.К. стойностите на извършена,  
отчетена и приета, но неплатена болнична медицинска дейност по клинични  
пътеки по договори от 18.02.2015г. и 12.05.2017г., както следва: за периода  
01.10.2016г. – 31.10.2016г. – сумата 21 780 лева, за периода 01.11.2016г. –  
30.11.2016г. – сумата 30 030 лева, за периода 01.03.2017г. – 31.03.2017г. –  
сумата 2 970 лева, за периода 01.04.2017г. – 30.04.2017г. – сумата 10 230 лева,  
за периода 01.05.2017г.- 31.05.2017г. – сумата 17 490 лева, за периода  
01.06.2017г. – 30.06.2017г. – сумата 15 510 лева, за периода 01.07.2017г. –  
31.07.2017г. – сумата 13 860 лева, за периода 01.08.2017г. – 31.08.2017г. –  
сумата 29 700 лева, за периода 01.09.2017г. – 30.09.2017г. – 13 200 лева, за

периода 01.11.2017г. – 30.11.2017г. – сумата 6 600 лева и за периода 01.12.2017г. – 31.12.2017г. – сумата 3 300 лева или общо 164 670 лева, ведно със законната лихва, считано от 11.09.2019г. до окончателното плащане, както и 11 932.98 лева – разноски по делото съразмерно на уважената и отхвърлена част от исковете.

В жалбата са изложени оплаквания за необоснованост на решението и за нарушение на материалния и процесуалния закон. Моли съда да отмени обжалваното решение и по същество да постанови друго, с което да отхвърли изцяло предявените искове. Поддържат се доводите на НЗОК, изложени пред първоинстанционния съд относно обстоятелството, че съгласно договорните разпоредби отчетената дейност подлежи на плащане в рамките на установените лимити с Приложение № 2 от подписания договор между страните. В случая предмет на претенцията бил извършена надлимитна дейност, която според НЗОК не подлежи на заплащане. Жалбоподателят се позовава на норми от КРБ, ЗЗО, НРД за 2017 г. Счита, че правото на здравно осигуряване като социално по характер може да бъде гарантирано и реализирано само в рамките на наличните материални и финансови ресурси на държавата за съответния период. Те пък били очертани в бюджета на НЗОК. От страна на С.б. за р. "Р" ЕООД не е постъпил отговор на въззивната жалба.

Съдът като взе предвид събраните по делото доказателства и доводите на страните, намира за установено следното:

Ищецът С.б. за р. "Р" ЕООД..., със седалище и адрес на управление: гр. Р., ул. "А.Б." № 2 твърди, че на 18.02.2015г. между него и ответника Н. з. к. са сключени Договор № .... от 18.02.2015г. за оказване на болнична помощ по клинични пътеки № 241, 244, Допълнително споразумение към този договор №14/2016г. за оказване на болнична помощ по клинични пътеки 263, 265 и Договор № .../12.05.2017г. за оказване на болнична помощ по клинични пътеки 258, 259, 260, 261, 262, 263, 264, 265. Съгласно чл. 3, ал.1, т. 3 от нея, НЗОК се е задължила да заплаща определените с НРД обеми и цени на извършената и отчетена медицинска помощ. Срокът за заплащане на същата съгласно чл. 45 от договора бил до 30 число на месеца следващ отчетения. В тази връзка се споменава, че до предявяване на исковата молба ответникът не

бил изпълнил изцяло задължението си за заплащане на извършената и отчетена медицинска помощ от ищеца за м. октомври 2016г. и м. ноември 2016г. и за м. март, м. април, май, юни, юли, август, септември, ноември и декември на 2017 г. в общ размер от 170 940 лева. Направена е и разбивка на неизпълнените задължения по месеци. Твърди, че в изпълнение на задълженията си по чл.1 и чл.5 от сключения с ответника индивидуален договор е оказал болнична помощ на здравноосигурени лица по клинични пътеки подробно посочени в спецификациите включени в пакета от здравни дейности гарантиран от бюджета на НЗОК. Сочи се, че този договор реално е сключен в полза на трети лица с цел да им се обезпечи своевременно, ефективно и в пълен обем оказване на болнична медицинска помощ/БМП/ с оглед на това, че са задължително здравно осигурени. Сочи се, че предоставената помощ извършена от регистрирано лечебно заведение и е отчетена пред НЗОК правилно и в съответствие със закона. Според ищеца той е задължен да предоставя такава и след като определеният му финансов лимит вече е бил надвишен. Тези му действия били в съответствие с разпоредбите на Конституцията, Закона за здравето и Закона за здравното осигуряване. В тази връзка се говори, че същите гарантират получаването от здравноосигурените лица на болнична помощ в обхвата на чл. 4 от ЗЗО и при осигуряване на свободен избор на лечебно заведение по чл.19а от Наредбата за осъществяване на правото на достъп до медицинска помощ. На тази база се прави извод, че с поставяните от ответника финансови ограничения по отношение на стойността на гарантираната болнична помощ се ограничава свободата на избор на здравноосигурените лица за лечебно заведение. Сочи се съответно, че в случаи като процесния НЗОК разполага с механизми за преразпределение и използване на резерв от бюджета, което е единствено негово правомощие и поради това и задължение, за да обезпечи „правото на здраве”. На тази база се прави и извод, че уговорките в индивидуалния договор позволяващи такива ограничения са нищожни поради противоречие със закона, добрите нрави и Конституцията. Отправено искане за осъждане на НЗОК да заплати на ищеца извършената и отчетена надлимитна медицинска помощ от ищеца за м. октомври и м. ноември 2016г. и м. март, м. април, май, юни, юли, август, септември, ноември и декември на 2017 г. в общ размер от 170 940 лв.

Ответникът Н.з.к. - гр.С., ул. "К" №1 оспорва предявените искове. Същият не оспорва сключването на договорите и допълнителното споразумение, цитирани в исковата молба. Не оспорва възмездността на извършваната от ищеца дейност, но счита, че съществува лимит на заплащане на същата по сключения договор, в подкрепа на което становище е наличието на специална административна процедура по заявяване за заплащане пред РЗОК и НЗОК на извършените медицински дейности над лимитите. За самите лимити се споменава, че същите са създадени с цел изпълнение на определения годишен бюджет на НЗОК. Това пък изключвало извода за нищожност на клаузите от индивидуалния договор свързани със спазването им. Сочи се, че надлимитната дейност на лечебните заведения не бива да бъде спекулативно обвързана с правата на здравноосигурените лица и да се създава по този начин възможност болниците да черпят права от собственото си недобросъвестно поведение. Споменава се, че определянето и коригирането на стойностите предмет на приложение № 2 към индивидуалните договори се регламентирало от чл. 4 на Закона за бюджета на НЗОК и било обвързано от бюджетните средства на касата. В тази връзка е посочено, че всеки изпълнител на болнична помощ е длъжен да се съобразява с договора си и при надлимитна дейност тя следва да остане за негова сметка.

В допълнителна искова молба ищецът поддържа изразените доводи в исковата молба като посочва, че в сключените договори не е предвидена възможност след изчерпване на предварително обявените стойности лечебното заведение да прекрати извършването на възложените му дейности.

С допълнителен отговор ответникът се позовава на Решение №2 от 22.02.2007г. по конст. дело №12 от 2006г. на Конституционния съд на Република България, приемащо че медицинската помощ, до която здравно осигурените лица имат право на свободен достъп при условията на равнопоставеност, не е неограничена и се определя от Държавата по вид, обхват и обем. Твърди, че именно този законно определен размер на финансови средства намира израз в стойностите по Приложение №2 към договорите. Счита, че дължи плащане на ищеца по договора само в рамките на договорените стойности. Счита, че в случая липсва основание за заплащане на недоговорени месечни стойности.

Преди да се пристъпи към разглеждане на спора по същество, следва да се посочи, че с молба вх. №6753/24.11.2020г. ищецът С.б. за р. "Р" ЕООД...., със седалище и адрес на управление: гр. Р., ул. "А.Б." No 2 е направил отказ от предявения иск за заплащане на реално извършената и отчетена надлимитна дейност за следните периоди и суми: за периода 01.10.2016г. – 31.10.2016г. – сумата 21 780 лева и за периода 01.11.2016г. – 30.11.2016г. – сумата 30 030 лева. Следва на основание чл.233 от ГПК в тази част само по тези претенции производството по делото да бъде прекратено, а постановеното първоинстанционно решение – съответно обезсилено.

Предмет на спора остават исковете за заплащане на стойностите на извършена, отчетена и приета, но неплатена болнична медицинска дейност по клинични пътеки по договори от 18.02.2015г. и 12.05.2017г., както следва: за периода 01.03.2017г. – 31.03.2017г. – сумата 2 970 лева, за периода 01.04.2017г. – 30.04.2017г. – сумата 10 230 лева, за периода 01.05.2017г.- 31.05.2017г. – сумата 17 490 лева, за периода 01.06.2017г. – 30.06.2017г. – сумата 15 510 лева, за периода 01.07.2017г. – 31.07.2017г. – сумата 13 860 лева, за периода 01.08.2017г. – 31.08.2017г. – сумата 29 700 лева, за периода 01.09.2017г. – 30.09.2017г. – 13 200 лева, за периода 01.11.2017г. – 30.11.2017г. – сумата 6 600 лева и за периода 01.12.2017г. – 31.12.2017г. – сумата 3 300 лева или общо 164 670 лева, ведно със законната лихва, считано от 11.09.2019г. до окончателното плащане.

По делото не се спори, че страните на основание чл. 59 от ЗЗО са сключили Договор № .... от 18.02.2015г. за оказване на болнична помощ по клинични пътеки № 241, 244, Допълнително споразумение към този договор №14/2016г. за оказване на болнична помощ по клинични пътеки 263, 265 и Договор № .../12.05.2017г. за оказване на болнична помощ по клинични пътеки 258, 259, 260, 261, 262, 263, 264, 265. Безспорно е и това, че ищецът е предоставил на здравно осигурени лица през м. октомври и ноември 2016г. и м. март, м. април, м. май, м. юни, м. юли, м. август, м. септември , ме ноември и м. декември 2017 г. медицинска помощ по клинични пътеки, за които е сключен съответния договор. Предмет на спора е каква сума във връзка с предоставената медицинска помощ по клинични пътеки подлежи на заплащане от НЗОК, тъй като общата месечна стойност на тези пътеки превишава стойността на дейностите в болнична медицинска помощ

определена в приложение № 2 от индивидуалния договор за посочените месеци на 2016, съответно 2017 г.

Съгласно чл. 52 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.

Въпросите касаещи здравното осигуряване в държавата и свързаните с него обществени и правни отношения са уредени в Закона за здравното осигуряване. Съгласно чл. 1, ал. 2 от ЗЗО, здравното осигуряване е дейност по набирането на здравноосигурителни вноски и премии, управлението на набраните средства и тяхното разходване за заплащане на здравни дейности, услуги и стоки, предвидени в този закон, в националните рамкови договори (НРД) и в застрахователните договори.

Съгласно чл. 2 от ЗЗО, задължителното здравно осигуряване е дейност по управление и разходване на средствата от задължителни здравноосигурителни вноски за заплащане на здравни дейности, което се осъществява от Националната здравноосигурителна каса (НЗОК) и от нейните териториални поделения - районни здравноосигурителни каси (РЗОК). Това осигуряване предоставя основен пакет от здравни дейности, гарантиран от бюджета на НЗОК.

Бюджетът на НЗОК е основен финансов план за набиране и разходване на паричните средства на задължителното здравно осигуряване и е отделен от държавния бюджет. Неразделна част от същия е годишната стойност на разходите за видовете медицинска помощ, изплащана от НЗОК.

В чл. 24 от ЗЗО е предвидено за какво следва да се разходват средствата от бюджета на НЗОК, а в чл. 25 изрично е предвидено, че в същият задължително се предвижда резерв, включително и за непредвидени и неотложни разходи. Съгласно чл. 26, ал. 2 от ЗЗО

със средствата от резерва се плащат разходи в случай на значителни отклонения от равномерното разходване на средствата за здравноосигурителни плащания.

Съгласно чл. 4 от ЗЗО задължителното здравно осигуряване гарантира свободен достъп на осигурените лица до медицинска помощ чрез определен по вид, обхват и обем пакет от здравни дейности, както и свободен избор на изпълнител, сключил договор с районна здравноосигурителна каса. На тази база, в чл. 35 от ЗЗО са определени и правата на задължително осигурените лица, а пакетът от здравни дейности гарантирано от задължителното здравно осигуряване е посочен в чл. 45 от ЗЗО. В чл. 46 от ЗЗО е предвидено, че редът за предоставяне и изискванията към изпълнителите на отделните видове медицинска помощ по чл. 45 се определят в националния рамков договор и в договорите между РЗОК и изпълнителите.

Националният рамков договор от своя страна според чл. 4а от ЗЗО е нормативен административен акт, който има действие на територията на цялата страна за определен срок и е задължителен за НЗОК, РЗОК, изпълнителите на медицинска помощ, осигурените лица и осигурителите. Той, видно от чл. 53 от ЗЗО се приема за срок от една година за осъществяване на дейностите, предвидени в този закон, като относно медицинските такива приемането става между НЗОК и Българският лекарски съюз. Приемането от своя страна следва да стане не по-рано от обнародването на бюджета на НЗОК за следващата година и не по-късно от последния работен ден на текущата година/чл. 54 ЗЗО/. Самият договор с оглед чл. 55, ал. 2 от ЗЗО определя:

1. условията, на които трябва да отговарят изпълнителите на медицинска помощ, както и реда за сключване на договори с тях,
2. отделните видове медицинска помощ по чл. 45,
3. условията и реда за оказване на помощта по т. 2,
4. критерии за качество и достъпност на помощта по т. 2,
5. документацията и документооборота,

6. задълженията на страните по информационното осигуряване и обмена на информация,
7. други въпроси от значение за здравното осигуряване.

От съпоставката на изложените до тук нормативни разпоредби, следва извод, че претендираните от ищеца субективни права са част от възникналото между ищеца и ответника правоотношение въз основа на разпоредбата на чл. 59 и сл. от ЗЗО, което е обусловено от предвиденото в чл. 52 от КРБ право на гражданите на здравно осигуряване, гарантиращо им достъпна медицинска помощ.

Именно за реализиране на същото са приети и разпоредбите на ЗЗО, където на първо място е дадено определение за задължително здравно осигуряване в чл. 2, а с чл. 4 е предвидено, че същото гарантира на осигурените лица свободен достъп на осигурените лица до медицинска помощ, чрез определен по вид, обхват и обем пакет от здравни дейности, както и свободен избор на изпълнител. Съобразени с така дадената гаранция са и правата на задължително осигуряващите се лица /ЗОЛ/ в чл. 35 от ЗЗО. За осигуряването на този достъп, а и за гарантиране спазването на правата на здравно осигурените лица с разпоредбата на чл. 45 от ЗЗО, НЗОК е задължена да закупува и заплаща определени видове медицинска помощ. Тълкуването на тази разпоредба води до извод, че плащането на предоставената на здравно осигурените лица помощ от типа описан в чл. 45 от ЗЗО е задължително, т.е. тази разпоредба има императивен характер. В подкрепа на това е и съдържанието на чл. 46 от ЗЗО. В този законов текст е предвидено, че редът за предоставяне и изискванията към изпълнителите на отделните видове медицинска помощ по чл.45 се определят в НРД и в договорите между РЗОК и изпълнителите и че качеството на оказваната медицинска помощ, заплащана от НЗОК, трябва да отговаря на националните медицински стандарти и правилата за добра медицинска практика. Това означава, че с НРД и индивидуалните договори не може да се игнорира задължението за плащане, а единствено на определяне подлежи реда за нейното предоставяне и момента, в който заплащането и следва да стане.

Предоставянето на същата е обусловено от сключването на НРД за съответната година и от договорите сключени между НЗОК и изпълнителите

на медицинска помощ по чл. 59 от ЗЗО. Част от тези договори от своя страна - съгласно чл. 25 от НРД за 2017 г.- са и редът, условията и сроковете за заплащане на извършените и отчетени медицински дейности, установени в НРД. В тази връзка ПАС счита, че с това изискване не се създава възможност да се договори отпадане на задължението за плащане по чл. 45 от ЗЗО, а единствено такива за конкретизация на момента, в който то следва да се извърши от НЗОК.

Част от индивидуалните договори, съгласно споменатия чл. 25 от НРД са и обемите и цените на медицински дейности, установени в НРД.

Тези две изисквания, според ПАС, са продиктувани от съдържанието на чл. 4 от ЗБНЗОК за 2017 г., изискващо НЗОК да определя за всяка РЗОК годишна обща стойност на разходите, разпределена по месеци, а самите РЗОК да определят стойността за дейностите по тази алинея към договорите с изпълнителите на болнична медицинска помощ, разпределени по месеци.

От така изложеното и съдържанието на цитираните по- горе разпоредби на ЗЗО следва извод, че е логично предвиденото в чл. 52 от Конституцията на Република България право да бъде упражнено в рамките на бюджетът на НЗОК за съответната година при условие, че с предвидените разходи за медицинска помощ в този бюджет следва да са съобразени НРД за годината, договорът определящ обемите и цените на медицинската помощ, а и самите индивидуални договори с изпълнителите на такава. Именно за да се създадат условия за спазване на съответната бюджетна рамка е предвидено и споменатото по- горе изискване на чл. 4 от ЗБНЗОК .

Това обаче не значи, че разходването на бюджета за годината в един по ранен период лишава гражданите от възможността да се възползват от правата си по чл. 52 от Конституцията. По тази причина ПАС счита, че по принцип при възникване на такава ситуация за касата възниква задължението да използва от споменатия по - горе бюджетен резерв. В подкрепа на това е и законодателното предвиждане на чл. 26, ал. 2 от ЗЗО, където се споменава, че

със средствата от резерва се плащат разходи в случай на значителни отклонения от равномерното разходване на средствата за здравноосигурителни плащания, т.е. в случая водещото е осигуряване на предвиденото в Конституцията право на гражданите по чл. 52, а не съблюдаване на фискалната дисциплина. В хода на тези разсъждения следва да се посочи, че изискването за посочване на стойността на дейностите в индивидуалните договори не следва при процесния тип правоотношения да се приравнява на обем на възложената за съответното лечебно заведение работа. Това произтича от обстоятелството, че съгласно чл. 4 от ЗЗО на здравноосигурените лица се гарантира не само свободен достъп до медицинска помощ чрез определен по вид, обхват и обем пакет от здравни дейности, но и свободен избор на изпълнител, сключил договор с РЗОК, т.е. не касата, а имащият нужда от лечение гражданин има правото да избира съответното лечебно заведение. Гражданинът от своя страна не е страна по споменатите индивидуални договори между НЗОК и лечебното заведение и по тази причина не може да се говори за възможност да се съобразява със същите и определената в тях месечна стойност. Това е съобразено с правото на свободен избор на лечебно заведение и изключва възможността да се говори за константно определяне на стойността на оказаната от болницата медицинска помощ по чл. 45 от ЗЗО. Така определените стойности са прогнозни и се включват като елемент от договорите за създаване на определена бюджетна дисциплина. Те по изложените причини обаче не следва да се имат предвид при извършване на преценката дали за престираната от страна на лечебното заведение медицинска услуга за дейности по чл. 45 от ЗЗО същото има право на възнаграждение, ако е надвишен лимита по съответното приложение към индивидуалния договор.

Ето защо определените в НРД за 2017 г. обеми, цени и методики за остойностяване и закупуване на видовете медицинска помощ не са и не могат да служат като основание за изводи, че възложената от НЗОК работа на дадено лечебно заведение е само в границите на сумите посочени в Приложение № 2 към индивидуалните договори. Това следва и от постигнатите договорености в чл. 355, ал.7-18 от НРД 2017г., респ. 355 а от

НРД.

От анализа на текстовете на чл. 355, ал. 7-18 от НРД за 2017 г. е видно, че при извършване на дейности надвишаващи определената месечна стойност, изпълнителят на БМП има право да подаде в сроковете за отчитане писмено заявление до директора на РЗОК за увеличаване на месечната стойност. В тези хипотези РЗОК дължи извършване на проверка, след който при установено спазване на изискванията предвидени в ЗЗО и НРД директорът на РЗОК има право да вземе решение за закупуване на тези дейности. То се извършва на база налични средства в РЗОК, а ако такива липсват това става след извършване на проверка на всички изпълнители на БМП в региона с неусвоените от тях стойности на месечна база. При невъзможност да се извърши закупуване по този начин директорът на РЗОК е длъжен да изготви доклад до управителя на НЗОК за резултатите от извършените проверки и да отправи мотивирано искане за корекции за съответната РЗОК на стойностите на разходите на обща годишна база за здравноосигурителни плащания за заплащане на изпълнителите на БМП.

В тези случаи на база акт на НС на НЗОК се извършва закупуване в рамките на бюджета за 2017 г. Във връзка със същото следва да се има предвид, че при установено надвишаване с над 3 на сто на средствата предвидени по съответния параграф за здравноосигурителни плащания на ЗБНЗОК за 2017г. на национално ниво следва да се премине към преговори между НС на НЗОК и УС на БЛС за договаряне на коригирани цени в рамките на оставащите средства в рамките на 2017 г. Ако такава договорка не се постигне НС на НЗОК намалява цените на КП/КПр/АПр в рамките на оставащите средства за здравноосигурителните плащания за БМП.

Аналогични са и възможностите предвидени в чл. 355а от НРД за 2017 г. важащи за извършване на дейността в периодите м. декември 2017 г. - м. март 2018 г.

По настоящето дело видно от събраните доказателства, а и становището на ответника не подлежи на спор, че дейностите, за които се претендира плащане от страна на ищеца са от категорията описани в чл. 45 от ЗЗО и НРД за 2017 г. За всички тях от страна на изпълнителя на болнична помощ са подадени и заявления до директора на РЗОК за увеличаване на месечната

стойност по предвидения в НРД /чл. 355, ал. 8/. На база същите от страна на ответника е следвало да бъдат предприети описаните по- горе дейности за закупуване, респ. да се откаже при липса на съответните средства.

В случая за ПАС е без значение, че лечебното заведение не се е съобразило с чл.22 от Наредбата за осъществяване правото на достъп до медицинска помощ и е престирило съответните медицински услуги. Неспазване на законовата разпоредба не може да игнорира факта на извършването им и възникване на задължението за тяхното заплащане от страна на НЗОК с оглед текста на чл.45 от ЗЗО. То обаче логично следва да се извърши по разписния механизъм в чл. 355 и 355а от НРД 2017 г. и при наличие на съответните парични средства. Това е възможно, тъй като заплащането на съответната надлимитна медицинска дейност не съставлява разходване на средства, за които няма бюджетно предвиждане. В действителност, плащането за същата е дължимо за периода на действие на НРД, защото би станало факт или в един по- късен момент, ако пациентът се включи в листата на чакащите или за съответния период на 2017 г. ако пациентът е избрал да се лекува в друго здравно заведение , което не е превишило лимита си.

В случая данни за липса на средства при доказателствена тежест на ответника по делото не са представени, което налага извод, че отказът за закупуване е неоснователен.

Така изложеното до тук води до извод, че исковата претенция се явява основателна и ответника следва да бъде осъден да заплати исковата сума ведно със законната лихва от предявяване на иска.

До същия правен извод като краен резултат, е достигнал и първоинстанционния съд. Ето защо обжалваното решение следва да бъде потвърдено изцяло в обжалваната му част.

От страна на въззиваемото дружество е направено искане за присъждане на разноски пред въззивната инстанция и са представени доказателства за сторени такива в размер на 4950 лева. Ето защо следва Н.з.к. - гр.С., ул. "К" №1 да бъде осъдена да заплати на С.б. за р. "Р" ЕООД..., със седалище и адрес на управление: гр. Р., ул. "А.Б." No 2 , със съдебен адрес: гр.

С., бул. "В" №4, ет.3, кантора 6 – чрез адв. В.К. сумата 4 950 лева – разноси по делото пред въззивния съд.

**С оглед на гореизложеното и на основание чл.233 и чл.272 от ГПК,  
Пловдивският Апелативен съд**

## **РЕШИ:**

ОБЕЗСИЛВА решение №20185/06.07.2020г., постановено по т.д. № 82/2019г. по описа на Окръжен съд – Смолян, в частта с която е осъдена Н.з.к. - гр.С., ул. "К" №1 да заплати С.б. за р. "Р" ЕООД..., със седалище и адрес на управление: гр. Р., ул. "А.Б." № 2 , със съдебен адрес: гр. С., бул. "В" №4, ет.3, кантора 6 – чрез адв. В.К. сумите 21 780 лева за периода 01.10.2016г. – 31.10.2016г. и сумата 30 030 лева за периода 01.11.2016г. – 30.11.2016г., представляващи реално извършената и отчетена надлимитна дейност и ПРЕКРАТЯВА производството по предявените иски за заплащане на реално извършената и отчетена надлимитна дейност за следните периоди и суми: за периода 01.10.2016г. – 31.10.2016г. – сумата 21 780 лева и за периода 01.11.2016г. – 30.11.2016г. – сумата 30 030 лева.

ПОТВЪРЖДАВА решение №20185/06.07.2020г., постановено по т.д. № 82/2019г. по описа на Окръжен съд – Смолян, в частта с която е осъдена Н.з.к. - гр.С., ул. "К" №1 да заплати С.б. за р. "Р" ЕООД..., със седалище и адрес на управление: гр. Р., ул. "А.Б." № 2 , със съдебен адрес: гр. С., бул. "В" №4, ет.3, кантора 6 – чрез адв. В.К. стойностите на извършена, отчетена и приета, но неплатена болнична медицинска дейност по клинични пътеки по договори от 18.02.2015г. и 12.05.2017г., както следва: за периода 01.03.2017г. – 31.03.2017г. – сумата 2 970 лева, за периода 01.04.2017г. – 30.04.2017г. – сумата 10 230 лева, за периода 01.05.2017г.- 31.05.2017г. – сумата 17 490 лева, за периода 01.06.2017г. – 30.06.2017г. – сумата 15 510 лева, за периода 01.07.2017г. – 31.07.2017г. – сумата 13 860 лева, за периода 01.08.2017г. – 31.08.2017г. – сумата 29 700 лева, за периода 01.09.2017г. – 30.09.2017г. – 13 200 лева, за периода 01.11.2017г. – 30.11.2017г. – сумата 6 600 лева и за периода 01.12.2017г. – 31.12.2017г. – сумата 3 300 лева или общо 164 670 лева, ведно със законната лихва, считано от 11.09.2019г. до окончателното плащане, както и 11 932.98 лева – разноси по делото съразмерно на

уважената и отхвърлена част от исковете.

ОСЪЖДА Н.з.к. - гр.С., ул. "К" №1 да заплати на С.б. за р. "Р" ЕООД....., със седалище и адрес на управление: гр. Р., ул. "А.Б." No 2 , със съдебен адрес: гр. С., бул. "В" №4, ет.3, кантора 6 – чрез адв. В.К. сумата 4 950 лева – разноси по делото пред въззивния съд.

Решението подлежи на обжалване пред ВКС в едномесечен срок от съобщаването му на страните, при наличие на предпоставките по чл.280 от ГПК.

Препис от решението да се връчи на страните.

**Председател:** \_\_\_\_\_

**Членове:**

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_