

РЕШЕНИЕ

№ 4189

гр. София, 19.09.2011 г.

В ИМЕТО НА НАРОДА

АДМИНИСТРАТИВЕН СЪД СОФИЯ-ГРАД, Второ отделение 23 състав, в публично заседание на 12.09.2011 г. в следния състав:

АДМИНИСТРАТИВЕН СЪДИЯ: Антоанета Аргирова

при участието на секретаря Мая Георгиева, като разгледа дело номер **7649** по описа за **2010** година докладвано от съдията, и за да се произнесе взе предвид следното:

Производството е по реда на чл.145 и сл. от Административнопроцесуалния кодекс АПК, вр. чл.76а, ал.4 от Закона за здравното осигуряване /ЗЗО/.

Образувано е по жалба на [фирма], чрез процесуалния му представител-адв.М. С. срещу Писмена поканана на директора на Столична здравноосигурителна каса, изх.№29-02-70/18.08.2010г. за възстановяване на суми, получени без правно основание, с искане да бъде отменена, като незаконосъобразна. Твърденията на жалбоподателя са, че е спазил изискванията на 55, ал.2, т.2 ЗЗО, чл.199 и чл.205, т.8, вр.чл.261 НРД,2010, като фактическите констатации на органа за обратното били неверни. Конкретно твърди, че: 1. По История на заболяването /ИЗ/ 7551-В. М. Д. били спазени критериите за дехоспитализация. Състоянието на пациента било стабилизирано, като била овладяна диселектролитемията чрез многократни парантерални вливания на водносолеви разтвори, както и на калиев хлорид. Неизбежен резултат от осъществените вливания била промяната в хематокрита с постигната хемодилуция /разреждане на кръвта/, което обуславяло и фалшивото снижение на стойностите на формените елементи и хемоглобина; 2. По ИЗ 8245-С. И. Т. били спазени критериите за дехоспитализация. Положени били максимални диагностични и терапевтични усилия. Пациентът бил изписан със значително подобрение на състоянието, без кървене от ГИТ, с коригиран анемичен синдром, овладени болкови и астеноадиамични оплаквания; 3..По ИЗ 8823-Х. Б. С. били спазени критериите за дехоспитализация. При този пациент не можело да се очаква покачване на хемоглобина в хода на болничния престой, а оттук и неповлияването му да се приеме за неспазване на критериите за

дехоспитализация. Извършени били серия от диагностични процедури за уточняването на състоянието и правилно пациентът бил насочен към специализирано белодробно заведение; 4. По ИЗ 4994-А. С. М. били спазени критериите за дехоспитализация. Пациентът бил изписан с редуциране на болковите оплаквания, в подобро общо състояние, с отразена обективна находка за мек и неболезнен при палпация корем. Поставената диагноза „Х., гастритис, хроника, рефлукс езофагитис гр.Б” била коректна.; 5. По ИЗ 8620-Д. И. М. непревеждането на лечение на придружаващото заболяване се дължало на отказа ѝ да приеме промяна на противодиабетното ѝ лечение. Пациентът бил диспансеризиран за 3Д при ендокринолог и след съвместно обсъждане се решило след амбулаторно проследяване в спокойна обстановка и редовен прием на Д. да се прецени необходимостта от инсулинолечение; 6. По ИЗ 5693-Г. И. И. били изпълнени изискванията на алгоритъма на Клинична пътека /КП/144 , а именно да са приложени и отчетени три основни диагностични /от общо съдържащи се пет в универсалния пакет от диагностично-лечебния алгоритъм/ и две основни терапевтични процедури. В случая извършените три диагностични процедури били изследване на кръв, Уз-диагностика на бременна матка и мониториране на плода; 7. По ИЗ 6930 и ИЗ 8861-Б. А. Х. и Б. К. С.-Т., алгоритъмът на КП бил изпълнен. Обратно на приетото от органа, било направено изследване на урина. Това обстоятелство било отразено в информационната система на лечебното заведение-жалбоподател със съответните дата и час. Единственият пропуск бил този, че фишът не бил залепен в ИЗ. Направеното изследване било отразено в и епикриза; 8. По ИЗ 9571-Т. С. Т. били изпълнени критериите за дехоспитализация, тъй като било налице подобрене на общото състояние, отзвучаване на белодробната находка, редуциране на отчетените при пациента изливи, което било видно от контролната рентгенова снимка, извършена в деня на изписването-27.04.2010г., 12.45 часа. Рентгеновата снимка фигурирала в електронната база на болницата, но не била добавена в подготвената епикриза. Ответникът по жалбата-директорът на СЗОК в депозирано по делото на 25.02.2011г. писмено становище оспорва изцяло основателността на жалбата.

Административен съд-София град, след като обсъди релевираните с жалбата основания, доводите на страните в съдебно заседание, прецени събраните по делото доказателства по реда на чл.235 от ГПК, вр.чл.144 от АПК и служебно, на основание чл.168, ал.1, вр.чл.146 от АПК, провери изцяло законосъобразността на обжалвания акт, намира следното от фактическа и правна страна:

Административното производство е започнало въз основа на Заповед №РД-25-207/17.06.2010г. на директора на НЗОК и Заповед №РД-25-233/06.10.2008г. на директора на СЗОК /л.144-л.145 от досието на делото/ за извършване на пълна съвместна медицинска проверка със служители на НЗОК на изпълнението на договор №22-2513/2010, сключен с МБАЛ [фирма]. За резултатите от извършената проверка са съставени Констативни протоколи /КП/ от 28.06.2010г и Протокол за неоснователно получени суми /ПНПС/ №МВ-144/02.07.2010г. Констатациите по ПНПС, в частта им по т.І.1а , т.І.1б, І.1в, т.І.2, т.І.5, т.1.4б, т.-4в и т.ІV,1б, са били оспорени от изпълнителния директор на МБАЛ [фирма] с писмено възражение от 12.07.2010г., което е било намерено за неоснователно. С жалбата до съда, жалбоподателят оспорва единствено констатациите за ИЗ №№7551, 8245, 8823, 4994, 8620, 5693, 6930, 8861 и 9571. В тази връзка по негово искане и поради необходимостта от специални знания в областта на медицината, с които съдът не разполага, е била допусната и извършена СМЕ, със задачи, формулирани от жалбоподателя и ответника . Видно от приетото по

нея и неоспорено от страните заключение на вещото лице и писмените доказателства, съдържащи се в адм.преписка по: 1.ИЗ №7551/2010г.-В. М. Д., 76г. е постъпила за лечение на 26.03.2010г. и е изписана на 01.04.2010г. с окончателна диагноза: Активни язви на дуоденума /2/. П.. Б. стеноза. Хроничен обострен гастрит, Н.Р.+ Вторична анемия. Х. зостер, постзостерова невралгия. Кисти на левия бъбрек. В епикризата на болната не е вписан № на клиничната пътека, като тя е била лекувана по КП №26: „Заболявания на горния гастроинтестинален тракт“. В алгоритъма на КП №26, подточка 4: „Д. и определяне на следболничен режим“ /медицински критерии за дехоспитализация/ е включено изискването дехоспитализацията да се осъществява след корекция на изходните стойности на хемоглобина както и корекция на патологично променени показатели. В случая вещото лице сочи, че хемоглобинът е следвало да се повиши над 120 г/л, а хематокритът над 0.37. Критериите за дехоспитализация включват задължително обективизиране, компенсиране или нормализиране на параметри и биоконстанти, както и извършването на контролни медико-диагностични изследвания при отклонения в жизнени параметри и лабораторни показатели /чл.205, т.8 от НРД,2010г./. Вещото лице сочи още, че от епикризата е видно, че болната е изписана на 01.04.2010г. с диагнозата „Вторична анемия“ и с понижаващи се стойности на хемоглобина- 120, 111 и 102 г/л и хематокрита- 0,37, 0,32, и 0.29, СУЕ- 34 мм (при норма до 30 по В.), уринен профил- белтък (+), 20-25 левкоцита, 10-12 еритроцита, бактерии. Действително, както твърди жалбоподателят, спадът на хематокрита можел да се обясни с хемодилуцията /разреждане на кръвта/ поради вливанията при болната. Но спадът на хемоглобина при вторичната анемия не се влияел от тях, защото той се синтезира в костния мозък и се влияел от неговата продукция. Вторичните /симптоматични/ анемии най-често били желязонедеимъчни. Те можели да се предизвикат от:продължително приемане на храна, бедна на желязо; Смутена резорбция на желязо поради заболявания на стомаха или червата; Хронични кръвозагуби: от стомашно-чревния канал; от генитоуринарния тракт; от дихателните пътища; кръвоизливи при смущения в кръвосъсирването; повишен разход при хронични инфекции /бактериални и вирусни/, при тумори и др. В конкретния случай липсвало количествено намаление на желязото в организма, а то се натрупвало във възпалителните огнища или туморния процес. Ж. анемия обикновено не била самостоятелно заболяване, а проява на друго основно заболяване, което трябва внимателно да се издири. От епикризата било видно, че болната е изписана и с патологично променени показатели на урината: белтък /40, 20-25 левкоцита, 10-12 еритроцита, бактерии, а при здрав човек белтък липсвал, левкоцитите били до 3 бр., без еритроцити и без бактерии/. В случая липсвал консултативен преглед със специалист-нефролог относно провеждане на адекватно лечение. С тези съображения, вещото лице обуславя извода си, че алгоритъмът на КП №26 за корекция на патологично променени показатели не е бил изпълнен от лечебното заведение-жалбоподател; 2.ИЗ №8245/2010г.- С. И. Т., 70г. е постъпил за лечение на 07.04.2010г. и е изписан на 13.04.2010г. с окончателна диагноза: Хронична калозна дуоденална язва. Релативна булбарна непроходимост II ст., хроничен булбит Н.Р. +. Състояние след мелена. Вторична желязодефицитна анемия. Захарен диабет- тип 2. Артериална хипертония. Хроничен хепатит , анти- НВс+. С.. Хроничен калкулозен холецистит. Н.. Хроничен пиелонефрит. Проведени са били следните изследвания: Ехография на коремни органи; Температурен лист. В епикризата и за този пациент не е вписан № на клиничната пътека, като същият е бил лекуван по КП №26: „Заболявания

на горния гастроинтестинален тракт". От епикризата било видно, че след кръвопреливания, В. и други вливания, хемоглобинът на болния се е повишил /82; 83.9; 99.2 г/л/, но вещото лице сочи, че това е много под нормата за мъж- от 140 до 160 г/л, т.е. анемичния синдром не бил добре коригиран, а оттук- не бил изпълнен и алгоритъмът на КП №26 за корекция на патологично променени показатели. В ехографското изследване на коремни органи било отразено паренхимно увреждане на бъбреците, което налагало и контрол на бъбречната функция. Болният е имал патологично променени показатели на урината /белтък- положителен.; глюкоза- пол.; кетотела- пол.; хемоглобин- пол.;сидимент- 5-6 еритроцита, 15-20 еритр/), които в хода на лечението не били коригирани. Това само по себе си също обуславяло извод, че не е изпълнен алгоритъмът на КП №26 за корекция на патологично променени показатели. Отделно от това и въпреки консултацията на ендокринолог, придружаващото заболяване „Захарен диабет- тип 2”, не било лекувано адекватно, защото по време на хоспитализацията не бил включен Д.; 3. ИЗ №8823/2010г.- Х. Б. С., 74г. е постъпил за лечение на 13.04.2010г. и е изписан на 20.04.2010г. с окончателна диагноза: Хроничен гастрит Х. пилори +. Р. езофагит А. Вторична анемия. П.- асцит и двустранни плеврални изливи. Захарен диабет тип 2-инсулинолечение. Състояние след миокарден инфаркт. Състояние след РТСА и имплантиране на ICS на LAD. Състояние след исхемичен мозъчен инсулт в БДСМА. В епикризата отново не вписан № на клиничната пътека, като ЗЗО е лекувано по КП №91:”Бронхопневмония и бронхиолит при лица над 18 годишна възраст”. При този пациент, според вещото лице не е била желателна корекция на анемията /хемоглобин 90.8; 83.9; 85.5/ чрез кръвопреливания, защото в кръвта му били открити автоантиеритроцитни антитела от клас IgG и при извършване на кръвопреливане съществува реална опасност от тежка вътресъдова неовладяема хемолиза. Въпреки това, болният бил дехоспитализиран с трицифрено СУЕ- 104 мм/ час по В. /при норма до 30/ и много високи стойности на CRP /с-реактивен протеин/- 124.78 /при норма от 0 до 8.2/ Тези две изследвания показвали наличието на тежка неовладяна възпалителна реакция в организма. СУЕ не било проконтролирано след 13.04.10г., т.е не било изследвано при дехоспитализацията. С оглед на това вещото лице обуславя извода си, че не е бил изпълнен алгоритъмът на КП №91 за корекция на патологично променени показатели; 4. ИЗ №4994/2010г.-А. С. М., 46г. Постъпил е за лечение на 25.02.2010г. и е изписан на 02.03.2010г. с окончателна диагноза: Х.. Г. хроника. Р. езофагит- гр. Б. Образно /КТ и ФГС/ изследване. Ехография на коремни органи. Отново без вписан № на клиничната пътека в епикризата, като лицето е лекувано по КП №33: „Заболявания на хепатобилиарна система, панкреаса и перитонеума". При ехография на коремните органи на болния при постъпването му, ехографистът д-р Р. Ц. е описал: „...Жлъчен мехур- с нормални размери, правилна форма, незадебелени стени, единичен конкремент /камък/ с диам. 7мм към задната стена. След КТ на болния на 26.02.2010г., д-р И. е разчел:„...Ж.-прегънат в областта на шийката и без конкременти. П. промени в ложето на жлъчния мехур, в заключение- „С. хепатис”. В епикризата била приета окончателната диагноза: „Х." въз основа на ехографията на жлъчния мехур, като било пренебрегнато заключението на компютърната томография, че липсва камък в жлъчния мехур. Според вещото лице ехографското изследване имало по-малка разделителна способност и представлявало метод, основаващ се на принципа на кавитацията. При този метод важно значение имал и субективният фактор /опита на специалиста, извършил изследването/. В медицината този метод с право бил наречен „игра на светлосенки". При компютърната

томография разделителната способност била много по-висока и човешкият фактор бил сведен до минимум. В случая, в приложената медицинска документация имало противоречие в диагнозите между двете инструментални изследвания. Болният бил изписан с диагноза: „Х.“, която включвала и възпаление на жлъчния мехур. В този смисъл необосновано, лечебното заведение във възражението си в адм.производство твърдяло, че липсват параклинични данни за възпалителен процес. В структурата /алгоритъма/ на КП №33, подточка 4: „Д. и определяне на следболничен режим“ /медицински критерии за дехоспитализация/ се изисквало дехоспитализацията да се осъществява след осигуряване на коректна диагноза според алгоритъма на КП, а в случая той включвал други изобразителни изследвания КТ и/или МРТ- на корем. С оглед на това вещото лице, обуславя извода си че алгоритъмът по КП 33 за ИЗ №8823/2010г. не е бил изпълнен; 5. ИЗ №9571/2010г.- Т. С. Т., ЕГН [ЕГН]. Лицето е било хоспитализирано двукратно последователно в МБАЛ [фирма], като приема ѝ е отразен в следните ИЗ: № 8985/1078, когато е била хоспитализирана на 14.04.2010г. по клинична пътека №68 в нефрологичен сектор и е изписана на 17.04.2010г. с окончателна диагноза: ХБН- терминална. У. перикардит. Вторична анемия. АХ III ст. Хипертонично сърце. Състояние след тотална хистеректомия и левостранна аднексектомия; №9571 /процесната ИЗ/, по която ЗЗО е постъпило за лечение след три дни- на 20.04.2010г. и е изписано на 27.04.2010г. с окончателна диагноза:” П. в ляво с плеврален излив. Хронична бъбречна недостатъчност-хрониодиализа. /Д.. Рентгеново изследване на дясна колянна става, рентгенография на бели дробове и сърце. Отново без вписан № на клинична пътека в епикризата. Била е лекувана по КП №91: „Бронхопневмония и бронхиолит при лица над 18 годишна възраст“. Вещото лице сочи, че в епикризата и окончателната диагноза на ИЗ №9571/2010г. липсвали

заболяванията: „У. перикардит. Вторична анемия. АХ III ст. Хипертонично сърце“, които били отразени в диагнозата на ИЗ №8985/1078. При това в соматичния статус на епикризата от ИЗ №9571/2010г. било вписано перикардно триене в дясно парастернално, редуцирано; Ан- 180/90, а от изследванията-:”трицифрено СУЕ и CRP и ниски стойности на НЬ и Нст.” Приложените в медицинската документация изследвания-фишове от 20.04.2010г. за кръвни изследвания отчитали Хб- 83.5 г/л, Хт- 0.247, СУЕ-105 мм/час; от 26.04.2010г.: Хб-81.6 г/л, Хт- 0.25, СУЕ- 108 мм/час, CRP- 75.1 / при норма норма 0- 8.2/. Тези обективни данни сочели, че един ден преди изписването хематологичните показатели на болната са се влошили, вместо да се подобрят от приложеното лечение и били много под нормата. Високите стойности на Креатинина при приемането ѝ не били проконтролирани при дехоспитализацията. Рентгенографията на белите дробове и сърцето от 21.04.2010г.-т.е. ден след хоспитализацията установявала промени, както при плеврални изливи двустранно, по-изразено в ляво. Обратно на твърденията на лечебното заведение-жалбоподател, липсвала контролна Р.-графия на белите дробове преди или в деня на дехоспитализацията. С тези съображения вещото лице обуславя извода си, че алгоритъмът на КП №91 не е изпълнен- липсвало стабилизиране и/или подобряване на лабораторните показатели /ПКК + ДБ, КАС, микробиологични изследвания/, както и пълно обратно развитие на рентгеновите изменения. Нарушени е било изискването пациентът да се подготви за изписване като се приключат и преценят контролните изследвания-ПКК+ДБ, АКР, контролна рентгенография на гръдния кош и др.; 6.ИЗ №8620/2010г.-Д. И. М., 70г. Лицето е постъпило за лечение на 12.04.2010г. и е

изписано на 14.04.2010г. с окончателна диагноза: Хроничен неспецифичен колит. Захарен диабет тип 2. У.. Д.. Ч. стеатоза. Артериална хипертония. Г.. Лекувано е по КП №27: „Интервенционални процедури при заболявания на гастроинтестиналния тракт с неголям обем и сложност". Към ИЗ няма приложени ксерокопия от лекарски декурзуси по време на лечението на болната. Била е проведена консултация с ендокринолог, при която пациентката е показана за преминаване към инсулинолечение с М.: 3ОЕ + 26Е. В температурния лист и в епикризата на лицето, обаче липсвало отразяване за инсулиново лечение. Не бил вписан е отказ на пациентката от инсулиново лечение при положение, че е имало консултация с ендокринолог. И за този случай ВЛ е категорично в извода си, че не бил изпълнен критерия за дехоспитализация- по време на хоспитализацията във ВО- гастроентерология не било извършено **инсулиново** лечение на придружаващото заболяване на болната- захарен диабет-тип 2, инсулинозависим тип; 7.ИЗ №5653/212/2010г.- Г. И. И., 33г. постъпила за лечение на 06.03.2010г. и изписана на 09.03.2010г. с основна диагноза: Лъжливо раждане преди навършени 37 гестационни седмици. Лекувана е по КП №144: „Стационарни грижи при бременност с повишен риск преди 36 гестационна седмица". Алгоритъмът на КП включвал задължително изследването на урина на болната. Всички изследвания по КП №144 следвало да се обективизират с оригинални документи, приложени в ИЗ. В извършените и приложени параклинични изследвания в случая липсвало изследване на порция урина. Не били отразени /нанесени/ резултати от изследване на универсален пакет-анализ на урина-седименти както в ИЗ., така и в епикризата. Поради това следвало да се приеме, че не са изпълнени медицинските критерии за дехоспитализация по КП №144, а именно дехоспитализацията да се осъществи при липса на протеинурия. В медиц. документация и в епикризата на болната при изписването ѝ нямало изследване на урината, а оттук и не можело да се установи дали е имала протеинурия /белтък в урината/ или не; 8.ИЗ №6930/261/2010г.- Б. К. С.-Т., 33г. постъпила за лечение на 19.03.2010г. и изписана на 22.03.2010г. Без вписан № на КП в епикризата. Била е лекувана е по КП №144: „Стационарни грижи при бременност с повишен риск преди 36 гестационна седмица". Предварителна диагноза- Лъжливо раждане и без вписана основна диагноза в епикризата. Епикризата била и незавършена-липсвала фетална биометрия, лечение, подписите на лекуващия лекар и началника на АГО. Вещото лице сочи, че в алгоритъма на клиничната пътека изследването на урина на болната е задължително, като изследванията трябва да са обективизирани в оригинални документи, приложени в ИЗ. В случая нямало приложен оригинален документ-фиш за изследване на порция урина /универсален пакет- анализ на урина-

седимент/. С. на урината не бил описан и в епикризата. Д. по КП №144 се осъществявала при липса на протеинурия, а при изписването на пациента по ИЗ №6930 било вписано: „Белтък- урина- тест лента-следи”. Това означавало, че не е изпълнен горе посоченият медицински критерий за дехоспитализация. Не бил изпълнен медицинският критерий за дехоспитализация и за ИЗ №8861/325/2010г.- Б. А. Х.. Изследването на урина е било задължително, като отново липсва оригинален документ-фиш, обективизиращ извършването на това изследване. Последните приложени резултати от изследване на урина били от 14.04.2011г. и показвали: „Белтък- урина-тест лента-следи. Г.- урина-тест лента- П. 1+100; кетотела- урина- тест лента-П. 2+60”, но при изписването на същата на 16.04.2011г., в епикризата не било отразено имала ли е протеинурия, кетонурия и глюкозурия или не.

Съдът кредитира заключението на вещото лице и приема, че жалбоподателят в съответствие с носената от него доказателствена тежест, като не е представил необходимите първични документи, следва да понесе процесуалната тежест от не опроверганите констатации по КП и ПНПС за неспазените критерии и алгоритъм по КП. Протоколите притежават официална материална доказателствена сила /чл.179, ал.1 ГПК, вр.чл.144 АПК/ и при липсата на успешно проведено насрещно доказване, удостоверените с тях факти, следва да се приемат от съда за осъществени по начина, посочен в тях. При така установеното от фактическа страна, съдът обосновава следните правни изводи:

Жалбата е допустима.

Подадена е срещу акт, който подлежи на оспорване по съдебен ред чл.76а, ал.3 ЗЗО/ и от лице, легитимирано да го оспори в качеството на адресат, засегнат неблагоприятно от него. Спазен и преклузивният 14-дневен срок за подаването на жалбата до съда.

Разгледана по същество, жалбата е неоснователна.

Актът е издаден от компетентен орган, при спазване на установената форма и на административнопроизводствените правила, и при правилно приложение на материалния закон:

Обхватът на медицинската помощ е очертан в разпоредбата на чл. 45, ал. 1 от ЗЗО и в него се включва болнична медицинска помощ за диагностициране и лечение по повод заболяване, а според чл. 10, т.4 от НРД,2010г., болничната помощ включва клинични пътеки и медицински изделия. Клиничната пътека, съгласно легалната дефиниция на §1 от Наредба № 40/24.11.2004г. за определяне на основния пакет от здравни дейности, гарантирани от бюджета на НЗОК е система от изисквания и указания за поведение на различните видове медицински специалисти при диагностични и лечебни процедури при пациенти с определени заболявания, изискващи хоспитализация в лечебни заведения със стационар. Съгласно чл. 199 от НРД, 2010г., изпълнителят на болнична помощ в процеса на диагностика, лечение и обслужване на пациента прилага утвърдени начини на действие, съобразени с указанията за клинично поведение в КП. В чл. 205 от НРД,2010г. са определени и основните компоненти на клиничната пътека, сред които е и

дехоспитализацията /т.8/. Критериите за дехоспитализация включват задължително обективизиране, компенсиране или нормализиране на параметри и биоконстанти, както и извършването на контролни медико-диагностични изследвания при отклонения в жизнени параметри и лабораторни показатели/ и определяне на следболничен режим; обективните критерии за дехоспитализация кореспондират с обективни критерии при хоспитализация.

Националната здравноосигурителна каса заплаща договорената и извършена медицинска дейност. Когато дейността е реално извършена, но не е договорена, или е договорена, но не е реално извършена, или извършването е неточно или непълно съобразно медицинските стандарти, както е в процесния случай, плащане не се дължи. А ако е извършено, то е без правно основание. Разпоредбата на чл.76а, ЗЗО предвижда, че когато изпълнителят на медицинска и/или дентална помощ е получил суми без правно основание, които не са свързани с извършване на нарушение по този закон, и това е установено при проверка от контролните органи по чл.72, ал.2, е длъжен да възстанови сумите. За целта се съставя протокол за неоснователно получени суми, като лицето - обект на проверката, има право да представи писмено възражение пред директора на РЗОК в 7-дневен срок от връчване на протокола. След изтичане на срока за възражение, директорът на РЗОК издава писмена покана за възстановяване на сумите, получени без правно основание. В съответствие с приетото за установено от фактическа страна, констатациите на компетентните проверяващи органи по чл.72, ал.2, вр.ал.3 ЗЗО, при спазване на административнопроизводствените правила, отразяват действителното фактическо положение за неспазени изисквания /алгоритъм/ по КП. Поради това издадената въз основа на тях и обжалвана в пределите на настоящото съдебно производство покана за доброволно изпълнение е материално законосъобразна, а жалбата срещу нея е неоснователна и следва да бъде отхвърлена.

С оглед на гореизложеното и на основание чл.172, ал.2, предл.пето от АПК, Административен съд-С. град, II отделение, 23-ти състав

Р Е Ш И:

ОТХВЪРЛЯ жалбата на [фирма], чрез процесуалния му представител-адв.М. С. срещу Писмена покана на директора на Столична здравноосигурителна каса, изх.№29-02-70/18.08.2010г. за възстановяване на суми, получени без правно основание.

Решението може да бъде обжалвано чрез Административен съд София-град пред Върховния административен съд на РБ в 14-дневен срок от съобщаването му на страните.

Решението да се съобщи на страните чрез изпращане на препис от него по реда на чл.137 от АПК.

АДМИНИСТРАТИВЕН СЪДИЯ: