

РЕШЕНИЕ

№ 14139

гр. София, 14.04.2026 г.

В ИМЕТО НА НАРОДА

АДМИНИСТРАТИВЕН СЪД - СОФИЯ-ГРАД, Второ отделение 38 състав, в публично заседание на 23.03.2026 г. в следния състав:

СЪДИЯ: Ивета Стефанова

при участието на секретаря Елена Георгиева, като разгледа дело номер **2553** по описа за **2026** 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. с чл. 76а, ал. 4 от Закона за здравното осигуряване (ЗЗО).

Образувано е по жалба от „А. Сити К. Университетска многопрофилна болница за активно лечение Т.“ ЕАД, подадена чрез адв. Р., против Писмена покана за възстановяване на суми, получени без правно основание № РД-25ПП-22-48/10.02.2026 г., издадена от директора на Столичната здравноосигурителна каса. С оплаквания за процесуална и материална незаконосъобразност на атакувания акт се претендира отмяната му и присъждане на деловодните разноски в размера на заплатената държавна такса.

Ответникът – директорът на Столичната здравноосигурителна каса, чрез юрк. Ш., оспорва жалбата. С отричащи основателността ѝ доводи моли да бъде отхвърлена. Претендира юрисконсултско възнаграждение.

Жалбата е допустима и основателна.

По делото няма спор за факти. „А. Сити К. Университетска многопрофилна болница за активно лечение Т.“ ЕАД е лечебно заведение по смисъла на чл.9, ал.1, т.1 от Закона за лечебните заведения (ЗЛЗ). В това си качество дружеството е сключило с Националната здравноосигурителна каса (НЗОК/касата) Договор № 22-2513/27.10.2023г. за оказване на болнична помощ по клинични пътеки и извършване на амбулаторни и клинични процедури с НЗОК.

Със Заповед № РД-18-1753/15.12.2025 г. директорът на СЗОК е наредил да бъде извършена извънпланова тематична проверка на лечебното заведение по изпълнение на индивидуалния договор за оказване на болнична медицинска помощ, като е определил конкретни задачи, срок за

извършването ѝ и натоварените с възложения контрол длъжностни лица. За резултатите от проверката са съставени Протокол № РД-18-1753-1/12.01.2026 г. и Протокол за неоснователно получени суми № РД-18-1753-2/12.01.2026 г., връчени на 14.01.2026 г. на проверяваното дружество, депозирало съответно възражение и становище с приложени доказателства.

Административното производство е приключило с постановяване на оспорената писмена покана, с която на основание чл. 76а, ал. 1 ЗЗО директорът на СЗОК е приканил жалбоподателя да възстанови доброволно неоснователно получена сума в размер на 12 573,48 евро (24 591,60 лева). Според фактическите установявания на административния орган ИЗ № 29696/2025 г. на ЗОЛ С. Ц. И., хоспитализиран на 06.08.2025 г. по КП № 120.2 „Лечение на полиорганна недостатъчност, развила се след сърдечна операция, с продължителна механична вентилация“ и починал на 21.10.2025 г., е трети на брой случай по въпросната КП за м. октомври 2025 г. Съобразно данните в справка № 318/08.12.2025 г. за периода 01.10.2025. – 31.10.2025 г. е констатирано, че при отчетени общо 64 случая по КП № 116 до КП № 122 на заплащане от НЗОК подлежат 2 бр. по КП № 120.2, поради което заплатената от касата дейност по горепосоченото трето ИЗ надхвърля нормативно определения лимит от 2,5 %.

Въз основа на тези констатации органът е извел заключение, че стойността от 24 591,60 лева на КП № 120.2 за ИЗ № 29696/2025 г. е неоснователно получена от болницата. Дължимото ѝ възстановяване от жалбоподателя е обосновано от правна страна с разпоредбата на чл. 368б, ал. 19 от Националния рамков договор за медицинските дейности за 2023 – 2025 г. (НРД за МД) – НЗОК заплаща на лечебното заведение, изпълнител на болнична помощ, за КП № 120.1 и № 120.2 съгласно ДЛА за не повече от 5 %, съответно 2,5 % от броя на случаите по КП № 116, 117, 118, 119, 121 и 122.

Извършената в изпълнение на чл. 168 АПК служебна проверка констатира, че актът е издаден от компетентен орган в съответствие с предоставените му в чл. 76а, ал. 3 ЗЗО правомощия.

В противовес на защитната теза на дружеството, оспореното волеизявление е обективизирано в надлежна форма и съдържа изискуемите от закона реквизити. В оспорената покана са посочени издателя и адресата на административно разпореденото, изложени са фактическите констатации и правните основания за издаването ѝ, налице е разпоредителна част, определяща задължението на проверяваното лице, начина и срока за изпълнението му. Съдържанието на акта дава възможност за упражняване на контрол за законосъобразност от съда и гарантира правото на защита на засегнатото лице. Преценката на изискването за мотивираност на волеизявлението е предпоставена и от съдържащата се в съпътстващите го актове обосновка на упражненото от директора на СЗОК правомощие, в частност – справка № 318/08.12.2025 г., констативен протокол и протокол за неоснователно получени суми, изготвени на 12.01.2026 г. При допустимо излагане на фактическите и правни съображения в придружаващи основното волеизявление документи (предхождащи или последващи издаването на акта) обемането им в посочените писмени източници, съставени във връзка с произнасянето на решаващия орган, обуславя заключение за съответствие на обжалвания акт с изискванията за дължимото по чл. 59, ал. 2, т. 4 АПК. Еднократното неправилно цитиране в обстоятелствената част на поканата на надвишения допустим за финансиране от НЗОК праг (5% вместо 2,5%) не се отразява на формата на акта, доколкото представлява очевидна фактическа грешка, отстранима по реда на чл. 62 АПК.

Несподелими са съжденията на жалбоподателя относно приложимия към спорното правоотношение процесуален ред за възстановяване на неоснователно получени суми. В случая дължимото връщане на заплатената от касата медицинска дейност не е свързано с извършено от дружеството нарушение на ЗЗО или на НРД, а с обективен критерий - нормативно установено ограничение на финансирането. Затова случаят попада в обхвата на производството по чл. 76а

ЗЗО, към което арбитражната процедура по чл. 75 ЗЗО е неотнoсима.

Актът е опорочен от процесуално-правна страна обаче поради издаването му в нарушение на задължението по чл. 35 АПК, вр. чл. 76а, ал. 2 ЗЗО за изясняване на релевантните за случая факти и обстоятелства, по-специално – неспазване на изискването за обсъждане на обясненията и възраженията на заинтересованото лице. Решаващият орган се е произнесъл без да разгледа заявените значими за спора съображения на проверяваното лечебно заведение, които биха могли да доведат до различен правен резултат от постановения. Поради пълното игнориране на възражението и приложената към него медицинска обосновка на случая, извън обхвата на дължимото от органа изследване са останали въпросите относно елементите от фактическия състав на приложената правна норма, в т.ч. меродавния отчетен период и законосъобразността на въведения лимит. В проведеното административно производство не е даден отговор на основни за спорното правоотношение въпроси, важими към надлежното упражняване на правомощията на административния орган, включително в контекста на принципа за съразмерност. Констатираният пропуск обуславя извод за засягане на обжалваната покана от съществен процесуален порок – отменително основание по чл. 146, т. 3 АПК.

Поканата е и материално незаконосъобразна по смисъла на чл. 146, т. 4 и 5 АПК.

Спорът по делото се концентрира върху противоречието в позициите на страните по въпроса за осъществяването на предпоставките за възникване на задължението за възстановяване на процесната сума, в частност – получаването ѝ без основание, поради надхвърляне на заплащания от НЗОК обем (2,5 % от броя на случаите по КП 116 – 122).

В случаите, 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 или на НРД, и това е установено при проверка от контролните органи, изпълнителят е длъжен да възстанови сумите – чл. 76а, ал. 1 ЗЗО. С разпоредбата на чл. 368б, ал. 19 от НРД е предвидено ограничено заплащане от касата на КП № 120.1 и № 120.2, сведено съответно до 5 % и до 2,5 % от броя на случаите по кардиохирургичните клинични пътеки (КП № 116, 117, 118, 119, 121 и 122). Посоченото правило въвежда лимит на случаите на вторично лечение, наложило се поради възникнали следоперативни усложнения, чието финансиране се поема от НЗОК. Този лимит не е фиксиран в абсолютна стойност, а следва бъде извеждан конкретно и индивидуално като процентно съотношение спрямо общия брой сърдечни операции, без да е указан релевантен период на извършването/отчитането им, на който да се базират съответните калкулации. Според цитираната уредба надхвърлянето му отрича правото на болничното заведение да получи заплащане за надлежно проведено лечение, независимо от неговата необходимост и неотложност, задължението за предоставяне на търсената от пациента здравна услуга и законосъобразното изпълнение на съответната медицинска дейност.

Основателни са в тази връзка съжденията на жалбоподателя, че залагането на подобно ограничение само по себе си противоречи на норми от по-висока степен, а отсъствието на дефиниран отчетен период във формулировката на текста създава неяснота, изключваща адекватното му приложение.

Правото на здравноосигурените лица на достъпна медицинска помощ е конституционно закрепено – чл. 52, ал. 1 и 2 КРБ. По аргумент от разпоредбите на чл. 4, ал. 1 и 2 ЗЗО задължителното здравно осигуряване гарантира свободен достъп на осигурените лица до медицинска помощ чрез определен по вид, обхват и обем пакет от здравни дейности, обезпечен от бюджета на НЗОК, при свободен избор на изпълнител на медицинска помощ, сключил договор с РЗОК. На законоустановеното право на осигуреното лице да избере свободно болничното заведение, в което да се лекува, съответства задължението на изпълнителя на медицинска помощ

да го приеме и да окаже дължимата здравна услуга. По силата на чл. 45, ал. 1 и 2 ЗЗО НЗОК заплаща на изпълнителите оказаната медицинска дейност в обхвата на задължителното здравно осигуряване, като в бюджета на касата задължително се предвижда резерв, включително за непредвидени и неотложни разходи – чл. 25 с.з.

Следователно надлежното изпълнение от страна на лечебното заведение на възложената му с индивидуалния договор медицинска помощ, изразена в случая в лечение на полиорганна недостатъчност, развила се след сърдечна операция, с продължителна механична вентилация, предполага корелативното задължение на административния орган да заплати коректно изпълнената медицинска дейност, в т.ч. вложените в терапията лекарствени продукти и медицински изделия. Затова платените от НЗОК средства за проведеното необходимо, своевременно и качествено медицинско обслужване на пациента са правомерно получени от жалбоподателя.

Недопустимо е лишаване на здравноосигуреното лице от предоставянето на медицинска помощ и нарушаване на правото му на избор на изпълнител, респ. прехвърляне на финансовата тежест за оказаната здравна услуга, гарантирана от специализирания бюджетен орган, върху изпълнителя на болничната помощ, поради формално достигане на заложен в подзаконов нормативен акт лимит за даден тип медицинска дейност. Нормата на чл. 55, ал. 3, т. 2 ЗЗО установява забрана за включване в НРД на условия, възпрепятстващи свободния избор от осигурения на изпълнители на медицинска помощ, сключили договор с РЗОК, към която категория принадлежи определянето на максимален брой случаи по КП № 120.1 и КП № 120.2, поемани от бюджета на касата. Логиката и принципите на функциониране на здравната система закономерно предполагат потенциалният риск от постоперативни усложнения при сърдечни хирургически интервенции да бъде за сметка на държавния бюджет. Ограничение с очертаното в чл. 368б, ал. 19 НРД съдържание, имащо за последица възлагане на разходите за лечението върху здравноосигуреното лице или върху лечебното заведение, не намира опора в релевантната законова уредба. Затова и по аргумент от чл. 15, ал. 3 ЗНА и чл. 5, ал. 1 АПК липсва легитимно основание да се иска възстановяване на дължимо от НЗОК заплащане.

Доколкото въвеждането на лимит в количеството заплащана болнична помощ е свързано с настъпването на неблагоприятни за изпълнителя последици, установяващото го правило трябва да бъде безусловно, ясно и точно. Разпоредбата на чл. 368б, ал. 19 НРД, с която се мотивира твърдението за неоснователно получена сума, не регламентира изрично отчетен период, поради което в случая са възможни различни времеви критерии на отчетност – годишно, на полугодие, тримесечно, ежемесечно, предходен период. Мерадавната времева рамка на отчитане обаче не следва да се предполага, тълкува или извежда, а трябва да е нарочно фиксирана, за да има яснота и определеност в правоотношенията, още повече предвид необходимостта от привеждане на дейността на дружеството в съответствие с посоченото правило.

Автоматично заложеното в интегрираната информационна система за отчитане на дейността на лечебните заведения към здравната каса ежемесечно отчитане не променя крайния извод за незаконосъобразност на атакуваната покана. Лечебното заведение обективно няма (не би и могло да има) предварително познание относно броя на възможните случаи на следоперативно усложнение за определен времеви диапазон, бил той и ежемесечен, за да избегне превишаване на въпросните 5 % или 2,5 %. Събития от подобен характер не подлежат на прогнозиране, (не)равномерното им възникване не зависи от изпълнителя на болнична помощ. По данни на дружеството за предходния месец (м. септември 2025 г.) не е отчетена нито една КП № 120.2, докато през процесния м. октомври отчетът им възлиза на три броя. Към момента на приема на пациента през м. август 2025 г. лечебното заведение не би могло да предвиди продължителността

на хоспитализацията, нито момента на отчитане на извършената медицинска дейност, обусловен от настъпилния летален изход на пациента през м. октомври. Аргумент в подкрепа на преценката за основателно получено заплащане на процесния случай може да бъде черпен от факта, че НЗОК би заплатила лечението при евентуалното му отчитане от жалбоподателя в предходен или следващ месец и при избрана от ЗОЛ хоспитализация в друго лечебно заведение, което не е достигнало заложения в чл. 368б, ал. 19 НРД лимит. С други думи констатираното номинално надхвърляне на броя ИЗ по КП № 120.2 за м. октомври 2025 г. не е причина за неусвояване на средствата от бюджета на НЗОК за сметка на изпълнителя на медицинската помощ, комуто противоправно се вменява и финансовото поемане на лечението на здравноосигуреното лице. Дори да се възприеме становището на административния орган, че в конкретната хипотеза са надвишени случаите, заплащани от здравната каса, възлагането на разходите за лечението на ЗОЛ на изпълнителя на болнична помощ не съответства на целта на закона и на принципа за съразмерност – чл. 6 АПК.

По делото не е спорно, че приетият за лечение пациент е в тежко увредено състояние, характеризиращо се с непредвидимо развитие на клиничната картина и налагащо скъпоструваща и интензивна медицинска терапия. В лечението му е вложен значителен времеви, финансов и кадрови ресурс, за което свидетелства представената медицинска документация. Налице са данни за продължителна хоспитализация, интензивност на лечението, комплексна мултидисциплинарна грижа, необходимост от спешно овладяване на бързо променящи се акутни състояния, засягащи различни органни системи. Закупената от НЗОК медицинска дейност е извършена добросъвестно, съобразно диагностично - лечебния алгоритъм, медицинските стандарти и правилата за добра медицинска практика. Приложеният от органа формален подход, основан единствено на статистически данни, без да отчита степента на отклонение (само един случай повече) и морално-етичните норми, е несъразмерен на положените от изпълнителя на болнична помощ усилия за опазване живота и здравето на пациента. Предявеното връщане на платената сума за оказаната болнична медицинска помощ при действително и правилно осъществено лечение противоречи на изискването за разумно, справедливо и добросъвестно упражняване на правомощията на административния орган. С отреченото остойностяване на възникналата здравна потребност от медицинска помощ по процесната КП е нарушен баланса между качественото медицинско обслужване и финансовата дисциплина при разходване на публичния финансов ресурс в ущърб на лечебното заведение.

Изложените съображения мотивират съда да отмени атакувания акт.

Изходът от спора обуславя право на разноски в полза на жалбоподателя – чл. 143, ал. 1 АПК.

Воден от горното и на основание чл. 172, ал. 2, предл. 2 АПК, Административен съд – София - град, Второ отделение, 38 състав

РЕШИ

ОТМЕНЯ Писмена покана за възстановяване на суми, получени без правно основание № РД-25ПП-22-48 от 10.02.2026 г. на директора на Столичната здравноосигурителна каса
ОСЪЖДА Националната здравноосигурителна каса да заплати на „А. Сити К. Университетска многопрофилна болница за активно лечение Т.“ ЕАД сумата от 25,56 евро разноски по делото.
Решението може да се обжалва пред Върховния административен съд с касационна жалба в 14-дневен срок от съобщаването му.

СЪДИЯ: