

РЕШЕНИЕ

№ 35438

гр. София, 15.09.2026 г.

В ИМЕТО НА НАРОДА

АДМИНИСТРАТИВЕН СЪД - СОФИЯ-ГРАД, Второ отделение 41 състав, в
публично заседание на 03.09.2026 г. в следния състав:

СЪДИЯ: Луиза Христова

при участието на секретаря Мариана Велева и при участието на прокурора Пламен Райнов, като разгледа дело номер **517** по описа за **2026** година докладвано от съдията, и за да се произнесе взе предвид следното:

Производството е по реда на чл. 19ж от АПК. Образовано е по искова молба от „Аджибадем Сити Клиник УМБАЛ“ ЕООД, чрез адв. Р., срещу НЗОК с искане касата да бъде осъдена да заплати изпълнената, отчетена и заявена от болницата за плащане медицинска помощ по 5 ИЗ в периода м.04.2025г. -05.2025г., в размер на 7 163,97евро, ведно с мораторната лихва върху тази сума от 25-то число на месеца, следващ отчетния, до завеждането на иска в размер на 558,63евро, и законната лихва от датата на исковата молба до окончателното плащане, поради неизпълнение на чл.3, т.3 от договор № 22-4841 от 23.10.2023г. за оказване на болнична помощ по КП и извършване на амбулаторни и клинични процедури с НЗОК.

Ищецът посочва, че съгласно сключения с ответника договор, последният се е задължил да заплаща извършената и отчетена от болницата дейност до 25-то число на месеца, следващ отчетния, по съответните КП. Цените им са уредени в допълнително споразумение към сключения договор № 58 от 30.07.2025г. В случая са извършени и отчетени дейности по 5 ИЗ по КП 74.1, 73.1, 20.1 и 33 през април и май 2025г., които са отхвърлени и незаплатени от НЗОК. В тази връзка изпълнителят е подал възражение, във връзка с което е извършена проверка от НЗОК, приключила с протокол № РД-18-1002-1 от 11.07.2025г. В него се съдържат констатации за недължимост за заплащане на посочените случаи, срещу което ищецът е подал възражение. Същото не е разгледано на арбитражна комисия съгласно чл. 74, ал.4 от ЗЗО, което е съществено процесуално нарушение. Оспорват се и констатациите в протокола, доколкото фактът, че пациентите са лекувани в рамките на 30 дни преди хоспитализацията в друго лечебно заведение не означава, че нямат право да бъдат лекувани от ищеца предвид недолекуването им в

предходното ЛЗ и персистиращите оплаквания. За всички пациенти са изпълнени ДЛА на съответната КП, проведено е правилно лечение и пациентите са изписани с подобрение. Липсата на мотиви защо тогава се приема, че тези хоспитализации не следва да бъдат заплащани от НЗОК, нарушава правото на защита на ищеца. Не е установено и да е извършена проверка по чл. 386, ал.1 от НРД за МД 2023-2025г. на другите лечебни заведения, при които пациентите са лекувани първоначално, респ. дали същите са изпълнили коректно лечението им. Но дори и да е налице коректно изпълнение, ищецът е бил длъжен да окаже медицинска помощ и да получи заплащане за реално извършената такава. Предвид горното и с оглед факта, че болницата е изпълнила точно алгоритъма на КП по посочените по-горе случаи, извършила е и е отчела съответната дейност, на нея ѝ се дължи плащане от ответника до 25-то число на месеца, следващ отчетния. Като не го е сторил, ответникът е изпаднал в забава, за което ищецът претендира и съответна лихва съгласно чл. 86, ал.1 от ЗЗД. Претендират се и разноски по списък. Подробни съображения се излагат в писмени бележки по съществото на спора.

Ответникът - Националната здравно-осигурителна каса, редовно уведомена, в отговор на ИМ от 29.01.2026г. посочва, че в случая е неприложима процедурата по чл.75 от ЗЗО и назначаване на арбитражна комисия не е задължително. Процесните ИЗ са за пациенти, приети планово, без неотложност на извършените медицински дейности. Те са приети преди да изтекат 30 дни от предходна хоспитализация и без КП да предвиждат такава възможност. Четири от предходните хоспитализации в други лечебни заведения вече са били заплатени от НЗОК. Възразява се срещу проведеното от ищец лечение, както следва: по ИЗ 6595/25г. – липса на спешност, описание на състоянието на лицето при приема, което съвпада с това от предходния прием; по ИЗ 6268/25г. - липса на спешност, повторно извършена гастроскопия, липса на индикации за хоспитализация по КП №74.1, попълнена декларация от пациента, с която декларира, че е запознат, че няма право на повторна хоспитализация в рамките на 30 дни след изписването от първото болнично заведение; възможност за два контролни прегледа след предходната хоспитализация, от които лицето не се е възползвало; по ИЗ 6829/25г. – след артериография на десен долен крайник при предходната хоспитализация и повторно направена ангиография на десен долен крайник, е пристъпено към хирургично лечение на подбедрични артерии, които са посочени още при първата хоспитализация като втори етап на лечение след 1 месец; по ИЗ 6953/25г. – не е заплатена нито първата, нито втората хоспитализация, защото не е възстановен кръвния поток; по ИЗ 7475/25г. – ЗОЛ не е упражнило правото си на контролен преглед по предходната хоспитализация, при условие, че е попълнил декларация, че знае, че няма право на повторна хоспитализация в рамките на 30 дни от първата. Посочените нарушения са основание за отказ да се заплатят претендираните суми. Моли съда да отхвърли иска, както и акцесорната претенция за лихва. Претендира юрисконсултско възнаграждение. Подробни съображения излага в писмени бележки по съществото на спора.

Представителят на СГП дава заключение за основателност на иска.

След като се запозна с исковата молба, с отговора на ответника и със събраните по делото доказателства, съдът приема следното от фактическа страна:

Ищецът има сключен договор с НЗОК № 22-4841/23.10.2023г. за оказване на болнична медицинска помощ по КП, извършване на амбулаторни процедури и извършване на клинични процедури съгласно пакета от здравни дейности по Наредба № 9 от 2019г., подробно описани в чл.1 от договора. В чл. 40 от договора е посочена цената за оказване на медицинска помощ по всяка от тези пътеки, като с допълнително споразумение № 58 от 30.07.2025г. тези цени са изменени, както следва: за КП 74.1 – 1418лв., за КП 73.1 – 2617лв., за КП № 20.1 – 4626,72лв. и за КП № 33 -723,06 лв. В чл. 45 от договора е предвидено задължението на възложителя да изплати

на изпълнителя всеки случай по съответната клинична пътека, ако същата е включена в предмета на договора, спазени са индикациите за хоспитализация и ДЛА на съответната пътека, и извършената дейност е отчетена при условията и по реда на НРД за медицинските дейности за 2023-2025г. В тази връзка ищецът е подал електронен отчет за плащане на медицинска помощ по посочените КП на 5 пациенти в периода м.04.2025г. – м.05.2025г., както следва:

1) по ИЗ 6595/2025г. за заплащане на дейността по КП № 74.1 за ЗОЛ З. И.. Видно от ИЗ, лицето е хоспитализирано планоно на 29.04.2025г. Към ИЗ е приложена епикриза от 29.04.2025г. от УМБАЛ „СВ. Анна“ АД, според която същото лице е постъпило на 24.04.2025г. с оплаквания за болка в дясното подребрне и епигастриума, гадене и многократно повръщане с давност от няколко дни. Изписано е на 29.04.2025г. след проведено консервативно лечение на ileus mechanicus по КП №197 с подобрение и с насочване към отделение по гастроентерология 3-то ниво за извършване на ERCP поради съмнение за запушване на дуктус холедохус и данни за остър панкреатит. При ищеца болната е постъпила с оплакване за силна отпадналост, задух при физически усилия със субиктер по склери, отклонения в лабораторните показатели, разширен дуктус холедохус 13 мм. След проведено консервативно лечение пациентката е изписана с подобрение на 02.05.2025г.

2) по ИЗ 6268/2025г. за заплащане на дейността по КП № 73.1 за ЗОЛ В. Н.. Видно от ИЗ, лицето е хоспитализирано на 22.04.2025г. По преписката е приложена епикриза от 30.03.2025г. от МБАЛ „Христо Ботев“ АД, В., според която същото лице е изписано на тази дата след проведени изследвания, вкл. гастроскопия поради съмнение за бластом на стомаха, и консервативно лечение на гастроезофагиална рефлуксна болест с езофагит по КП №73.1 с подобрение. При ищеца болната е постъпила с оплакване за силна отпадналост, мускулна слабост, гадене, оригване, сухота в устата, лош дъх, загуба на тегло, предходно раково заболяване. След проведена втора гастроскопия, при която отново не е намерено нищо, и консервативно лечение на огнишна стеатоза на черния дроб, пациентката е изписана с подобрение на 25.04.2025г.

3) по ИЗ 6829/2025г. за заплащане на дейността по КП № 20.1 за ЗОЛ В. Р.. Видно от ИЗ, лицето е хоспитализирано на 05.05.2025г. По преписката е приложена епикриза от 08.04.2025г. от УМБАЛСМ „Пирогов“ ЕАД, според която същото лице е изписано на тази дата след проведени изследвания, консервативно антибиотично лечение и хирургично такова на гнойно-възпалителен процес на дясно ходило по КП №192 с подобрение. При ищеца болната е постъпила с оплакване за поява на рани по долните крайници и оток на десен долен крайник и болки в дясното ходило, световъртеж. След проведена ендоваскуларна процедура– ангиография и ПТА с балон пациентката е изписана с подобрение на 06.05.2025г.

4) по ИЗ 6953/2025г. за заплащане на дейността по КП № 20.1 за ЗОЛ В. Д.. Видно от ИЗ, лицето е хоспитализирано на 07.05.2025г. Към ИЗ е приложена епикриза от 03.05.2025г. от МБАЛ „Сити клиник – Св. Георги“ ЕООД [населено място], според която същото лице е изписано след проведена ендоваскуларна процедура– периферна артериография и ПТА с балон син. по КП №20.1 без да се възстанови кръвния поток. Насочено е към съдов хирург за оперативна реваascularизация на ляв крак. При ищеца болният е постъпил с оплакване за болки в ляв долен крайник. След проведена - ангиография и ПТА с балон син. Пациентът е изписан с подобрение на 10.05.2025г.

5) по ИЗ 7475/2025г. за заплащане на дейността по КП № 33 за ЗОЛ Й. Й.. Видно от ИЗ, лицето е хоспитализирано на 16.05.2025г. По преписката е приложена епикриза от 29.04.2025г. от „СБАЛ по Кардиология Ямбол“ ЕАД, от където е изписано след проведено консервативно лечение по КП № 33 с предписана антикоагулантна терапия за 1 мес. и след което да се направи ново ТЕЕ и преценка за ЕКВ. При ищеца болният е постъпил с оплакване за отпадналост и обща слабост.

След проведена СЕКВ с 150J и 200J е възстановен синусовия ритъм и пациентът е изписан с подобрение на 17.05.2025г.

По делото е приложена справка от ищеца за отхвърлените от ответника за заплащане случаи – л. 105, където фигурират и процесните. Като основание за отхвърлянето е посочена рехоспитализация в рамките на 30 дни по същата КП.

Със заповед № РД-18-1002 от 04.07.2025г. на директора на СЗОК е назначена проверка на ищеца по прилагане на чл. 386, ал.1 от НРД за МД 2023-2025г. за месеци 04 и 05.2025г. С т.1.4 от протокол № РД-18-1002-1 от 11.07.2025г. контролори при СЗОК са обективирали резултатите от проверката. Установили са, че по посочените по-горе ИЗ е нарушен чл. 386, ал.1 от НРД за МД и е предложено извършената по тях от ищеца дейност да не се закупува от ответника. Протоколът е връчен на ищеца на 11.07.2025г. Със заявление от 09.10.2025г. ищецът е поискал информация дали е свикана арбитражна комисия, която да разгледа подаденото от ищеца становище по протокола от 18.07.2025г. В отговор от 14.10.2025г. директорът на СЗОК е посочил, че посоченият протокол не е такъв по чл. 74, ал.3 от ЗЗО и спрямо констатациите в него не се прилага процедурата по чл. 74, 75 и сл. от ЗЗО.

По делото е приложен протокол № 12/РД-17-315 от 09.07.2025г. на РЗОК – М., от който е видно че е извършена от РЗОК – М. проверка на МБАЛ „Сити клиник – Св. Георги“ ЕООД [населено място], като е взето решение хоспитализацията на ЗОЛ В. Д. също да не бъде заплащана поради невъзстановяване на кръвотока дистално. По делото е приложен протокол № РД-27-06-12 от 28.01.2026г. за извършена от РЗОК В. проверка на МБАЛ „Христо Ботев“ АД, В., от който е видно, че не са констатирани нарушения на изискванията на ДЛА по КП 73.1 и дейността по хоспитализацията на ЗОЛ В. Н. е заплатена от НЗОК. Видно от справка на л. 602 по делото, лечението на ЗОЛ З. И. в УМБАЛ „Св. Анна“ АД е заплатено по фактура от 16.05.2025г. Същото се отнася и до лечението на ЗОЛ В. Р. в УМБАЛСМ „Пирогов“ ЕАД съгласно справка на л. 606, и на ЗОЛ Й. Й. в „СБАЛ по Кардиология Ямбол“ ЕАД съгласно справка на л. 610. По делото няма данни за извършена от ответника проверка на другите хоспитализации, нито за преценка при коя от хоспитализациите са били налице индикациите за извършването ѝ, спазени ли са били медицинските критерии за хоспитализация и дехоспитализация, довършен ли е от изпълнителите на медицинска помощ диагностично-лечебният алгоритъм на съответната клинична пътека, как са осъществени медицинските дейности и доколко извършването им е било необходимо, респ. коя от хоспитализациите следва да бъде заплатена.

По делото е изслушано заключение на вещо лице гастроентеролог, което посочва, че по ИЗ 6595/2025г. са били налице индикации за хоспитализация на пациентката с оглед възрастта ѝ, придружаващите заболявания и оплакванията ѝ – данни за остър панкреатит. Същата правилно е насочена от предходното лечебно заведение, където е лекувана по друга КП, защото състоянието ѝ е изисквало хоспитализация, която не е могла да изчака изтичане на 30-дни от предходния прием. Лечението е проведено правилно, изпълнен е ДЛА на КП, в резултат на което са налице подобрения на лабораторните показатели и е дадена терапия в домашни условия. По ИЗ № 6268/2025г. според вещото лице първоначално са били налице индикации за хоспитализация по КП № 68.1 поради съмнение за рак на стомаха от предходната хоспитализация, което не е потвърдено хистологично. При проведените изследвания е установена съмнителна зона в черния дроб, което е установено като огнищна стеатоза. Това е наложило промяна в КП 73.1. с оглед извършените допълнителни диагностични изследвания. Пациентката е хоспитализирана навреме, тъй като е била със стомашна язва и токсичен хепатит, които изискват незабавно лечение, което не може да бъде отложено за след 30-дни от предходната хоспитализация. Повторната гастроскопия е била наложителна с оглед продължаващите оплаквания след първата и съмнението за рак на

стомаха. Лечението е проведено правилно със съответните вливания, ДЛА на КП е изпълнен. По делото е изслушано заключение на вещо лице кардиолог, което посочва, че по ИЗ 7475/2025г. са били налице индикациите за хоспитализация по КП № 33 при ищеца, тъй като пациентът е бил с аритмия при предсърдно мъждене, като синусовият ритъм не е възстановен при предходната хоспитализация. В този случай времето е фактор, с оглед успеха на процедурата и предотвратяване на риска от усложнение – мозъчен инсулт, периферен емболизъм. При предходната хоспитализация не е постигнат оптимален ефект поради лимитиращ фактор – тромбоза в лявопредсърдното ухо. Персистиращото предсърдно мъждене, проявите на сърдечна недостатъчност – ограничен функционален капацитет, са абсолютни индикации за хоспитализация преди изтичане на 30-дневния срок за повторна такава. Отлагането на лечението води до риск за здравето на пациента, тъй като пресърдното мъждене предполага развитие на тромбози. Поради това за пациента е направено изчисление за определяне на степента на емболичен риск и за определяне на риска от кървене, като рискът е преценен като висок. ДЛА на КП е довършен, като в ИЗ са приложени всички изискуеми документи. Отчетени са 3 основни диагностични процедури – ЕКГ, ЕхоКГ и кардиоверсио.

По делото е изслушано заключение на вещо лице съдов хирург, което посочва, че по ИЗ 6829/2025г. ЗОЛ В. Р. не е била долекувана в предходната хоспитализация в УМБАЛСМ „Пирогов“ ЕАД, като няма данни дали лекарят, провел ангиографията, е бил сертифициран за извършването ѝ, а проведената артериография е селективна, т.е. проведена само на десен долен крайник от ингвинален лигамент надолу. Няма данни за състоянието на аорто-илиачния сегмент двустранно и ляв долен крайник. Няма проведена консултация със съдов хирург, нито подходяща терапия за възстановяване. В документацията няма данни за т.нар. АБИ индекс, т.е. за кръвоснабдяването на крайника. Поради това не може да се отчете обективно ефекта от проведеното инвазивно лечение. Препоръчана е ПТА под коляното вдясно след 1 мес., без мултидисциплинарно обсъждане. Поставената диагноза критична исхемия на десен долен крайник се асоциира с висок риск от ампутация и необходимост от срочна реваскуларизация. При втората хоспитализация при ищеца е изпълнен ДЛА на КП № 20.1. Отразен е входящ АБИ индекс отляво и отдясно, проведено е еходоплерово изследване и е установено мултисегментно засягане на артериите на десен долен крайник, което налага оперативно лечение. Поради това е проведена ангиография с цел детайлна информация, както и е направена ПТА вляво, и пациентката е изписана без медицински риск. След като е установена стеноза на артерия вляво би било грубо нарушение на медицинската практика да не се предприеме терапия за коригирането ѝ. Оперативното лечение е проведено в ускорен на следващия ден и е постигната адекватна реваскуларизация. Според вещото лице случаят е налагал срочно лечение поради тежкия стадий на ПАБ и риска от ампутация. По ИЗ 6953/25г. В. Д. е била с критична исхемия на ляв крайник с висок риск за ампутация. При предходната хоспитализация не е проведено доплерово изследване, не е отразен входящ АБИ индекс и ангиологичен статус. Извършена е периферна артериография, която е установила множество артериални оклузии на ляв долен крайник, които съчетани с болката, насочват към тежка исхемия – липса на кръвоснабдяване на крайника. Поради липса на ефекта от проведената ПТА на АФС синистра с балон и невъзстановяване на кръвотока дистално, самият лекар е насочил пациента към оперативна реваскуларизация. При ищеца е извършена артериография, съчетана с ендоваскуларна процедура, и пациентът е изписан без медицински риск. Проведен е оперативно лечение 2 дни след изписването,

като пациентът е с възстановен пулс и съхранен крайник. Според вещото лице е изпълнен ДЛА на КП, като проведената повторна артериография се е налагала заради липса на данни от първата (нито е описана в протокола от изследването при предходната хоспитализация, нито е представен запис от нея). Същевременно без такава не може да се проведе оперативна интервенция. Според вещото лице случаят е налагал срочно лечение поради риска от ампутация на крайника.

По делото е изслушано заключение на вещо лице счетоводител, според което ищецът е предоставял ежедневно електронни файлове за извършените медицински дейности, вкл. по посочените КП. До 7 работни дни ответникът е изпращал месечно известие, съдържащо отхвърлената от заплащане дейност. За отхвърлената системата не позволява генериране на фактури. Плащанията се извършват до 25-то число на месеца, следващ отчетния, поради което за дата на падеж вещото лице е приело 26-то число на съответния месец. По този начин е изчислило 496,22евро мораторна лихва върху главницата от 7163,97 евро (неизплатена болнична помощ по посочените по-горе КП) за периода от 26-о число на месеца, следващ отчетния, до датата на подаване на исковата молба. Предложен е и втори вариант на лихвата, тъй като дейността по ИЗ № 6268/2025г. е отчетена през м. май 2025г., въпреки че лицето е изписано на 25.04.2025г., при който лихвата е 481,30 евро.

При така приетото за установено от фактическа страна, съдът обуславя следните правни изводи:

Искът е допустим като подаден от надлежна страна, срещу пасивно легитимиран ответник – Национална здравноосигурителна каса, която е страна по договор № № 22-4841/23.10.2023г. с ищеца. Правното му основание е неизпълнение на задължението на ответника по административен договор, сключен между страните за заплащане на извършена медицинска помощ от ищеца, с правна квалификация по чл. 19ж, ал. 1 вр. чл.128, ал. 1, т. 3 АПК, вр. чл. 79, ал. 1 ЗЗД и чл. 80 ЗЗО. С него се иска осъждане на ответника да изпълни договорно задължение за плащане на извършена лечебна дейност. Разгледан по същество, същият е основателен.

Съгласно чл. 45, т.3 от ЗЗО НЗОК заплаща оказването на болнична медицинска помощ за диагностика и лечение по повод на заболяване. Съгласно чл. 46, ал.1 от ЗЗО 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. Съгласно чл. 45 от договор № 22-4841/23.10.2023г. с ищеца възложителят (Националната здравноосигурителна каса) заплаща за всеки отделен случай по КП при условие, че отчетената КП е включена в предмета на договора и е извършена от посочените в приложение № 1 към договора специалисти, спазени са индикациите за хоспитализация и ДЛА, изпълнени са условията за завършена КП и извършената дейност по КП е отчетена при условията и по реда на НРД за МД за 2023-2025 г. и настоящия договор. Съгласно чл. 386, ал.1 от НРД за МД за 2023-2025 когато в срок до 30 дни от дехоспитализацията на пациента се наложи нова хоспитализация по същата КП в същото или в друго лечебно заведение, НЗОК заплаща само един от случаите по КП след провеждане на проверка, освен ако в КП е предвидено друго. При установяване на последващи хоспитализации от вида на процесните по посочените ИЗ-та, административният орган следва да извърши проверки и в двете лечебни заведения. При тези проверки трябва да се извърши преценка при коя от хоспитализациите са били налице индикациите за извършването ѝ, спазени ли са били медицинските критерии за

хоспитализация и дехоспитализация, довършен ли е от изпълнителите на медицинска помощ диагностично-лечебният алгоритъм на съответната клинична пътека, как са осъществени медицинските дейности и доколко извършването им е било необходимо, за да бъде заплатен само един от случаите на хоспитализация по клиничната пътека. Не следва да бъдат заплащани медицинските дейности, осъществени от онова лечебно заведение, което не е спазило правилата за поведение по клиничната пътека.

По ИЗ 6595/2025г. пациентът е лекуван преди това в УМБАЛ „Св. Анна“ АД за илеус по КП № 197, от където е насочен за извършване на специализирана процедура в отделение по гастроентерология 3-то ниво. По делото няма данни ответникът да е извършил проверка и преценка на посочените по-горе обстоятелства при тази хоспитализация. В деня на изписването пациентът е приет повторно и лекуван от ищеца с диагноза дуктус цистикус ремнант по КП № 74.1. Тази дейност не е заплатена от ответника, само защото според него представлява втора хоспитализация по същата КП в рамките на 30 дни от първата. Съдът намира този извод за незаконосъобразен. Първо, става въпрос за прием по две различни КП с две различни диагнози. Второ, видно от представената медицинска документация и от експертизата на вещото лице – гастроентеролог, са били налице индикации за втората хоспитализация на пациентката с оглед възрастта ѝ, придружаващите заболявания и оплакванията ѝ, за които правилно е насочена от предходното лечебно заведение, където е лекувана по друга КП. Състоянието ѝ е изисквало хоспитализация, която не е могла да изчака изтичане на 30-дни от предходния прием, т.е. става въпрос за спешен прием. Трето, административният орган не е изпълнил задължението си да извърши проверка в съответствие със законоустановените му правомощия относно спазване на изискванията на съответната клинична пътека за извършване на медицинската дейност при втората хоспитализация и в зависимост от резултата, да заплати или откаже заплащане на извършената дейност. Ако не се установи нарушение и при двете хоспитализации, правната и медицинската логика налага извода, че е имало нужда от двете хоспитализации като адекватно медицинско обслужване на здравно осигурено лице, за което се дължи заплащане от НЗОК за извършеното лечение. По делото няма данни и доказателства проверка и анализ да са били извършвани от органите на НЗОК нито в първото, нито във второто лечебно заведение. След като лечението е проведено правилно, изпълнен е ДЛА на КП и не са констатирани нарушения, съдът приема, че заплащането на КП по втората хоспитализация е дължимо на ищеца.

По ИЗ 6268/2025г. пациентът е лекуван преди това в МБАЛ „Христо Ботев“ АД – В. за гастроезофагеална рефлуксна болест с езофагит по КП № 73.1, от където е изписана на 30.03.2025г. Ответникът е извършил проверка и преценка на посочените по-горе обстоятелства при тази хоспитализация, като видно от протокол № РД-27-06-12 от 28.01.2026г., не са констатирани нарушения по ДЛА на КП, но са констатирани нарушения по воденето на болничната медицинска документация – невписване в ИЗ на придружаващо заболяване и хистологичен резултат, както и некоректно попълване на протокол от извършено ултразвуково изследване. На 22.04.2025г. пациентът е приет повторно и лекуван от ищеца с диагноза имуномедиан хепатит, огнишна стеатоза, язва на стомаха по КП № 73.1. Тази дейност не е заплатена от ответника, само защото според него представлява втора хоспитализация по същата КП в рамките на 30 дни от първата. Съдът намира този извод за незаконосъобразен. Първо, видно от представената медицинска документация и от експертизата на вещото лице – гастроентеролог,

първоначално са били налице индикации за хоспитализация по КП № 68.1 поради съмнение за рак на стомаха, а впоследствие - поради стомашна язва и токсичен хепатит, които изискват незабавно лечение, което не може да бъде отложено за след 30-дни от предходната хоспитализация от предходната хоспитализация. Повторната гастроскопия е била наложителна с оглед продължаващите оплаквания след първата и съмнението за рак на стомаха. Лечението е проведено правилно, ДЛА на КП е изпълнен. Второ, при проверката на първата хоспитализация са установени нарушения във воденето на медицинската документация съгласно чл.322, ал.3, т.3 и 6, чл. 324, т.8 и чл. 421 от НРД за МД. Не е извършена преценка доколко тези нарушения влияят на отчитането на КП по смисъла на чл. 374, ал.1, т. ал.1, т.1, б. „д“ от НРД, респ. са изпълнени условията за плащане по чл. 381, ал.1, т.5 от НРД за МД. Въпреки това ответникът е извършил заплащане на дейността по първата хоспитализация. Трето, административният орган не е изпълнил задължението си да извърши проверка в съответствие със законоустановените му правомощия относно спазване на изискванията на съответната клинична пътека за извършване на медицинската дейност при втората хоспитализация и в зависимост от резултата, да заплати или откаже заплащане на извършената дейност. Още повече, че са установени нарушения при първата хоспитализация, които е следвало да се съпоставят с дейността по втората. По делото няма данни и доказателства такава проверка и анализ да са били извършвани от органите на НЗОК. Поради това и след като лечението по втората хоспитализация е проведено правилно, съдът приема, че заплащането на КП по втората хоспитализация е дължимо на ищеца.

По ИЗ 7475/2025г. пациентът е лекуван преди това в СБАЛ по кардиология [населено място] за персистиращо предсърдно мъждене, хипертонична болест по КП № 33, от където е изписан на 29.04.2025г. По делото няма данни ответникът да е извършил проверка и преценка на посочените по-горе обстоятелства при тази хоспитализация. На 16.05.2025г. пациентът е приет повторно и лекуван от ищеца с диагноза пароксизмално предсърдно мъждене, конверсия синусов ритъм чрез СЕКВ по КП № 33. Тази дейност не е заплатена от ответника, само защото според него представлява втора хоспитализация по същата КП в рамките на 30 дни от първата. Съдът намира този извод за незаконосъобразен. Първо, видно от представената медицинска документация и от експертизата на вещото лице – кардиолог, синусовият ритъм не е възстановен при предходната хоспитализация. В този случай времето е фактор, с оглед успеха на процедурата и предотвратяване на риска от усложнение. Персистиращото предсърдно мъждене, проявите на сърдечна недостатъчност – ограничен функционален капацитет, са абсолютни индикации за хоспитализация преди изтичане на 30-дневния срок за повторна такава. Отлагането на лечението води до риск за здравето на пациента, тъй като пресърдното мъждене предполага развитие на тромбози. В този смисъл пациентът е бил с висок емболичен риск и риск от кървене. Следователно състоянието му е било неотложно. Второ, административният орган не е изпълнил задължението си да извърши проверка в съответствие със законоустановените му правомощия относно спазване на изискванията на съответната клинична пътека за извършване на медицинската дейност при втората хоспитализация и в зависимост от резултата, да заплати или откаже заплащане на извършената дейност. Ако не се установи нарушение и при двете хоспитализации, правната и медицинската логика налага извода, че е имало нужда от двете хоспитализации като адекватно медицинско обслужване на здравно осигурено лице, за което се дължи заплащане от НЗОК за извършеното лечение. По

делото няма данни и доказателства проверка и анализ да са били извършвани от органите на НЗОК нито в първото, нито във второто лечебно заведение. След като лечението е проведено правилно, изпълнен е ДЛА на КП и не са констатирани нарушения, съдът приема, че заплащането на КП по втората хоспитализация е дължимо на ищеца.

По ИЗ 6829/2025г. пациентът е лекуван преди това в УМБАЛСМ „Пирогов“ ЕАД за исхемия на десен долен крайник по КП № 20.1, от където е изписан на 12.04.2025г. По делото няма данни ответникът да е извършил проверка и преценка на посочените по-горе обстоятелства при тази хоспитализация. Същевременно е заплатил лечението при предходната хоспитализация. На 05.05.2025г. пациентът е приет повторно и лекуван от ищеца с критична исхемия на долен десен крайник и е проведена балонна дилатация на другия крайник. Тази дейност не е заплатена от ответника, само защото според него представлява втора хоспитализация по същата КП в рамките на 30 дни от първата. Съдът намира този извод за незаконосъобразен. Първо, видно от представената медицинска документация и от експертизата на вещото лице – съдов хирург, при предходната хоспитализация не е постигната пълна реваascularизация на крайника. В този случай времето е фактор, с оглед успеха на процедурата и предотвратяване на риска от усложнение. Критичната исхемия на десен долен крайник е тежък, напреднал стадий на заболяването, който се характеризира с болка в покой, гангрена силно влошено качество на живот. Това са абсолютни индикации за хоспитализация преди изтичане на 30-дневния срок за повторна такава. Отлагането на лечението води до риск за здравето на пациента, тъй като води до ампутация, инвалидизация и смърт. Следователно състоянието му е било неотложно. Второ, административният орган не е изпълнил задължението си да извърши проверка в съответствие със законоустановените му правомощия относно спазване на изискванията на съответната клинична пътека за извършване на медицинската дейност при втората хоспитализация и в зависимост от резултата, да заплати или откаже заплащане на извършената дейност. Ако не се установи нарушение и при двете хоспитализации, правната и медицинската логика налага извода, че е имало нужда от двете хоспитализации като адекватно медицинско обслужване на здравно осигурено лице, за което се дължи заплащане от НЗОК за извършеното лечение. По делото няма данни и доказателства проверка и анализ да са били извършвани от органите на НЗОК нито в първото, нито във второто лечебно заведение. След като лечението е проведено правилно, изпълнен е ДЛА на КП и не са констатирани нарушения, съдът приема, че заплащането на КП по втората хоспитализация е дължимо на ищеца.

По ИЗ 6953/25г. пациентът е лекуван преди това в МБАЛ „Сити клиник – Св. Георги“ ЕООД [населено място] за исхемия на десен долен крайник по КП № 20.1, от където е изписан на 03.05.2025г. По делото е приложен протокол № 12/РД-17-315 от 09.07.2025г. на РЗОК – М., от който е видно, че на това лечебно заведение е извършена проверка от РЗОК – М., като е взето решение хоспитализацията на ЗОЛ В. Д. да не бъде заплащана поради невъзстановяване на кръвотока дистално. На 07.05.2025г. пациентът е приет повторно и лекуван от ищеца за същото заболяване по КП № 20.1. Тази дейност не е заплатена от ответника, само защото според него представлява втора хоспитализация по същата КП в рамките на 30 дни от първата. Съдът намира този извод за незаконосъобразен. Първо, видно от представената медицинска документация и от експертизата на вещото лице – съдов хирург, при предходната хоспитализация не е

постигната пълна реваскуларизация на крайника. При втория прием е отчетена пълна липса на кръвоснабдяване към лявото стъпало. В този случай времето е фактор, с оглед успеха на лечението и предотвратяване на риска от усложнение. Тежката исхемия на ляв долен крайник е напреднал стадий на заболяването, който се характеризира с болка и влошено качество на живот. Това са абсолютни индикации за хоспитализация преди изтичане на 30-дневния срок за повторна такава. Отлагането на лечението води до риск за здравето на пациента, тъй като води до ампутация и инвалидизация. Следователно състоянието му е било неотложно. Второ, административният орган не е изпълнил задължението си да извърши проверка в съответствие със законоустановените му правомощия относно спазване на изискванията на съответната клинична пътека за извършване на медицинската дейност при втората хоспитализация и в зависимост от резултата, да заплати или откаже заплащане на извършената дейност. Още повече, че са установени нарушения при първата хоспитализация, които е следвало да се съпоставят с дейността по втората. По делото няма данни и доказателства такава проверка и анализ да са били извършвани от органите на НЗОК. Поради това и след като лечението по втората хоспитализация е проведено правилно, съдът приема, че заплащането на КП по втората хоспитализация е дължимо на ищеца.

Съгласно чл. 52, ал.1 от Конституцията на РБългария гражданите имат право на здравно осигуряване, гарантиращо им достъпна медицинска помощ. Здравното осигуряване като система включва правото на всяко здравноосигурено лице да участва в преразпределянето и употребата на финансови средства, предварително заплатени от всички осигурени лица. Условието и редът за събиране и изразходване на финансовите средства за осигуряване на достъп на гражданите до системата на здравно осигуряване е законово уреден, а обемът на тези средства се определя с годишния бюджет на НЗОК. Конституционноправната защита на правото на здравно осигуряване на гражданите включва задължението на държавата не само да създаде правна уредба на здравното осигуряване на гражданите, но и да гарантира реализацията му в неговите различни форми, когато условията за осъществяването му и за плащането за извършени медицински дейности са настъпили. По отношение на здравноосигурените лица покритието на правото по чл. 52, ал. 1 от Конституцията включва съответен обем от здравни услуги и дейности, които се конкретизират по ред и условия, определени в закон, но тази осигурителна полза следва да бъде винаги гарантирана - количествено и качествено. Въпреки, че чл. 55а, ал. 1 ЗЗО предвижда Националната здравноосигурителна каса да планира, договаря и закупува за здравноосигурените лица медицинска помощ по чл. 55, ал. 2, т. 2 в рамките на обемите, договорени в националните рамкови договори и в съответствие с бюджета на НЗОК за съответната година, това не може да се приеме за абсолютна забрана за повторна хоспитализация на пациенти по една и съща КП в рамките на 30 дни от предходната хоспитализация, ако състоянието е спешно или първата хоспитализация не е проведена правилно. В противен случай правата на здравноосигурените лица се ограничават, тъй като могат да не получат безплатна болнична помощ тогава, когато са я потърсили. Неоснователно е възражението на ответника, че пациентите са разполагали с два контролни прегледа в рамките на 30 дни от първата хоспитализация, тъй като от една страна пациентът следва да може да избира къде да се лекува, а от друга – не винаги болничното заведение разполага със съответните възможности за лечение на заболяването му. Противното противоречи на принципа на достъпност на медицинско лечение на всички

граждани в случай на заболявания при равни условия и еднакви възможности за ползване на лечението. Тази достъпност не може да се поставя под условие дали в конкретен момент необходимата на лицето медицинска помощ е оказана след като са изтекли 30 дни от вече оказана такава. Медицинската помощ независимо дали е спешна, или не, има смисъл, ако се предостави своевременно. Отдалечаването във времето на момента на нейното получаване може да нанесе на пациента непоправими или трудно поправими вреди. Щом като медицинската помощ е престирана на здравноосигурено лице при спазване на разпоредбите за отчитането ѝ, държавата чрез специализирания публичен орган НЗОК носи отговорност за финансово обезпечаване на удовлетворения интерес в рамките на бюджета на касата. Поради това съдът намира, че за посочените 5 случая ответникът неправилно не е заплатил извършената от ищеца болнична медицинска дейност по съответните КП. По посочените съображения отказът по тези случаи се явява незаконосъобразен, а искът за заплащане на тези суми се явява основателен. Основателността на главния иск обуславя основателността и на акцесорния иск за мораторна лихва. Мораторната лихва върху тази сума от 26-то число на месеца, следващ отчетния, до завеждането на иска на 16.01.2026г. е в размер на 481,30 евро (втори вариант от заключението на ССЧЕ поради закъснялото поискване на дължимата сума по ИЗ № 6268/25г. от ищеца през юни, вместо през май 2025г). Ответникът следва да бъде осъден да я заплати, както и законната лихва върху същата главница от датата на исковата молба до окончателното плащане. При този изход на спора на ищеца се дължат разноски за държавна такса в размер на 25,56 евро, възнаграждение на вещи лица в размер на 2190 евро и юрисконсулско възнаграждение в размер на 150 евро, определено съгласно чл. 24, изр.2 от Наредбата за заплащането на правната помощ. Воден от горното и на основание чл. 130 от ГПК във вр. с чл. 144 и сл. от АПК и чл. 172 във връзка с чл. 19ж, ал.2 от АПК, съдът

РЕШИ:

ОСЪЖДА Националната здравноосигурителна каса да заплати на „Аджибадем Сити Клиник УМБАЛ“ ЕООД сумата от 7163,97 евро за изпълнената, отчетена и заявена от болницата за плащане медицинска помощ по КП № 74.1, 73.1, 20.1 и 33 на 5 бр. пациенти по ИЗ № 6595/2025г., 6268/2025г., 6829/2025г., 6953/2025г. и 74755/2025г.

ОСЪЖДА Национална здравноосигурителна каса да заплати на „Аджибадем Сити Клиник УМБАЛ“ ЕООД сумата от 481,30 евро мораторна лихва върху главницата от 7163,97 евро на основание чл.86 ЗЗД, считано от 26-то число на месеца, следващ отчетния, до завеждането на иска, както и законната лихва върху същата главница от датата на подаване на исковата молба – 16.01.2026г. до окончателното плащане.

ОСЪЖДА Национална здравноосигурителна каса да заплати на „Аджибадем Сити Клиник УМБАЛ“ ЕООД сумата от 2 365,56 евро разноски по делото.

Решението подлежи на оспорване пред ВАС на РБългария в 14-дневен срок от съобщаването му.

Преписи от решението да се изпратят на страните.

СЪДИЯ:

