

РЕШЕНИЕ

№ 37547

гр. София, 13.11.2025 г.

В ИМЕТО НА НАРОДА

АДМИНИСТРАТИВЕН СЪД - СОФИЯ-ГРАД, Второ отделение 38 състав, в
публично заседание на 20.10.2025 г. в следния състав:

СЪДИЯ: Ивета Стефанова

при участието на секретаря Елена Георгиева, като разгледа дело номер **327** по описа за **2025** 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 „Специализирана болница за активно лечение Свети Лазар“ ООД, подадена чрез адв. В., против Писмена покана за възстановяване на суми, получени без правно основание № РД-25ПП-504/18.12.2024 г., издадена от управителя на Националната здравноосигурителна каса. С оплаквания за процесуална и материална незаконосъобразност на атакувания акт се претендира отмяната му и присъждане на деловодните разноски.

Ответникът – управителят на Националната здравноосигурителна каса (НЗОК), чрез юрк. М., оспорва жалбата. С отричащи основателността ѝ доводи моли да бъде отхвърлена.

Жалбата е допустима, но неоснователна.

СБАЛ „Свети Лазар“ ООД е лечебно заведение по смисъла на чл.9, ал.1 от Закона за лечебните заведения (ЗЛЗ). В това си качество дружеството е сключило с НЗОК Договор № 22-3961/16.10.2023г. за оказване на болнична медицинска помощ по клинични пътеки и извършване на амбулаторни процедури.

Със Заповед № РД-25-720/18.10.2024 г. управителят на НЗОК е наредил да бъде извършена самостоятелна, планова, тематична проверка на лечебното заведение по изпълнение на индивидуалния договор за оказване на болнична медицинска помощ в съответствие с Националния рамков договор за медицинските дейности за 2023 – 2025 г. (НРД за МД), като е определил срок за извършването ѝ и натоварените с възложения контрол длъжностни лица. За резултатите от проверката са съставени Протокол № РД-25-720-1/30.10.2024 г. и Протокол за неоснователно получени суми № РД-25-720-2/30.10.2024 г., връчени на 01.11.2024 г. на

проверяваното дружество.

Административното производство е приключило с постановяване на оспорената Писмена покана № РД-25ПП-504/18.12.2024 г., с която на основание чл. 76а, ал. 1 ЗЗО управителят на НЗОК е приканил жалбоподателя да възстанови доброволно неоснователно получена сума в общ размер на 10562,64 лева. Според фактическите установявания на административния орган по т. 1 (ИБР № 1019), т. 2 (ИБР № 1020) и т. 5 (ИБР № 1013) здравноосигурените лица са хоспитализирани по КП № 5.1 „Нормално раждане“, а по т. 3 (ИБР № 1009) и т. 4 (ИБР № 914) – по КП № 5.2 „Раждање чрез Цезарово сечение“. Констатирано е, че в медицинската документация, в последния отразен декурзус от лекуващия и/или дежурния лекар при изписване на пациента липсват писмени данни относно следните заложені медицински критерии за дехоспитализация в алгоритъма на съответната КП: „липса на фебрилитет през последните 48 часа“, „нормална микция и дефекация“, „спокойна оперативна рана“ и „коректно попълнен фиш „Клинико-лабораторен минимум“. По т. 6 (ИЗ № 950) е установено, че здравноосигуреното лице е постъпило в лечебното заведение по КП № 163 „Оперативни интервенции чрез долен достъп за отстраняване на болестни изменения или инвазивно изследване на женски полови органи“, като в медицинската документация, в последния декурзус при изписване на пациента отсъстват писмени данни за следните медицински критерии за дехоспитализация в алгоритъма на КП № 163: „липса на фебрилитет (над 37,5 градуса) през последните 48 часа“, „възстановена микция и дефекация“, както и две ежедневни визитации на 04.09.2024 г. Относно т. 7 (ИБР № 1032) и т. 8 (ИБР № 981) по КП № 1 „Стационарни грижи при бременност с повишен риск“ е констатирано, че в медицинската документация, в последния отразен декурзус при изписване на лекуваните лица липсват писмени данни за следните медицински критерии за дехоспитализация в алгоритъма на посочената КП: „липса на генитално кървене“, „отсъствие на маточна активност“, както и за две ежедневни визитации съответно за датите 27.09.2024 г. и 28.09.2024г. (ИБР № 1032) и 11.09.2024г. и 12.09.2024 г. (ИБР № 981). Пропускът при документирането на дейностите по съответната клинична пътека в осемте описани случая е квалифициран като неспазване на изискването на чл. 321, т. 7 и 8, вр. с чл. 381, ал. 1, т. 3 и чл. 383, ал. 1 НРД за МД 2023 – 2025 г., а по т. 6-8 и на чл. 374, ал. 1, т. 1, б. „б“ и чл. 381, ал. 1, т. 4 НРД за МД 2023 – 2025 г., отричащо заплащане от Касата на конкретната дейност.

Въз основа на тези констатации административният орган е извел заключение, че сумите в размер на 1847,88 лв. за ИЗ № 1019/2024г. по КП № 5.1; 1847,88 лв. за ИЗ № 1020/2024г. по КП № 5.1.; 1296 лв. за ИЗ № 1009/2024г. по КП № 5.2.; 1296 лв. за ИЗ № 914/2024 г. по КП № 5.2; 1847,88 лв. за ИЗ № 1013/2024 г. по КП № 5.1.; 755 лв. за ИЗ № 950/2024 г. по КП № 163; 836 лв. за ИЗ № 1032/2024 г. по КП №1 и 836 лв. за ИЗ № 981/2024 г. по КП №1 са неоснователно получени от изпълнителя на болнична медицинска помощ. Дължимото възстановяване от жалбоподателя на общия им размер, възлизащ на 10562,64 лв., е обосновано от правна страна с разпоредбата на чл. 76а, ал. 1 ЗЗО във връзка с констатираното несъответствие при извършване на процесните медицински дейности с правилата на НРД за МД 2023 – 2025 г.

Писмената покана не е засегната от отменителните основания по чл. 146 АПК.

Актът е издаден от компетентен орган в съответствие с предоставените му в чл. 76а, ал. 3 ЗЗО правомощия. В противовес на бланкетното твърдение на жалбоподателя оспореното волеизявление е мотивирано, обективизирано е в надлежна форма и съдържа изискуемите от закона реквизити – чл. 59, ал. 2 АПК. 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.

Обжалваната писмена покана е постановена при спазване на административнопроизводствените правила. Органът се е произнесъл след изясняване на фактите и обстоятелствата от значение за случая и въз основа на съставените при извършената проверка протоколи. Конкретните нередности, свързани с критериите за дехоспитализация, предвидените две ежедневни визитации от лекувания и/или дежурния лекар и воденето на медицинската документация, са подробно описани в атакуваната покана, чиито констатации не са оборени в хода на съдебното производство. Несъстоятелно е оплакването за неправомерност на възлагащата проверката заповед, поради отсъствие на съществени елементи от съдържанието ѝ. Противно на възприятието на оспорвания, въпросната заповед съдържа правните и фактически основания за издаването ѝ, както и определяне на проверяващите длъжностни лица, проверявания обект, местоположението на лечебното заведение, видът, задачите и срокът на проверката. Констативният протокол и Протоколът за неоснователно получени суми, обективирайки резултатите от осъществения контрол по изпълнението на индивидуалния договор на лечебното заведение, са съставени и подписани от оправомощените от административния орган служители на НЗОК и са съобщени надлежно на дружеството чрез системата за сигурно електронно връчване (ССЕВ). Несподелимо е възражението за допуснато съществено процесуално нарушение, изразяващо се в издаване на поканата извън законоустановения срок за това. Предвиденият в разпоредбата на чл. 76а, ал. 3 ЗЗО срок за произнасяне на органа със заключителен акт е инструктивен по своя характер, поради което неспазването му не преклудира възможността за упражняване правомощието на органа, нито засяга законосъобразността на волеизявлението му. Процедурата по чл. 75, ал. 5 ЗЗО е неотносима към случая, поради което позоваването на нарушения при изпълнението ѝ няма връзка с предмета на делото. По изложените съображения, съдът счита, че не е налице отклонение от процедурните изисквания, което би могло да доведе до различно по съдържание волеизявление от постановеното.

Атакуваният административен акт е материално законосъобразен и съответен на целта на закона. 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. В хипотезата на чл. 381, ал. 1, т. 3 НРД за МД 2023-2025 г. НЗОК заплаща на изпълнител на БМП за случай по КП при условие, че са спазени индикациите за хоспитализация и диагностично-лечебния алгоритъм, поставена е окончателна диагноза и критериите за дехоспитализация по съответната КП, както и са изпълнени условията за завършена КП. Предпоставка за заплащането е и изпълнението на всички задължения по осигуряване на пациентите: непрекъснатост на болничната помощ и грижите (ежедневно наблюдение и престой на пациента в лечебното заведение), координация между специалистите, които ги осъществяват, както и осигуряване на координация със структури на извънболнична и болнична помощ, съобразена с ДЛА на съответната КП – при дехоспитализация на пациента с цел довършване на лечебния процес (т. 4 на чл. 381, ал. 1 НРД за МД). По аргумент от правилото на чл. 383, ал. 1 при КП, АПр и КПр, която не е завършена, индикациите за хоспитализация, ДЛА и/или критериите за дехоспитализация не са спазени, дейността не се заплаща, както и вложените медицински изделия и приложените лекарствени продукти, чиято стойност не се включва в цената на КП, КПр и АПр. Съобразно нормата на чл. 321 НДР за МД 2023 – 2025 г. клиничните пътеки се състоят от следните основни компоненти, които са задължителни за изпълнение от лечебните заведения: дехоспитализация при определяне на следболничен режим; обективните критерии за дехоспитализация се съпоставят с обективните критерии при хоспитализация и съгласно алгоритъма на всяка КП (т.7) и документиране на дейностите по съответната КП (т.8). В

приложение № 17 от НРД за МД 2023-2025 г. при дехоспитализация и определяне на следболничен режим (т. 7) по процесните КП е предвиден контрол на здравното състояние на пациента и медицинско заключение за липса на медицински риск от приключване на болничното лечение въз основа на обективни данни за стабилно общо състояние (клинични/параклинични), като са дефинирани конкретни медицински критерии за дехоспитализация по всяка КП, възпроизведени точно в обжалвания административен акт. По силата на чл. 374, ал. 1, т. 1, б. „б“ НЗОК закупува договорената и извършената дейност от изпълнителите на БМП от обхвата на пакета от здравни дейности, гарантиран от бюджета на НЗОК, както следва: медицински дейности и здравни грижи по КП, в стойността на които се включват две ежедневни визитации от лекуващия и/или дежурния лекар.

Анализът на приложимата нормативна уредба обуславя извод, че възлагането на задължението за възстановяване на платените от НЗОК медицински услуги почива на обективни и нормативно обусловени критерии, свързани със законосъобразното протичане на извършваната от изпълнителите на медицинска помощ дейност. За да бъде поето финансирането от НЗОК на медицинската дейност, то същата следва да бъде изпълнена в съответствие с всички условия, регламентирани в НРД за МД и със заложените изисквания и критерии на КП като неразделна част от него. Съответно, закупената медицинска дейност, която не е извършена съобразно диагностично - лечебния алгоритъм, се явява недължимо платена, респ. - получените средства са окачествими като такива без правно основание.

Съответен на доказателствата по преписката и на материалния закон е изводът на управителя на НЗОК за неизпълнение на критериите за дехоспитализация и на изискването за надлежно документиране на дейностите по съответната КП в посочените осем случая. Видно от проверената медицинска документация, по КП № 5.1. и КП № 5.2. за ЗОЛ М. Н. (ИБР № 1019), С. И. (ИБР № 1020), В. В. (ИБР № 1009), И. Т. (ИБР № 914) и Г. Ц. (ИБР № 1013) няма данни при изписването им за задължителните медицински критерии за дехоспитализация - „липса на фебрилитет през последните 48 часа“, „нормална микция и дефекация“, „спокойна оперативна рана“ и „коректно попълнен фиш „Клинико-лабораторен минимум“. По КП № 163 за ЗОЛ К. А.-К. (ИЗ № 950) отсъства информация за изпълнение на следните медицински критерии при дехоспитализирането ѝ: „липса на фебрилитет (над 37,5 градуса) през последните 48 часа“ и „възстановена микция и дефекация“, а по КП № 1 за ЗОЛ Л. Н. (ИБР № 1032) и Б. Ж. (ИБР № 981) липсват данни за релевантните за напускане на болничното заведение критерии „липса на генитално кървене“ и „отсъствие на маточна активност“. В последните три случая няма отразяване и на извършени на пациентите две ежедневни визитации за цитираните в констативната част на акта дати. Правилна е преценката на органа, че установените пропуски сочат на неспазване на задължителните медицински критерии за дехоспитализация, на изискването за дължими две ежедневни визитации и на правилата за водене на медицинската документация по съответната КП, поради което НЗОК не е следвало да ги заплаща, а получените от лечебното заведение суми са лишени от основание. Предвид неизпълнението на чл. 321, т. 7 и 8, вр. с чл. 381, ал. 1, т. 3 и чл. 383, ал. 1 НРД за МД 2023 – 2025 г. в процесните осем случая, а в три от тях и на чл. 374, ал. 1, т. 1, б. „б“ и чл. 381, ал. 1, т. 4 НРД за МД 2023 – 2025 г., управителят на НЗОК правомерно е възложил на СБАЛ „Свети Лазар“ ООД задължението за възстановяване на платените от НЗОК медицински дейности съгласно чл. 76а, ал.1 ЗЗО. Оспореният акт съответства и на целта на закона – да не се заплаща лечение, извършено в разрез с правилата за медицинско обслужване съгласно НРД, индивидуалния договор и закона, съответно - да бъде възстановено недължимо платеното.

Противно на твърденията на жалбоподателя, издадената по всеки отделен случай епикриза не

съдържа въпросните данни. Контролните органи са изискали всички ИЗ (ИБР) и са проверили цялата предоставена им от дружеството на хартиен носител документация. В случай, че част от нея не е била предоставена, приложение намира правилото на чл. 396, ал. 2 НРД за МД 2023-2025г., според което отказът на изпълнител на болнична помощ да предостави до приключване на проверката заверени с подпис и печат копия от необходимите документи за осъществяването ѝ е основание за прилагане на чл. 76а ЗЗО в случаите, в които дейността е заплатена. Неоснователно е възражението на изпълнителя на БМП за въвеждане и поддържане на изискуемата информация в използваната от лечебното заведение електронната административна система ГАМА. В приложените по преписката декурзуси, с положен подпис и печат от попълнилия ги лекар, при изписване на пациентите е посочено „Настоящи оплаквания и състояния: Добро общо състояние. Изписва се клинично здрава. Дадени назначения.“, докато в представените по делото неподписани и без данни за авторство разпечатки от електронните медицински досиета на същите пациенти към тази информация са добавени данните, посочени в поканата като липсващи. Съпоставката на двата документа показва, че в представените по време на проверката декурзуси последната отразена дата е съответната дата на изписване на ЗОЛ, а всички новопредставени в съдебния процес такива са с последна дата 12.03.2025 г. Посоченото разминаване в датирането на документите поражда основателно съмнение в достоверността на съдържанието към момента на извършване на проверката на нарочно представените от жалбоподателя за целите на съдебното оспорване медицински досиета. Налице е и разлика в съдържанието между предоставените на проверяващите (саморъчно попълнени, с подпис и печат) и допълнително представените по делото разпечатки на фишове на Клинико-лабораторния минимум при изписване. Видно от последните, липсващите данни са попълнени по еднакъв начин, като прави впечатление, че на всички пациентки са вписани напълно идентични стойности на аксиларна температура (36,6) и пулс (76). По тези съображения съдът приема за меродавна медицинската документация, съдържаща се в административната преписка и не кредитира представените от жалбоподателя разпечатки от електронните медицински досиета на въпросните пациенти.

Несподелима е защитната теза на оспорващото дружество, основана на доводи за незначителност на допуснатите пропуски, изключваща правомощието на органа да иска връщане на заплатеното от него за реално извършените медицински услуги. Критериите за липса на основание за получените от изпълнителя на БМП суми са обективни, а въпросът за степента на същественост и значимост на пропуските, отричащи заплащането им от НЗОК, е извън предмета на изследване на елементите от фактическия състав на приложимата правна норма – чл. 76а ЗЗО. В този смисъл, цитираната в жалбата съдебна практика е нетносима към случая, предвид несъпоставимостта на казусите от фактическа и правна страна.

Изложеното мотивира съда да отхвърли оспорването.

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

РЕШИ:

ОТХВЪРЛЯ жалбата от „Специализирана болница за активно лечение Свети Лазар“ ООД против Писмена покана за възстановяване на суми, получени без правно основание № РД-25ПП-504/18.12.2024 г., издадена от управителя на Националната здравноосигурителна каса.

Решението може да се обжалва пред Върховния административен съд с касационна жалба в 14-дневен срок от съобщаването му.

СЪДИЯ: