

РЕШЕНИЕ

№ 42168

гр. София, 16.12.2025 г.

В ИМЕТО НА НАРОДА

АДМИНИСТРАТИВЕН СЪД - СОФИЯ-ГРАД, Второ отделение 82 състав, в
публично заседание на 17.11.2025 г. в следния състав:

СЪДИЯ: Вената Кабурова

при участието на секретаря Цветелина Заркова и при участието на прокурора Яни Костов, като разгледа дело номер **2108** по описа за **2025** година докладвано от съдията, и за да се произнесе взе предвид следното:

Производството е по реда на чл. 19ж от АПК.

Образувано е във връзка с постъпила искова молба от „МБАЛ Люлин“ ЕАД, [населено място], представлявано от изпълнителния директор д-р А. П. чрез адв. М. срещу Националната здравноосигурителна каса (НЗОК) относно неизпълнение на договор № 22-3311/19.10.2023 г., сключен между ищеца и ответника, с цена на иска 148 122,19 лева, от които общо 131 632,87 лева главница за осъществена, отчетена и незаплатена болнична медицинска помощ по клинични пътеки за периода 01.01.2024 г. – 30.04.2024 г., посочени за всеки месец, както и общо 16 489,32 лева законни лихви за периода на забавата върху главницата, изчислени по месеци. Претендира се и законната лихва върху главницата от датата на предявяване на иска до окончателното изплащане на задължението.

В исковата молба се посочва, че ищецът е изпълнил задълженията си да предостави болнична медицинска помощ, съгласно дължимите диагностично-лечебни алгоритми, както и да отчете извършената дейност по реда и в сроковете, уговорени в договора с НЗОК, като от друга страна ответникът не е изплатил на ищеца вземанията за извършената медицинска дейност за процесния период. Конкретно като отчетени, но незаплатени от ответника се претендират следните дължими суми за извършена медицинска дейност:

- Сума в размер на 41 328,15 лева (главница), представляваща цената на извършената и отчетена за периода 01.01.2024 г. до 31.01.2024 г. болнична медицинска помощ по клинични пътеки;
- Сума в размер на 44 491,96 лева (главница), представляваща цената на извършената и отчетена за периода 01.02.2024 г. до 29.02.2024 г. болнична медицинска помощ по клинични

пътеки;

- Сума в размер на 33 745,46 лева (главница), представляваща цената на извършената и отчетена за периода 01.03.2024 г. до 31.03.2024 г. болнична медицинска помощ по клинични пътеки;

- Сума в размер на 12 067,30 лева (главница), представляваща цената на извършената и отчетена за периода 01.04.2024 г. до 30.04.2024 г. болнична медицинска помощ по клинични пътеки.

В съдебно заседание ищецът се представлява от адв. М., която поддържа исковата молба, като моли претенциите в същата да бъдат уважени. Претендира сторените по делото разноски. В писмени бележки по делото развива подробни доводи досежно основателността на предявения иск.

Ответникът - Националната здравноосигурителна каса в отговор на исковата молба счита същата за изцяло неоснователна и недоказана. Посочва се, че отчетената медицинска помощ е отхвърлена за заплащане на предварителен контрол в СЗОК, тъй като към Националната здравноинформационна система (НЗИС) некоректно са изпращани и отчитани данни за хоспитализация с РЗИ-номер (Регионална здравна инспекция номер на лечебно заведение) № [ЕГН] на МЦ „Артро“ ООД, вместо РЗИ номер [ЕГН] на МБАЛ „Люлин“ ЕАД. Акцентира се върху обстоятелството, че грешката при отчитането на дейността на МБАЛ „Люлин“ ЕАД е обективизирана в „констативен протокол за технически проблем“ № 33/09.04.2024 г. между фирма „Бон Арт“ ООД, обслужваща ищеца със своята информационна система, както е и потвърдена от НЗОК с писмо вх. № 22-3311-4/03.04.2024 г. на СЗОК чрез фирма „Информационно обслужване“ АД.

Представителят на Софийска градска прокуратура счита така предявения иск за неоснователен и недоказан.

Административен съд София-град, след като обсъди доводите на страните и прецени по реда на чл. 235, ал. 2 от ГПК, във вр. с чл. 144 от АПК приетите по делото писмени доказателства, приема за установено от фактическа страна следното:

Между ищеца в качеството му на изпълнител на медицинска помощ и ответника, като възложител, бил сключен договор № 22-3311/19.10.2023 г. за оказване на болнична помощ по клинични пътеки и извършване на амбулаторни процедури с НЗОК (Договора) на основание чл. 59, ал. 1 от Закона за здравното осигуряване (ЗЗО) и в съответствие с Националния рамков договор за медицинските дейности между НЗОК и Българския лекарски съюз за 2023-2025 г. (НРД за МД за 2023-2025 г.). Съгласно чл. 65 от Договора ответникът заплаща чрез РЗОК до 25-о число на месеца, следващ отчетния, извършената и отчетена от ищеца медицинска дейност. За месеците януари, февруари, март и април 2024 г., обаче, ищецът получил спецификации за отхвърлени от заплащане случаи по клинични пътеки от СЗОК поради „Невалиден ИЗ НРН и/или комбинация РЦЗ-ИЗ НРН“, както следва:

- справка RHIF № 343/08.02.2024 г. за отхвърлени от заплащане дейности за периода от 01.01.2024 г. до 31.01.2024 г. на стойност 41 328,15 лева, за което била издадена и спецификация за клинични пътеки и амбулаторна процедура „Предсрочно изпълнение на дейностите по КП“ от 14.11.2024 г.;

- справка RHIF № 368/13.03.2024 г. за отхвърлени от заплащане дейности за периода от 01.02.2024 г. до 29.02.2024 г. на стойност 44 491,96 лева, за което е издадена и Спецификация за КП и амбулаторна процедура „Предсрочно изпълнение на дейностите по КП“ от 07.11.2024 г.;

- справка RHIF № 368/05.04.2024 г. за отхвърлени от заплащане дейности за периода от 01.03.2024 г. до 31.03.2024 г. на стойност 33 745,46 лева, за което е издадена и Седмична справка за болнична медицинска помощ по КП, клинични процедури, високо специализирани мед.дейности от

07.11.2024 г.

-справка RHIF № 343/09.05.2024 г. за отхвърлени от заплащане дейности за периода 01.04.2024 г. до 30.04.2024 г. на стойност 12 067,30 лева и Седмична справка за болнична медицинска помощ по КП, клинични процедури, високо специализирани мед.дейности от 16.12.2024 г.

С оглед така постъпилите справки за отхвърлени от заплащане дейности ищецът изпратил уведомления до СЗОК от 12.02.2024 г., от 21.03.2024 г., от 08.04.2024 г. и от 16.05.2024 г. В тях се посочвало, че при преглед на медицинската документация по отхвърлените КП се е установило пълно съответствие с алгоритъма на съответната пътека, поради което за лечебното заведение остава неясен мотивът за отхвърляне от заплащане на съответните дейности. С оглед липсата на отговор от страна на ответника, ищецът се обърнал към дружеството „Бон Арт“ ООД, чиито медицински софтуер „Bon Art Hospital System“ се използвал в лечебното заведение. При извършената техническа проверка, резултатите от която били обективирани в констативен протокол за технически проблем № 33/09.04.2024 г., се установило, че данните в подаваните от ЛЗ ежедневни отчети към ПИС (порталът за обмен на ел.файлове между НЗОК и лечебните заведения) са коректни, но при изтегляне на направление за хоспитализация към НЗИС е изпращан РЗИ номер [ЕГН], който принадлежи на МЦ „Артро“ ООД, а не РЗИ номер [ЕГН], който е на МБАЛ „Люлин“ ЕАД. Това се случвало само при извършената дейност от лекарите К. С., Г. Г. и А. Б.. Причината за тази грешка се дължала на технически проблем в конфигурацията на данните за УИН и РЗИ на профилите на горепосочените лекари, работещи и в двете лечебни заведения, които използват единна медицинска информационна система.

Във връзка с получените уведомления от МБАЛ „Люлин“ ЕАД, директорът на СЗОК разпоредил със заповеди № РД-18-590/10.04.2024 г. и № РД-18-805/10.06.2024 г. извършването на проверки на лечебното заведение. В протокол № РД-18-590-1/19.04.2024 г. и протокол № РД-18-805-1/17.06.2024 г., издадени от контролори в СЗОК, било описано, че към Националната здравноинформационна система некоректно са изпращани и отчитани данни за хоспитализация с РЗИ номер 22119131508 на МЦ „Артро“ ООД, вместо РЗИ номер [ЕГН] на МБАЛ „Люлин“ ЕАД. МЦ „Артро“ ООД нямал договор за изпълнение на отказаните КП. Техническият проблем бил потвърден както от фирма „Бон Арт“ ООД, така и от дружеството „Информационно обслужване“ АД (поддържащо инф.системи на НЗОК). Поради това проверяващите потвърдили отказа за заплащане на съответните проверени ИЗ. Позовали се на чл. 405, ал. 12, т. 10 от НРД за МД за 2023-2025 г., съгласно който основания за отхвърляне от заплащане на дейност, лекарствени продукти и/или медицински изделия, заплащани от НЗОК са несъответствия между подадената с електронните отчети на лечебните заведения информация с подадената такава към НЗИС по отношение на регистрационните данни на ЗОЛ, ИАМН/РЗИ номер на ЛЗ, оказващо болнична медицинска помощ и др.

По делото е допусната и извършена съдебна компютърно-техническа експертиза, заключението по която съдът кредитира изцяло, като изготвено от компетентно в съответната област вещо лице, което е дало подробни и мотивирани отговори на зададените въпроси. В експертизата е описан начинът, по който се извършва подаването на ел.документи от съответното лечебно заведение към НЗОК (СЗОК): лечебното заведение чрез софтуерната си система генерира файл в XML формат, който се записва на локалния компютър на потребителя. След като достъпи портала <https://pis.nhif.bg/>, в профила си ЛЗ записва този файл, който обаче не се подписва с електронен подпис преди подаване. След като файлът е подаден в система PIS, той се обработва и ако отговаря на изискванията на системата, се приема. Ако не отговаря на съответните изисквания се връща съобщение за „фатална грешка“ и се дава възможност да се подаде нов файл за същия ден. Там, където не са открити фатални грешки, лечебното заведение няма възможност да подаде

отново отчет за същата дата. Единственият начин лечебното заведение да разбере, дали е подало погрешна информация е да получи отговор в системата PIS, гласящ: „завършила проверка с фатални грешки“. Изрично е посочено, че в процесните случаи нито един от подадените файлове не е върнат с резултат „завършила проверка с фатални грешки“, като обработката на файловете е преминала на следващи звена в СЗОК. Посочва се, че всяко лечебно заведение има уникален номер, който се въвежда еднократно в системата и при всеки отчет се взимат тези въведени данни. В системата на „Б. А.“ са заложили параметри на лечебното заведение, лекарите и др., като до 04.2024 г. вида на XML файлът, който е бил изпращан до системата PIS е бил еднотипен. Отражено е, че дори и ЛЗ да е открило някаква грешка във вече подаден файл със статус „успешно обработен“, то няма никаква техническа възможност за корекция на тази грешка през системата. При така установените факти, съдът достига до следните правни изводи:

По допустимостта и реда за разглеждане на иска:

Съдът е сезиран с иск за осъждане на ответника за заплащане на сума, представляваща неизпълнение на договорно задължение за заплащане на извършена болнична медицинска помощ по клинични пътеки. Процесният договор е административен такъв, тъй като е сключен между Националната здравноосигурителна каса, съответно Регионална здравноосигурителна каса по чл. 45 ЗЗО, като този вид договори се сключват, изменят и прекратяват съгласно закона, националните рамкови договори и анексите към тях, приети по реда на този закон. Съобразно разпоредбата на 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. Договорът е сключен в писмена форма, съгласно изискванията на чл. 19а, ал. 2 от АПК, съдържа страните, които го сключват, предмета на договора, дата на сключване и подписи на страните. Поради това, същия е действителен и поражда правните последици, които са се целели с неговото сключване.

Съдът счита, че така предявеният иск е основателен по следните съображения:

По делото не е спорно обстоятелството, че за процесния период 01.01.2024 г. – 30.04.2024 г., ищецът е предоставил болнична медицинска помощ на здравноосигурени лица в обхвата на Договора и надлежно и своевременно е отчетел тази дейност, съгласно уговорения в Договора ред. Страните не спорят и относно стойността на извършената медицинска дейност, която е отхвърлена от заплащане. Безспорно от приетите по делото доказателства се установи, че констатираните от СЗОК грешки в предадените към НЗИС отчети се дължи на техническа грешка, допусната от дружеството „Бон Арт“ ООД, чиито медицински софтуер „Bon Art Hospital System“ се използва от ищеца, която се изразява в погрешна конфигурация на данните за УИН и РЗИ номер на профилите на трима от лекарите, работещи в МБАЛ „Л.“ и МЦ „Артро“, като към НЗИС са изпращани и отчитани данни за хоспитализация с РЗИ-номер [ЕГН] на МЦ „Артро“ ООД, вместо РЗИ номер [ЕГН] на МБАЛ „Люлин“ ЕАД.

Съгласно чл. 52, ал. 12, т. 10 от Договора основания за отхвърляне от заплащане по ал. 10 са несъответствия между подадената с електронните отчети на лечебните заведения информация с подадената такава към НЗИС по отношение на регистрационните данни на ЗОЛ, ИАМН/РЗИ номер на ЛЗ, оказващо болнична медицинска помощ и НРН номер на електронен документ „Направление за хоспитализация“, НРН номер на хоспитализация и наличие на епикриза.

В действителност такова несъответствие е констатирано в някои от подадените от ищеца електронни отчети в периода 01.01.2024 г. – 30.04.2024 г., към НЗИС, изразяващо се в несъответствие на РЗИ номера на лечебното заведение. Това обстоятелство, обаче, не може да се вмени във вина на ищеца, тъй като погрешно въведените РЗИ номера не са попълнени от съответните лекари, изпратили ел.документи, а се попълват еднократно и автоматично с оглед

направените настройки в системата „Bon Art Hospital System“. Поради това и не може да се приеме наличието на субективно поведение от страна на ищеца, което да е причина за отчетената грешка при заявяването.

На следващо място съгласно чл. 52, ал. 6 от Договора при констатиране на грешки в подадената информация, свързани с регистрационни данни, номенклатури, договорена дейност и договорен капацитет на ЛЗ,(...), изпълнителят на БМП получава автоматична нотификация от информационната система на НЗОК и подаденият файл не се обработва от НЗОК до получаване на нов с коректни данни. По нататък в ал. 7 е посочено, че грешки по ал. 6 могат да са: т. 1 регистрационни номера на лечебните заведения, УИН на лекарите, отразени в първичните медицински документи, код на специалност на лекаря, номер на договора с НЗОК, регистрационните данни на ЗОЛ. Това също е предвидено и в чл. 405, ал. 6 и ал. 7, т. 1 от НРД за МД за 2023-2025 г. Ето защо, дори и да се приеме, че ищецът е допуснал грешка при отчитането на извършената медицинска дейност за процесния период, то задължение на ответника е било да му предостави възможност за коригиране на некоректните файлове. В случая, видно и от приетата експертиза, ищецът не е получил нотификация от информационната система на НЗОК за констатирани грешки, а напротив – файловете са били успешно обработени, което е лишило ищеца от възможността за бърза реакция и подаване на коригиращ файл. С оглед на това, предвид неусъвършенстваната система на НЗОК, която не е разпознала наличието на несъответствия в РЗИ номера на лечебното заведение и не го е отчела като „фатална грешка“, ответникът не може да черпи благоприятни за себе си правни последици и да отказва заплащането на реално извършена медицинска дейност.

С оглед на гореизложеното съдът приема, че невярното отчитане на извършената дейност от страна на ищеца се дължи на обективни причини, намиращи се извън неговата воля и контрол, поради което и исковата претенция се явява основателна. Основателността на главния иск в общ размер на 131 632,87 лева, обуславя основателността и на акцесорния иск за размера на мораторната лихва (от датата на падежа за всяко вземане до датата на подаване на исковата молба – 26.02.2025 г.), възлизащ общо в размер на 16 489,32 лева (изчислена от съда въз основа на основния лихвен процент на БНБ плюс 10% пункта), както и на иска за присъждане на законната лихва върху главницата от датата на подаване на исковата молба до окончателното изплащане на сумата.

При този изход на правния спор, основателно се явява искането на процесуалния представител на ищеца за присъждане на сторените по делото разноски, поради което и предвид липсата на възражение за прекомерност от страна на ответника, същото следва да бъде уважено. Ето защо и на основание чл. 19ж, ал. 2 вр. чл. 143, ал. 1 АПК в негова полза следва да се присъдят разноски в общ размер на 14 984,20 лв., от които 50 лева – държавна такса, 1734,20 лева – депозит за вещо лице и 13 200 лева – адвокатско възнаграждение, за изплащането на което са представени договор за предоставяне на правни услуги и фактура.

Така мотивиран и на основание чл. 172, ал. 2 АПК вр. чл. 19ж, ал. 1 и ал. 2 АПК, Административен съд София-град, 82 състав

Р Е Ш И:

ОСЪЖДА Националната здравноосигурителна каса ДА ЗАПЛАТИ на „МБАЛ Люлин“ ЕАД, [населено място] ЕИК[ЕИК] сумата в размер на 131 632,87 лева, представляваща осъществена, отчетена и незаплатена болнична медицинска помощ по клинични пътеки за периода 01.01.2024 г. – 30.04.2024 г., както следва:

- сума в размер на 41 328,15 лева за периода 01.01.2024 г. до 31.01.2024 г.;
- сума в размер на 44 491,96 лева за периода 01.02.2024 г. до 29.02.2024 г.;
- сума в размер на 33 745,46 лева за периода 01.03.2024 г. до 31.03.2024 г.;
- сума в размер на 12 067,30 лева за периода 01.04.2024 г. до 30.04.2024 г., ведно със законната лихва от датата на предявяване на исковата молба (26.02.2025 г.) до окончателно изплащане на сумата.

ОСЪЖДА Националната здравноосигурителна каса **ДА ЗАПЛАТИ** на „МБАЛ Люлин“ ЕАД, [населено място] ЕИК[ЕИК] сумата в общ размер на 16 489,32 лева, представляваща мораторната лихва за забава върху главницата - от датата на падежа за всяко вземане до датата на подаване на исковата молба, както следва:

- сума в размер на 5 706,43 лева върху главница в размер на 41 328,15 лв. за период на забава от 26.02.2024 г. до 25.02.2025 г.
- сума в размер на 5648,98 лева върху главница в размер на 44491,96 лв. за период на забава от 26.03.2024 г. до 25.02.2025 г.
- сума в размер на 3883,77 лева върху главница в размер на 33745,46 лв. за период на забава от 26.04.2024 г. до 25.02.2025 г.
- сума в размер на 1250,14 лева върху главница в размер на 12067,30 лв. за период на забава от 26.05.2024 г. до 25.02.2025 г.

ОСЪЖДА Националната здравноосигурителна каса **ДА ЗАПЛАТИ** на „МБАЛ Люлин“ ЕАД, [населено място] ЕИК[ЕИК] сумата в размер на 14 984,20 лв. разноски по делото. Решението подлежи на обжалване с касационна жалба в 14-дневен срок от съобщението пред Върховния административен съд.

Препис от решението да се изпрати на страните.

СЪДИЯ: