

РЕШЕНИЕ

№ 5223

гр. София, 09.02.2026 г.

В ИМЕТО НА НАРОДА

АДМИНИСТРАТИВЕН СЪД - СОФИЯ-ГРАД, Второ отделение 32 състав, в
публично заседание на 19.11.2025 г. в следния състав:

СЪДИЯ: Красимира Милачкова

при участието на секретаря Спасина Иванова, като разгледа дело номер **8628** по описа за **2025** година докладвано от съдията, и за да се произнесе взе предвид следното:

Производството е по реда на чл. 76, ал. 5 от Закона за здравното осигуряване (ЗЗО) във вр. с чл. 145-178 от Административнопроцесуалния кодекс (АПК).

Образувано е по жалба на „Специализирани болници за рехабилитация - национален комплекс“ ЕАД против заповед за налагане на санкции № РД-25-1261/29.07.2025г., издадена от директора на Районна здравноосигурителна каса – Б. (РЗОК). Ответникът в писмено становище излага доводи за неоснователност на жалбата.

Съдът в настоящия състав, след като обсъди доводите на страните и представените по делото доказателства, приема следното от фактическа и правна страна.

Жалбата е допустима, като подадена в законоустановения за това срок от лице, което има правен интерес от оспорването. Разгледана по същество, тя е неоснователна.

Със заповед № РД-25-1021/10.06.2025г. на директора на РЗОК е възложена проверка на лечебно заведение (ЛЗ), филиал П. на дружеството - жалбоподател (л.20 от делото). Сред възложените задачи за проверка е и контрол по жалба, постъпила с вх. № 02/35-03-32/10.06.2025г. в РЗОК (л.36) – т.5 от заповедта. В жалбата две лица са поискали становище относно начислена им такса за обработка на документи при постъпване във филиала.

Обстоятелствата, установени при проверката, са изложени в представения протокол № 1042/25.06.2025г. В него по т.5 от заповедта за възлагане на проверка е изложено становище, че сумата за обработка на документи, заплатена от пациента, е неправомерно изисквана от ЛЗ. НЗОК/РЗОК заплаща договорената и извършена дейност от изпълнителите на болнична медицинска помощ от обхвата на пакета от здравни дейности, гарантиран от бюджета на НЗОК, съгласно Наредба № 9/10.12.2019 г. за определяне на пакета от здравни дейности, гарантиран от бюджета

на Националната здравноосигурителна каса (Наредбата). В протокола е посочено, че при проверката на две истории на заболяванията (ИЗ) на подателите на горепосочената жалба се установило нарушение на чл. 55, ал. 2, т. 2, т. 3, т.7 от ЗЗО и чл. 33, т.4 от Националния рамков договор № РД-НС-01-2/01.09.2023 г. за медицинските дейности между Националната здравноосигурителна каса и Българския лекарски съюз за 2023 – 2025 г. (НРД), във връзка с чл. чл.374, ал.1, т.1 буква „б“ от НРД. Изразено е становище, че с гореописаното ЛЗ е изискала плащане/ доплащане от здравноосигурени лица (ЗОЛ), с което е нарушен чл. 33, т. 4 от НРД за МД 2023-2025 г., съгласно който: „Изпълнителите на медицинска помощ се задължават да: не изискват плащане или доплащане от осигуреното лице за видове медицинска дейност, която е заплатена от НЗОК, извън предвидената сума, с изключение на медицински изделия за определени КП/АПр/КПр, в които изрично е посочено" във вр. с чл. 30 „Изпълнителите на медицинска помощ осъществяват дейността си съгласно изискванията на Закона за лечебните заведения (ЗЛЗ), ЗЗО, Закона за здравето, Кодекса на професионалната етика, Закона за лекурствените продукти в хуманната медицина (ЗЛПХМ), подзаконовни нормативни актове и НРД“.

Като възприел изложеното, издателят на оспорения акт наложил на жалбоподателя две финансови неустойки от по 250 лв. всяка, на основание чл.455, ал.3 от НРД. В мотивите на процесната заповед се посочва, че от ЛЗ е постъпило възражение вх. № 29-02-1283/09.07.2025г. против горепосочените констатации. Изпратено е писмо с изх. № 62-01-45/11.07.2025 на РК на БЛС, но в срока по чл.75, ал.6 от ЗЗО не са посочени представители за сформирание на Арбитражна комисия. Административният орган намерил неоснователни доводите, изложени във възражението, тъй като не е налице нормативно основание за събираната сума за обработка на документи, дължима от ЗОЛ. Посочено е в мотивите, че с дейността си по задължително здравно осигуряване НЗОК цели обезпечаване на осигурените лица с медицинска помощ в рамките на гарантиран пакет услуги чрез упражняване на ефективен контрол върху дейността на ЛЗ, като регулира и повишава социалната, здравната в икономическата ефективност на разходите за здравеопазването, подобрява качеството на предоставените услуги и на равнопоставеността при тяхното използване. Като не изпълняват изискванията, заложи в НРД, изпълнителите на медицинска помощ не осигуряват на ЗОЛ медицинска помощ по вид, обем и качество, съответстваща на договорената, както и не извършват качествено и пълно документиране на оказаната от тях медицинска помощ, съгласно условията на НРД. Установените нарушения засягат здравноосигурителните права на пациентите, които са част от законовите гаранции за защита на здравето на гражданите. Нарушенията не са маловажни случаи по смисъла на § 1, т.4, подт. 4.2 от Допълнителната разпоредба на НРД. Издателят на оспорения акт приел и, че описаните нарушения засягат основни права на ЗОЛ, като неправомерно е изискано доплащане от страна на пациента. По този начин е нарушено неговото право на безплатен достъп до услуги от обхвата на пакета от здравни дейности, гарантиран от бюджета на НЗОК; засегнати са също и икономическите му права. Предвид това приел, че санкцията следва да бъде определена в размер, надвишаващ минимално предвидения.

В производството пред съда не бяха представени доказателства за съществуването на обстоятелства, годни да обосноват извод за липса на нарушение. Безспорно е установен фактът на събиране от пациентите на лечебното заведение на допълнителна такса за обработка на документи при планова хоспитализация по клинични пътеки. В хода на извършената проверка е била представена заповед № РД-09-75/30.04.2025г. на изпълнителния директор на „Специализирани болници за рехабилитация - Национален комплекс" ЕАД, с която е наредено събирането на таксата (л.40). Събирането ѝ се установява и от показанията на свидетелите П. Е. Г.

и М. И. М., които съдът в настоящия състав възприема като обективни, безпротиворечиви и съответни на обстоятелствата по делото. Наред с това, тези показания не установяват нови релевантни факти, а изразяват преимуществено становища на свидетелите относно обхвата на приложимата нормативна уредба.

Свидетелката П. Г. посочва, че работи в „Специализирани болници за рехабилитация - национален комплекс“ ЕАД като директор „Медицински дейности“, от 4 години е директор, работи от 10 години в дружеството. В хода на проверката от РЗОК била на тази позиция. Задълженията ѝ се изразяват в следното. Следи за спазване на вътрешните правила на дружеството. Следи нормативната уредба за медицинските специалисти, разрешително за осъществяване на лечебна дейност, както и осъществяване и контрол на договори с НЗОК, НОИ, фондове, пациентска удовлетвореност, за цялостния медицински процес, специализации, преквалификационни процедури и всичко, което се включва в медицинската част на дружеството като основна дейност. Дружеството има единна резервационна система, специализиран болничен софтуер. Работи единна система в цялото дружество. Като се направи резервация, самият пациент трябва да представи документи и данни за здравния си статус. В болничното лечебно заведение пациентът постъпва първо по медицински показател. Специалистите, когато насочват даден пациент, не винаги отчитат неговата специфика и ресурса, защото основното лекарство в тези болници е природният ресурс и не всеки пациент е годен. Затова преглеждат целия набор от медицинска документация – основно заболяване, придружаващо, ТЕЛК-ово решение. Специалистите след това съобразно профила на заболяване го насочват към определен филиал за лечение, тъй като дружеството има 13 болници с различен профил. В състава на „Специализирани болници за рехабилитация - национален комплекс“ ЕАД са включени 13 болници за лечение, разположени на цялата територия на Република България, както П. е част от състава. Приемът е планиран и предварително се преглежда медицинската документация на всеки пациент, тъй като има специфика относно природния ресурс, който се използва в определения филиал и понякога тези природни ресурси са противоположни за голяма част от заболяванията - или основни, или съпътстващи. Ако предварително специалистите на дружеството не са се запознали с медицинската документация на пациента, съществува такъв риск, защото най-често специалистите, които издават направление за рехабилитация на пациент и насочват към лечебното заведение, не отчитат факта на природния ресурс. Затова има случаи, когато пациентът не е направил предварителен разговор и не е предоставил предварителните документи за преглед лечебно заведение от състава на дружеството. Тогава отказват, тъй като е противоположно за неговото състояние. Свидетелката работи в централния офис. Администрацията е специализирана, структурирана е в [населено място] като централен офис. В дружеството предимно работят специалисти - лекари, специалисти по здравни грижи и служители, които преминават обучение и са запознати с медицинската документация. Имат медицинска експертиза и са подготвени за преглед на документи и могат да отграничат противоположания от съществуващите проблеми. Предварителен подбор насочва пациента за правилното лечение и насочва за конкретен филиал. Това е един огромен ресурс, който предварително трябва да се прегледа и точно затова е въведена тази такса, която е за предварителен преглед и обработка на медицинската документация. Защото приемът е планиран и за да няма проблеми и пациентът да не пътува напразно към определения филиал, а да бъде насочен за най-доброто лечение, което може да получи, е въведена тази такса за предварителна обработка на документите. Таксата се събира преди постъпване в лечебното заведение. Тя няма нищо общо със сключения договор с НЗОК и категорично не касае алгоритъма за медицинските дейности, които обхваща договорът с касата. Тя не е обвързана с лечението на пациента по клиничната пътека във филиала. Лекарят на

място преценява и съобразно неговата медицинска анамнеза, има възможност и вероятност да откаже приема в лечебното заведение, тъй като застрашава живота. Това налага тази необходимост от предварителен преглед на медицинската документация. Документите се преглеждат от медицински специалисти лекари и специалисти по здравни грижи.

Свидетелката М. М. посочва, че работи в Специализирана болница за рехабилитация, филиал „П.“, директор на филиал „П.“, което е част от структурата на „Специализирани болници за рехабилитация“ ЕАД - търговско дружество със 100% държавно участие. Като директор е длъжна да бъде запозната с тази система. Основната ѝ дейност всъщност като директор представлява организация и контрол на лечебно-диагностичната дейност в „Специализирани болници за рехабилитация“. Тоест, от входа на лечебното заведение – хоспитализация, до изхода на пациента, до неговата дехоспитализация. Другите дейности са свързани с контрол на финансово-счетоводната дейност. Трето, с необходимост от запознаване с всички нормативни актове и нови такива, които излизат, и тяхното прилагане в дейността на лечебното заведение, като се спазват принципите на добрата медицинска практика и стандарт „Ф. и рехабилитационна медицина“. Свидетелката по специалност е лекар -физиотерапевт. Т. нар. планов прием на здравноосигурените лица, които постъпват по клинична пътека, се извършва на базата на анализ на медицинската документация, която те изпращат или лично носят в лечебното заведение, или техни близки, която всъщност се преглежда от лекар със специалност, за да обоснова прием на пациента и да не се стига до случай той да дойде за лечение, да се окаже непоказан за лечение или по-скоро - и противопоказан за лечение във филиала. Може пациент да е плануван, но след като е предоставил на лечебното заведение информация за евентуално медикаментозно лечение, което прилага в момента, че е на ТЕЛК-ово решение, някакви съпътстващи заболявания или други състояния, за които е необходимо да се знае. След което може вече да се допусне прием, ако пациентът е показан за лечение и заболяването отговаря на наименованията на заболяванията, които са одобрени като клинична пътека от съответната РЗОК и договора, който лечебното заведение има с нея. Прием се планува, след като се обработи информацията за пациента. Лекарят със специалност, който преглежда документите, включително и свидетелката е от тези лекари, които преглеждат документацията, след което планират пациента. Това са болни, които не са в активно състояние. Не са активно болни, така че планират една евентуално бъдеща профилактика или лечение след острия стадий, който също е едно състояние, което трябва да се прецизира. Тоест, той излиза от лечебното заведение, но той все още е с болки и все още е на медикаментозно лечение, но този пациент иска да няма болка и идва, и иска веднага след излизането да постъпи на лечение. При една топлинна процедура, с каквато във филиала работят, такива състояния много често се обострят. Работят основно с природни фактори. Това са утаечните пелоиди или калолечението, луголечението и соления басейн - те са противопоказни за такива остри състояния. Не един случай има такъв, в който се скрива документация. Не се съобщава и понякога пак са виновни, че човекът се е обострил. Но впоследствие разбират, че той излиза от болница и просто някой си някъде му казва, че само калолечението в П. ще му помогне. Така че за свидетелката е много важен такъв момент в работата, не само за да спестят някакви транспортни разходи на пациента, а по-скоро да го пренасочат, защото една минерална вода е една идея по-лека процедура и за някои от заболяванията, които са показани, една минерална вода във В., може да е показана и може да е много добър вариант за него. Всички филиали лекуват, но с различни ресурси. П. се води единственият калолечебен център на В., така че има и допълнителни противопоказания за калолечение, които са специфични. Не може всичко това да се изпише на някакви общи противопоказания в сайта. Преди постъпване на пациента, за настаняването му трябва да се прецени дали има налични, относителни и абсолютни

противопоказания за настаняване. За тази предварителна обработка на информацията се заплаща такса. Това е информация, която понякога в летния период е просто огромна. Имат по 700 мейла на месец, които се обработват и на всички отговарят, независимо дали положително, отрицателно, документите се разглеждат. Включително и свидетелката, когато не е в кабинет да преглежда. К. й е до кабинета, където е тази резервационна система. Тъй като хората идват на място, с патерици, инвалиди, колички понякога с последната надежда и като лекари трябва всъщност да преценят, доколко могат да помогнат реално на този пациент, който си идва със съответната документация, епикризи, изследвания и т. н. Медицинската дейност, която обезпечава касата, е от хоспитализирането на пациента до неговата дехоспитализация. Никъде не е регламентирана все пак тази дейност, която извършват и която сигурно и други болници правят. Не е регламентирана и не е остойностена, и никъде тя не съществува. Това е медицинска дейност, която не се заплаща от касата. Предварителният преглед на медицинската документация се прави от медицински специалисти, основно от лекарите със специалност, защото има и лекари, които са с други специалности. Ф. е този, който може да съобрази. Едно е терапията с лекарства, съвсем друго е лечението с природни фактори. Един фактор за един пациент може да е добър, за друг може да е противопоказан. Процесната административна такса се заплаща от всички, на които е разгледана документацията и те са приети за лечение, които са планирани. Тези, които са с противопоказания, ги насочват в другите санаториуми, където наново ще им прегледат документацията и ще кажат, защото свидетелката не знае спецификите на всички. Една е водата във В., съвсем друго е в П. баня, където е радонова. Там наново ще бъде прецизирана тази документация. В отделния филиал не може да знаят всичките показания и противопоказания. Още повече за моментния статус на пациента, кога той ще се насочи там и т. н. са съвсем различни неща. Дойде ли пациентът, разглеждат му документите и плаща такса. Тя не се заплаща при дехоспитализация. Тя се заплаща предварително, преди да мине неговата лична карта да се чекира. Тоест, да влезе вече по здравна каса, тази такса е платена. Никога не е била заплащана при дехоспитализация. Тази такса всъщност се заплаща при постъпване на пациента и се издава фактура за нея.

Както беше посочено по-горе, свидетелските показания безпротиворечиво обективират факта на събиране на такса съобразно заповед № РД-09-75/30.04.2025г. на изпълнителния директор на дружеството. Съгласно чл. 33, т. 4 от НРД, посочена като правно основание за издаването на заповедта, изпълнителите на медицинска помощ, какъвто е жалбоподателят, се задължават да не изискват плащане или доплащане от осигуреното лице за видове медицинска дейност, която е заплатена от НЗОК, извън предвидената сума, с изключение на медицински изделия за определени КП/АПр/КПр, в които изрично е посочено. Според нормата на чл. 374, ал. 1, т. 1, б. „б” от НРД, НЗОК закупува договорената и извършената дейност от изпълнителите на болнична медицинска помощ от обхвата на пакета от здравни дейности, гарантиран от бюджета на НЗОК, съгласно Наредбата, както следва за дейностите по клинични пътеки (КП), които включват медицински дейности и здравни грижи по КП, в стойността на които се включват и необходимите прегледи и консултации за осъществяване на диагностично-лечебния процес. В случая безпротиворечиво се установява, че описаните от свидетелите прегледи и консултации са необходими за осъществяване на диагностично-лечебния процес, тъй като за провеждането му в съответното лечебно заведение е необходима преценка на състоянието на пациента, очакваната полза от третирането с природния ресурс и съобразяване на възможните рискове за същия пациент.

Изключение от чл. 33, т. 4 от НРД е предвидено в нормата на чл. 24а от Наредбата за осъществяване на правото на достъп до медицинска помощ, по силата на която е допустимо

доплащане от страна на пациентите за изброените в т. 1-3 допълнителни услуги, които здравноосигурените лица имат право да получат срещу съответно заплащане. Събираната от жалбоподателя такса за обработка на документи не попада в тези хипотези. Важно е да се отбележи, че по силата на чл. 24б от тази наредба, услугите се заявяват писмено от пациента, който декларира, че е направил своя избор след представяне на ценоразписа на услугите, което означава, че това дали да бъде заплатена услугата, или не, е изцяло обусловено от избора на здравноосигуреното лице, което може да не заплати услугата, ако не желае да я ползва. Обратно, наложената от жалбоподателя такса за обработка на документи при планова хоспитализация по клинични пътеки, следва да бъде заплатена от всеки пациент при хоспитализация, независимо от желанието му, съгласно заповед № РД-09-75/30.04.2025г. Както беше посочено по-горе, с нея се заплаща преглед и консултация, които са задължителна предпоставка за прием в лечебното заведение, наложена от необходимостта да бъде преценено състоянието на пациента и неговите особености, преди предприемане на съответното лечение.

Според заповедта, с която е наредено заплащането на таксата, тя следва да се събира при хоспитализация на пациенти на място във филиалите на дружеството и е свързана с консултиране при хоспитализация на пациентите относно ефективното осъществяване на диагностично-лечебния процес, по-конкретно относно наличието на абсолютни и относителни противопоказания за настаняване на пациенти в конкретен филиал на заведението с оглед съвместимостта на природния ресурс и заболяването на пациента. Това е последваща консултация, осъществявана от служители на жалбоподателя, след като пациентът вече е бил насочен към даден филиал с направление от специалист. С оглед целта на ЗЗО и във връзка с чл. 5, т. 9 ЗЗО, според който задължителното здравно осигуряване се осъществява на принципа на наличие на пакет от здравни дейности, гарантиран от бюджета на НЗОК, процесната такса е събрана неправомерно от пациентите, въз основа на чиито сигнали е извършена проверката в лечебното заведение.

Във връзка с доводите на страните е необходимо да се отбележи и следното. След постъпването на възражения по протокола от страна на жалбоподателя, в изпълнение на задължението си по чл. 75, ал. 1 и 5 ЗЗО, директорът на РЗОК е изпратил писмо изх. № 02162-0145/11.07.2025г. до председателя на Районната колегия на Българския лекарски съюз - Б. (л.38), с молба да бъдат посочени представители от квотата на колегията, които да участват в арбитражна комисия, която да разгледа спора. Видно от известието за доставяне (л.39), писмото е получено на 15.07.2025 г. Съгласно чл.75, ал.6 ЗЗО, арбитражът по ал. 1 – 4 не е задължителен, освен ако арбитражната комисия не се е сформирала при условията на ал. 5 в двуседмичен срок от писмената покана на директора на съответната РЗОК до съответните лица и организации. Неяснотата в този текст следва да бъде тълкувана съобразно чл.46, ал.1 от Закона за нормативните актове. Тълкуването налага извода, че смисълът се изразява в това, че ако в двуседмичен срок не бъде сформирана арбитражна комисия, производството пред административния орган да продължи без произнасяне от същата комисия. В случая такава не е била сформирана, като не се установява, нито се твърди районната колегия да е предложила представители за целта. Ето защо, не е налице нарушение на административнопроизводствените правила при постановяване на оспорения акт без предварително решение от арбитражна комисия. Наред с това, то не би се явило и съществено по смисъла на чл.146, т.3 АПК, тъй като такива са само тези, които, ако не бяха допуснати, резултатът от производството би бил различен. В случая не се установяват обстоятелства, подкрепящи извод в този смисъл. Не е налице нормативно основание за допускане на плащането, изисквано от пациентите съобразно вътрешна заповед на дружеството – жалбоподател. Както беше посочено по-горе, обработката на документи, изразяваща се в безпротиворечиво описаните

от свидетелите действия, е наложителна за извършване на последващата, същинска медицинска дейност на лечебното заведение. Това обстоятелство налага извода, че тази обработка е част от КП, закупена от НЗОК. Така, съгласно чл.374, ал.1, т.1, б. „б“ от НРД, заплатеното от НЗОК включва медицински дейности и здравни грижи по КП, в стойността на които се включват: необходимите прегледи и консултации за осъществяване на диагностично-лечебния процес; две ежедневни визитации от лекуващия и/или дежурния лекар (при липса на промяна в състоянието на пациента се записва "статус идем"); необходимите за дейността лекарствени продукти (извън тези по чл. 358, ал. 1, т. 1 и 2); основни лекарствени продукти (есенциална листа на Световната здравна организация (СЗО) за осъществяване на анестезия и седация; основни контрастни вещества (с изключение на тези за ЯМР) съгласно есенциална листа на СЗО; медицински изделия (извън тези в списъците по чл. 13, ал. 2, т. 2 от Наредба № 10 от 2009 г., както и извън тези, за които изрично в ДЛА е посочено, че НЗОК не заплаща за тях); услуги, включващи професионални здравни грижи съгласно Наредба № 1 от 8.02.2011 г. за професионалните дейности, които медицинските сестри, акушерките, асоциираните медицински специалисти и здравните асистенти могат да извършват по назначение или самостоятелно (Наредба № 1 от 2011 г.); минимум трикратно диетично хранене, предоставено на пациентите по време на тяхната хоспитализация.

В заключение следва да се отбележи и, че като е приел доказателствата, събрани в рамките на извършената проверка и е посочил, че намира възраженията на жалбоподателя за неоснователни, органът е приел в рамките на своята оперативна самостоятелност и въз основа на събраните доказателства, че дружеството е извършило нарушенията, посочени в протокола от проверката и, че те не съставляват маловажни случаи. Съгласно чл.55, ал.2, т.2 ЗЗО, НРД съдържат отделните видове медицинска помощ по чл. 45, която включва и болничната. Когато изпълнител на болнична медицинска помощ наруши условията и реда за оказване на медицинска помощ по чл. 55, ал. 2, т. 2 от ЗЗО, определени в НРД, управителят на НЗОК, съответно директорът на РЗОК, налага санкция "финансова неустойка" в размер от 200 до 500 лв., на основание чл.455, ал.3 от НРД. В оспорения акт са изложени мотиви относно определяне размера на санкцията, който е близо до нормативноустановения минимум. Ирелевантен в тази връзка е представеният констативен протокол от извършена проверка № КП-1034/20.10.2025г. В него са изложени констатациите от проверка във филиал М. проход на дружеството, както и становище на служителите, извършили проверката, че изисканото от пациент допълване за обработка на документи не съставлява нарушение. Това становище е без правно значение, тъй като компетентен да извърши преценката за наличие или липса на нарушение е само органът, чието правомощие е да наложи санкция при преценка за извършено нарушение. Както беше посочено по-горе, това са управителят на НЗОК и директорите на РЗОК.

Предвид изложеното и като прецени законосъобразността на оспорения акт на основание чл. 168, ал. 1 АПК, съдът в настоящия състав приема, че заповедта е постановена от компетентен административен орган, в предвидената от закона форма, като съдържа изискуемите реквизити по чл. 59, ал. 2 АПК. При издаването на акта не са допуснати съществени нарушения на административнопроизводствените правила, които да мотивират неговата отмяна. Заповедта е в съответствие с материалноправните разпоредби и целта на закона.

С оглед изхода на спора и на основание чл. 143, ал. 3 от АПК разноските остават за жалбоподателя така, както са направени и следва да бъде уважено искането на ответника за юрисконсултско възнаграждение, направено в писмени становища от 07.10.2025г. и 18.11.2025г. Размера на последното съдът определя на 200 лв. съобразно чл. 24 от Наредбата за заплащането на правната помощ, издадена на основание чл. 37, ал. 1 от Закона за правната помощ. Сумата

следва да бъде превалутирана по правилата на чл.12-13 Закона за въвеждане на еврото в Република България (ЗВЕРБ). Съгласно чл.3-5 ЗВЕРБ, решение (ЕС) 2025/1407 на Съвета от 8 юли 2025 година относно приемането на еврото от България, считано от 1 януари 2026 г. и Регламент (ЕС) 2025/1409 на Съвета от 8 юли 2025 година за изменение на Регламент (ЕО) № 2866/98 по отношение на валутния курс към еврото за България, към настоящия момент официална парична единица е еврото, равностойно на 1,95583 български лева. Съответно, сумата на възнаграждението в случая възлиза на 102,26 евро. Тя е дължима на НЗОК, която е юридическо лице съгласно чл.6, ал.1 ЗЗО.

Така мотивиран и на основание чл. 172, ал. 2 АПК, съдът

РЕШИ:

ОТХВЪРЛЯ жалбата на „Специализирани болници за рехабилитация - национален комплекс“ ЕАД, с ЕИК[ЕИК], срещу заповед за налагане на санкции № РД-25-1261/29.07.2025г., издадена от директора на Районна здравноосигурителна каса - Б..

ОСЪЖДА „Специализирани болници за рехабилитация - национален комплекс“ ЕАД, с ЕИК[ЕИК], да заплати на Националната здравноосигурителна каса сумата 102,26 евро (сто и две евро и двадесет и шест цента) - юрисконсултско възнаграждение.

Решението подлежи на касационно оспорване в 14-дневен срок от съобщаването му, пред Върховния административен съд.

Съдия: