

РЕШЕНИЕ

№ 35814

гр. София, 31.10.2025 г.

В ИМЕТО НА НАРОДА

АДМИНИСТРАТИВЕН СЪД - СОФИЯ-ГРАД, Второ отделение 76 състав, в
публично заседание на 08.10.2025 г. в следния състав:

СЪДИЯ: Пламен Панайотов

при участието на секретаря Снежана Тодорова, като разглежда дело номер **768** 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 Административно-процесуалния кодекс (АПК), вр. чл.19, ал.7 от Закона за здравното осигуряване (ЗЗО), вр. чл.20 от Регламент (ЕО) №883/2004 година на Европейския парламент и на Съвета от 29.04.2004 за координация на системите за социална сигурност.

Образувано е по жалба от Р. Р. П., ЕГН [ЕГН], действаща чрез своите родители Р. Д. П. и М. Н. Н. – П. срещу Решение № РД-Е126-260/18.12.2024 г. на управителя на Националната здравноосигурителна каса (НЗОК) в частта на отказаната сума за възстановяване по т. 2 - представляваща разликата от разрешените за възстановяване средства от 3 670.01 евро до претендираните за възстановяване в размер на 29 816.48 евро за извършените от родителите ѝ разходи за проведеното в периода от 08.11.2022 г. до 21.11.2022 г. лечение в Специализирана клиника по ортопедия „В. В.“, Бад Вилдунген- Райнхардхаузен, ФР Германия.

С жалбата се поддържа, че решението в оспорената му част е незаконосъобразно - постановено при допуснати нарушения на съдопроизводствените правила, нарушение на материалния закон, необоснованост и при несъобразяване с влезли в сила съдебни актове по предходни съдебни производства. Твърди се, на първо място, че решението е издадено в разрез и при несъобразяване с по-ранен влязъл в сила индивидуален административен акт на същия административен орган, а именно Разрешението е издадено въз основа, на Решение №7885/18.12.2023 г. по а. д. №11474/2022 г. на АССГ, потвърдено с Решение №6542/29.05.2024 г. по а. д. №1526/2024 г. на ВАС, Шесто отд., с което е отменено като незаконосъобразно първото решение №РД-Е112-124/04.11.2022 г. на управителя на НЗОК, с което е отказано разрешаване на

планово лечение на жалбоподателката. С решение № РД-Е112-98/26.06.2024 г., с което управителят на НЗОК е приел, че са налице предпоставките и е разрешил планово лечение на жалбоподателката в Република Германия, Специализирана клиника по ортопедия „В. В.“, Бад Вилдунген- Райнхардхаузен, с което ясно и еднозначно е посочено, че е разрешено в цялост трансграничното лечение на Р. Р. П. , ЕГН [ЕГН]. Лечението на Р. П. в Германия е заплатено с лични средства и разрешението за нейното планово лечение по чл. 20 от Регламент (ЕО) 883/2004 г. е издадено след приключване на лечението Жалбоподателката смята, че при издаване на оспореното решение управителят на НЗОК е допуснал съществено нарушение на административнопроизводствените правила, доколкото не е положил необходимите усилия да установи дали сумата, за която кандидатстват заявителите - 29 816.48 евро, се поема изцяло от здравноосигурителната система на Ф.. Твърдят, че изпратеното по електронен път запитване с формуляр S067 е с изключително оскъдно посочени данни. Освен това, не е установено и дали посочената в запитването институция - АОК Nordost, е местно компетентният държавен орган във Ф. да разрешава възстановяване разходи за лечение и да дава отговор на запитвания от други държави - членки на ЕС. Посочено е , че клиниката се намира в Провинция Х. и компетентна в случая е АОК Н., в териториалната компетентност на която се намира лечебното заведение по място на оказаното ми лечение - Специализирана клиника по ортопедия „В. В.“, Бад Вилдунген-Райнхардхаузен, ФР Германия.

Поддържа се, на следващо място, че оспореното решение не съответства на изискванията на чл. 59, ал. 2 от АПК, като едновременно с това няма конкретни съображения, въз основа на които се преценява, че искането за остатък до 29 816.48 евро е неоснователно. Излагат доводи, че оспореният акт е материално незаконосъобразен и несъответен с целта на закона. Сочат, че издаването на оспореното с настоящата жалба решение се предхожда от грешно и непълно подадена информация до немската здравна каса включително и не са изпратени всичките 4бр. фактури , а е изпратена само една за която стойност оспореното решение е положително.

По тези съображения се прави искане за отмяна в оспорената му част на Решение № РД-Е126-260/18.12.2024 г. за възстановяване на разход, издадено от управителя на НЗОК, и за връщане на преписката на административния орган за ново произнасяне, с даване на изрични указания по тълкуването и прилагането на закона, или да бъде постановен акт по същество с позитивно за жалбоподателите произнасяне. Претендира се присъждане на сторените по делото разноски.

Ответникът - управителят на Националната здравноосигурителна каса, в представено по делото писмено становище и в открито съдебно заседание чрез процесуалните си представител юрк. М., оспорва жалбата като неоснователна и претендира отхвърлянето ѝ.

С. градска прокуратура не се представлява по делото и не взема становище по жалбата.

Съдът, като прецени събраните по делото доказателства, поотделно и в тяхната съвкупност, във връзка с доводите и твърденията на страните, приема за установено следното от фактическа страна:

След провеждане на лечението и неговото заплащане от родителите на Р. Р. П. и за тяхна сметка, Управителят на НЗОК издава Решение №РД-Е112- 98/26.06.2024 г., с което разрешава провеждане на планово лечение на Р. П. във „В. В. К." (Германия) на основание чл. 20 от Регламент (ЕО) №883/20024 г. на Европейския парламент и на Съвета от 29.04.2004 г. за

координация на системите за социална сигурност (основен регламент) (л. 24-31). Разрешението е издадено въз основа, на Решение №7885/18.12.2023 г. по а. д. №11474/2022 г. на АССГ (л.157-168), потвърдено с Решение №6542/29.05.2024 г. по а. д. №1526/2024 г. на ВАС (л. 169-172), Шесто отд., с което е отменено като незаконосъобразно първото решение №РД-Е112-124/04.11.2022 г. на управителя на НЗОК, с което е отказано разрешаване на планово лечение на жалбоподателката Р. Р. П..

С писмо изх. №19-03-178/11.07.2024 г. на Управителя на НЗОК (л. 145-150) е указано на жалбоподателката, че за да бъде пристъпено към изпълнение на Решение №РД-Е112-98/26.06.2024 г., с което се разрешава провеждане на плановото ѝ лечение във „В. В. К.“ (Германия), следва тя да попълни приложения към писмото формуляр „Заявление за възстановяване на извършени разходи по реда на чл. 25(Б) параграф 5-9, чл. 26 (Б) параграф 6 и 7 от Регламент (ЕО) №987/2009 или...”

Заявлението е попълнено и подадено с вх. №Е126-01-159/11.07.2024 г. по описа на ЦУ на НЗОК (л. 32-33). В същото е посочено и влязлото в сила решение, с което е разрешено провеждане на планово лечение на Р. П.. Към заявлението са приложени 4-те броя фактури за проведеното лечение (л.36-45 и в превод л. 50-л. 69), банково извлечение за плащанията, както и издадената медицинска документация от „В. В. К.“ - всички в превод и на български. В същото е отбелязано, че се иска възстановяване по цени на чуждата институция.

НЗОК е получила отговор от немската АОК Nordost (Здравна каса Североизток), въз основа на който е възстановена сумата в размер на 3670,01 евро, съвпадащ със стойността на една от издадените фактури, отразена под №2 на стр. 2 от процесното решение. Видно от приложения към решението отговор на АОК Nordost със С. S068 (л. 21-22), сумата от 3670.01 евро е посочена в т. 2.3.1 като „Стойност на лечението“ и същата сума е посочена в т. 2.3.2 като „Сума за възстановяване“.

На базата на отговора на немската Здравна каса Североизток е издадено оспореното решение с което се възстановява сумата в размер на 7 178.54 лева /седем хиляди сто седемдесет и осем лева и петдесет и четири стотинки/, легова равностойност на 3 670.01 евро (три хиляди шестстотин и седемдесет евро и един евроцент) на Р. Р. П., ЕГН [ЕГН], чрез нейния родител Р. Д. П., ЕГН [ЕГН], за подучена и заплатена необходима медицинска помощ по време на престой на територията на Федерална република Германия и се отказва възстановяване на разходи за разликата от разрешените за възстановяване средства по т. 1 до размера на общата претендирала сума за възстановяване от 29 816.48 евро /двадесет и девет хиляди осемстотин и шестнадесет евро и четиридесет и осем евроцента/, във връзка с прилагане на чл. 25, буква „Б“> параграф 5 от Регламент (ЕО) № 987/2009 и получен отговор със структуриран електронен документ С. S068.

В хода на съдебното производство са приети Вътрешни правила за работа в Системата за обмен на социално осигурителна информация (Е.) №РД-16-44/29.06.2020 г. ведно с приложението по § 6, т. 4 от ПЗР на същите и Заповед № РД-09-516/16.06.2023 г. на вр. и. д. управител на НЗОК и Работна инструкция 05-01 „Възстановяване на разходи на ЗОЛ по реда на чл. 25 и чл. 26 от Регламент (ЕО) № 987/2009, Директива 2011/24/ЕС за упражняване на правата на пациентите при трансгранично здравно обслужване и действащи двустранни спогодби/договори за социално осигуряване;Изискана е и приложена административната преписка в цялост.

При така установеното от фактическа страна и след като извърши дължимата на основание чл.168, ал.1 АПК проверка за законосъобразност на оспорения акт на всички основания по чл.146 от АПК, съдът формира следните правни изводи:

Предмет на съдебен контрол за законосъобразност е Решение № РД-Е126-260/18.12.2024 г. на управителя на Националната здравноосигурителна каса (НЗОК) в частта на отказаната сума за възстановяване по т. 2 - представляваща разликата от разрешените за възстановяване средства от 3 670.01 евро до претендираните за възстановяване в размер на 29 816.48 евро за извършените от родителите й разходи за проведеното в периода от 08.11.2022 г. до 21.11.2022 г. лечение в Специализирана клиника по ортопедия „В. В.“, Бад Вилдунген- Райнхардхаузен, ФР Германия.

Жалбата е процесуално допустима, като подадена срещу подлежащ на обжалване индивидуален административен акт, от надлежни страни и в законоустановения срок за обжалване по чл. 149, ал. 2 АПК.Разгледана по същество, жалбата е и основателна.

Оспореният административен акт е издаден от компетентен орган - управителя на НЗОК. Компетентността на органа произтича от чл. 12, ал. 1 от Наредба № 5 от 21.03.2014 г., вр. с чл. 19, ал. 7, т. 2 ЗЗО. Спазена е и външно предвидената в закона форма, доколкото решението съдържа фактически и правни основания за издаването му, налице са ясни и конкретни мотиви и разпоредителна част, позволяващи да се разберат причините, поради които частично е отказано възстановяване на разходи за разликата от разрешените за възстановяване средства в натура по т. 1 до размера на общата претендирана сума за възстановяване от 29 816.48 евро евро, като мотиви се съдържат и в останалите документи, предхождащи издаването на решението.

Съдът приема, че оспореният акт е издаден при осъществяването на основанията по чл. 146, т. 3 АПК, което е довело и материалната му незаконосъобразност - чл. 146, т. 4 АПК, по следните съображения:

По делото се установи, че Управителят на НЗОК издава Решение №РД-Е112- 98/26.06.2024 г., с което разрешава провеждане на планово лечение на Р. П. във „В. В. К." (Германия) на основание чл. 20 от Регламент (ЕО) №883/2004 г. на Европейския парламент и на Съвета от 29.04.2004 г. за координация на системите за социална сигурност (основен регламент) (л. 24-31). Разрешението е издадено въз основа, на Решение №7885/18.12.2023 г. по а. д. №11474/2022 г. на АССГ (л.157-168), потвърдено с Решение №6542/29.05.2024 г. по а. д. №1526/2024 г. на ВАС (л. 169-172), Шесто отд., с което е отменено като незаконосъобразно първото решение №РД-Е112-124/04.11.2022 г. на управителя на НЗОК, с което е отказано разрешаване на планово лечение на жалбоподателката Р. Р. П.. Със заявление вх. №Е126-01-159/11.07.2024 г. по описа на ЦУ на НЗОК е поискано заплащане на извършените от жалбоподателката разходи за лечение и към заявлението са приложени 4-те броя фактури за проведеното лечение (л.36-45 и в превод л. 50-л. 69), банково извлечение за плащанията, както и издадената медицинска документация от „В. В. К." - всички в превод и на български. В същото е отбелязано, че се иска възстановяване по цени на чуждата институция.

Целта на разрешението по чл. 20,§1 от основния Регламент 883/2004, е да се получи болнично лечение в чужбина за сметка на националната здравноосигурителна институция (в случая НЗОК), в съответствие със законите на държавата, където се провежда лечението и все едно, че пациентът е осигурен в тази държава (в случая Германия). В тази връзка приложимият текст е този на чл. 26

(А), озаглавен „Планирано лечение“, който урежда процедурата за получаване на разрешение. Тъй като в случая разрешението е получено след заплащане на лечението, приложими се явяват текстовете на чл. 26 (Б), озаглавен „Покриване на разходите за обезщетения, в натура, направени от осигуреното лице“, които предвиждат възстановяване на разходите за проведеното планово лечение; Съгласно §7 на чл. 26(В) - „ако осигуреното лице действително е понесло всички или част от разходите за разрешеното медицинско лечение, и разходите, които компетентната институция е задължена да възстанови на институцията по мястото на престой или на осигуреното лице в съответствие с параграф 6 (действителни разходи), са по-малки от разходите, които би поела за същото лечение в компетентната държава членка (условни разходи), компетентната институция възстановява при поискване разходите за лечението, поети от осигуреното лице до сумата, с която условните разходи надвишават действителните. Възстановената сума обаче не може да надвишава разходите, действително направени от Осигуреното лице, и може да отчита сумата, която лицето би трябвало да плати, ако лечението е било предоставено в компетентната държава-членка.“ Според цитирания текст титулярът на разрешението по чл. 20 от Регл. 883/2004 има право да получи само по- малката от сумите, представляващи платените от него разходи за лечение и съответно сумата, която съответната здравноосигурителна каса на държавата членка, предоставила лечението, би заплатила на здравното заведение за извършената интервенция. Това означава, че при издадено разрешение за планово лечение, подлежащата на възстановяване сума по чл. 26 (Б) не може да е по-малка от тази, която НЗОК поема с издадения ФОРМУЛЯР S2 защото и в двата случая лицето се третира по един и същ начин - като здравноосигурено в държавата-членка, предоставила лечението. За целта НЗОК има право да изпраща и получава документи, вкл. по електронен път, да изисква сведения и доказателства от съответната здравноосигурителна каса в държавата-членка, където е предоставено лечението, относно сумите/ставките, които биха били предмет на възстановяване, съгласно принципните положения, залегнали в глава втора на Регламент (ЕО) №987/2009, озаглавена „Разпоредби относно сътрудничеството и обмена на данни“. По тази причина в чл. 25 (Б), §5 се съдържа изричен текст, съгласно който институцията по мястото на оказване на лечението е длъжна при поискване да предоставя на НЗОК цялата необходима информация за съответните ставки или суми.

По силата на пряко приложимото европейско законодателство, като титуляр на разрешението за провеждане на планово лечение, Р. П. има правото да получи възстановяване на разходите за извършеното лечение в чужбина съгласно чл. 26 (Б) §6 и §7 от Регламент (ЕО) N2987/2009 на Европейския парламент и на Съвета от 16 септември 2009 година за установяване процедурата за прилагане на Регламент №883/2004 и във връзка с чл. 20 от Регламент ,№883/2004 /основния регламент/.

Определянето на размера на дължимите от НЗОК разходи за извършеното лечение е от изключителната компетентност на управителя на НОЗК, който е одобрил „Вътрешни правила за реда, начина и критериите относно възстановяване на извършените разходи по реда на чл, 25 (Б), §5 -9, чл. 26 (Б), •§ 6 и 7 от Регламент (ЕО) №987/2009 и Директива 211/24/ЕС на Европейския парламент и на Съвета за упражняване на правата на пациентите при трансгранично здравно обслужване, или по двустранни спогодби/договори за социално осигуряване, включващи в обхвата си здравно осигуряване“. (Правилата - л.102-121). Тези Правила, независимо от наименованието и автора на акта, имат нормативен характер, тъй като засягат не само вътрешното устройство и производствата за работата на специално създадения като помощен орган към управителя на НЗОК - отдел „Възстановяване на разходи и оценка на заявления“ (ВРОЗ) към

дирекция „Международна дейност и координация на системите за социална сигурност" (МДКССС), но въвеждат изисквания за формата, съдържанието на заявлението и приложените към него документи, необходими за получаване на обезщетения, предвидени в правото на ЕС, както и основанията за тяхното отказване.

Съгласно чл. 1, ал. 1, т. 2 от Правилата, те уреждат реда за възстановяване на разходи на здравноосигурените лица (ЗОЛ) за получено от тях подходящо (планово) лечение (наричано още лечение по график), за което има издадено разрешение по чл. 20 от основния регламент. Според чл. 3, служителите на отдел ВРОЗ извършват преценка на постъпилите в НЗОК заявления от ЗОЛ за възстановяване на разходите за получено подходящо (планово) лечение в друга държава членка на ЕС, на основание чл. 26 (Б), параграф 6 и 7 от Регламент 987/2009.

В чл. 9 от Правилата е предвидено, че за възстановяване на разходите, лицата подават в Централно управление (ЦУ) на НЗОК заявление по утвърден от управителя на НЗОК образец /достъпен на Интернет страницата на НЗОК/. В чл. 9, ал. 7 е разписано съответно съдържанието на заявлението и изискуемите документи, които следва да се приложат към него- оригинали на разходооправдателните документи и медицинската документация за проведеното лечение, вкл. в превод на български. Когато е заявено възстановяване на пълния размер или на част от разходите за получено подходящо (планово) лечение, към докумените се прилага разрешението за подходящо планово лечение и приложен формуляр S2 „Право на планирано лечение" в чужбина -така чл. 9, ал. 8 от Правилата.

Заявлението ведно с документите се предава в отдел ВРОЗ, където същото се обработва чрез проверки на здравноосигурителния статус към момента на оказване на плановото лечение, за допустимост и пълнота на документацията - чл. 10, ал. 5 и чл. 14 от Правилата.

Същинската проверка относно сумите, подлежащи на възстановяване, се състои в кореспонденцията между НЗОК и институцията по място на оказване на лечението. В т. 6 на чл. 14 е посочено, че служител от отдел ВРОЗ подготвя и изпраща „Запитване за ставките за възстановяване", което запитване е придружено от копия на платежните и медицински документи. В нормата е направено изрично разграничение в използваните за целта структурирани електронни документи (С.), когато комуникацията между компетентните институции на държавите членки се обменя чрез електронната система Е., а именно: 1/когато запитването е за оказана неотложна помощ по време на престой в държавата членка, искането се отправя със С. S067/E126; и 2/ когато запитването се отнася за ставки при лечение по график (т.е. планово лечение), то се отправя със С. S069. Видно от чл. 20, т. 2 от Правилата,

отговорът на запитването, отправено със С. S067/E126, се получава в С. S068, а на запитването за ставки за планово лечение, отправено със С. S069, отговорът е в С. S070.

Според чл. 10 и чл. 12 от Правилата, кореспонденцията между НЗОК и чуждите институции се завежда в електронната информационна система А. с входящ номер към съответното заявление, а когато същата се води чрез системата Е., запитванията и отговорите се завеждат с пореден номер от регистъра с базата данни на отдел ВРОЗ, както и с входящ номер от Е..

Независимо от информацията, получавана със С., при разглеждане на преписката, служителят от отдел ВРОЗ може да изиска допълнителна информация, необходима за преценката-чл. 15 от Правилата.

В чл. 16 е формулиран водещият принцип, а именно: „При всички случаи възстановяването на разходи на 30/1 не следва да превишава сумата на реално извършените от него разходи.“

В резултат на оценката по същество, началникът на ВРОЗ чрез директора на дирекция МДКССС предоставя на Управителя на НЗОК: 1/докладна записка съответно с приложен към нея проект на мотивирано решение за възстановяване разходи с посочване на основанията и конкретния размер на сумата, подлежаща на възстановяване (така чл. 18, ал. 1 и ал. 2 от Правилата) или 2/докладна записка, ведно с проект на мотивирано решение за отказ от възстановяване на средства - при липса на основание за възстановяване на разходи.

При основателност на заявлението, Управителят на НЗОК издава мотивирано решение, с което разрешава възстановяване на подлежащата на възстановяване сума (съответстваща на сумата, посочена в становището на комисията) - така чл. 19, ал. 1 от Правилата.

Управителят издава мотивирано решение за отказ за възстановяване на разходи съгласно ал. 2 на чл. 19 от Правилата, при неоснователност на заявлението за проведено подходящо (планово) лечение, когато липсва някоя/и от изрично и изчерпателно изброените предпоставка/и за неговата основателност, а именно:

1/Няма издадено разрешение за подходящо (планово) лечение;

2/ Оказаното подходящо (планово) лечение не фигурира в пакета от медицински дейности, заплащани от публичната система на здравеопазване на държавата по мястото на оказване на лечението;

3/Лечението не е оказано от изпълнител на медицинска помощ чрез публичната система на здравеопазване на държавата по мястото на предоставянето му;

4/Заплатената сума за оказаното подходящо (планово) лечение представлява потребителска такса или е дължимата от пациента част от стойността на лечението, установена в законодателството на държавата по място на оказване на помощта;

5/Лицето е с прекъснати здравноосигурителни права към момента на получаване на лечението.

В процесното решение отказът за възстановяване на сумата над 3670.01. евро до пълния претендирай размер от 29 816,48 евро, не е мотивиран с наличието на нито една от горесцитираните предпоставки по чл. 19, ал. 2 от Правилата. В същото изрично е посочено, че заявлението е редовно подадено, като комплектовано с всички изискуеми документи съгласно чл. 9, ал. 7 от Правилата и при липса на процесуални пречки, визирани в чл. 27, ал. 2 от АПК и чл. 11, ал. 1 от Правилата.

В процесното решение са изброени всички 4 броя фактури и тяхната стойност (л. 15-22, стр. 2 от Решението), но никъде в него не е посочено, че същите са изпратени на немските институции. В решението не е описана медицинската документация и каква част от нея е изпратена на немските институции, каквото изискване поставя също текстът на т. 6 на чл. 14 от Правилата. В представената административна преписка по делото, липсва медицинска документация за лечението на жалбоподателката в Германия, с която административната преписка е следвало да се допълни служебно. Няма данни тази документация да е изпращана на немските институции в процесното административно производство.

Към процесното решение е приложен отговорът на немската АОК Nordost (Здравна каса Североизток), въз основа на който е възстановена сумата в размер на 3670,01 евро, съвпадащ със стойността на една от издадените ни фактури, отразена под №2 на стр. 2 от процесното решение. Видно от приложения към решението отговор на АОК Nordost със С. S068 (л. 21-22), сумата от 3670.01 евро е посочена в т. 2.3.1 като „Стойност на лечението" и същата сума е посочена в т. 2.3.2 като „Сума за възстановяване".

Тези записи обуславят следните изводи; 1/ След като няма разлика между стойността на цялото лечение и сумата, подлежаща на възстановяване, то не е налице отказана за възстановяване сума; 2/ Контактвайки чрез С. с 3-те немски институции (контактната точка DVKA, АОК Nordost и АОК Н.), НЗОК изпраща за оценка само 1 фактура, която дори не е тази за основното оперативно и стационарно лечение на доверителната ми. Основната фактура по диагностично свързани групи е на стойност 24 023.10 евро /№3 на стр. 2 от решението/, която

сума се поема именно по силата на издаденото разрешение за планово лечение, ако беше своевременно издаден формуляр S2 към същото.

В приетото от съда писмено доказателство, неоспорено от ответника - отговор на управителя на „В. В. К.", който приема формуляри S2 и е наясно каква част поема НЗОК и каква част доплаща пациентът, са отбелязани позициите, които се поемат с формуляр S2 от НЗОК и всички те са само по тази основна фактура на стойност 24 023.10 евро (л. 301 - 305).

Твърденията на ответника в обратен смисъл - че са изпратени всички 4 броя фактури, както и че служителите от ВРОЗ са проявили изключително упорство с изпращане на многобройни запитвания до немските институции, за да преодолеят първоначалния отказ за възстановяване на суми, се дискредитират от допълнително представените документи от административната преписка за водената между НЗОК и 3-те немски институции кореспонденция. От същите е видно, че „отказ" не е получаван. Контактната точка за кореспонденция във Ф. (а не компетентната немска здравна каса) дава отговор със С. S068 (л. 232-233), в който посочва „0.00" и в двете графи - „Стойност на лечението" и „Сума за възстановяване". От допълнително изпратения отговор обаче със С. H002 става ясно, че причината за посочване на нулеви стойности в С. S068 е това, че към запитването не са приложени никакви документи - „Няма налични фактури за оценка. И. отново S067 с фактурите, които трябва да бъдат оценени" (л. 243 и л. 228-229). От последващите отговори на немските институции е видно, че проблемът с неизпращане на фактурите от НЗОК или невъзможността да бъдат отворени прикачените файлове, продължава. Допълнително объркване внася и подадената от НЗОК невярна информация към немските институции в С. H001, че е издаден формуляр S2, чийто текст е възпроизведен на стр. 3 от процесното решение: „...С молба да се преразгледа случая като се вземе предвид приложен документ, че лечебното заведение приема формуляр S2 и че документът е издаден след Решение №6542/29.05.2024 г., постановено по адм. д. №1526/18.12.2023 г. по описа на ВАС, Шесто отделение, с което се оставя в сила Решение №7885/18.12.2023 г. по адм. д. №11474/2022 г. по описа на АССГ, 23 с-в. Със съдебните актове се отменя Решение №РД-Е112-124/04.11.2022 г. на управителя на НЗОК, с което е постановен отказ за издаване на разрешение извън държавата-членка по пребиваване. Също така са дадени задължителни указания по тълкуване и прилагане на закона и е издаден влязъл в сила индивидуален административен акт, положителен за заявителя (Решение №РД-Е112-98/26.06.2024 г.)". С. с посоченото съдържание липсва в допълнително представената от ответника кореспонденция между НЗОК и немските институции и приложения превод на текстовете в тях (л. 228-229). Оттук следва, че административната преписка не е представена в цялост. Допълнително основание

за това твърдение е обстоятелството, че кореспонденцията, водена по електронен път чрез С., е представена от ответника без опис, като разпечатки на хартиен носител, които не са заверени - в противоречие с разпоредбата на чл. 184, ал. 1 от ГПК. Същевременно автоматично отпечатаните върху хартиените разпечатки дати от електронната система са заменени с други такава, чрез допълнителното им ръкописно посочване в горния десен ъгъл на всеки С.. Съдът е възприел и указал на ответника да предприеме действия по тяхното отстраняване, което последният не е сторил. Освен, че не е отстранил тези недостатъци, ответникът отказва да предостави поисканата кореспонденция между НЗОК и немските институции на електронен носител в съответствие с чл. 184, ал. 1 от ГПК, така че да е видно дали и какви документи са прикачвани към запитванията на НЗОК, отправяни със С. чрез електронната система Е. и да се проследи тяхната хронология. Ответникът не е отправил запитване до немските институции, с които е кореспондирала, за да получи информация от тях относно определените/отказаните за възстановяване суми по процесното решение и основанията за това.

Съдът счита , че събраните по делото доказателства сочат, че от НЗОК не са изпратили за оценка всички 4 броя фактури, а само една от тях, и то дори не основната за проведеното оперативно лечение и стационарен престой, разходът по която се поема с формуляр S2 от бюджета на НЗОК, като същевременно са подавали невярна информация към немските институции, че формуляр S2 е издаден.

Тези релевантни обстоятелства не са изяснени от административния орган, а същият се е ограничил до съобразяване на лимита, посочен от здравноосигурителния орган. При тези данни административният орган е следвало да извърши допълнителни проучвания ,да изиска допълнителни доказателства от заявителите, ако е счел, че се касае за непопълване на административната преписка. От установените факти и обстоятелства по делото, е видно, че спорният отказ да бъде възстановена сумата в размер на 26 146.47 евро /разлика между поисканите 29 816,48 евро и възстановените 3 670,01 евро/ е немотивиран, издаден при непълнота на доказателствата, въз основа на неправилно установена фактическа обстановка, в противоречие с духа на закона, и при съществено нарушение на административнопроизводствените правила, визирани в чл. 35 и чл. 36 от АПК, тъй като не са изяснени всички обстоятелства и не са събрани служебно от административния орган всички доказателства, релевантни за формиране на властническото волеизявление, които нарушения, ако не бяха допуснати, щяха да доведат до волеизявление с друго съдържание.

Допуснатото нарушение на административнопроизводствените правила е съществено, тъй като може да повлияе на крайния извод на административния

орган, съответно обуславя осъществяването на отменителното основание по чл. 146, т. 3 АПК. Атакуваното решение на управителя на НЗОК, в обжалваната му част, следва да се отмени, а преписката следва да се изпрати на органа за ново произнасяне след пълното и обективно установяване на релевантните по случая факти и при стриктно спазване на разписаната в Правилата процедура, включително като се изиска допълнителна конкретна и детайлна информация от компетентната чужда институция относно подлежащите на възстановяване суми и като разходи за какво лечение се определят същите.

Относно разноските в производството.

При този изход на спора и на основание чл.143, ал.1 АПК в полза на жалбоподателите следва да бъдат присъдени своевременно претендираните и доказани разноски по делото. Съобразно представения списък на разноските жалбоподателката претендира сторени по делото разноски в размер на 2510 лв. - за заплатена държавна такса и за адвокатско възнаграждение.

Така мотивиран и на основание чл.172, ал. 2 АПК, Административен съд София-град, 76 с-в,

РЕШИ:

ОТМЕНЯ по жалба от Р. Р. П. , ЕГН [ЕГН], действаща чрез своите родители Р. Д. П. и М. Н. Н. – П. срещу Решение № РД-Е126-260/18.12.2024 г. на управителя на Националната здравноосигурителна каса (НЗОК) в частта на отказаната сума за възстановяване по т. 2 - представляваща разликата от разрешените за възстановяване средства от 3 670.01 евро до претендираните за възстановяване в размер на 29 816.48 евро за извършените от родителите ѝ разходи за проведеното в периода от 08.11.2022 г. до 21.11.2022 г. лечение в Специализирана клиника по ортопедия „В. В.“, Бад Вилдунген- Райнхардхаузен, ФР Германия.

ВРЪЩА преписката на управителя на Националната здравноосигурителна каса за ново произнасяне по заявление с вх. №Е126-01-159/11.07.2024 г. по описа на ЦУ на НЗОК, при съобразяване на дадените с мотивите на решението указания по тълкуване и прилагане на закона.

ОСЪЖДА Националната здравноосигурителна каса да заплати на Р. Р. П. , ЕГН [ЕГН], действаща чрез своите родители Р. Д. П. и М. Н. Н. – П. основание чл. 143, ал. 1 АПК сумата от 2510 лв., представляваща сторените по делото разноски.

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