

РЕШЕНИЕ

№ 2229

гр. София, 10.05.2011 г.

В ИМЕТО НА НАРОДА

АДМИНИСТРАТИВЕН СЪД СОФИЯ-ГРАД, Второ отделение 27 състав, в публично заседание на 19.04.2011 г. в следния състав:

АДМИНИСТРАТИВЕН СЪДИЯ: Аглика Адамова

при участието на секретаря Ани Андреева, като разгледа дело номер **468** по описа за **2010** година докладвано от съдията, и за да се произнесе взе предвид следното:

Производството е по реда на чл. 145-178 АПК.

Образувано е по жалба на В. Й. Герджикова против решение № РД-Е126-212 от 27.11.2009г. на Директора на Н., с което е отказано възстановяване на разходи по реда на чл. 34 от Регламент / ЕИО/ № 574/72, по молба на В. Й. Г., като наследница на К С Г. Изтъква се, че е приета грешна диагноза, от където е направен и неправилен извод, че се касае за планова интервенция, а не за спешна помощ, каквато е оказана в случая.

Ответникът – Директор на Н. оспорва жалбата. Моли съда да се произнесе по делото с оглед представените доказателства. Твърди, че в Н. не е постъпвала молба за получаване на планова помощ от страна на Г. Уточнява, че при посочване на диагнозата „голям фалкс менингиом фронтално в ляво” е допусната грешка, тъй като навсякъде в документите е посочена вярната диагноза – декомпенсирана чернодробна цироза.

Съдът, след като обсъди събраните по делото доказателства, доводите и възраженията на страните и ги прецени в тяхната съвкупност, намира за установено от фактическа страна следното:

Производството пред административния орган е започнало по молба вх. № Е 126-01-58/06.03.2009г. за възстановяване по реда на чл. 34 от Регламент / ЕИО/ № 574/72, на разходи за получена спешна и неотложна М. помощ при престой в друга държава-членка на ЕС, подадена от В. Й. Г. за осигуреното лице К С Г. В молбата е посочено, че медицинската помощ е получена за периода 12.11.2008г. – 08.12.2008г.

във Ф. Диагнозата на заболяването е декомпенсирана цироза, портална хипертония, рефрактерен асцит. В графата вид на помощта са посочени: преглед, лечебни манипулации, вкл. реанимация, поставяне на TIPS, антибиотици, биопродукти. Избраната база за възстановяване на извършените разходи е по цени на Н. С молба от 17.03.2009г. е уточнено, че се иска възстановяване на разходите по цени на осигурителната институция по мястото на оказване на медицинската помощ.

Видно от справка вх. № Е 126-02-4/16.02.2009г. за здравноосигурителен статус на К С Г, същият е ненарушен.

Молбата е разгледана на заседание на комисията по заповед РД–18-25/16.04.2007г. за прилагане на реда на чл. 34 от Регламент / ЕИО/ № 574/72, за което е съставен протокол № 36 Е 126-07-36/04.11.2009г. Констатирано е, че са попълнени всички реквизити на молбата и са приложени описаните документи, както и наличие на непрекъснати здравноосигурителни права. Искането е преценено като допустимо, но е сметено, че за заплащане на получената М. помощ за декомпенсирана чернодробна цироза е било необходимо да се спази реда на чл. 22, параграф 1, буква с от Регламент № 1408/1971г. – получаване на разрешение от Н. за планова М. помощ в друга държава-членка на ЕС. В този смисъл е и становище на комисията вх. № Е 126-01-58/26.11.2009г.

С оспореното решение № РД-Е 126-212 от 27.11.2009г. на и.д. директор на Н. е отказано възстановяване на разходи по реда на чл. 34 от Регламент / ЕИО/ № 574/72. Приетата диагноза е „голям фалкс менингиом фронтално в ляво”. В мотивите се изтъкват доводите на комисията, че за заплащане на получената М. помощ е било необходимо да се спази реда на чл. 22, параграф 1, буква с от Регламент № 1408/1971г. – получаване на разрешение от Н. за планова М. помощ в друга държава-членка на ЕС. Видно от удостоверение на община С. от 22.01.2009г. К С Г е починал на 17.01.2009г. и е оставил наследниците В. Й. Г. – съпруга и синове И К. Г и Спиро К. Г. Съгласно представените пълномощни В. Г. е упълномощена от синовете си да ги представлява пред всички административни органи.

Представени са епикриза на Костадин Спиров Герджиков, издадени от В.-М. академия за периода 08.07.2008г – 15.07.2008г., от МБАЛ С., за периода 04.09.2008 – 08.09.2008г., от Клиника по гастроентерология при МБАЛ „Св. И Р”, за периода 16.10.2008г. – 21.10.2008г. и резултати от контрастна компютърна томография на абдомен и малък таз от 17.10.2008г. от „МБАЛ Т. Б. С.”. Посочените документи позволяват да се проследи историята на заболяването. При първото постъпване във В.-М. академия е установена диагнозата „цирозис хепатис декомпенсатa чайлд С”. Проведени са лечения с антибиотици, вливания, коремни пункции.

Видно от протокол от хоспитализация на К Г по досие 2008/1860, той е бил приет в Б. във Ф на 30.11.2008г. и е изписан на 08.12.2008г. Диагнозата е вирусна цироза В. Съгласно хронологията на заболяването, преди няколко месеца при болния е открита цироза, заедно с хепатит В. Появила се е рефрактна асцитна течност с пункция между 7 и 10 л седмично, въпреки лечение с фуросемид. Болният е хоспитализиран от 12 до 20.11.2008г за изследване преди интервенцията. Индикация за хоспитализация, за подготовка за поставяне на TIPS. По делото са представени два превода на документа, като единствената разлика между тях е, че на първата страница при описване на манипулацията в превода на Н. е посочено „TIPS”, а в превода, представен от жалбоподателката е посочено значението на това съкращение, като „transjugular intrahepatic portosystemic stent-shunt”. В оригиналния документ на френски език е посочено само съкращението. На 01.12.2008г. е извършена манипулация – поставяне на

TIPS по спешност.

Представени са документи за изследвания от Обществено здравеопазване – Болници П, Б. Пол Брус – медицински доклад преди TIPS от 14.11.2008г. за еходоплер на черния дроб, ехография – доплер от 02.12.2008г., ехография от 26.11.2008г., фиброскопия на горната част на храносмилателния тракт от 20.11.2008г., изследване на асцитна течност от 14.11.2008г., изследвания на кръв от 07.12.2008г., както и многобройни други изследвания за целия период на престой.

Видно от представени фактури за престоя му в Б. Пол Брус, П за периода 30.11.2008г. – 08.12.2008г. Костадин Герджиков дължи сумата от 12765, 63 евро, платена на 31.12.2008г., а за престоя си в периода 12.11.2008г. до 20.11.2008г. – сумата 11832, 40 евро, платена на 17.12.2008г.

От заключението на назначената съдебно-М. експертиза, възприето от съда като добросъвестно и обосновано, се установява следното:

Интервенцията, която е извършена на К Г във Ф, е трансюгуларен интрахепатален портосистемен стенд – шънт, което е видно от описанието на интервенцията на л.105 и 106 от делото. Действителната диагноза е декомпенсирана чернодробна цироза. Пациентът е хоспитализиран за поставяне на TIPS по спешност, по повод на рефрактерен асцит вследствие на цироза, причинена от хепатит В. Освен оперативната интервенция, е провеждано и медикаментозно лечение, както предоперативно, така и интензивно. Състоянието на пациента е било преценено като спешно и на следващия ден след приемането му е извършена интервенцията. Понятията „плановост” и „спешност” се определят в зависимост от състоянието на пациента. Въпросната манипулация не се извършва в Б. В съдебно заседание вещото лице означава, че латинският термин TIPS няма какво друго да означава в медицинската терминология, освен описаната манипулация. Състоянието на пациента е преценено като спешно от лекарите във Ф и вещото лице няма основание да се съмнява в тази преценка.

Съдът приема за общоизвестен фактът, че към момента на извършване на интервенцията, тя не се е осъществявала в Б, като за пръв път тя е проведена у нас в началото на 2010 година, и то под ръководството на лекаря проф. Азуле, който съгласно приложените документи е ръководил операцията на Г във Ф. Информацията е съобщена по Българската национална телевизия на 28.01.2010г. във вечерните новини, което може да се види на следния сайт-
http://193.43.26.11/bg/news/view/21988/da_dochakash_transplantacija. Съгласно посочената информация интервенцията е животоспасяваща, като помага на болните да доживеят чернодробна трансплантация.

От заключението на назначената допълнителна съдебно-М. експертиза, се установява следното:

В Списъка на клиничните пътеки – приложение № 5 към Наредба № 40/2004г. под № 32 фигурират „Високоспециализирани интервенционални процедури при заболявания на хепатобилиарната /чернодробно-жлъчната/ система /ХБС/, панкреаса и перитонеума. Под № 34 са вписани „Декомпенсирани чернодробни заболявания /цироза/”. В същата пътека в рубриката „лечение на неусложнен асцит”, след подзаглавие „Рефрактерен асцит” /асцит, който не се повлиява или не може да бъде ефективно контролиран или рецидивира скоро или често след интензивна лекарствена терапия/ е посочена стандартна терапия „парацентеза” – източване на асцитна течност по показания с едновременно приложение на интравенозен 20% хуман албумин в доза 1-2 кг тегло. В клинична пътека № 32 „Високоспециализирани интервенционални процедури при

заболявания на хепатобилиарната система /ХБС/, панкреаса и перитонеума” не фигурира приложения на К Г способ на лечение. В клинична пътека № 34 - Декомпенсирани чернодробни заболявания /цироза/” и по-специално в терапевтичната и част, цитираният спороб също не фигурира сред дейностите, определени по вид и обхват от Наредба № 40/2004г. за определяне на основния пакет от здравни дейности, гарантирани от бюджета на Н.. Към месец декември 2008г. в Б не е могло да бъде извършено друго лечение, еднакво по ефикасност с извършеното.Процедурата по поставяне на шънт не е свързана с извеждане на асцитната течност от корема. Поставянето му води до намаляване или забавяне на събирането на асцитна течност. Парацентезата е коремна пункция, при която се източва част от асцитната течност. Тази течност е близка по състав на кръвния серум и съдържа белтък. Колкото повече асцит се източва, толкова повече белтък се губи. Поради това се влива гама глобулин, за да може да се възстанови част от загубения белтък.При пациента в конкретния случай поставянето на шънт е било предпоследната манипулация, която може да се направи при този стадий на заболяването. Излекуването е било невъзможно. Манипулацията е целяла да удължи живота на пациента, с цел да дочака чернодробна трансплантация. С помощта на парацентезата не е било възможно той да дочака трансплантация.

От заключението на назначената тройна съдебно –М. експертиза с вещи лица И., З. и К. се установява, че прилаганите на К Г многократни вливания на хуманалбумин след провежданите в голям обем парацентези в Б не са успели да компенсират ниското ниво на албумина, включително и във Ф. Касае се за асцит, нелечим с диуретици, който се класифицира като бактериално-негативен неутрофилен асцит, форма на спонтанен бактериален перитонит. Спонтанният бактериален перитонит в съчетание с бъбречна недостатъчност определя състоянието като хепато-ренален синдром I тип, което е индикация за спешно поставяне на ТИПС.

Основната диагноза е „Декомпенсиран хепатит „В”, вирусна чернодробна цироза. Рефрактерен асцит. Микробиологичнонегативен неутрофилен асцит /еквивалент на спонтанен бактериален перитонит/. Хепаторенален синдром” – индикация за спешно поставяне на ТИПС. Тезата за мултицентричен хепатоцелуларен карцином няма категорични доказателства. Но дори евентуалното му наличие при проходима портална вена, в съчетание с хепаторенален синдром, допълнително подчертава необходимостта от спешно поставяне на ТИПС, за да се съхрани живота на пациента и на следващ етап да се реализира чернодробна трансплантация.

Съществуващата клинична пътека за лекуване на цироза до известна степен цели поддържане на живота на пациента в добро състояние с цел да дочака трансплантация, но не може да се сравни по ефективност с извършената процедура „ТИПС”.

Към момента на извършване на манипулацията, цената на клиничната пътека в Б е била 1200-1300лв. Минималният престой в Б. по тази клинична пътека, след манипулация е 5 денонощия. ТИПС в Б не се прави, касае се за различни манипулации. Цирозата има три стадия. Болният е бил в стадий „С” на болестта, който е най-тежкият. Когато става въпрос за последните стадии на болестта, ТИПС позволява удължаване живота на пациента и евентуално той да дочака трансплантация. При съществуващите методи и при този стадий на болестта, в Б това не може да стане. Съществуващата клинична пътека е разчетена за по-леките фази, стадии „А” и „Б”. Освен ТИПС, останалите изследвания, които са проведен при лечението във Ф, могат да се направят и в Б.

Достиженията на медицината в Б признават ефекта на метода. Полагат се усилия за прилагане на този метод в български болници, но самото изделие е много скъпо и не

може да се поеме неговата тежест.

Не може да се каже каква би била прогнозата за живот на пациента без поставяне на „ТИПС“ и след поставянето му. Никой лекар не би се наел да каже това.

Съдът кредитира заключенията на назначените съдебно-медицински експертизи.

При така установената фактическа обстановка, съдът намира от правна страна следното:

Жалбата е допустима, като подадена от лице с правен интерес - наследник на починалия К Г и в предвидения за това срок.

Заповедта е издадена от компетентен орган – изпълняващият длъжността директор на Националната здравно-осигурителна каса, в кръга на предоставените му правомощия. Решението съдържа предвидените реквизити съгласно чл. 59 АПК – наименование на органа, наименование на акта, известни, но непълни фактически и правни основания, разпоредителна част, дата на издаване и подпис.

Приложимото европейско законодателство включва Регламента на Съвета (ЕИО) № 1408/71 за прилагането на схеми за социална сигурност на наети лица, самостоятелно заети лица и членове на техните семейства, които се движат в рамките на Общността / наричан по-долу Регламента/ и Регламент (ЕИО) № 574/72 на Съвета от 21 март 1972 година относно определяне на реда за прилагане на Регламент (ЕИО) № 1408/71 за прилагането на схеми за социално осигуряване на заети лица и техните семейства, които се движат в рамките на Общността, наричан по-долу Регламента по прилагане /отменени, но действащо законодателство към момента на извършване на лечението и на подаване на молбата за възстановяване на разходи/.

Понятията спешност и неотложност не са споменати в Регламента. Бланката за подаване на молбата за възстановяване по реда на чл. 34 от Регламента за прилагане действително съдържа понятието „спешна и неотложна М. помощ“, в съответствие с чл. 21 от Правилата за извършване на експертиза по чл. 78 ЗЗО и Регламенти /ЕИО/ 1408/71 и 574/72 в централното управление на Н.. Текстът на чл. 22, ал.1 б.”а” от Регламент № 1408/71 обаче, към момента на предоставяне на лечението и подаване на молбата за възстановяване на разходи изисква да са налице следните предпоставки, за възникване на право на предоставяне на обезщетение в натура /лечение/ от институцията по място на престой: 1. пациентът да е заето или самостоятелно заето лице, 2. което отговаря на предвидените от законодателството на компетентната държава условия за придобиване на право на обезщетения, като при необходимост се вземат предвид разпоредбите на член 18; 3. чието състояние изисква обезщетения в натура /лечение/, които са необходими по медицински причини; 4. по време на престой на територията на друга държава-членка.

Преди последното си изменение текстът на чл. 22, ал.1, б.”а” от Регламента използва словосъчетанието „чието състояние налага необходимост от незабавни обезщетения“, което в по-голяма степен се доближава до понятието „спешна или неотложна М. помощ“. Редакцията, приложима след последното изменение на текста обаче, изоставя понятието „незабавни обезщетения“ и го заменя с по-широкото „обезщетения по медицински причини“. Очевидна е целта на европейския законодател да разшири кръга на закрила, предоставяна на осигурени лица при престой в друга държава-членка, включително чрез обхващане не само на спешните и неотложни случаи, но и всички случаи, в които за лице, което пребивава временно на територията на друга държава-членка, възникне нужда от получаване на М. помощ. Следователно безпредметно е тълкуването на понятията „спешност“, „неотложност“ и „незабавност“,

след като Регламентите не боравят повече с тях. Не е необходимо състоянието на болния да е спешно или неотложно, за да има право на обезщетения в натура, ако са налице останалите предпоставки на чл.22, ал.1, б. „а” от Регламента.

Установява се по делото, че наследодателят на жалбоподателката е бил здравноосигурено лице към здравноосигурителна каса на Б, страна-членка на ЕС, и не се спори, че е наето или самостоятелно заето лице. Следователно налице са първите две предпоставките на чл.22, ал.1, б. „а” от Регламента. От събраните по делото доказателства и най-вече от изслушаните заключения се установява, че К Г е страдал от тежка болест, в нейния последен стадий и без съмнение е имал непрестанна нужда от М. помощ, независимо къде се е намирал. Предприетото във Ф лечение представлява обезщетение в натура, необходимо по медицински причини, което при това е адекватно на състоянието на пациента. Следователно и третата предпоставка от визираните по-горе е изпълнена.

Четвъртата предпоставка на текста изисква лицето да пребивава временно на територията на държавата-членка, на която е извършено лечението. На пръв поглед, това условие несъмнено е налице в конкретния случай. От друга страна обаче, ако се приеме, че компетентната здравно-осигурителна институция е длъжна по силата на чл. 22, ал.1, б.„а” от регламента да заплати разноските на всяко лице, което заминава в друга държава-членка само с целта да получи необходимото лечение, това ще обезсмисли разпоредбата на чл. 22, ал.1 б. „в” от същия регламент. Поради това разграничаването на двете хипотези и преценката в коя от тях попада казусът е от съществено значение. За целта е необходимо преди всичко да се прецени кой е фактът, който определя кога следва да бъде издадено разрешение за лечение в чужбина, за да бъде заплатено то от компетентната институция и кога не е необходимо такова разрешение.

С оглед гореизложените мотиви, този факт не се свързва със спешността на случая. Важни са целите на регламента, изложени в съображенията за приемането му - да се насърчи свободното движение и установяване на осигурените лица и свободното предоставяне на услуги, с цел подобряване на жизнения стандарт и условията за трудова заетост. По тези съображения настоящият състав счита, че разпоредбата на чл. 22, ал.1 б.„а” от Регламента не касае случаите, в които осигурено лице пребивава на територията на друга държава - членка единствено по причина и с цел да получи там М. помощ. Няма спор, че К Г е заминал за Ф единствено за да получи там лечение, адекватно на заболяването му и неговия стадий. В този случай обаче приложение следва да намери разпоредбата на чл. 22, ал.1 буква „в” от Регламента, която предполага издаване на разрешение за лечение в чужбина, за да бъдат покрити разноските от здравната каса, към която е осигурено лицето.

Не се спори по делото, че не е подавано искане за издаване и не са издавани формуляри Е 111 и Е 112.

Това обстоятелство обаче не изключва автоматично правото да се претендира възстановяване на разходите, стига да са налице материално-правните предпоставки за прилагане на чл. 22, ал.1 б. „в” от Регламента. В този смисъл е даденото тълкуване от Съда на Европейския съюз по дело С-173/09.

Съгласно константната съдебна практика на Съда на Европейския съюз, медицинските услуги, предоставяни срещу възнаграждение, включително лечението в болнично заведение попадат в приложното поле на разпоредбите относно свободното предоставяне на услуги. Това включва и свободата на лицата, които трябва да получат

медицинско лечение, да отидат в друга държава членка, за да ползват тези услуги. Целта на член 22, параграф 1, буква в), подточка i) от [Регламента](#) е да уреди правото да се получи болнично лечение в чужбина за сметка на националната здравно-осигурителна институция, в съответствие със законите на държавата, където то се провежда и все едно, че пациентът е осигурен в тази държава. Целта на параграф 2, ал.2 от същия член е да се посочат обстоятелствата, при които е изключена възможността компетентната институция да откаже издаване на разрешение за такова лечение.

Регламентът има координационен характер и не цели хармонизация на законодателството в областта на системите за социална сигурност. Всяка държава-членка сама урежда законодателно социалното и здравното си осигуряване. Това не изключва общото задължение за спазване правото на Съюза, включително разпоредбите относно свободното предоставяне на услуги в областта на здравеопазването.

Предварителните разрешения, като изискването по член 36 от Закона за здравното осигуряване, представляват пречка за свободното предоставяне на услуги. Въпреки това, [чл.56 ДФЕС](#) по принцип допуска да се изисква предварително разрешение като условие за упражняването на правото на пациента да получи болнично лечение в друга държава членка за сметка на системата, в която е осигурен. Основания за това се търсят в приложимите разпоредби на чл. 52-54 ДФЕС, към които препраща чл. 62 ДФЕС.

Рискът от сериозно застрашаване на финансовото равновесие на системата за социално осигуряване би могло да представлява императивно съображение от обществен интерес, което може да обоснове наличието на пречки за свободното предоставяне на услуги. Целта да се поддържат достъпни и балансирани медицински и болнични услуги може да се отнася до изключенията, свързани с общественото здраве, предвидени в [чл. 52 ДФЕС](#), доколкото тази цел допринася за достигането на висока степен на закрила на здравето. Цитираният текст позволява на държавите членки да ограничат свободното предоставяне на медицински и болнични услуги, доколкото поддържането на определен капацитет на системата за здравеопазване или на определено равнище на М. компетентност на националната територия е от основно значение за общественото здраве и дори за оцеляването на населението.

Независимо от изложеното, необходимо е предпоставките за издаване на разрешение за лечение в друга държава-членка да отговарят на следните условия: 1. да са обосновани, във връзка със споменатите императивни съображения, 2. да не надхвърлят обективно необходимото за целта; 3. да не е възможно да се постигне същият резултат с по-слабо ограничителни правила; 4. да се основават на обективни, недискриминационни и предварително известни критерии, които не допускат упражняване на правото на преценка на националните власти по произволен начин.

Ако националната правна уредба изключва покриването на разходите за болнично лечение в друга държава членка, винаги когато липсва предварително разрешение, то тази уредба не допуска плащане дори в полза на лице, което е било обективно възпрепятствано да поиска разрешението или да изчака издаването му. Не е оправдано, ако материално-правните условия за това са налице, да се отказва покриване на разходите, поради процедурна пречка.

В особен случай като този покриването на разходите за лечение не може да застраши постигането на целите на болничното планиране, нито тежко да накърни финансовото равновесие на системата за социална сигурност. Не се засяга нито поддържането на

достъпни и балансиращи болнични услуги, нито поддържането на капацитета на системата за здравеопазване и на определено равнище на М. компетентност на територията на страната.

Следователно императивното изискване, залегнало в чл. 36 от Закона за здравното осигуряване не е обосновано от упоменатите императивни съображения и не отговаря на изискването за пропорционалност. Ето защо това изискване създава необосновано ограничение за свободното предоставяне на услуги и противоречи на чл.52 ДФЕС. Националният съдия е длъжен да остави разпоредбата на чл. 36 ЗЗО без приложение, като противоречаща на правото на Съюза.

Следователно, конкретното правно основание за отказ за изплащане на разходите за лечение в чужбина не е налице. Въпреки че молбата, по която е започнала процедурата, е била подадена върху бланка, препращаща към реда на чл. 34 от Регламент /ЕИО/ № 574/72, посочената правна квалификация не е обвързваща. Ответникът не е следвало да се ограничи само до проверка относно процедурните предпоставки, а да формира изводи относно материално-правните условия за заплащане на лечението от здравната каса. Съдът счита, че след като ответникът не е изложил фактически и правни мотиви в тази насока, те не могат да бъдат заместени от мотивите на съдебното решение. Неправилната правна квалификация и отказът да се изследват правнорелевантните факти за изплащане на помощта са достатъчно основание оспореният административен акт да бъде отменен и преписката да се върне на административния орган за произнасяне по същество на молбата за заплащане стойността на М. помощ, получена в чужбина

При преценката на материално-правните предпоставки, ответникът следва да се придържа към тълкуването, дадено от Съда на Европейския съюз по делто С-173/09.

Разпоредбата на чл. 22, параграф 2, ал.2 от Регламента предвижда две условия, чието кумулативно наличие води до възникването на задължение за компетентната институция да издаде предварителното разрешение. Първото условие изисква въпросното лечение да е сред обезщетенията, предвидени от законодателството на държавата членка, на чиято територия пребивава осигуреното лице. Второто условие предполага лицето да не може да получи такова лечение в рамките на обичайно необходимото време в държавата членка на пребиваване, като се има предвид текущото му здравословно състояние и вероятното развитие на болестта.

За да се установи дали е изпълнено първото условие по член 22, параграф 2, втора алинея от Регламента, трябва да се провери дали предписаното лечение чрез поставяне на TIPS е сред медицинските дейности, заплащани по клиничните пътеки на българската здравно осигурителна схема.

Правото на Съюза не е пречка държавите членки да изготвят ограничителни списъци на медицинските дейности, заплащани от системите им за социално осигуряване. Всяка държава членка има правото да изготви списък, в който се изброяват конкретни лечения и способности на лечение или се посочват по-общо категории, типове или способности на лечение. Въз основа на правото на Съюза не може да възникне задължение за държавите членки да разширят евентуалния си списък с такива дейности.

При това положение само националните органи, които следва да се произнесат по молбата за разрешение за лечение в чужбина, са оправомощени да преценят дали това лечение попада в списъка на заплащаните медицински дейности. Ако конкретният приложен способ на лечение не е посочен в списъка, а в него са визирани по-обща категории и типове лечение, следва да се отчете дали способът на лечение съответства

на някои от тях. Ако е налице съответствие, не може да се откаже предварително разрешение. Обратното би означавало да се ограничи обхватът на член 22, параграф 2, втора алинея от [Регламента](#).

Очевидно извършената интервенция - поставяне на трансюгуларен интрахепатален портосистемен стенд – шънт, не е включена в основния пакет М. помощ, определени по вид и обхват съгласно [приложения № 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9 и 10](#). от Наредба № 40 от 24.11.2004г. за определяне на основния пакет от здравни дейности, гарантиран от бюджета на Н.. Ответникът обаче е длъжен да изследва и да формира изрични мотиви по въпроса съответства ли приложеното лечение най-общо на категориите и типовете лечение, визиран в приложимите клинични пътеки, включително в клинична пътека № 32 „Високоспециализирани интервенционални процедури при заболявания на хепатобилиарната система /ХБС/, панкреаса и перитонеума”.

За да се установи дали е изпълнено второто условие на този текст от Регламента, следва да се провери дали осигуреното лице може да получи въпросното лечение в рамките на обичайно необходимото време в държавата членка на пребиваване, като се има предвид текущото му здравословно състояние и развитието на болестта.

Обстоятелството, че предвиденото лечение в друга държава членка не се прилага в тази по местопребиваването на съответното лице, не е достатъчно, за да се приеме, че второто условие е налице. Втората предпоставка за издаване на разрешението обаче е налице, ако освен че това лечение не е предвидено, не може своевременно да бъде предоставено и друго еднакво по ефикасност лечение.

В това отношение Съдът на ЕС е пояснил, че когато преценява дали в държавата членка на местопребиваване може своевременно да бъде получено еднакво ефикасно за пациента лечение, компетентната институция е длъжна да вземе предвид всички обстоятелства по конкретния случай. За целта е нужно да се отчете медицинското състояние на пациента към момента на подаването на искането за разрешение, интензивността на страданията или естеството на увреждането на пациента, историята на заболяването му.

Следователно, при положение че: 1. въпросното лечение не може да бъде получено в държавата членка, на чиято територия пребивава осигуреното лице; 2. няма алтернативно лечение, което може своевременно да бъде предоставено в държавата членка по местопребиваване или има такова, но то не е с еднаква ефикасност; 3. предвидените в законодателството на тази държава членка обезщетения не са установени чрез точно изброяване на типове лечение или способности на лечение, а чрез по-общо посочване на категории, типове или способности на лечение; 4. ако е установено, че предвиденото лечение в друга държава членка попада в една от тези категории или съответства на един от тези типове, токомпетентната институция е длъжна да издаде на осигуреното лице разрешението, необходимо за покриване на разходите му за това лечение.

Не се допуска при прилагането на разпоредбата на чл. 22 от Регламента компетентните национални органи да презумират, че ако болничното лечение не може да бъде получено в държавата членка, на чиято територия пребивава осигуреното лице, то това лечение не е сред обезщетенията, предвидени от законодателството на тази държава, и обратно - че ако болничното лечение е сред посочените обезщетения, то може да бъде предоставено само в тази държава членка.

Издаването на предварително разрешение се явява безполезно, когато осигуреното лице вече се е подложило на болничното лечение, освен в хипотезата, когато това лице

още не е получило фактурата за лечението или не я е платило.

Размерът на сумата на обезщетението се определя съгласно разпоредбите на законодателството, което се прилага в държавата членка, на чиято територия е предоставено болничното лечение . Ако така изчисленият размер е по-нисък от този, който би се получил при прилагането на действащата правна уредба в държавата членка на местопребиваване в случай на хоспитализация в нея, компетентната институция за своя сметка трябва допълнително да възстанови на осигуреното лице и разликата между тези две суми, но в границите на действително направените разходи.

Осигурените лица, които получат болнично лечение в друга държава членка, без да поискат разрешение и без съответната институция да е била длъжна да им го издаде, имат право да претендират разходите за това на основание [член 49 ДЕО /чл. 52 ДФЕС/](#) само в границите на обезщетението, гарантирано от здравно осигурителната система, към която са осигурени. Същото се отнася и за случаите, когато е налице законосъобразен отказ за издаване на предварителното разрешение.

При така извършената проверка на законосъобразността на акта по реда на чл.168 АПК и по изложените съображения съдът намира, че при издаване на оспорвания административен акт са допуснати нарушения на процесуалния и материалния закон. Тъй като въпросът е предоставен на преценката на административния орган, на основание чл. 173, ал.2 АПК, оспореният административен акт следва да бъде отменен, а преписката – върната на административния орган да се произнесе по молбата като изложи мотиви относно материално-правните предпоставки за заплащане стойността на лечението и размера на дължимата сума.

На основание чл. 143, ал.1 АПК ответникът следва да заплати на жалбоподателката съдебни разноски в размер на 840 лв

Водим от горното Съдът

Р Е Ш И :

ОТМЕНЯ решение № РД-Е126-212 от 27.11.2009г. на и.д. директора на Националната здравно осигурителна каса, с което е отказано възстановяване на разходи по реда на чл. 34 от Регламент / ЕИО/ № 574/72, по молба на В. Й. Г., Г. С., У. „С. К.” № 3.

ВРЪЩА преписката на административния орган за произнасяне, при спазване указанията на съда относно тълкуване и прилагане на закона.

ОСЪЖДА Националната здравно осигурителна каса да заплати на В. Й. Г. съдебни разноски в размер на 840 лв /осемстотин и четиридесет лева/.

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

АДМИНИСТРАТИВЕН СЪДИЯ:

