

РЕШЕНИЕ

№ 39941

гр. София, 01.12.2025 г.

В ИМЕТО НА НАРОДА

АДМИНИСТРАТИВЕН СЪД - СОФИЯ-ГРАД, Второ отделение 48 състав, в
публично заседание на 17.11.2025 г. в следния състав:

СЪДИЯ: Калина Пецова

при участието на секретаря Евгения Стоичкова, като разгледа дело номер **7536** по описа за **2025** година докладвано от съдията, и за да се произнесе взе предвид следното:

Производството е по реда на чл. 145 - чл. 178 от Административнопроцесуалния кодекс (АПК).

Образувано е по жалба от Е. В. Б. срещу Решение на Националната здравноосигурителна каса № РД-Е126-81/02.04.2025г., с което е отказано възстановяване на разходи от бюджета на НЗОК по заявление № Е126-01-49/21.02.2025г., подадено от жалбоподателя.

В жалбата твърди, че Решението на НЗОК е неправилно, необосновано и издадено в противоречие със законовите разпоредби, издадено е без да е спазена съответната форма, при съществено нарушение на административнопроизводствените правила и в несъответствие с целта на закона. Твърди се, че изцяло не е спазен чл. 146 от Административнопроцесуалния кодекс /АПК/ и не е съобразено и с практиката на СЕС. Твърди се, че административният орган е нарушил общото правило, визирано в чл. 7, §8 от Директива 2011/24/ЕС за упражняване правата на пациентите при трансграничното здравно обслужване, а именно, че държавата-членка по осигуряване не може да обуслови възстановяване на разходите за трансгранично здравно обслужване от предварително разрешение, освен в случаи по чл. 8. При постановяване на своето решение НЗОК не е взел предвид конкретното здравословно състояние на жалбоподателя, спешността на случая и индивидуалните му особености. Твърди, че е нарушено конституционното му право, закрепено в чл. 52 от Конституцията на РБългария на здравно осигуряване, гарантиращо достъпна медицинска помощ и безплатно ползване на медицинско обслужване при условия и ред и доразвито в разпоредбата на чл. 4 от Закона за здравното осигуряване, съгласно която задължително здравно осигуряване гарантира свободен достъп на осигурените лица до медицинска помощ чрез определен по вид, обхват и обем пакет от здравни

дейности, както и свободен избор на изпълнител. Твърди, че никъде в издаденото решение реално не се съдържат мотиви за издаването му, като непосочването на мотиви е съществено нарушение, водещо до порок на акта, а именно - необоснованост и неправилност. Твърди, че по силата на европейското законодателство от 01 януари 2007 г. ако гражданин на Република България работи с легален трудов договор (като наето или самостоятелно лице) в страна членка на Европейския съюз, с цел избягване на двойно осигуряване, не трябва това лице да внася здравни осигуровки в България. Твърди, че от 1 април 2015 г. до 12 ноември 2023 г. се осигурява здравно без прекъсване в страна-членка на ЕС - Федерална Република Германия, а от 13 ноември 2023 г. до настоящия момент заема длъжността „кмет на Столична община - район „И.“ въз основа на трудов договор за определен мандат и внася без прекъсване от встъпването си в длъжност до здравния инцидент здравни вноски. Твърди, че от 2015 г. до сега е здравно осигурен с непрекъснат здравноосигурителен статус, видно от справката на НАП, която прилага. Твърди, че към датата на възникване на събитието - непланова спешна операция, е с непрекъснати здравни права, считано от 2015 г. Твърди, че при издаването на административния акт са допуснати съществени нарушения, както и че административният орган не е изяснил всички факти, които са необходими за издаването на административния акт, не е извършил преценка дали състоянието на жалбоподателя е било „спешно“, въпреки че в медикоекспертните документи е описано. Твърди, че актът е издаден в противоречие на материалноправните норми на ЕС и в противоречие с целта на националния и на европейския закон. Моли за отмяна на решението на НЗОК.

В проведеното съдебно заседание жалбоподателят се представлява от адв. Б., който поддържа жалбата. Претендира за направените разноски по делото, съгласно списък който представя.

Ответникът се представлява от юрк. М., който заявява становище за неоснователност на жалбата. Настоящият състав на съда, като съобрази данните по делото, становищата на страните, установи следното:

По фактите:

Жалбоподателят е подал до НЗОК заявление с вх.№ Е126-01-49/21.02.2025г. възстановяване на извършени разходи по реда на чл.25 (Б) параграф 5-9, чл.26 (Б) параграф 6 и 7 от Регламент (ЕО) № 987/2009г. Към заявлението са приложени декларация по образец, писмено искане, документ за самоличност, служебна бележка за банкова сметка, както и медицински документи в превод, относими към заболяването – епикриза от клиника по ортопедия и спешна хирургия и разходооправдателни документи в превод, удостоверяващи извършеното плащане в размер на 3360, 10 евро. Към жалбата е представено удостоверение от НАП, че към 14.07.2025г. жалбоподателят е с непрекъснати здравни осигуровки.

По преписката е налична докладна записка от директор на дирекция „Международна дейност и координация на системите за социална сигурност“ при НЗОК, чието заключение е че не следва да бъде извършено възстановяване на паричните средства от бюджета на ЦУ на НЗОК. Докладната записка е придружена с Лист за установяване на основанието и оценка на заявените суми, подлежащи на възстановяване /л.28 и л.29/ и заявка за проверка на здравноосигурителния статус, съгласно чл.109 от ЗЗО /л.30/.

Последвало е издаване на Решение № РД-Е126-81/02.04.2025г., на Управителя на НЗОК, с което на основание чл. 19, ал. 7. т. 2. чл. 109, ал. 1 и ал. 3 от Закона за здравното осигуряване, чл. 19, ал. 2, т. 6 от „Вътрешни правила за реда, начина и критериите относно възстановяване на извършени разходи по реда на чл. 25, буква Б, параграф 5-9, чл. 26. буква Б, параграф 6-7 от Регламент (ЕО) № 987/2009, Директива 2011/24/ЕС на Европейския Парламент и на Съвета за упражняване на правата на пациентите при трансгранично здравно обслужване, и по двустранни спогодби/договори за социално осигуряване, включващи в обхвата си здравно осигуряване”

(РД-16-41/28.07.2021 г.), изм. и доп. с Вътрешни правила № РД-16-11/10.03.2022 г. и РД-16-67/01.12.2022 г. е отказано възстановяване на заявените разходи по подадено заявление с вх. № Е126-01-49/21.02.2025 г. от Е. В. Б..

Органът е приел, че при извършената проверка на здравноосигурителния статус на лицето, по време на получаване на медицинска помощ - 08.01.2024 г. - 12.01.2024 г., справката е показала наличие на прекъснати здравноосигурителни права, по смисъла на чл. 109, ал. 1 от ЗЗО. За това обстоятелство към преписката е приложен документ: ДОК 05-01-03 с вх. № Е126-02-18/13.03.2025 г. Изложил е мотиви, че по отношение на претендираната сума е приложим чл. 109, ал. 1 от Закона за здравното осигуряване, според който здравноосигурителните права на лицата, които са длъжни да внасят осигурителни вноски за своя сметка, се прекъсват, в случай че лицата не са внесли повече от три дължими месечни осигурителни вноски за период от 36 месеца до началото на месеца, предхождащ месеца на оказаната медицинска помощ. Според Органът изречение второ на същата разпоредба определя, че лицата с прекъснати здравноосигурителни права заплащат оказаната им медицинска помощ. Чл. 109, ал. 3 от ЗЗО урежда, че здравноосигурителните права на лицата се възстановяват от датата на заплащане на дължимите вноски, а сумите, платени за оказаната медицинска помощ, не се възстановяват. Поради което органът е приел, че на основание чл. 19, ал. 2, т. 6 от Правилата, на лицето Е. В. Б. не следва да бъде извършено възстановяване на парични средства в натура от бюджета на ЦУ на НЗОК.

При така установените факти, Административен съд София-град достига до следните правни изводи:

Жалбата срещу процесното решение е подадена в срок, срещу подлежащ на оспорване индивидуален административен акт, от активно легитимирано лице, адресат на акта, поради което е процесуално допустима. Решението е връчено на жалбоподателя на 02.07.2025г. /л.35/, като жалбата е подадена на 15.07.2025г. в деловодството на АССГ, в 14-дневния преклузивен срок, поради което същата се явява подадена в срок.

Разгледана по същество, жалбата е основателна предвид следното:

Според чл. 146, вр. чл. 168 АПК съдът следва да провери актът издаден ли е от компетентен орган и в предписаната от закона форма, спазени ли са материалноправните и процесуалноправните разпоредби и съобразен ли е актът с целта на закона.

Съдът приема, че актът е издаден от компетентния сезиран орган – управителя на НЗОК, както и в съответната форма, доколкото съдържа мотиви и следващ се от тях диспозитив. Същото обаче е постановено в противоречие с процесуалните изисквания за пълно и всестранно изясняване на всички релевантни факти и обстоятелства, като част от тях не са проверени и обсъдени, което е довело и неправилно приложение на цитираните по-горе относими материалноправни норми.

Съгласно чл. 9, ал. 2 АПК административният орган събира всички необходими доказателства и когато няма искане от заинтересованите лица, а според чл. 35 от АПК административният акт се издава след като се изяснят фактите и обстоятелствата от значение за случая. Доказателствата според чл. 36 от АПК се събират служебно и се проверяват от административният орган.

Видно от докладна записка е формирано заключение за отказ да бъде извършено възстановяване на парични средства по подаденото заявление с вх. № Е126-01-49/21.02.2025г. В докладната записка обаче липсват мотиви, които да формират заключение за отказ, както и липсва описание на фактите и обстоятелствата, довели до това заключение. В лист за установяване на основанията и оценка на заявените суми, подлежащи на възстановяване/отказ /л.28 и л.29/ пореден номер 4.3 и 14 е посочено, че са нарушени здравноосигурителните права в периода на оказаната медицинска помощ 08.01.2024г.- 12.01.2024г., като същите са възстановени на 13.11.2024г. Същото е посочено и в Заявка за проверка на здравноосигурителния статус, съгласно чл.109 от ЗЗО /л.30/. Липсва

посочване, въз основа на какво е установено и прието това.

В оспореното решение липсва описание на каквито и да е факти и обстоятелства, които са били проверени и не са изложени мотиви за направения отказ, което възпрепятства съда да извърши проверка по законосъобразност. Изцяло органът се позовава на справка ДОК 05-01-03 /л.30/, която е показала, че лицето е с прекъснати здравноосигурителни права, но в самата справка се съдържа само констатация за тези нарушени здравноосигурителни права, не и мотиви, които биха могли да се ползват по силата на Тълкувателно решение № 16 от 31.07.1975 г. на ОСГК на ВС. Последното е в сила и за докладната записка, предхождаща издаването на оспореното решение.

В съдебно заседание беше поискано от жалбоподателя и издадено съдебно удостоверение, по силата на което жалбоподателят да се снабди с друго такова от НАП, от което да е видно към месец януари 2024г. лицето Е. В. Б. било ли е с непрекъснати здравноосигурителни права и налице ли са внесените здравноосигурителни вноски за периода от 01.11.2020г. до 01.02.2024г. за същото лице.

По силата на съдебното удостоверение е представена Справка за задължително здравно осигуряване с дата 04.11.2025г., издадена от НАП, от която е видно, че за периода от 10/2022г. до 09.2025г. няма данни лицето да е с прекъснати здравни осигуровки. Такива данни са налице за периода от 2017г.-2019г., като изрично са посочени конкретните месеци без здравно осигуряване. Тези месеци обаче не касаят периода на получаване на медицинската помощ. По силата на съдебното удостоверение е издадено и удостоверение от НАП с изх. № 220232504920699/04.11.2025г., от което е видно, че лицето е с непрекъснати здравноосигурителни права.

По преписката липсват доказателства от НЗОК в обратна посока на удостовереното от НАП, както и доказателства, че на 13.11.2024г. са възстановени здравноосигурителните права.

В разпоредбата на чл.14 и сл. от Вътрешните правила за реда, начина и критериите относно възстановяване на извършените разходи по реда на чл.25 (Б) параграф 5-9, чл.26 (Б) параграф 6 и 7 от Регламент (ЕО) № 987/ 2009 и Директива 2011/24/ЕС на ЕП 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 № РД-16-41/ 28.07.2021г., изм. и доп. (РД-16-11/10.03.2022г. и РД-16-67/01.12.2022г.) /Правилата/ е описан реда за обработка на заявленията. Съгласно чл.14, т.2 за проверка на здравноосигурителния статус на лицето към момента на оказване на необходимата медицинска помощ/подходящото (планово) лечение, служител от отдел ВРОЗ изпраща заявка към дирекция „ИТСЗОП“ в ЦУ на НЗОК. Съгласно чл.14, т.3 от Правилата след извършване на проверката служител от дирекция ИТСЗОП връща резултата на отдел ВРОЗ, което е извършено видно приложената по делото заявка за проверка на здравноосигурителния статус, съгласно чл.109 от ЗЗО /л.30/. Съгласно чл.14, т.4 от Правилата при установена непълнота на изискуемата документация, служител от отдел ВРОЗ, след получаване на информацията от служителя от дирекция ИТСЗОП изпраща писмо до заявителя. Съгласно чл.15 от Правилата при разглеждане на преписката служител от отдел ВРОЗ може да изиска допълнителна информация от компетентността на РЗОК или друга институция.

Настоящият състав счита, че след получаване на заявка за проверка на здравноосигурителния статус, съгласно чл.109 от ЗЗО, в която е посочено, че заявителят е с нарушени осигурителни права в периода на получаване на помощта /08.01.2024-12.01.2024г.) и същите са възстановени на 13.11.2024г., органът е следвало да се събере по служебен път информация от НАП за здравноосигурителния статус на лицето за спорния период. Предвид представената по делото /л.66/ Справка за задължително здравно осигуряване с дата 04.11.2025г., издадена от НАП, от

която е видно, че за периода от 10/2022г. до 09.2025г. няма данни лицето да е с прекъснати здравни осигуровки, то следва да се направи заключение, че липса правно основание за постановяване на отказ от възстановяване на паричните средства от бюджета на ЦУ на НЗОК.

По изложените съображения, оспореният акт следва да бъде отменен, а преписката върната на органа за ново произнасяне по заявлението на лицето, при съобразяване с мотивите на решението. След преценка на така посочените обстоятелства и зачитане на факта, че лицето е с ненарушени здравноосигурителни права в периода на получаване на медицинската помощ, органът следва конкретно да прецени наличието на предпоставките за заплащане на реализираните за същата разходи и да се произнесе с мотивирано решение, съгласно чл.19 от Правилата.

При този изход на делото право на разноски на основание чл.143, ал.1 АПК има жалбоподателят в размер на 1010лв, от които 1000 лева адвокатско възнаграждение, съгласно договор за правна защита № 106011/ 15.10.2025г. /л.56/ и 10 лв. държавна такса.

Воден от горното и на основание чл. 172, ал.2, предл. второ и чл. 173, ал.2 и чл.143, ал.1 от АПК, Административен съд – София-град 48 състав

Р Е Ш И:

ОТМЕНЯ по жалба на Е. В. Б. Решение на Управителя на Националната здравноосигурителна каса № РД-Е126-81/02.04.2025г., с което е отказано възстановяване на разходи от бюджета на НЗОК по заявление № Е126-01-49/21.02.2025г.

ВРЪЩА делото като преписка на органа за продължаване на процедурата по разглеждане на заявлението за възстановяването на извършени разходи по заявление № Е126-01-49/21.02.2025г., в 2- месечен срок от влизане в сила на настоящото решение, при спазване на указанията в мотивите на решението.

ОСЪЖДА НЗОК да заплати на Е. В. Б. сумата от 1010 /хиляди и десет/ лева, представляваща разноски по делото.

Решението подлежи на оспорване пред ВАС в 14-дневен срок от връчването му на страните.

Преписи от решението да се изпратят на страните.

СЪДИЯ