

# РЕШЕНИЕ

№ 232

гр. София, 13.01.2023 г.

## В ИМЕТО НА НАРОДА

**АДМИНИСТРАТИВЕН СЪД - СОФИЯ-ГРАД, Второ отделение 33 състав,**  
в публично заседание на 13.10.2022 г. в следния състав:

**СЪДИЯ: Галин Несторов**

при участието на секретаря Антонина Бикова, като разгледа дело номер **8022** по описа за **2021** година докладвано от съдията, и за да се произнесе взе предвид следното:

Производството е по реда на чл.145-178 от Административно-процесуалния кодекс /АПК/ във връзка с чл. 112, ал. 1, т. 4 от Закона за здравето /ЗЗ/.  
Образувано е по жалба на П. И. Ш. от [населено място], в качеството си на наследник на Ж. Н. Ш. срещу решение № РД-Е-126-182/04.09.2018г. на управителя на НЗОК, в частта, в която се отказва подлежаща за възстановяване сума за разликата от 10 658.33 лева /5449.60 евро/ до сумата от 24 172.45 евро, заплатена за лечение на Ж. Ш. за лечение във Федерална Република Германия.  
Иска се отмяна на оспорения акт, като незаконосъобразен, издаден при допуснати съществени процесуални нарушения, в противоречие с материалния закон и целта на закона – основания по чл. 146, т. 3, т. 4 и т. 5 от АПК. Изложени са подробни съображения за незаконосъобразността на оспорената част на административният акт, свеждащи се до това, че на Ж. Ш. са били разрешени средства за планово лечение в размер на 33 000 евро, за което бил издаден формуляр S2 с изх. № Е-112-01-27/14.07.2016 г., направените разходи за лечение са били в размер на 24 172.45 евро, а одобрената за възстановяване сума е от 10 658.33 лева /5449.60 евро/. В тази връзка се сочи, че административният орган се е позовал на писмо от ДАК G. Stuttgart, което е застрахователна компания, а не „институция по място на оказване на помощта“.

В съдебно заседание жалбоподателят се представлява от адв. Е., която моли за уважаване на жалбата и претендира разноски по делото.

Ответникът – управител на НЗОК, чрез юрк. М., в съдебно заседание и в писмено

становище по делото аргументира неоснователност на жалбата, прави възражение за прекомерност на адвокатското възнаграждение. По съществуто на спора излага, че административният орган се произнася при условията на обвързана компетентност, в случая съобразено с отговор на органа по престой, който в случая е D. Verbindungsstelle Krankenversicherung – Ausland /DVKA/ (Германска агенция за връзка за здравно осигуряване – международна), а DAK G. Stuttgart е единствено орган за връзка.

След като прецени доводите на страните и събраните по делото доказателства, съдът приема за установено от фактическа страна следното:

От доказателствата по делото се установява, а и не се спори, че З. Ж. Н. Ш. е била с диагноза рак на яйчниците и ендометриума /Карцином овиарии. Карцинома ендометрии, първична туморна множественост. Ст. пост ЛХТ тоталис кум аднексибус билатералис, дисекцио лимфонодулум пелвис билатералис, дисекцио паракавалис ет оментектомия тоталис/. С молба вх. № Е 112-01-27/18.03.2016г. Ш. е сезирала нарочната Комисия на НЗОК за издаване на разрешение за получаване на лечение извън държава-членка по пребиваване (формуляр S2). Молбата е била разгледана на заседание на 14.07.2016г., т. 2 от протокол № 28 рег. № E112-04-38/14.07.2016г., където е прието, че са налице предпоставките за издаване на предварително разрешение за лечение (формуляр S2). С решение № РД-E112-129/14.07.2016г. на управителя на НЗОК на Ж. Н. Ш. е издадено предварително разрешение за лечение извън държава-членка по пребиваване. Издаден бил формуляр S2 с изх. № Е 112-01-27/14.07.2016г. за планово планирано лечение във Ф., университетска клиника Х. за периода от 18.03.2016г. – 01.09.2016г.

По делото не се спори също, че лечението на Ж. Н. Ш. е било проведено в Университетска клиника Х., Германия - стационарно лечение, вкл. химиотерапия и съпътстващи изследвания.

Производството пред административният орган е започнало по заявление вх. № 126-01-222/18.08.2016 г. от Ж. Ш., подадено по реда на чл. 26, б. „Б“, § 6 и 7 от Регламент (ЕО) 987/2009 за възстановяване на направените разходи по лечението в размер на 24 172,45 евро. Изпратено било запитване Е 126 ВГ към органа за връзка в Германия DVKA за ставки на институцията по място на оказване на помощта. По делото на л. 169 – 172 е приложена ставка за възстановяване на обезщетения в натура изх. № E126-01-222/13.10.2016г. с искане за 24172.45 евро до DVKA и с вх. № E126-01-222/21.03.2017г. с отговор от DVKA от 20.02.2017г., съгласно който сумата за възстановяване е в размер на 5449,60 евро.

Видно от протокол № 17 с рег. № Е 126-07-11/30.04.2017 г. на комисията по възстановяване на разходите на З. съгласно Регламент (ЕО) 987/2009 и Регламент (ЕИО) 574/72, на 17.06.2017 г. е било разгледано заявлението на Ш., като с решение по т. 16 е прието становище, че на Ж. Ш. следва да бъде възстановена сумата от 5 449,60 евро или 10 658,33 лева. Въз основа на становището на Комисията е издадено процесното решение № ДР-E126-182/04.09.2018г. от управителя на НЗОК.

На л. 174, 175 от делото е приложена покана за доброволно изпълнение, вх. № E126-01-222/08.11.2018 г. от Ж. Ш. с искане за заплащане на сумата от 24 172,45 евро или 47 286 лева, която считат, че е следвало да бъде възстановена от НЗОК. В същата покана е посочено, че НЗОК е възстановила на Ш. само 10 660 лева и се претендира остатъка от 36 626 лева.

По повод поканата за доброволно изпълнение от НЗОК е изпратено писмо изх. №

E126-01-222/13.12.2018 г., с което Ш. е уведомена, че е било издадено решение № ДР-Е126-182/04.09.2018 г. от управителя на НЗОК, същото е съобщено с писмо изх. № E126-01-222/09.10.2018 г. (л. 173) и процедурата пред административният орган е приключила. Видно от писмо, изх. № E126-01-222/09.10.2018 г. Ж. Ш. е уведомена, че сумата от 10 658,33 лева /5 449,60 евро/ е преведена по представената банкова сметка. С молба вх. № E126-01-222/21.07.2021 г. от П. И. Ш., въз основа на писмо, изх. № E126-01-222/13.12.2018 г., се иска връчването му на решение № ДР-Е126-182/04.09.2018 г. от управителя на НЗОК и писмо изх. № E126-01-222/09.10.2018 г.

По делото е приложено Удостоверение за наследници, изх. № РМЛ21-УГ01-8880/25.05.2021 г., от което е видно, че Ж. Н. Ш. е починала на 18.05.2021 г., като П. И. Ш. е посочен като неин бивш съпруг и наследник.

При така установените факти съдът формира следните правни изводи:

Жалбата е допустима, като подадена в законоустановения за това срок от активно легитимирано лице срещу акт, който подлежи на оспорване. Действително, оспореното решение на управителя на НЗОК е постановено на 04.09.2018 г., като се твърди, че е било връчено с писмо от 09.10.2018 г. Доказателства за връчването на тази дата не са представени. Обратното, от доказателствата по делото се установява, че решението и писмото, с което се съобщава, че същото е изготвено са връчени на 21.07.2021 г. (л. 183), видно от положеният подпис на П. Ш., с който се удостоверява, че е получил решение № ДР-Е126-182/04.09.2018 г. от управителя на НЗОК и писмо изх. № E126-01-222/09.10.2018 г.

Оспореното решение, макар и позитивно за жалбоподателя, обективира волеизявление, което не изпълва изцяло претенцията за възстановяване на претендираните разходи от 24 172,45 евро. В този смисъл е и жалбата до съда, като се претендира сумата, съставляваща разликата от 5 449,60 евро до 24 172,45 евро. С решение № ДР-Е126-182/04.09.2018 г. от управителя на НЗОК се разрешава възстановяване на разходи за получено и заплатено лечение в размер на 5 449.60 евро лева, като липсва произнасяне по заявлението на Ж. Ш. в цялост и по-конкретно по посочената в жалбата сума в общ размер от 24 172,45 евро. Така обективираният отказ на Управителя на НЗОК за възстановяване на сумата в размер на 18 722,85 евро (разликата до пълния размер на заплатените разходи) подлежи на оспорване на самостоятелно основание, тъй като с него се накърняват правата и законните интереси на заявителя, а в конкретния случай и на неговите наследници /Така вж. решение № 1415 от 06.03.2019 г. по а. д. № 6617/2018 г. на АССГ, оставено в сила с Решение 241/08.01.2020 г. по а. д. № 5030/2019 г. на ВАС на РБ, Шесто отделение/.

Разгледана по същество, жалбата е неоснователна.

Ползването на социалните и здравните права, придобити на територията на една държава член на ЕС, при престой или пребиваване на територията на друга държава член се извършва в съответствие с принципите, гарантиращи социалната защита на гражданите при тяхното свободно движение в рамките на ЕС. Тези въпроси са уредени с общоприложими в целия ЕС правни актове -регламенти за координация на системите за социална сигурност на държавите членки. НЗОК е публична институция, която по закон осъществява задължителното здравно осигуряване в Република България, т.е. осъществява дейността по разходване на средствата за задължителни здравноосигурителни вноски за заплащане на здравни дейности (чл. 2, ал.1 и чл. 6, ал. 1 ЗЗО). Същата възстановява на правоимащите лица разходите, извършени за

медицинска помощ, извършени в друга държава – членка по реда на чл. 25, § 4-10 от Регламент (ЕО) № 987/2009, съответно на утвърдените, със Заповед № РД-16-21/07.05.2014г. от управителя на НЗОК, Правила за реда и работата на комисия за възстановяване на извършени разходи по реда на чл. 25, (Б), § 5-9, чл. 26, (Б), § 6 и § 7 от Регламент (ЕО) № 987/2009 или чл. 34 от Регламент (ЕИО) № 574/72, или по двустранни спогодби/договори за социално подпомагане. Като представляващ НЗОК, на основание чл. 19, ал. 7, т. 2 ЗЗО управителят на НЗОК издава решението, с което се разрешава възстановяването на заявителя на оказаната необходима медицинска помощ.

Актът е издаден от компетентен административен орган – управителя на НЗОК /чл. 146, т. 1 АПК във вр. с чл. 12 от Наредба № 5от 21.03.2014 г. за условията и реда за упражняване правата на пациентите при трансгранично здравно обслужване/ и чл. 20, ал. 1, т. 1 от ПРАВИЛА № РД-16-21 от 7.05.2014 г. за реда и работата на Комисия за възстановяване на извършени разходи по реда на чл. 25 (б) § 5 - 9, чл. 26 (б) § 6 и 7 от Регламент (ЕО) № 987/2009, чл. 34 от Регламент (ЕИО) № 574/72, Директива 2011/24/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. Актът съответства по писмена форма и съдържание на изискванията по чл. 59, ал. 2, т. 4 от АПК.

Противно на доводите на жалбоподателя липсата на фактически основания в обжалвания административен акт не е основание за отмяна, тъй като те се съдържат както в акта, така и в предхождащи издаването му документи, а именно в становището на Комисията от 07.06.2017 г. по см. на чл.19 от Правилата /л. 244 от делото/ за възстановяване на разходи за трансгранично здравно обслужване на Ж. Ш. в размер на 5449,60 евро. Мотивите могат да бъдат изложени отделно от административния акт и не е необходимо да съвпадат по време с издаването му. Възможно е мотивите да предхождат постановяването на акта и да се съдържат в други документи, съставен с оглед предстоящото издаване на административния акт. В конкретният случай оспорения отказ е издаден на основание подготвителни документи, изложените в тях съображения са такива и за издаването на самия акт /в този смисъл ТР № 16/1975 г. на ОСГК на ВС/. В предложението на Комисията по чл. 19, ал. 4 от Правилата и в протокола от заседанието ѝ от 07.06.2017 г. е описано основанията за формирането на тази стойност – изпратено запитване E126 BG и отговор от институцията по място на оказване на помощта. В този смисъл причините за конкретната стойност се съдържат в друг документ – ставка за възстановяване на обезщетения в натура, изх. № E126-01-222/13.10.2016 г. с искане за сума от 24172.45 евро до DVKA и с вх. № E126-01-222/21.03.2017 г. с отговор от DVKA от 20.02.2017 г. (л. 169 – 172), съставен с оглед предстоящото издаване на административния акт от помощен и подчинен на издателя на акта орган и представлява фактическото основание, съответстващо на посоченото в оспореното решение основание, което е мотивирало административният орган да вземе решението си. Предвид изложеното, съдът намира, че оспорения акт не страда от порок по чл.59, ал.2 т.4 АПК.

На следващо място, съдът не намери съществени нарушения на административно – производствените правила, които да обуславят отмяната му само на това основание. Заявлението е разгледано от Комисията, която е излязла със становище, възприето от административния орган, спазена е процедурата по чл.7 - чл. 25 от Правилата за реда

и работата на Комисия за възстановяване извършени разходи.

По съответствието с материалния закон съдът съобрази следното:

Здравноосигурените лица имат право на достъп до безопасно и висококачествено трансгранично здравно обслужване независимо от начина на неговата организация, предоставяне и финансиране, което право може да бъде упражнено, когато здравното обслужване е включено в пакета здравни дейности, финансирани от бюджета на НЗОК или от бюджета на Министерството на здравеопазването /чл. 80д, ал. 1 и ал. 3 Закона за здравното осигуряване – ЗЗО/. По съществуващото си трансгранично здравно обслужване е здравно обслужване, предоставено или предписано в държава - членка на Европейския съюз, различна от държавата членка по осигуряване, като правото то да бъде предоставено не включва хипотезите, изброени в чл. 80д, ал. 4 във връзка с чл. 4, ал. 1 от Наредба № 5/2014 г. ЗЗО /чл. 80д, ал. 2 ЗЗО/.

Съгласно чл. 80е, ал. 1-3 ЗЗО при упражняване правото си на трансгранично здравно обслужване, задължително здравноосигурените лица заплащат на лечебното заведение в държавата членка по местолечение стойността на предоставеното им здравно обслужване, насрещно на което е правото да им бъдат възстановени разходите за предоставеното им здравно обслужване в държавата членка по местолечение до размера на разходите, които НЗОК или Министерството на здравеопазването заплащат за съответното здравно обслужване в Република България, но не повече от действително направените разходи.

Съгласно чл. 3, ал. 1 от Наредба № 5/2014 г. право на трансгранично здравно обслужване имат всички здравноосигурени в Националната здравноосигурителна каса /НЗОК/ лица по отношение на здравните услуги по чл. 45, ал. 1 от Закона за здравното осигуряване.

В случая не се оспорва от страните в производството, че Ж. Н. Ш. е подала заявление за възстановяване разходите на здравно обслужване в държава-членка, каквато е Германия, по смисъла на чл. 80д, ал. 1-2 ЗЗО. Казусът не обхваща хипотеза на здравно обслужване, предоставено на задължително здравноосигурени лица в Република България от лечебни заведения, установени на нейна територия, които не са сключили договори за оказване на медицинска помощ с НЗОК и не се финансират или субсидират със средства от бюджета на Министерството на здравеопазването /чл. 80е, ал. 3 ЗЗО/.

Няма спор, че Ш. е била с непрекъснати здравноосигурителни права, т.е. здравно осигурена е била, както и че предоставените услуги са в обхвата на чл. 45, ал. 1 ЗЗО /чл. 13, т. 1, т. 2 и т. 4 от Наредба № 5/2014 г. /.

Съгласно чл. 19, ал. 1 от Наредба № 5/2014 г. на предварително разрешение за възстановяване на разходите за трансгранично здравно обслужване подлежат здравните услуги, лекарствените продукти и медицинските изделия, посочени в приложението. Проведеното на Ш. лечение попада в обхвата на Приложението към чл. 19, ал.1 от Наредба № 5/2014 г. По делото не се спори, а и се установява от доказателствата, че на Ж. Ш. е издадено предварително разрешение за лечение с решение № РД-Е112-129/14.07.2016 г. на управителя на НЗОК, както и формуляр S2.

Не се спори още, че Ж. Ш. е получила медицинско обслужване в Университетска клиника X., за което е заплатила съответното лечение.

Спорът в случая се свежда до размера на сумите, подлежащи на възстановяване, за предоставените в Германия медицински услуги.

Със заявление вх. № 126-01-222/18.08.2016 г. от Ж. Ш. е искала за възстановяване на

извършени разходи по реда на чл. 25(Б), § 5-9, чл. 26 (Б), § 6 и 7 от Регламент № 987/2009 или чл. 34 от Регламент № 574/72, или действащи двустранни спогодби/договори за социално осигуряване. В заявлението си в графа 3.5., заявителката е посочила, че желае разходите да бъдат възстановени по цени на осигурителната институция по място на получаване на помощта, като е отбелязала това с поставяне на знака „x”, при съобразяване на забележката: „запознат съм с условието, че възстановяването на разходите ще бъде извършено след получаване в НЗОК на информация от тази институция за сумите, които тя би платила за оказаната ми помощ”. Следователно, съобразно тази уредба, НЗОК е задължена да възстанови единствено разходи в ставките, прилагани от органа, отговарящ за Немската осигурителна система, т.е. при съобразяване с уредбата в Германия. Т.е. искано е възстановяване на направените разходи по реда на чл. 26, б. “Б”, § 6 във вр. с чл. 25, б. „Б”, § 6 от Регламент (ЕО) № 987/2009.

В съответствие с нормативноопределената процедура, от НЗОК е изпратено запитване с формуляр E 126 BG „Справка за ставките за възстановяване на обезщетения в натура” с попълнена от НЗОК част „А” с приложена медицинска документация за проведено лечение и реално извършените от лицето разходи, издадена от лечебното заведение в оригинал, като е получен обратно отговор от немската осигурителна институция с рег. № E126-01-222/21.03.2017 г.

Когато иска възстановяване на суми от НЗОК, лицето има възможност да избере или да се съгласи да му бъдат признати суми по цени на медицинска помощ, прилагани съгласно българското законодателство (чл. 25, (Б), § 6 от Регламент (ЕО) № 987/2009 г.), или да иска възстановяване по цени на осигурителната институция по място на оказване на помощта (чл. 25, (Б), § 5 от Регламент (ЕО) № 987/2009 г.). Във втората от посочените алтернативно уредени възможности за определяне на размера на подлежащите на възстановяване суми, разходите се възстановяват съгласно ставките за възстановяване, прилагани от институцията по мястото на престой, т.е. само в рамките на ставките, установени в немското законодателство за този вид медицинска помощ. Видно от приложеното по делото заявление, което се попълва по бланков образец, заявителката сама, в графа 3.5, е посочила, че желае разходите да бъдат възстановени по цени на осигурителната институция по място на получаване на помощта. В тази графа, в самото заявление, е допълнен и текстът „запознат съм с условието, че възстановяването на разходите ще бъде извършено след получаване в НЗОК на информация от тази институция за сумите, които тя би платила за оказаната ми помощ”. Поради посоченото, неоснователно е възражението на жалбоподателя за възстановяване на пълния размер на извършените разходи. Съобразно приложимата нормативна уредба, НЗОК е длъжна да възстанови единствено разходи съобразно ставките, прилагани от немския осигурителен институт. В изпълнение на нормативноуредената процедура, искането е изпратено от НЗОК с формуляр E126 „Ставки за възстановяване на обезщетения в натура”, изх. № № E126-01-222/13.10.2016г. с искане за 24172.45 евро до DVKA, с попълнена от НЗОК част „А” с приложена медицинска документация за реално извършените

от лицето разходи, след което е получен обратно формуляр, вх. № E126-01-222/21.03.2017г. с попълнена от немския осигурителен институт част „В”, като във формуляра немската страна изрично е посочила, че сумата за възстановяване е в размер на 5449,60 евро.

Следователно, напълно законосъобразно НЗОК е определила като сума за възстановяване тази, посочена според ставките на немския осигурителен институт, в размер на 5449,60 евро, в левовата равностойност на 10 658.33 лева, при спазване на реда за конвертиране на валутата по чл. 90 от Регламент (ЕО) № 987/2009 г.

По отношение на претенцията, че запитването с формуляр E126 „Ставки за възстановяване на обезщетения в натура” е било изпратено до некомпетентна институция, съдът съобрази следното: Запитването е изпратено до D. Verbindungsstelle Krankenversicherung – Ausland /DVKA/ (Германска агенция за връзка за здравно осигуряване – международна), което се установява и от приложените на л. 169-172 от делото формуляр за запитване. Същата представлява „орган за връзка“ по см. на чл. 1, § 2, б. б от Регламент (ЕО) № 987/2009, който е нотифициран орган по правилата на чл. 88 от Регламента. Следователно, за да изпълни изискванията на закона необходимо и достатъчно условие е НЗОК да изпрати запитване до „органа за връзка“, без да има ангажимент да издирва множеството осигурителни институции в Германия, още по-малко коя от тях би посочила най-благоприятните ставки за заявителя. От друга страна изборът на „органа за връзка“ DVKA (при условие, че е налице такъв) не може да бъде предмет на обсъждане от НЗОК, както и на изследване от настоящият съд. В този смисъл неоснователна е претенцията на жалбоподателя по отношение на това, че DAK G. Stuttgart не е била компетентна да предоставя информация по повод ставки за възстановяване, което в същност не може да бъде предмет на настоящето изследване, доколкото е установена комуникация между компетентен национален орган и орган за връзка в държава-членка, който отговаря на искания за информация и съдействие за целите на прилагането на основния регламент и регламента по прилагане, и който трябва да изпълнява задачите, възложени му съгласно дял IV от регламента по прилагане (чл. 1, § 2 Регламент (ЕО) № 987/2009).

С оглед на изложеното следва извода, че процесното решение № РД-Е-126-182/04.09.2018г. на управителя на НЗОК е законосъобразно, постановено при липса на основания по чл. 146, т. 1 – 5 от АПК за отмяна, а подадената жалба, като неоснователна следва да бъде отхвърлена

Така мотивиран, Административен съд София-град, II-ро отделение, 33-ти състав

РЕШИ:

ОТХВЪРЛЯ жалба на П. И. Ш. от [населено място], в качеството си на

наследник на Ж. Н. Ш. срещу решение № РД-Е-126-182/04.09.2018г. на управителя на НЗОК, в частта, в която се отказва подлежаща за възстановяване сума за разликата от 10 658.33 лева /5449.60 евро/ до сумата от 24 172.45 евро, заплатена за лечение на Ж. Ш. за лечение във Федерална Република Германия.

Решението, подлежи на касационно обжалване в 14-дневен срок от деня на съобщаването му, чрез Административен съд София-град, пред Върховен административен съд.

Препис от решението, на основание чл.138 от АПК, да се изпрати на страните!

СЪДИЯ: