

РЕШЕНИЕ

№ 236

гр. София, 10.01.2018 г.

В ИМЕТО НА НАРОДА

АДМИНИСТРАТИВЕН СЪД - СОФИЯ-ГРАД, Второ отделение 50 състав,
в публично заседание на 14.11.2017 г. в следния състав:

СЪДИЯ: Весела Николова

при участието на секретаря Розалия Радева, като разгледа дело номер **8271** по описа за **2017** 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 жалбата на В. В. С. и А. Г. С., като наследници на В. В. С., срещу Решение № РД-Е126-111 от 01.06.2017г. на Управителя на Националната здравноосигурителна каса /НЗОК/, с което на основание чл.19, ал.7, т.2 от Закона за здравното осигуряване /ЗЗО/ и чл.20, ал.1, т.2 от „Правила за реда и работата на Комисия за възстановяване на извършени разходи по реда на чл.25, буква „б“, § 5-9, чл.26, буква „б“, § 6 и 7 от Регламент /ЕО/ № 987/2009, чл.34 от Регламент /Е./ № 574/72, 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“, одобрени със Заповед № РД-16-7/12.02.2013 г./Правилата на Комисията/, и във връзка с прилагане на чл.25, буква „б“, § 5 от Регламент /ЕО/ № 987/2009 на Европейския парламент и на Съвета за установяване на процедура за прилагане на Регламент /ЕО/ № 883/2004 за координация на системите за социална сигурност, е отказано възстановяването от бюджета на НЗОК на разходи по реда на чл.25, буква „б“, § 5 от Регламент /ЕО/ № 987/2009 за оказана и заплатена необходима медицинска помощ по време на престой на територията на Г., Б., в размер на 13 648,75 евро.

Жалбоподателите твърдят в жалбата си, че решението е неправилно и необосновано, постановено в противоречие с материалноправните разпоредби и в

нарушение на административнопроизводствените правила. Сочат, че мотивите в оспорвания административен акт са базирани на погрешно възприета фактическа обстановка и изведени въз основа на нея неверни констатации за проведено в противоречие с нормативната уредба на немското законодателство лечение на починалата им дъщеря. Излагат съображения за едностранчиво позоваване единствено на отговора на немската здравна институция без преценка и анализ на множеството представени в обратната насока доказателства. Претендират за отмяната на неблагоприятния за тях административен акт и връщане на преписката на Управителя на НЗОК за ново разглеждане и произнасяне. Претендират за разноски.

Ответникът, чрез процесуалния си представител юрк. Д., оспорва жалбата като в писмен отговор и писмени бележки излага съображения за законосъобразност на оспорвания отказ. Моли жалбата да бъде отхвърлена като неоснователна и претендира за присъждане на юрисконсултско възнаграждение.

Съдът, след като съобрази доводите на страните и прецени събраните по делото доказателства, и извърши служебно цялостна проверка за законосъобразност на оспорения административен акт, изследва наличието на всички основания, посочени в чл.146 от АПК, приема за установено от фактическа и правна страна следното:

Жалбата е процесуално допустима като депозирана от надлежна страна /активно легитимирани лица - адресати на оспорваното решение като наследници на починалата в хода на административното производство заявителка/, срещу подлежащ на съдебен контрол административен акт и в законоустановения за оспорване срок.

Разгледана по същество, жалбата е основателна.

По делото е установено и не се спори между страните, че в периода от 20.09.2013г. до 30.11.2013г. В. В. С., дъщеря на жалбоподателите е получила медицинска помощ в Клиника Х., Б. – Б., Г., наложила се поради влошеното ѝ здравословно състояние с поставена диагноза „гиобластома мултиформа W. степен IV на варолевия мост и централното краче на малкия мозък от лявата страна“, и изразяваща се в извършването на преглед, лечебни и диагностични процедури и медико-дагностични изследвания. Не се оспорва от ответника и обстоятелството, че за полученото лечение С. е заплатила сумата в размер на 13 648,75 евро, видно и от издадената фактура № [ЕГН]/06.11.2013г.

Административното производство пред НЗОК е било инициирано от заявлението на С. с вх. № E126-01-182/02.06.2014 г. за възстановяване на разходите за оказаната медицинска помощ. На 09.06.2014г. В. С. е починала и оставила родителите си /жалбоподателите/ за свои наследници.

Видно от подаденото заявление, същото е било попълнено на бланка: с посочено времетраене на пребиваването в Г., Б. – 20.09.2013г. – 04.11.2013г., вида на получената медицинска помощ – прегледи, лечебни и диагностични процедури и медико-диагностични изследвания, всички от 20.09.2013г. до 04.11.2013г. Визирано било лечебното заведение – изпълнител на медицинската помощ - Клиника Х., Б. – Б., Г.. В заявлението е била посочена и претендираната за възстановяване сума – 13 648,47 евро. Заявителката е отразила в бланкетното заявление, че е съгласна направените разходи за оказаната необходима медицинска помощ да бъдат възстановени по цени на осигурителната институция по място на получаване на медицинската помощ и е заявила, че целта на престоя ѝ в държавата, в която е

предоставена помощта, не е била извършване на диагностика и получаване на лечение.

На свое заседание от 26.02.2015г. Комисията е разгледала заявлението на С. и приложените към него документи, преценявайки съответствието му с изискванията на „Правилата 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 /Е./ № 574 /72, Директива на 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“.

На базата на посочените Правила, Комисията е извършила проверка за допустимост и пълнота на заявлението, след което – и за основателност на същото и исканото с него възстановяване на заплатените за медицинската помощ разходи. Съобразно изискванията на чл.10 от Правилата във връзка с чл.27, ал.2 от АПК, Комисията преценила, че заявлението е допустимо: приложени били всички необходими документи, както и оригиналите на описаните в заявлението документи, удостоверяващи самоличността и правния интерес на заявителката и нейните наследници по закон; констатирана била и пълнота на заявлението с попълване на всички реквизити в Д. 05-01-01 и представяне на оригиналите им.

Проверявайки наличието на предпоставките за основателност на заявлението, съгласно чл.11 ал.2 от Правилата, Комисията, на първо място, констатирила наличие на непрекъснати здравноосигурителни права /Д. 05-01-03 вх. № Е-126-02-14/19.06.2014г./ За да прецени наличие на условията на чл.25 б.Б, П.5-9 от Регламент /ЕО/ № 987/2009, Комисията е следвало да съобрази: основанието за получаване на медицинската помощ – необходима помощ за периода на престоя в другата държава – членка; държавата по мястото на оказване на помощта - Г.; периода на престой в другата държава – членка: 20.09.2013г. – 30.11.2013г.; оказаната медицинска помощ - амбулаторно лечение, изследвания и болничен престой; периодът на получаване на помощта: 20.09.2013г. – 06.11.2013г., диагнозата на заболяването: „гиблостома мултиформа W. степен IV на варолевия мост и централното краче на малкия мозък от лявата страна“; избраната от заявителя база за възстановяване на разходите – по цени на институцията по място на временното пребиваване; общата сума по фактурите, представени от лицето към заявлението – 13 648,75евро.

Изпратено е било запитване с наш изх. № Е126-01-182/ 09.07.2014 г., с който е изпратен попълнен в част А формуляр Е126 BG за ставки на институцията по място на оказване на помощта чрез органа за връзка с Г., във връзка с осигуряване на системите за социална сигурност /D. V. K. A. – D./, за установяване дали оказаната помощ попада в обхвата на чл.19 от Регламент /ЕО/ № 883/2004г. – необходимата медицинска помощ при временен престой или попада в обхвата на чл.20 от Регламент /ЕО/ № 883/2004г. – лечение по график /планово лечение/. Поради липсата на отговор се е наложило изпращане на повторно и трето запитване, съответно с изх. № Е126-01-182/ 27.04.2015г. и изх. № Е126-01-182/ 15.01.2016г.

Постъпил е отговор с вх. № Е126-01-182/23.06.2016 г.) от институцията по мястото на оказване на помощта – A. N. – D. G. S., според който не се предвиждала сума за възстановяване, с мотив, че „няма услуги по законно здравно осигуряване“, съгласно представения по делото надлежно преведен от немски език екземпляр. Въз

основа на получения отговор, съгласно изискванията на чл. 4 ал.5 и ал.6 от Правилата на Комисията, последната е изготвила Протокол № 194 /E126-07-13 / 03.02.2017 г. и съответно Становище вх. № E126-01-71/18.07.2016г., в което е приела, че предвид получения отговор от компетентната институция в Г. следва да се издаде решение за отказ за възстановяване на разходи по реда на чл. 25, буква Б, параграф 5 от Регламент /ЕО/ № 987/2009. Въз основа на протокола на Комисията е издадено и оспореното Решение № РД E126-111 от 01.06.2017г. на управителя на НЗОК за отказ за възстановяване на разходи. Решението е постановено на основание чл.19, ал.7, т.2 от ЗЗО, във връзка с прилагане на чл.25, буква „б“, § 5 от Регламент /ЕО/ № 987/2009 на Европейския парламент и Съвета за установяване на процедура за прилагане на Регламент /ЕО/ № 883/2004 за координация на системите за социална сигурност и на основание чл.20, ал.1, т.2 от Правилата на Комисията.

Решаващият орган е мотивирал отказа си с получения отговор от страната на институцията по мястото на оказване на помощта - А. N. – D. G. S.: „Предвид получения отговор от компетентната институция в Г., на основание чл.20, ал.1, т.2 от Правилата, ОТКАЗВАМ възстановяване на разходи...“, с преведено според НЗОК /без извършване на легализиран превод от немски език/ съдържание: „не се предвижда сума за възстановяване, тъй като предоставеното лечение не е оказано по реда на немското законодателство /не отговаря на разпоредбите на закона/“.

Видно от Докладна записка вх.№ E126-01-182/01.09.2017г. /л. 134 от делото/, легализиран превод на български език на материализирания върху третото запитване изх. № E126-01-182/ 15.01.2016г. и вх. № № E126-01-182/23.06.2016г. и върху фактура № [ЕГН]/06.11.2013г. отговор на институцията в Г. е извършен в хода на висящото производство по делото.

С оглед така установеното от фактическа страна, съдът изведе следните правни изводи:

Оспореният административен акт е издаден от компетентен административен орган - управителят на НЗОК, видно от уредените в чл.19, ал.7, т.2 от ЗЗО и чл.20, ал.1, т.1 от Правилата негови правомощия, и в предвидената от закона форма.

Съгласно чл.2, ал.1, и чл.6 от Закона за здравното осигуряване /ЗЗО/, Националната здравноосигурителна каса е публичната институция в РБългария, която осъществява здравното осигуряване в страната, съответно осъществява и дейността по разходване на средствата за задължителни здравноосигурителни вноски за заплащане на здравни дейности. НЗОК възстановява на правоимащите лица разходите, извършени за спешна и неотложна медицинска помощи в друга държава – членка по реда на чл.25 б. Б, §§ 4-10 от Регламент /ЕО/ № 987/2009 на Европейския парламент и на Съвета от 16 септември 2009 година за установяване процедурата за прилагане основния Регламент (ЕО) № 883/2004, съответно на утвърдените със Заповед № РД-16-34/03.12.2010 г. 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 /Е./ № 574 /72, или по двустранни спогодби /договори за социално подпомагане. При проверката за наличие на нарушения на административнопроизводствените правила при издаване на оспореното решение, съдът не констатира допуснати съществени такива. Видно от административната преписка е спазен редът по чл.25 /Б/, §§ 5-9 от Регламент (ЕО) № 987/2009, както и утвърдените от управителя Правила на Комисията. За определяне на сумата, дължима като компенсация е изпратен формуляр E126 и е получен обратно

отговор от компетентната институция в Г.. Преди постановяване на административния акт е проведено и предхождащо издаването на процесното решение заседание на Комисията и становище по повод на подаденото заявление.

По делото е безспорно установено, че наследодателката на жалбоподателите е била с непрекъснати осигурителни права по време на получаване на медицинската помощ, както и че в периода на престой в държава – членка на ЕС – Г. ѝ е оказана необходима медицинска помощ. Между страните не се спори и досежно вида на оказаната помощ, както и на факта и размера на заплатените от лицето средства за лечение, за които са издадени надлежните счетоводни документи.

При наличието на категорични доказателства, че заявителката е заплатила оказаната медицинска помощ на лечебното заведение в Г., за нея несъмнено възниква правото да претендира възстановяване на разходи или от институцията по мястото на престой, в случая - немският осигурителен институт, или ако не е реализирала тази възможност – да иска възстановяване от страна на НЗОК. В случай, че иска възстановяване на суми от НЗОК, заявителката е имала възможност да избере или да се съгласи да ѝ бъдат признати суми по цени на медицинската помощ, прилагани съгласно българското законодателство / чл. 25/Б/, §6 от Регламент (ЕО) № 987/2009/ или да иска възстановяване по цени на осигурителната институция по място на оказване на помощта / чл. 25/Б/, §5 от Регламент /ЕО/ № 987/2009. В последната хипотеза, разходите се възстановяват „съгласно ставките за възстановяване, прилагани от институцията по мястото на престой”, т.е. само в рамките на ставките, установени в чуждото законодателство за този вид медицинска помощ.

В настоящия случай В. С. е поискала разходите от българската компетентна институция, като е депозирала пред НЗОК своето заявление по бланков образец, а в него изрично е посочила и начина, по който иска да бъде обезщетена. 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 „х”, 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 Г..

В съответствие с нормативноопределената процедура, от НЗОК е изпратено запитване с формуляр Е 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 близо две години по-късно.

Въпреки наличието на проведена без съществени нарушения административна процедура, съдът намира, че оспореният административен акт е незаконосъобразен, тъй като административният орган се е произнесъл по заявлението преди да установи всички релевантни факти от значение за правилното произнасяне, в нарушение на чл.35 от АПК, което от своя страна е довело до издаване на немотивиран и необоснован по същество административен акт. Аргумент в тази посока е и обстоятелството, че официален превод на български език на отговора на институцията в Г. е извършен едва в хода на висящото съдебно производство.

Както е отразено по-горе, процесното решение е постановено на основание чл.19, ал.7, т.2 от ЗЗО във връзка с прилагане на чл.25, буква „б“, § 5 от Регламент /ЕО/ № 987 / 2009 на Европейския парламент и Съвета за установяване на процедура за прилагане на Регламент /ЕО/ № 883 / 2004 за координация на системите за социална сигурност и на основание чл.20, ал.1, т.2 от Правила на Комисията.

Съгласно чл.20, ал.1 от Правила на Комисията, връзка чл. 25, буква Б, параграф 5 от Регламент /ЕО/ № 987/2009, за да е основателно заявление по чл.7, ал.1, т.1 и т.3 от същите правила, следва да са налице в кумулативна даденост следните предпоставки: 1. на лицето да е оказана необходима медицинска помощ при временния му престой в друга държава членка на ЕС, държава от ЕИП, Ш., или в трета страна, с която Република Б. има сключена спогодба/договор в областта на здравното осигуряване; 2. оказаната медицинска помощ да фигурира в пакета от медицински дейности, заплащани от публичната система на здравеопазване на държавата по временно пребиваване; 3. медицинската помощ да е оказана от изпълнител на медицинска помощ чрез публичната система на здравеопазване на държавата по временно пребиваване; 4. заплатената сума за оказаната медицинска помощ да не представлява потребителска такса или не е дължимата от пациента част от стойността на лечението, установена в законодателството на държавата по място на оказване на помощта; 5. оказаната медицинска помощ да не е планова помощ; 6. лицето да е здравноосигурено в НЗОК с непрекъснати здравноосигурителни права към момента на получаване на медицинската помощ; 7. към заявлението да са приложени всички изискуеми документи.

Макар и да твърди, че действителното основание за отказа е „предоставеното лечение не се покрива от публичната система в Г.“ /както се сочи и в писмения отговор и писмените бележки на ответника/, мотивите на оспореното решение за отказ не съдържат такова основание. Налице е противоречие/разминаване между твърдяното правно основание и действително отразеното такова в процесния отказ /в решението/ и изложените в него фактически основания за отказа. Основанието, което е мотивирало решаващия орган да постанови отказ е, че „предоставеното лечение не е оказано по реда на немското законодателство /не отговаря на разпоредбите на закона“, и по своето значение и смисъл драстично се различава от официално извършения превод на немския текст на отговора на Германската институция, че „няма услуги по законно здравно осигуряване“, респективно „предоставеното лечение не се покрива от публичната система в Г.“. Визираното несъответствие в превода сочи на липса на положена грижа и усилие от страна на служителите на ответника за окомплектоване на преписката с изискуемите и надлежно преведени на български език документи, необходими за установяване на всички релевантни факти, които са били от съществено значение за правилното произнасяне по заявлението. Липсата на лицензиран превод на български език на документите /в частност на въпросния отговор/ към момента на постановяване на оспореното решение е довела до неправилно изяснена от решаващия орган фактическа обстановка и погрешно възприет от него мотив за отказ, обусловил от своя страна и постановяване на необоснован и незаконосъобразен административен акт.

Административният орган не е положил необходимите грижа и усилия и не е изяснил релевантния въпрос, дали е налице основанието по чл.11 ал.2 от Правилата за отказ за възстановяване на средствата. При дадения неясен за него отговор от немската компетентна институция, респективно при липсата на адекватен превод на

този отговор, във връзка с предоставянето на информацията по формуляр E126, НЗОК е следвало съответно да направи нужното проучване, след което мотивирано да откаже, или съответно да уважи искането на заявителя. Като не е направил това, административният орган е издал решението си в нарушение на материалния закон, а именно чл.59, ал.1 и ал.2, т.4 от АПК и чл.35 и чл.36 от АПК, като е постановил немотивиран и необоснован акт, преди да изясни всички обстоятелства от значение за произнасянето си и без да събере нужните за това доказателства, което е отменително основание по чл.146, т.4 от АПК.

От друга страна, визираното в отговора на Германската институция не е основание за отказ за възстановяване на сумите, съгласно приложимите материалноправни норми. Съобразно правилния превод на отговора, че извършените услуги не са „по законно здравно осигуряване“ и възстановяване не се предвижда по немското законодателство, ответникът не е следвало да откаже възстановяване на разходите по цени на НЗОК. Съгласно разпоредбата на § 6 на чл.25 б.Б от Регламент /ЕО/ № 987/2009г., „Чрез дерогация от параграф 5 компетентната институция може да извърши възстановяване на направените разходи при ограниченията на и при условията на ставките за възстановяване, предвидени в нейното законодателство, при условие че осигуреното лице се е съгласило тази разпоредба да се прилага спрямо него.“ От друга страна, според § 7, ако законодателството на държавата по място на престой, съответно на оказване на помощта не предвижда ставки за възстановяване на разходи, компетентната институция може да възстанови разходи в съответствие със ставките, които тя прилага, без да е необходимо съгласието на заинтересованото лице. Това е отбелязано и изрично в попълнения от заявителката формуляр, съответно заявителката се е съгласила предварително с него.

Следователно, в настоящия случай, при данните, че възстановяване на разходите по немското законодателство не се предвижда поради обстоятелството, че услугите не са включени в законното здравно осигуряване в Г. /каквото е официалният превод от немски език на изпратения отговор от германската институция/, НЗОК е следвало да обсъди въпроса дали разходите подлежат на възстановяване по ставките, предвидени в българското законодателство. При правилно анализиране на доказателствата и изследване наличието на визираните по - горе предпоставки, ответникът несъмнено би достигнал до обоснован и законосъобразен извод относно правото на заявителката да получи финансиране на лечението си в чужбина.

Събраните по делото доказателства опровергават изводите на административния орган, обосновавали отказа му да уважи поисканото заплащане от бюджета на НЗОК. При тези данни, в нарушение на материалния закон, ответникът е постановил един порочен акт, който подлежи на отмяна, а преписката – на връщане на административния орган за ново произнасяне. На жалбоподателите следва да се присъдят понесените разноси по делото в размер на 20лв. заплатена д.т.

Предвид изложените съображения, и на основание чл.172, ал.2 и чл.173, ал.2 от АПК, Административен съд София – град, II административно отделение, 50-ти състав,

Р Е Ш И :

ОТМЕНЯ Решение № РД-Е126-111 от 01.06.2017г. на Управителя на Националната здравноосигурителна каса.

ВРЪЩА преписката на Управителя на Националната здравноосигурителна каса за ново произнасяне по заявлението на В. В. С. вх. № Е126-01-182/02.06.2014г., съобразно указанията по тълкуването и прилагането на закона, дадени в мотивите на решението.

ОСЪЖДА Националната здравноосигурителна каса да заплати на В. В. С. и А. Г. С., двамата от@@5@[жк] ет.5 ап.21, сумата 20лв. заплатена държавна такса.

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

СЪДИЯ: