

РЕШЕНИЕ

№ 41168

гр. София, 09.12.2025 г.

В ИМЕТО НА НАРОДА

АДМИНИСТРАТИВЕН СЪД - СОФИЯ-ГРАД, Второ отделение 40 състав, в
публично заседание на 04.12.2025 г. в следния състав:

СЪДИЯ: Диляна Николова

при участието на секретаря Евелина Пеева, като разгледа дело номер **8846** по описа за **2025** година докладвано от съдията, и за да се произнесе взе предвид следното:

Производството е по реда на чл.145 и сл. от Административнопроцесуалния кодекс /АПК/.

Образувано е по жалба на Г. П. Д. срещу отказ на управителя на Националната здравноосигурителна каса /НЗОК/ да му възстанови разходи за лечение в чужбина в пълния предявен от жалбоподателя размер, обективиран в Решение № Е126-140/31.07.2025г. /уточнение, направено в съдебно заседание на 06.11.2025г./.

Жалбоподателят моли за отмяната на оспорения отказ като незаконосъобразен. Посочва, че медицинската помощ е била неотложна и непредвидена и съгласно чл.25, б.“б“ от Регламент (ЕО) 987/2009 и чл.18, ал.1 от Правилата, при оказване на спешна или неотложна медицинска помощ по време на престой в друга държава членка на ЕС, НЗОК трябва да възстанови реално направените разходи до пълния им размер, когато няма предварителна възможност за прилагане на формуляр S2. В случая медицинската намеса /урологичен преглед, ехография/ е била необходима и неотложна, поради което ограничаването на възстановената сума намира, че противоречи на духа на закона. Посочва, че лечението е проведено в извънболнични условия, но е било наложително за предотвратяване на влошаване на здравословното състояние, което отговаря на критериите за спешна помощ по смисъла на европейските и националните разпоредби. Отказът за възстановяване на заплатената сума за оказаната медицинска помощ намира, че води до неравноправно третиране на осигурени лица български граждани спрямо осигурените лица във Франция, тъй като съгласно предоставения от френската институция отговор реално платената сума от 139 евро отговаря на пълния размер на таксата, приложена на място. Тази сума била реално заплатена от жалбоподателя като лимитирането на възстановяването до 83,40 евро не

отчита действително направените разходи.

В съдебно заседание жалбоподателят допълва, че има 47 години трудов стаж и е внасял здравни осигуровки непрекъснато. Две години след като се пенсионира, по време на престой във Франция се наложило спешно да посети лекар, където предоставил здравна карта. След предявяването ѝ на НЗОК от френска страна, националният орган не отговорил нищо в продължение на 6-7 месеца, поради което се наложило оспорващият да заплати цялата сума за извършения преглед.

Ответникът по оспорването, чрез юрк.М. в съдебно заседание моли жалбата да бъде отхвърлена като неоснователна. В писмени бележки по съществото на спора посочва, че жалбоподателят в подадения от него формуляр, сам е определил по коя от двете алтернативно предвидени възможности, желае да бъде изчислена сумата за възстановяване. След като посочил, че желае сумата да бъде възстановена по цени на осигурителната институция по мястото на престой, а от френска страна посочили, че за този вид оказана помощ те заплащат 83,40 евро, то и именно сума в този размер била възстановена на лицето. Не претендира разноски.

Прокурор от Софийска градска прокуратура, редовно призована, не взема участие в производството по делото и не изразява становище по законосъобразността на оспорения акт.

Съдът, като се запозна с изложеното в жалбата, приложените по делото доказателства и становищата на страните в съдебно заседание, намира за установено следното от фактическа и правна страна:

Административното производство е образувано по подаденото от жалбоподателя заявление за възстановяване на извършени разходи по реда на чл.25 Б, параграф 5 – 9, чл.26 Б, параграф 6 и 7 от Регламент (ЕО) 987/2009, заведено при ответника с вх.№ E126-01-264/17.12.2024г. С него Г. Д. поискал възстановяването на сумата в размер на 139 евро по приложената към заявлението фактура, за направени разходи за лечение в чужбина – Република Франция. От двата алтернативно посочени във формуляра начина за определяне на базата за възстановяване на извършени разходи, жалбоподателят избрал втория вариант или поискал направените разходи за медицинска помощ да му бъдат възстановени по цени на осигурителната институция по мястото на получаване на медицинската помощ.

Видно от приложената със заявлението фактура жалбоподателят е заплатил в чуждестранното лечебно заведение сумата от 139 евро за извършен преглед и ехография на простата, пикочен мехур, бъбреци, на 08.11.2024г. Сумата е посочена общо без да е конкретизиран размера на лекарския хонорар.

От допълнително приложените в превод на български език, с молба от 01.04.2025г., документи, издадени от лечебното заведение в Република Франция, се установява, че базата за възстановяване на разходите от социалното осигуряване е 78,68 евро, а сумата от 60,32 евро е излишък в контекста на рено-везико-простатен ултразвук /л.27 по делото/.

С оглед избрания от жалбоподателя метод за възстановяване на платената сума за оказана спешна медицинска помощ, националният орган чрез ЕЕССИ е изпратил запитване, в отговор на което е уведомен с писмо СЕД S068 от S_BUC_06 с локален номер на случая 1500342/26.06.2025г. от институцията по мястото на оказване на медицинската помощ, че сумата, която е покривана от местната здравноосигурителна система за посочените медицински услуги и е подлежаща на възстановяване по реда на регламентите за координация на системите за социална сигурност възлиза на 83,40 евро или 163,11 лева, съгласно фиксирания курс лев – евро.

Последвало е издаването на оспореното решение, с което са възстановени разходи от бюджета на НЗОК в размер на 163,13 лева, представляващи левовата равностойност на 83,40 евро за получена и заплатена необходима медицинска помощ по време на престой на територията на

Република Франция. С т.2 от оспореното решение е отказано възстановяване на разходи за разликата от разрешените за възстановяване средства до размера на общата претендирана сума от 139 евро, във връзка с прилагане на чл.25, б.„б“, § 5 от Регламент (ЕО) 987/2009 и чл.9-22 от Вътрешни правила за възстановяване на разходи съгласно правилата за координация на системите за социална сигурност в условията на трансгранично здравно обслужване или по двустранни спогодби/договори, включващи в обхвата си здравното осигуряване, тъй като 83,40 евро е сумата, която би платила за оказаната медицинска помощ компетентната институция по мястото на престой. Издаването на решението е предшествано от изготвена в хода на административното производство в съответствие с разписаното в чл.17 от Вътрешните правила /приложени на л.41 и сл./ докладна записка, представена на л.36 по делото.

Решението е съобщено с писмо от 08.08.2025г. /л.5/, а жалбата срещу него е заведена при ответника на 14.08.2025г.

Въз основа на така установеното съдът обосновава следните изводи:

Жалбата е допустима – подадена е срещу подлежащ на оспорване пред съд индивидуален административен акт по см. на чл.21, ал.1 АПК, от лице, което е негов адресат и чиято правна сфера той засяга неблагоприятно, в преклузивния срок за обжалване.

Разгледана по същество, жалбата е неоснователна.

Като извърши дължимата на основание чл.168, ал.1 АПК проверка за законосъобразност на оспорения акт на всички основания по чл.146 АПК, съдът приема следното:

НЗОК е публична институция, която по закон осъществява задължителното здравно осигуряване в Република България, т.е. осъществява дейността по разходване на средствата от задължителни здравноосигурителни вноски за заплащане на здравни дейности. От бюджета на НЗОК се възстановяват и разходите за медицинска помощ, извършени в друга държава членка по реда на чл.25, буква Б, § 5-9 от Регламент (ЕО) № 987/2009 или Директива 2011/24/ЕС, транспонирана в Наредба № 5/21.03.2014 г. за условията и реда за упражняване правата на пациентите при трансгранично здравно обслужване.

Съгласно разпоредбата на чл.19, ал.7, т.2 ЗЗО, управителят на НЗОК организира и ръководи оперативно дейността на НЗОК в съответствие със закона, правилника за устройството и дейността на НЗОК и решенията на надзорния съвет. С оглед това съдът приема, че оспореното решение е издадено от компетентен административен орган.

Решението е издадено в изискуемата писмена форма и съдържа задължителните реквизити по чл.59, ал.2 АПК. Не се установяват допуснати нарушения на административнопроизводствените правила, които да бъдат определени като съществени и съответно да мотивират отмяната на акта само на това основание. Правилно е приложен материалният закон.

Страните не спорят по фактите – жалбоподателят е здравно осигурено лице, което по време на престой в чужбина е получило неотложна медицинска помощ, за която е заплатило 139 евро. Спорен между тях е въпросът до каква стойност следва да бъдат възстановени тези разходи.

Съгласно разпоредбата на чл.80д ЗЗО, здравноосигурените лица имат право на достъп до безопасно и висококачествено трансгранично здравно обслужване независимо от начина на неговата организация, предоставяне и финансиране. Трансграничното здравно обслужване е здравно обслужване, предоставено или предписано в държава - членка на Европейския съюз, различна от държавата членка по осигуряване. Здравноосигурените лица могат да упражнят правото си на трансгранично здравно обслужване, когато здравното обслужване е включено в пакета здравни дейности, финансирани от бюджета на НЗОК или от бюджета на Министерството на здравеопазването. Според ал.4 на посочената разпоредба, правото на трансграничното здравно обслужване не включва: 1. предоставянето на органи с цел трансплантация и достъпа до такива

органи; 2. дългосрочните грижи за пациенти с хронични физически или психически увреждания, които включват услуги, чиято цел е оказване на подкрепа и съдействие при извършването на рутинни, ежедневни задачи за продължителен период от време; 3. дейностите по национални и общински имунизационни програми; 4. случаите, в които се прилагат механизмите за координация на системите за социална сигурност или действащи двустранни спогодби с други държави членки, включващи в обхвата си здравно осигуряване – последната касаеща процесния случай.

По силата на чл.25, (Б), § 6 от Регламент (ЕО) № 987/2009г. на Европейския парламент и на Съвета от 16 септември 2009 година за установяване процедурата за прилагане на Регламент (ЕО) № 883/2004 за координация на системите за социална сигурност, 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, или да иска възстановяване по цени на осигурителната институция по място на оказване на помощта (според регламентацията на чл. 25, (Б), § 5 от Регламент (ЕО) № 987/2009 година). Във втората от посочените алтернативно уредени възможности за определяне 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 във френското законодателство за този вид медицинска помощ. Както се посочи по-горе, в графа 3.5 на подаденото от оспорващия заявление по образец същият собственооръчно е посочил, че желае разходите да бъдат възстановени по цени на осигурителната институция по място на получаване на помощта.

За установяване размера на претенцията административният орган ползва европейската информационна платформа "Електронен обмен на данни за социалната сигурност" (Electronic Exchange of Social Security Information - EESSI), която въвежда обмен на данни по електронен път между националните осигурителни институции съгласно изискванията на чл.78 от Основния регламент и чл.4 от Регламента по прилагане. Размерът на сумата за лечението, която следва да се заплати на заявителя, ако то се покрива от ставките на институцията по престой, се формира съобразно отговора на институцията по оказване на медицинската услуга.

В конкретния случай в съответствие с нормативно определената процедура съгласно правилата за координация на системите за социална сигурност по смисъла на Регламент (ЕО) № 883/2004 на Европейския парламент и на Съвета за координация на системите за социална сигурност и Регламент № 987/2009, както и с оглед избраната от жалбоподателя база за възстановяване на разходите /цени на чуждата институция/, чрез EESSI органът е изпратил запитване, в отговор на което е уведомен с писмо СЕД S068 от S_BUC_06 с локален номер на случая 1500342/26.06.2025г. от институцията по мястото на оказване на медицинската помощ, че сумата, която е покривана от местната здравноосигурителна система за посочените медицински услуги и е подлежаща на възстановяване по реда на регламентите за координация на системите за социална сигурност възлиза на 83,40 евро.

С оглед това законосъобразно ответникът е определил сума за възстановяване, възлизаща на левовата равностойност на 83,40 евро и е отказал възстановяване на пълния размер на заплатената сума.

Въз основа на горното съдът намери оспорения акт за постановен при липса на някое от отменителните основания по чл.146 АПК, съответно подадената срещу него жалба е неоснователна и като такава следва да бъде отхвърлена.

Предвид изричното изявление на пълномощника на ответника, разноски не следва да му бъдат присъждани.

Водим от горното и на основание чл.172, ал.2 АПК, Административен съд София-град, Второ отделение, 40-ти състав,

РЕШИ:

ОТХВЪРЛЯ жалбата на Г. П. Д. срещу отказ на управителя на Националната здравноосигурителна каса да му възстанови разходи за лечение в чужбина в пълния предявен от жалбоподателя размер, обективиран в Решение № Е126-140/31.07.2025г.

Решението може да бъде обжалвано с касационна жалба в 14 - дневен срок от съобщаването му, чрез Административен съд София - град пред Върховния административен съд.

Решението да се съобщи на страните чрез изпращане на препис от него по реда на чл.137 АПК.

Съдия: